

**PENERAPAN MASASE KAKI DENGAN MINYAK LAVENDER DALAM
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN NYERI AKUT YANG
MENGALAMI DIABETES MELITUS**

Karya Ilmiah Akhir Ners

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Ners (Ners/Ns)
Pada Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



PROGRAM STUDI PROFESI NERS

STIKES WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2017

HALAMAN PENGESAHAN

PENERAPAN MASASE KAKI DENGAN MINYAK LAVENDER DALAM
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN NYERI AKUT
YANG MENGALAMI DIABETES MELITUS

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

AFRIANTI LINDA YUNITHA

NIM: P.1605.225

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 13 Desember 2017

PENGUJI I

Ns. Alwani Hetty Meytosri, S.Kep

NIP:197605232007012013

(.....)

PENGUJI II

Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.83.11.023

(.....)

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda

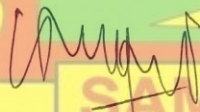
Ketua Program Studi

Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045



Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK:113072.86.14.071



SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Afrilianti Linda Yunitha, S.Kep
NIM : P1605225
Program Studi : Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda
Judul Laporan Tugas Akhir : Penerapan Masase Kaki Dengan Minyak
Lavender Dalam Asuhan Keperawatan Pada
Pasien Dengan Nyeri Akut Yang Mengalami
Diabetes Melitus

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri. Bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan saya



Samarinda, Desember 2017
Yang membuat pernyataan,

Afrilianti Linda Yunitha
NIM. P1605225

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan Rahmat Nya yang selalu diberikan kepada saya sehingga dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Penerapan Masase Kaki Dengan Minyak Lavender Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Nyeri Akut Yang Mengalami Diabetes Melitus”.

Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar ners (NS) pada Program Studi S.1 Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Ns. Edy Mulyono, Sp.d., M.Kep selaku ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda yang memberikan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan kesempatan untuk saya belajar di Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing pertama karya ilmiah akhir ners yang telah memberikan banyak ilmu, pelajaran hidup, motivasi yang sangat membangun sehingga penulis selalu bersemangat dalam menjalani profesi.
5. Ns. Alwani Hetty, S.Kep selaku pembimbing kedua dan pembimbing klinik selama masa praktik 5 minggu stase peminatan Medikal Bedah di Ruang Anggrek yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk belajar banyak mengenai kasus-kasus yang ada diruangan dan memberikan motivasi pada kami untuk terus belajar.
6. Terima kasih kepada kakak-kakak diruangan Anggrek yang sudah menerima kami dan memberikan ilmu materi maupun tindakan diruangan Anggrek selama 5 minggu dalam stase peminatan dan memberikan kesempatan kami untuk belajar mengenai kasus yang ada diruangan
7. Orang tua tercinta ayah Yulius Runcon, ibu Merta Lahang dan adik-adik Yohanes Yan Dersen, Herry Andika dan Rinitha Amanda Chresensia yang telah menjadi motivasi terbesar dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners ini, yang

banyak memberikan doa untuk keberhasilan penulis, dan memberikan dukungan penuh baik moral maupun material kepada penulis

8. Teman-teman seperjuangan Ners Muda yang telah memberikan semangat, dukungan, semangat dan kebersamaan yang kita lewati dari berbagai tahap stase dan sampai saat ini kita dalam penyelesaian Profesi Ners hingga penyusunan KIAN.
9. Teman-teman seperjuangan Medikal Bedah Wenny, Rahmi, Sutia, Lenny, Kak Bong, Kak Musba, Kak Selvianus, Kak Sopi, Kak Supartini, Kak Kurnia, Kak Supri yang telah memberikan dukungan dan banyak membantu selama proses penyusunan KIAN hingga sampai tahap final maju sidang KIAN
10. Semua teman-teman Asrama Kutai Barat dan khususnya Asrama Putri Kubar 3 Sempaja yang telah mendukung dan memberi motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
11. Sahabat yang berjuang bersama di Profesi Ners Risty Anggraini, Riska Rahmawati, Yuliana A'ing, Rizki Amalia Datau, Meinenza Cahya Adha, Lupina Julita, Mercyllinia Pranciska, Era Watiputri, Lenny Maulinda. Terimakasih atas semangatnya dari awal perkuliahan hingga sampai pada saat ini. Untuk Ni Made Ardhani, Nova Tri Harpeni, Esa Audio semangat untuk melanjutkan Studinya.

Dan semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Mohon maaf atas sikap, kesalahan, dan ketidaksopanan yang mungkin telah penulis perbuat. Semoga Tuhan Yesus memberkati.



Samarinda, Desember 2017

Afrilianti Linda Yunitha, S.Kep

ABSTRAK

PENERAPAN MASASE KAKI DENGAN MINYAK LAVENDER DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN NYERI AKUT YANG MENGALAMI DIABETES MELITUS

Afrilianti Linda Yunita¹, Chrisylen Damanik², Alwani Hetty Meytosari³

Latar Belakang: Diabetes melitus merupakan penyakit kronis yang terjadi akibat dimana pankreas tidak menghasilkan insulin yang cukup. Tingkat prevalensi global penderita DM tahun 2013 sebesar 8,5% dari populasi penduduk dunia. Indonesia negara urutan ke 7 dengan kejadian diabetes melitus tertinggi dengan jumlah penderita 8,5 juta setelah Cina, India, Amerika, Brazil, Rusia, Mexico, Jerman, Mesir dan Jepang. Penderita diabetes di Indonesia khususnya Kaltim berdasarkan data riset kesehatan Pusat Data Informasi Kementerian Kesehatan tahun 2013, Kaltim berada pada urutan ke 4 di Indonesia dengan presentase 2,3% sementara Yogyakarta 2,6%, Jakarta 2,5% dan Sulawesi Utara 2,4%. Komplikasi yang terjadi karena tingginya kadar glukosa darah menyebabkan penebalan mikrovaskular dan ketersediaan oksigen ke jaringan berkurang. Diabetes merusak sistem saraf perifer, hal yang dirasakan meliputi nyeri terbakar atau tertusuk, dan kaki terasa dingin.

Metode: Penanganan untuk mengontrol pasien diabetes keluhan nyeri dengan tindakan masase kaki minyak lavender yaitu memanipulasi lunak jaringan tubuh, untuk memperbaiki sirkulasi darah dan mengurangi nyeri. Tujuan penelitian ini untuk menerapkan Masase Kaki Dengan Minyak Lavender Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Nyeri Akut Yang Mengalami Diabetes Melitus Di Ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Kesimpulan: Evaluasi dihari ketiga nyeri yang dialami pasien berkurang dan kaki lebih terasa ringan dan penilaian nyeri berdasarkan skala numerik dari nilai nyeri awal skala 5 menurun menjadi skala nyeri 3 dan pasien bisa melakukan aktivitasnya walaupun secara perlahan.

Kata kunci : Nyeri, Masase Kaki dengan Minyak Lavender , Diabetes Melitus

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Wiyata Husada Samarinda

²Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Wiyata Husada Samarinda

³Ruang Anggrek, RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul.....	i
Lembar Pengesahan	ii
Surat Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iii
Kata Pengantar.....	iv
Abstrak	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Lampiran.....	ix

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penulisan.....	4
D. Manfaat Penulisan.....	4

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi Fisiologi	5
B. Konsep Diabetes Melitus.....	8
C. Konsep Manajemen Nyeri.....	18
D. Konsep Masase.....	24
E. Konsep Minyak Essensial Aromaterapi Lavender.....	27
F. Asuhan Keperawatan.....	29
G. Inovasi Masase Kaki Dengan Minyak Lavender.....	36

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian Kasus.....	38
B. Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut	40
C. Intervensi Keperawatan Manajemen Nyeri.....	40
D. Implementasi keperawatan	40
E. Evaluasi Tindakan Keperawatan.....	41

BAB IV ANALISIS SITUASI

A. Analisis Masalah Keperawatan	43
B. Analisis Masalah Keperawatan Satu Intervensi dengan Konsep Penelitian Terkait Analisis	44
C. Alternatif Pemecahan Masalah/Intervensi	46

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan..... 47
B. Saran..... 47

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Masase Kaki dengan Minyak Lavender

Lampiran 2 Pengkajian dan Pemeriksaan Penunjang Pasien



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring dengan perkembangannya zaman dan teknologi canggih pada saat ini, membuat manusia yang biasanya melakukan aktivitasnya secara mandiri, tetapi dengan adanya teknologi sebagai pelengkap dalam kehidupan sehari-hari membuat manusia kurang melakukan aktivitas atau gerakan sehingga dapat menimbulkan terjadinya obesitas karena ketidakseimbangan antara aktivitas dan pola makan sehari-hari, sehingga membuat risiko terjadinya bermacam penyakit yang timbul. Pola penyakit yang timbul sekarang yang terjadi di Indonesia mengalami pergeseran, dari penyakit infeksi menjadi penyakit degeneratif menahun seperti diabetes melitus (DM), yang disebabkan karena faktor keturunan ataupun faktor gaya hidup yang berubah karena pola makan dan kurangnya aktivitas manusia. Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu penyakit yang prevalensinya semakin meningkat dari tahun ke tahun dan merupakan penyakit yang paling sering terjadi di dunia, diabetes melitus (DM) merupakan penyakit kronis dengan multi etiologi yang terjadi akibat dimana saat pankreas tidak menghasilkan insulin yang cukup, atau saat tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang dihasilkan secara efektif, hal ini akan menyebabkan peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah (WHO, 2011).

Kini diabetes melitus (DM) menjadi salah satu masalah kesehatan yang besar. Berdasarkan perolehan data *International Diabetes Federation* (IDF) diabetes melitus (DM) merupakan jenis penyakit metabolik yang selalu mengalami peningkatan setiap tahun di negara-negara seluruh dunia. Tingkat prevalensi global penderita DM pada tahun 2013 sebesar 8,5% dari populasi penduduk dunia, dan mengalami peningkatan menjadi 382 kasus. Indonesia merupakan negara urutan ke 7 dengan kejadian diabetes melitus tertinggi dengan jumlah penderita 8,5 juta penderita setelah Cina, India, Amerika, Brazil, Rusia, Mexico, Jerman, Mesir dan Jepang (IDF, 2013).

Berdasarkan data IDF Diabetes Atlas, jumlah penderita DM di Indonesia mencapai 8.554.155 orang, dimana satu dari lima penderita

DM masih berumur dibawah 40 tahun, yakni diantara 20 hingga 39 tahun sebanyak 1.671.000 orang, sedangkan usia 40 hingga 59 tahun sebanyak 4.651.000 orang dan sisanya berusia 60 hingga 79 tahun dewasa. Berdasarkan data terbaru yang ditunjukkan oleh Perkumpulan Endokrinologi (PERKENI) pada tahun 2015 menyatakan bahwa jumlah penderita diabetes di Indonesia telah mencapai 9,1 juta orang. Kali ini Indonesia disebut-sebut telah bergeser naik, dari peringkat ke-7 menjadi peringkat ke-5 teratas diantara negara dengan jumlah penderita diabetes terbanyak dunia dan berdasarkan organisasi kesehatan dunia (WHO) memperkirakan jumlah penderita diabetes di Indonesia akan terus melonjak, dari semula 8,5 juta penderita menjadi sekitar 21,3 juta di tahun 2030 (PERKENI, 2015).

Penderita diabetes di Indonesia khususnya Kalimantan Timur yang berdasarkan data riset kesehatan dasar dari Pusat Data Informasi Kementerian Kesehatan tahun 2013, Kaltim berada pada urutan ke-4 di Indonesia dengan jumlah penderitanya diperkirakan mencapai 63.330 jiwa di bawah Yogyakarta, DKI Jakarta dan Sulawesi Utara, dengan prevalensi 2,3% dari total jumlah penduduk usia diatas 15 tahun keatas sedangkan di Kaltim yang mencapai 2,7 juta lebih, dengan persentase 2,3% dari total seluruh penduduk usia 15 tahun ke atas. Sementara Yogyakarta 2,6%, DKI Jakarta 2,5% dan Sulawesi Utara 2,4%.

Diabetes Mellitus (DM) merupakan ancaman serius bagi pembangunan kesehatan karena akan menimbulkan komplikasi bagi penderita yang dapat mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan kematian. Komplikasi yang sering terjadi adalah penyakit *mikrovaskuler* dan *neuropati* diabetik. Komplikasi yang sering terjadi adalah perubahan patologis pada anggota gerak yang bila tidak ditangani dengan tepat akan menimbulkan kecacatan (Iqbal, 2008). Persatuan Endokrinologi Indonesia (PERKENI, 2011) menyatakan bahwa neuropati perifer merupakan komplikasi yang paling sering terjadi berupa hilangnya sensasi distal, nyeri serta berisiko untuk terjadinya ulkus kaki dan mengakibatkan amputasi. Tingginya kadar *glukosa* darah menyebabkan penebalan mikrovaskular sehingga menyebabkan ketersediaan oksigen ke jaringan berkurang. Diabetes melitus (DM) merusak sistem saraf perifer, dan penyakit saraf yang disebabkan diabetes melitus yaitu

neuropati diabetik. Gejala umum *neuropati perifer* meliputi, nyeri seperti kesakitan atau terbakar atau seperti tertusuk, dan kaki terasa dingin (Kohnle,2008).

Tindakan yang dilakukan untuk mencegah dan mengontrol terjadinya komplikasi adalah dengan terapi komplementer dengan tehnik relaksasi. Salah satu jenis komplementer tehnik relaksasi yang dapat digunakan adalah *touch teraphy* yaitu masase kaki dengan minyak lavender yang pada saat minyak lavender dioleskan dan dilakukan pijatan yang secara ringan dengan gerakan panjang dan halus memberikan efek untuk menenangkan dan pengendalian kadar glukosa darah dan tindakan ini dapat menurunkan tekanan darah, dapat mengurangi nyeri dan dapat merilekskan tubuh. (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2008). Oleh karena itu, perawat harus menyusun intervensi keperawatan yang tepat dalam merawat pasien untuk mengontrol masalah yang dialami oleh pasien diabetes melitus, dengan tindakan yang dilakukan dengan cara pemberian masase kaki dengan minyak lavender kepada pasien.

B. Rumusan Masalah

Komplikasi yang diakibatkan pasien dengan diabetes melitus yang diakibatkan karena tingginya kadar glukosa darah dan menyebabkan penebalan mikrovaskular sehingga menyebabkan ketersediaan oksigen ke jaringan berkurang dan merusak sistem saraf perifer, dan dan gejala umum *neuropati perifer* meliputi, nyeri seperti kesakitan atau terbakar atau seperti tertusuk, dan kaki terasa dingin. Upaya untuk mengontrol komplikasi nyeri dengan cara terapi komplementer yaitu dengan masase kaki dengan minyak lavender dimana sentuhan yang diberikan secara ringan dengan gerakan panjang dan halus memberi pereda terhadap suatu nyeri. Sentuhan ini dapat meningkatkan relaksasi dengan cara memicu perasaan nyaman selama menyentuh permukaan kulit. Berdasarkan masalah tersebut penulis menarik rumusan masalah penelitian ini yaitu apakah “penerapan masase kaki dengan minyak lavender dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan nyeri akut yang mengalami diabetes melitus”

C. Tujuan Penulisan

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan laporan ini meliputi :

1. Tujuan Umum

Tujuan penulisan ini adalah untuk mengidentifikasi penerapan masase kaki dengan minyak lavender dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan nyeri akut yang mengalami diabetes melitus
2. Tujuan Khusus
 - a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan diabetes melitus dengan masalah nyeri akut
 - b. Menyusun intervensi pada pasien dengan diabetes melitus dengan masalah nyeri akut
 - c. Melakukan implementasi pada pasien dengan diabetes melitus dengan masalah nyeri akut
 - d. Melakukan evaluasi pada pasien dengan diabetes melitus dengan masalah nyeri akut

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat teoritis

Karya tulis ini dapat dijadikan data dasar untuk pengembangan keilmuan keperawatan medikal bedah terkait dengan masalah nyeri akut pada klien dengan diabetes melitus
2. Bagi perawat

Memberikan masukan dan contoh (*role model*) dalam melakukan intervensi keperawatan serta menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman perawat dalam intervensi keperawatan mandiri dengan penerapan masase kaki dengan minyak lavender untuk mengurangi nyeri klien dengan diabetes melitus
3. Bagi institusi pendidikan

Memberikan rujukan bagi institusi pendidikan dalam melaksanakan proses pembelajaran mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem endokrin yang disertai dengan pelaksanaan intervensi mandiri keperawatan berdasarkan hasil riset-riset terkini.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi Fisiologi

1. Anatomi Pankreas

Pankreas adalah organ pada sistem pencernaan yang memiliki dua fungsi utama menghasilkan enzim pencernaan atau fungsi eksokrin serta menghasilkan beberapa hormon atau fungsi endokrin. Pankreas terletak pada kuadra kiri atas abdomen dan bagian kaput/kepalanya menempel pada organ duodenum. Pankreas menyerupai ikan panjang dan merupakan sekumpulan kelenjar yang panjangnya kira-kira 15 cm, lebar 5 cm, mulai dari duodenum sampai ke limpa dan beratnya rata-rata 60–90 gram. Terbantang pada vertebrata lumbalis 1 dan 2 di belakang lambung. Bagian depan (kepala) kelenjar pankreas terletak pada lekukan yang dibentuk oleh duodenum dan bagian pilorus dari lambung. (Tambayong, 2001).

2. Fisiologi pankreas

a. Fungsi eksokrin

Organ Eksokrin merupakan organ yang mengeluarkan enzim atau produknya melalui saluran khusus miliknya ke permukaan dalam atau luar tubuh. Artinya produk dari organ ini tidak melalui pembuluh darah. Sebagai organ eksokrin, kelenjar pankreas memegang peranan penting dalam sistem pencernaan tubuh. Struktur yang berperan dalam melakukan fungsi ini pada organ pankreas adalah sel – sel asinar. Sel tersebut akan menghasilkan enzim dan berbagai komponen dengan fungsinya masing-masing ke permukaan usus halus.

b. Fungsi endokrin

Fungsi endokrin kelenjar pankreas diperankan oleh pulau Langerhans, sekresi sel-sel ini berupa hormon yang akan langsung diangkut melalui pembuluh darah. Hormon yang dihasilkan oleh kelenjar endokrin yaitu :

1) Insulin

Insulin adalah suatu polipeptida yang mengandung dua rantai asam amino yang dihubungkan oleh jembatan disulfida. Polipeptida ini terdiri dari 51 asam amino tersusun dalam 2 rantai, rantai A terdiri dari 21 asam amino dan rantai B terdiri dari 30 asam amino. Antara rantai A dan B terdapat 2 jembatan disulfida yaitu antara A-7 dengan B-7 dan A-20 dengan B-19. Selain itu masih terdapat jembatan disulfida antara asam amino ke-6 dan ke-11 pada rantai A. Efek insulin yang paling jelas adalah setelah makan. Efek utamanya adalah menurunkan kadar gula darah, juga mempengaruhi metabolisme protein dan lemak.

Penurunan kadar gula darah terjadi karena transport membrane terhadap glukosa ke dalam sel meningkat, khususnya ke dalam sel-sel otot. Insulin menghambat perombakan glikogen menjadi glukosa dan konversi asam amino atau asam lemak menjadi glukosa, jadi menghambat aktivitas metabolic yang dapat meningkatkan glukosa darah, apabila kadar glukosa darah melewati ambang batas normal yaitu 80-100 mg/dL maka insulin akan dikeluarkan dan akan mencapai kerja maksimal pada kadar glukosa 300-500 mg/dL. Dalam waktu 3 sampai 5 menit sesudah terjadi peningkatan segera kadar glukosa darah, insulin meningkat sampai hampir 10 kali lipat. Keadaan ini disebabkan oleh pengeluaran insulin yang sudah terbentuk lebih dahulu oleh sel beta pulau langerhans pancreas. Akan tetapi, kecepatan sekresi awal yang tinggi ini tidak dapat dipertahankan, sebaliknya, dalam waktu 5 sampai 10 menit kemudian kecepatan sekresi insulin akan berkurang sampai kira-kira setengah dari kadar normal. Kira-kira 15 menit kemudian, sekresi insulin meningkat untuk kedua kalinya, sehingga dalam waktu 2 sampai 3 jam akan mencapai gambaran seperti dataran yang baru, biasanya pada saat ini kecepatan sekresinya bahkan lebih besar daripada kecepatan sekresi pada tahap awal. Sekresi ini disebabkan oleh adanya tambahan pelepasan insulin yang sudah lebih

dahulu terbentuk dan oleh adanya aktivasi system enzim yang mensintesis dan melepaskan insulin baru dari sel. Naiknya sekresi insulin akibat stimulus glukosa menyebabkan meningkatnya kecepatan dan sekresi secara dramatis. Selanjutnya, penghentian sekresi insulin hampir sama cepatnya, terjadi dalam waktu 3 sampai 5 menit setelah pengurangan konsentrasi glukosa kembali ke kadar puasa. Kadar glukosa darah puasa dalam keadaan normal adalah 80-90 mg/dl. Insulin bekerja dengan cara berkaitan dengan reseptor insulin dan setelah berikatan, insulin bekerja melalui perantara kedua untuk menyebabkan peningkatan transportasi glukosa ke dalam sel dan dapat segera digunakan untuk menghasilkan energi atau dapat disimpan didalam hati.

2) Glukagon

Glukagon merupakan hasil dari sel-sel alfa, yang mempunyai prinsip aktivitas fisiologis meningkatkan kadar glukosa darah. Glukagon melakukan hal ini dengan mempercepat konversi dari glikogen dalam hati dari nutrisi-nutrisi lain, seperti asam amino, gliserol, dan asam laktat, menjadi glukosa (glukoneogenesis). Kemudian hati mengeluarkan glukosa ke dalam darah, dan kadar gula darah meningkat. Sekresi dari glukagon secara langsung dikontrol oleh kadar gula darah melalui sistem feed-back negative. Ketika kadar gula darah menurun sampai di bawah normal, sensor-sensor kimia dalam sel-sel alfa dari pulau Langerhans merangsang sel-sel untuk mensekresikan glukagon. Ketika gula darah meningkat, tidak lama lagi sel-sel akan dirangsang dan produksinya diperlambat.

Jika untuk beberapa alasan perlengkapan regulasi diri gagal dan sel-sel alfa mensekresikan glukagon secara berkelanjutan, hiperglikemia (kadar gula darah yang tinggi) bisa terjadi. Olahraga dan konsumsi makanan yang mengandung protein bisa meningkatkan kadar asam amino darah juga menyebabkan peningkatan sekresi glukagon. Sekresi glukagon dihambat oleh GHIH (somatostatin). Glukagon

kehilangan aktivitas biologiknya apabila diperfusi melewati hati atau apabila diinkubasi dengan ekstrak hati, ginjal atau otot. Glukagon juga di inaktifkan oleh inkubasi dengan darah. Indikasinya ialah bahwa glukagon dihancurkan oleh sistem enzim yang sama dengan sistem yang menghancurkan insulin dan protein-protein lain.

3) Somatostatin

Somatostatin dijumpai di sel D pulau langerhans pankreas. Somatostatin menghambat sekresi insulin, glukagon, dan polipeptida pankreas dan mungkin bekerja lokal di dalam pulau-pulau pankreas. Sekresi somatostatin pancreas meningkat oleh beberapa rangsangan yang juga merangsang insulin yakni glukosa dan asam amino ,terutama arginin dan leusin, sekresi juga ditingkatkan oleh CCK.Somatostatin dikeluarkan dari pancreas dan saluran cerna ke dalam darah perifer.

4) Polipeptida pankreas

Polipeptida pankreas manusia merupakan suatu polipeptida linear yang dibentuk oleh sel F pulau langerhans. Hormon ini berkaitan erat dengan polipeptida YY (PYY), yang ditemukan di usus dan mungkin hormon saluran cerna dan neuropeptida Y, yang ditemukan di otak dan sistem saraf otonom.

B. Konsep Diabetes Melitus

1. Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya.yang disebabkan karena kekurangan atau menurunnya efektifitas insulin (Nair & Peate, 2015).

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit kronis yang terjadi baik ketika pankreas tidak menghasilkan cukup insulin atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein hal ini mengarah kearah hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi) (WHO,2010).

Diabetes melitus tipe 2 atau *non insulin dependent diabetes mellitus* (NIDDM), terjadi resistensi insulin maupun menurunnya produksi atau sekresi insulin. Hiperglikemia yang disebabkan insentivitas seluler terhadap insulin. Selain itu terjadi defek sekresi insulin, ketidakmampuan pankreas untuk menghasilkan insulin yang cukup, untuk mempertahankan glukosa plasma yang normal.

Diabetes melitus tipe 2 paling sering terjadi pada usia 30 tahun dan berkaitan dengan kegemukan. Diperkirakan juga karena faktor genetik yang belum teridentifikasi yang menyebabkan pankreas mengeluarkan insulin yang berbeda, atau menyebabkan reseptor insulin atau perantara kedua tidak berespon secara adekuat terhadap insulin.

2. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus (DM)

Menurut Price (2005) manifestasi klinis dari diabetes melitus (DM) antara lain :

- a. Glukosuria : adanya kadar glukosa dalam urine
- b. Poliuri : sering kencing dan diuresis osmotik
- c. Polidipsi : banyak minum akibat dari pengeluaran cairan dan elektrolit tubuh
- d. Polifagi : banyak makan akibat menurunnya simpanan kalori
- e. Penurunan berat badan secara drastis karena defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak
- f. Kelelahan
- g. Pandangan yang kabur
- h. Apabila luka/tergores (korengan) lambat penyembuhannya
- i. Mudah terkena infeksi terutama pada kulit.

3. Faktor Risiko Diabetes Melitus (DM)

Beberapa faktor risiko yang dapat mengakibatkan diabetes melitus, yaitu :

- a. Kelainan genetik

Diabetes melitus dapat menurun menurut silsilah keluarga yang menyandang diabetes. Ini terjadi karena DNA pada orang

diabetes akan ikut diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin.

b. Usia

Secara umum manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun cepat pada usia 40 tahun keatas. Penurunan ini yang akan berisiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk menghasilkan insulin

c. Gaya hidup stres

Stres kronis cenderung membuat seseorang mencari makanan yang cepat saji dan kaya pengawet, lemak dan gula. Makanan ini berpengaruh besar pada kerja pankreas. Stres juga akan meningkatkan metabolisme dan meningkatkan kebutuhan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak sehingga berdampak pada penurunan sekresi insulin.

d. Pola makan yang salah

Kekurangan ataupun kelebihan berat badan dapat meningkatkan risiko terkena diabetes. Malnutrisi dapat merusak pankreas, sedangkan pada orang yang mengalami obesitas dapat meningkatkan gangguan kerja atau resistensi insulin. Pola makan yang tidak teratur juga akan berperan dalam keseimbangan pankreas.

e. Obesitas

Obesitas mengakibatkan sel beta pankreas mengalami hipertrofi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Hipertrofi sel beta pankreas terjadi akibat peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencukupi kebutuhan energi sel yang terlalu banyak.

f. Infeksi

Masuknya virus atau bakteri ke dalam pankreas akan mengakibatkan infeksi dan kerusakan pada sel-sel pankreas. Kerusakan ini akan mengakibatkan penurunan fungsi pankreas dalam memproduksi insulin (Riyadi&Sukarmin, 2008).

4. Komplikasi Diabetes Mellitus (DM)

Komplikasi diabetes mellitus dibagi menjadi 2 kategori, yaitu komplikasi akut dan kronik. Komplikasi akut adalah serang yang terjadi secara tiba-tiba yang langsung berpengaruh pada sistemik tubuh. Komplikasi kronis adalah serangan yang terjadi secara bertahap, berlangsung lama dan efeknya dirasakan dalam jangka waktu yang cukup lama oleh pasien. Komplikasi yang paling sering muncul adalah serangan ketoasidosis diabetikum, komplikasi ke jantung, ginjal, dan gangguan sirkulasi ke ekstremitas bawah (luka yang tak kunjung sembuh).

a. Komplikasi akut

Komplikasi akut diabetes mellitus adalah keadaan gawat darurat yang dapat terjadi pada perjalanan penyakit diabetes mellitus. Komplikasi akut pada pasien yang mengalami diabetes mellitus hipoglikemi dan hiperglikemi/ ketoasidosis.

1) Hipoglikemia

Hipoglikemia ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah <60 mg/dL. Hipoglikemia pada pasien DM tipe 1 dan DM tipe 2 merupakan faktor penghambat utama dalam mencapai sasaran kendali glukosa darah normal atau mendekati. Faktor utama terjadinya hipoglikemia adalah ketergantungan jaringan saraf pada asupan glukosa yang berkelanjutan. Hipoglikemia timbul akibat peningkatan kadar insulin yang kurang tepat, baik sesudah penyuntikan insulin atau karena obat yang meningkatkan insulin seperti sulfonilurea. Penderita DM rentan terhadap komplikasi hipoglikemia sekitar 2 jam sesudah makan sampai waktu makan berikutnya. Oleh karena itu hipoglikemia sangat tinggi pada saat makan dan malam hari.

Pada pasien DM tipe 2 jarang terjadi hipoglikemia berat, (Soemadji, 2009) lebih sering terjadi pada pasien DM tipe 1. Insiden hipoglikemia sebagai komplikasi dapat dikurangi dengan meningkatkan pemantauan gula darah. Gejala hipoglikemia dapat terdiri dari gejala neurogenik berupa berkeringat, lapar, rasa bergetar disekitar mulut, tremor, pucat,

berdebar-debar, dan lemas. Selain itu ada juga gejala neuroglukopenik berupa lemah, sakit kepala, gangguan penglihatan, bicara tidak jelas, sulit berkonsentrasi, lelah, mengantuk, mudah marah, bingung, kejang dan koma (Rustam dkk, 2008).

2) Hiperglikemia

Hiperglikemia adalah keadaan kelebihan gula darah yang disebabkan oleh makan secara berlebihan, stress, emosional, penghentian obat secara mendadak. Hiperglikemia dapat mengakibatkan ketoasidosis diabetik (KAD) dan koma hiperosmolar hiperglikemik nonketotik (HHNK) .

a) Ketoasidosis Diabetik (KAD)

Ketoasidosis diabetik adalah keadaan dekompensasi-kekacauan metabolik yang ditandai oleh trias hiperglikemia, asidosis dan ketoasidosis terutama disebabkan oleh defisiensi insulin absolut atau relatif dan peningkatan hormon kontra regulator (glukagon, katekolamin, kortisol dan hormon pertumbuhan). Keadaan tersebut menyebabkan produksi glukosa hati meningkat dan glukosa sel tubuh menurun. KAD merupakan komplikasi akut DM yang serius dan membutuhkan pengelolaan gawat darurat. Akibat dieuresis osmotik, KAD biasanya mengalami dehidrasi berat dan bahkan dapat sampai menyebabkan syok (Soewando, 2009). KAD merupakan penyebab tersering kematian yang berhubungan dengan DM tipe 1 salah satu komplikasi terberatnya adalah edema otak yang terjadi pada sekitar 0,5-0,9% kasus KAD dan menyebabkan 21-24% kematian (Rustam dkk, 2008).

b) Koma Hiperosmolar Hiperglikemik Non Ketotik (HHNK)

Koma hiperosmolar hiperglikemia non ketotik ditandai oleh hiperglikemia, hipersmolar tanpa disertai adanya ketosis. HHNK lebih sering ditemukan pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki, biasanya terjadi pada orang lanjut usia. Penyebabnya antara lain: infeksi,

pengobatan, noncompliance, DM tidak terdiagnosis, penyalahgunaan obat, dan penyakit penyerta. Infeksi merupakan penyebab tersering (57,1%). Faktor yang memulai HHNK adalah diuresis glukosuria. Glukosuria menyebabkan kegagalan pada ginjal dalam mengkonsentrasikan urin yang akan semakin memperberat derajat kehilangan air.

Hiperglikemia menyebabkan diuresis osmotik dan penurunan cairan tubuh total. Terjadi peningkatan konsentrasi protein plasma yang mengikuti hilangnya cairan intravaskular menyebabkan keadaan hipersmolar. Keadaan ini memicu sekresi hormon anti diuretik dan rasa haus. Pada hiperglikemia dan hipersmolar akan timbul dehidrasi dan kemudian hipovolemia. Hipovolemia akan mengakibatkan hipotensi dan nantinya menyebabkan gangguan pada perfusi jaringan. Keadaan koma merupakan stadium terakhir dari hiperglikemia dimana telah timbul gangguan elektrolit berat. Keluhan pasien HHNK adalah rasa lemah, gangguan penglihatan, atau kaki kejang. Dapat pula ditemukan keluhan mual dan muntah namun lebih jarang jika dibandingkan dengan KAD. Kadang disertai keluhan saraf seperti letargi, disorientasi, hemiparesis, kejang atau koma (Soewando, 2009).

b. Komplikasi kronis

Komplikasi kronik atau jangka panjang melibatkan pembuluh pembuluh kecil (mikrovaskular) dan pembuluh pembuluh sedang dan besar (makrovaskular). Komplikasi Mikrovaskular

1) Komplikasi mikrovaskular

a) Retinopati Diabetik

Retinopati diabetik merupakan penyebab kebutaan paling sering ditemukan pada usia 20-74 tahun. Resikonya meningkat sejalan dengan lamanya diabetes. Retinopati

diabetik disebabkan oleh perubahan dalam pembuluh-pembuluh darah kecil pada retina mata. Retina merupakan bagian mata yang menerima bayangan dan mengirimkan informasi bayangan tersebut ke otak (Smeltzer dan bare, 2002). Faktor resiko timbulnya retinopati adalah kadar gula yang tidak terkontrol, durasi diabetes, hipertensi, hiperlipidemia dan merokok. Retinopati diabetik sering tidak bergejala hingga kelainan yang berat atau kerusakan retina yang ireversibel sudah terjadi (Rustam dkk, 2008).

b) Nefropati Diabetik

Nefropati diabetik pada DM ditandai dengan albuminuria menetap ($>300\text{mg}/24\text{ jam}$) pada minimal dua kali pemeriksaan dalam kurun waktu 3-6 bulan. Kerusakan kapiler glomerulus akibat hipertensi dan glukosa menyebabkan penebalan membran basal dan pelebaran glomerulus. Lesi-lesi sklerotik nodular, yang disebut nodul kimmelstiel-wilson, terbentuk di glomerulus sehingga semakin menghambat aliran darah dan akibatnya merusak nefron (Soewando, 2009).

c) Neuropati Diabetik

Kaki diabetes merupakan salah satu komplikasi yang paling ditakuti, karena sering berakhir dengan kecacatan dan kematian. Tingginya kadar glukosa darah menyebabkan penebalan mikrovaskular sehingga akan terjadi iskemia dan penurunan penyaluran oksigen ke jaringan, sehingga menyebabkan ketersediaan oksigen ke jaringan berkurang. Hal ini menjadikan afinitas hemoglobin meningkat terhadap oksigen sehingga jaringan teroksigenasi tidak adekuat. Diabetes merusak sistem saraf perifer, termasuk komponen sensorik dan motorik divisi somatik dan otonom. Penyakit saraf yang disebabkan diabetes melitus disebut neuropati diabetik (Corwin, 2009). Gejala umum neuropati perifer meliputi distal parastesia, nyeri seperti kesakitan atau terbakar atau tertusuk, dan kaki terasa dingin (Kohnle, 2008).

2) Komplikasi Makrovaskular

a) Gangguan Pada Pembuluh Darah

Kerusakan pada pembuluh darah karena DM akan mengakibatkan masalah pada jantung dan otak, serta gangguan pada pembuluh darah kaki akibatnya sirkulasi terganggu, terjadi peningkatan tekanan darah (hipertensi) dan infark hati dan cerebral. Penyempitan pembuluh darah disebabkan adanya tumpukan lemak pada dinding pembuluh darah. Penumpukan ini tidak hanya terjadi karena pola makan yang tidak normal tetapi juga disebabkan oleh kontrol metabolisme glukosa dalam hati tidak normal. Komplikasi dapat mengenai pembuluh darah arteri yang lebih besar sehingga terjadi aterosklerosis. Perubahan ini menyebabkan meningginya LDL-kolesterol dan trigliserida serta menurunnya HDL kolesterol (Tobing dkk, 2008).

b) Gangguan Fungsi Jantung

Gangguan pada pembuluh darah akan mengakibatkan aliran darah ke jantung terhambat atau terjadi iskhemia (kekurangan oksigen di otot jantung), timbul angina pectoris bahkan akhirnya dapat menyebabkan serangan jantung dan hingga gagal jantung (Tobing dkk, 2008).

c) Gangguan Fungsi Pembuluh Otak

Pasien DM sering merasakan berat dibelakang kepala, leher, dan pundak, pusing (vertigo) serta pendengaran dan penglihatan terganggu. Jika hal ini dibiarkan, gangguan neurologis akan muncul, misalnya dalam bentuk stroke yang disebabkan penyumbatan atau pendarahan (Tobing dkk, 2008).

d) Gangguan Pada Paru

Pada penderita DM biasanya lebih mudah terserang infeksi Tuberkulosis Paru dibandingkan orang biasa, sekalipun penderita bergizi baik dan secara sosial

konomi cukup. DM memperberat infeksi paru, demikian pula sebaliknya sakit paru akan menaikkan glukosa darah.

e) Gangguan Pada Sistem Pencernaan

Mengidap DM terlalu lama dapat mengakibatkan saraf yang memelihara lambung akan rusak sehingga fungsi lambung untuk menghancurkan makanan menjadi lemah. Hal ini menyebabkan lambung menjadi bergelembung sehingga proses pengosongan lambung terganggu dan makanan lebih lama tertinggal lambung. Keadaan ini akan menimbulkan rasa mual, perut mudah terasa penuh, kembung, makan tidak lekas turun, kadang timbul terasa sakit di ulu hati atau makanan terhenti dalam dada, hal ini adalah akibat dari gangguan saraf otonom pada lambung dan usus. Keluhan gangguan saluran pencernaan bisa juga timbul akibat pemakaian obat-obatan yang diminum. (Tjokroprawiro, 2011).

5. Patofisiologi

Pada DM tipe II (DM yang tidak tergantung insulin (NIDDM), sebelumnya disebut dengan DM tipe dewasa) hingga saat ini merupakan diabetes 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 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. Ketidakseimbangan 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 Diabetes 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, Diabetes 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 (Silbernalg, 2014).

6. Penatalaksanaan Diabetes Melitus (DM)

Tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik, yaitu dengan penatalaksanaan medis dan keperawatan :

a. Agen antidiabetika oral

Agen antidiabetika oral sesuai dengan pasien diabetes tipe 2 yang tidak dapat diatasi dengan diet dan latihan, tetapi obat ini tidak dapat digunakan pada kehamilan. Obat antidiabetik oral dibagi menjadi 2 golongan yaitu golongan sulfonilurea dan golongan biguanid

b. Terapi insulin

Pada diabetes melitus tipe 1 tubuh kehilangan kemampuan untuk memproduksi insulin sehingga insulin eksogenus harus diberikan dalam jumlah tidak terbatas. Pada diabetes melitus tipe 2 insulin juga mungkin diperlukan sebagai terapi jangka panjang untuk mengendalikan kadar glukosa darah jika diet dan obat antidiabetik oral tidak berhasil mengontrolnya

c. Diet

Pengendalian berat badan merupakan dasar dari tujuan penatalaksanaan diabetes yang diarahkan untuk mencapai tujuan:

- 1) Memberikan semua unsur makanan esensial (misalnya vitamin dan mineral)
- 2) Mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai

- 3) Memenuhi kebutuhan energi
- 4) Mencegah fluktuasi kadar glukosa darah setiap harinya dengan mengupayakan kadar glukosa darah mendekati normal melalui cara yang aman
- 5) Menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat. Kebutuhan kalori bagi penderita DM, diupayakan dalam pengendalian asupan kalori total untuk mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai dan pengendalian kadar glukosa darah.

d. Latihan

latihan sangat penting dalam penatalaksanaan diabetes melitus karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor risiko kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin, sirkulasi darah dan tonus otot

e. Pemantauan

Dengan melakukan pemantauan kadar glukosa secara mandiri/self monitoring of blood glucose (SMBG), pasien diabetes kini dapat mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa darah secara optimal. Cara ini memungkinkan deteksi dan pencegahan hipoglikemia serta hiperglikemia, dan berperan dalam menentukan kadar glukosa darah normal yang memungkinkan akan mengurangi diabetes jangnan panjang.

C. Konsep Manajemen Nyeri

1. Nyeri Pasien Neuropati Diabetik

Nyeri merupakan pengalaman pribadi, subjektif yang dipengaruhi oleh budaya, persepsi seseorang, perhatian dan variabel psikologis lain, yang mengganggu dan membuat individu memotivasi dirinya atau setiap orang untuk menghentikan rasa tersebut (Andarmayo, 2013).

Nyeri pada pasien diabetes melitus merupakan suatu komplikasi akibat dari diabetes melitus dan terjadi karena adanya gangguan pada saraf yang dikarenakan tingginya kadar glukosa dalam darah

menyebabkan penebalan *mikrovaskular* sehingga akan terjadi *iskemia* dan penurunan penyaluran oksigen ke jaringan, sehingga menyebabkan ketersediaan oksigen ke jaringan berkurang. Kadar gula darah tinggi dalam jangka waktu lama dapat mengakibatkan dinding pembuluh darah (kapiler) menjadi lemah sehingga tidak bisa memberi asupan oksigen dan gizi pada saraf dan pada akhirnya saraf mengalami kerusakan pada serabut saraf. Diabetes melitus merusak sistem saraf perifer, termasuk komponen sensorik dan motorik divisi somatik dan otonom. Penyakit saraf yang disebabkan diabetes melitus disebut neuropati diabetik (Corwin,2009). Gejala umum neuropati perifer meliputi distal parastesia, nyeri kesakitan seperti tertusuk atau terbakar, dan kaki terasa dingin (Kohnle, 2008).

2. Klasifikasi Nyeri

a. Berdasarkan durasi

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi, dan nyeri yang <3 bulan disebut nyeri akut (NANDA, 2015-2017)

Nyeri akut akan berhenti dengan sendirinya (self-limiting) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 3 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba, dan terlokalisasi. Nyeri ini biasanya disebabkan trauma bedah atau inflamasi.

Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivitas sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis, dan dilatasi pupil. Secara verbal pasien yang mengalami nyeri akan melaporkan adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang

dirasakannya. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya juga akan memperlihatkan respons emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronis berlangsung lama, intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 3 bulan. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

Nyeri kronis adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan atau digambarkan sebagai suatu kerusakan (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas dari ringan hingga berat, terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (NANDA, 2015-2017).

b. Berdasarkan lokasi

1) Nyeri superficial atau kutaneus

Nyeri superficial adalah nyeri yang disebabkan stimulasi kulit. Karakteristik dari nyeri dan terlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam. Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

2) Radiasi

Merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Karakteristiknya nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah. Nyeri dapat menjadi intermiten atau konstan. Contoh nyeri punggung bagian bawah akibat diskus intervertebral yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai.

3. Pengalaman Nyeri

Menurut (Andarmoyo,2013) fase nyeri terbagi menjadi 3 yaitu fase antisipasi, fase sensasi, dan fase akibat/aftermath, yaitu :

a. Fase antisipasi

Fase antisipasi terjadi sebelum nyeri diterima. Fase ini mungkin bukan merupakan fase yang paling penting karena fase ini bisa mempengaruhi fase yang lain. Pada fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut. Peran perawat dalam fase ini sangat penting, terutama dalam memberikan informasi yang adekuat kepada pasien.

b. Fase sensasi

Fase sensasi terjadi pada saat nyeri terasa. Fase ini terjadi ketika pasien merasakan nyeri, karena nyeri itu bersifat subjektif maka tiap orang dalam menyikapi nyeri berbeda. Toleransi terhadap nyeri juga berbeda antara satu orang dengan yang lain. Orang yang mempunyai tingkat toleransi yang tinggi terhadap nyeri tidak akan mengeluh nyeri dengan stimulus kecil. Sebaliknya orang dengan toleransi nyerinya rendah akan mudah merasa nyeri. Pasien dengan tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri mampu menahan nyeri tanpa bantuan, tetapi orang yang toleransinya rendah akan mencari upaya menangani nyeri sebelum nyeri itu datang

c. Fase akibat/aftermath

Fase ini terjadi saat nyeri sudah berkurang atau hilang. Pada fase ini pasien masih membutuhkan kontrol dari perawat, karena nyeri bersifat krisis sehingga dimungkinkan pasien akan mengalami gejala sisa pasca nyeri. Perawat berperan untuk membantu mengontrol pasien untuk meminimalkan rasa takut akan nyeri yang berulang.

4. Pengkajian Keperawatan tentang Nyeri

Deskripsi verbal tentang nyeri, merupakan penilaian dari nyeri yang dialami oleh individu. Informasi yang diperlukan harus menggambarkan nyeri individual dengan berbagai cara :

a. Intensitas nyeri

Individu dapat diminta untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal (misalnya: tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri hebat, atau sangat hebat, atau tingkatan nyeri dari 0-10)

b. Karakteristik nyeri

Hal ini termasuk letak dimana letak terjadinya nyeri, durasi (menit, jam, hari, bulan, dsb), irama (misalnya terus-menerus, hilang-timbul, periode bertambah dan berkurangnya intensitas atau keberadaan dari nyeri), kualitas (misalnya nyeri seperti tertusuk, seperti terbakar, seperti tertekan).

c. Faktor yang meredakan nyeri

Faktor-faktor yang meredakan nyeri misalnya gerakan, pijatan, kurang bergerak, pengalihan tenaga, istirahat, obat-obatan. Apa yang dipercaya pasien dapat membantu mengatasi nyerinya.

d. Efek nyeri terhadap aktivitas sehari-hari

Efek nyeri terhadap aktivitas apakah mengganggu dalam hal misalnya tidur, nafsu makan, konsentrasi, interaksi dengan orang lain, gerakan fisik, bekerja dan aktivitas santai (Smeltzer, 2002).

5. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

a. Skala Bourbanis



0 : tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang : Secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik

7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi

10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

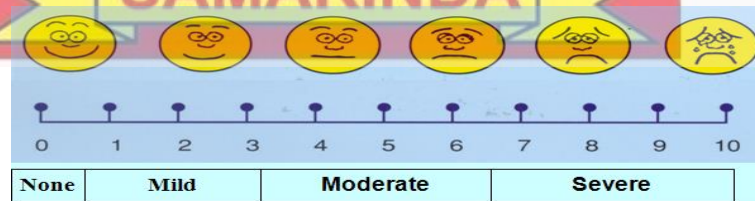
b. Skala Numerik

Skala ini dinilai dengan penilaian Numerical rating scales (NRS), lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm penilaian ini digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi data. Dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10



c. Wong Baker

Skala dengan enam Gambar wajah dengan ekspresin yang berbeda, dimulai dari senyuman sampai menangis karena kesakitan. Skala ini dapat digunakan pada pasien dengan gangguan komonikasi, seperti anak-anak, orang tua dan pasien yang kebingungan atau pada pasien yang tidak mengerti bahasa lokal setempat.



6. Penatalaksanaan Nyeri

a. Intervensi farmakologis

Menangani nyeri yang dialami pasien dilakukan dengan kolaborasi dengan dokter atau pemberi perawatan utama lainnya dan pasien. Obat-obatan tertentu untuk penatalaksanaan nyeri mungkin

diresepkan. Pasien diberikan analgesik dan setelah diberikan lalu kaji keefektifannya.

b. Tindakan nonfarmakologis

1) Stimulasi dan masase kutaneus

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena dapat membuat relaksasi otot.

2) Stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS)

Tindakan ini menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS telah digunakan pada nyeri akut atau kronis

3) Distraksi

Merupakan tehnik memfokuskan pasien pada sesuatu selain pada nyeri, dapat menjadi strategi yang berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap tehnik kognitif.

4) Tehnik relaksasi

Relaksasi otot dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Tehnik relaksasi yang sederhana terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat dan berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernafas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (hirup dua tiga) dan ekhalasi (hembuskan, dua, tiga)

D. Konsep Masase

1. Definisi Masase

Masase merupakan salah satu seni penyembuhan yang tertua. Masase merupakan tehnik manipulasi pada jaringan lunak tubuh, umumnya dilakukan untuk mengurangi stres dan kelelahan dan memperbaiki sirkulasi. Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh dan

dapat membuat pasien lebih nyaman karena masase membuat relaksasi otot (Associated Bodywork & Masase Profesional, 2007).

Masase adalah stimulasi pada kulit dan jaringan dibawahnya dengan menggunakan berbagai tingkatan tekanan tangan untuk mengurangi nyeri, membuat rileks atau meningkatkan sirkulasi. Masase merupakan salah satu terapi alternatif dan komplementer yang menggabungkan berbagai tehnik dalam keperawatan seperti sentuhan, tehnik relaksasi dan tehnik distraksi (Closky & Bulechek, 1996).

2. Tujuan Masase

- a. Mengurangi ketegangan otot
- b. Meningkatkan relaksasi fisik dan psikologis
- c. Mengkaji kondisi kulit
- d. Mengurangi nyeri
- e. Meningkatkan sirkulasi/peredaran darah pada area yang di masase (Kusyati, 2006)

3. Masase kaki

Masase kaki, berarti melakukan pemijatan pada daerah pada otot-otot pada kaki dan dapat memperlancar sirkulasi darah. Pada saat melakukan masase pada otot kaki maka tekanan yang diberikan secara bertahap untuk mengurangi tegangan sehingga memperlancar aliran darah ke jantung. Masase pada kaki di akhiri dengan masase pada telapak kaki yang akan merangsang dan menyegarkan dan membantu untuk relaksasi (Aslani,2003).

Pemberian masase kaki dapat membantu melancarkan dan memperbaiki sirkulasi darah pada kaki. Masase kaki dilakukan selama dengan durasi pemberian masase kaki selama \pm 15 menit. Penekanan yang dilakukan melalui tehnik masase mengakibatkan vasodilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan refleks pada otot dinding arteriol. Manipulasi yang dilakukan mengaktifkan refleks kontraksi dari otot-otot involunter. Ketika dinding arteri paralisis sementara dan tidak dapat berkontraksi lebih lanjut maka terjadi vasodilatasi dan hiperemi. Penyebab lain yang dapat menyebabkan

vasodilatasi dapat dicapai dengan penekanan melalui tehnik masase yang diaplikasikan pada permukaan kaki dan berlangsung selama beberapa detik, dan ketika tekanan dilepaskan maka terjadi refleks vasodilatasi pada pembuluh darah superfisial. Selain dari yang disebutkan, penekanan yang dilakukan dapat mendorong aliran darah vena kembali ke jantung. Aliran darah pada vena dibantu oleh klep-klep pada pembuluh darah vena sehingga mencegah aliran darah kembali ke perifer. Pengosongan pada pembuluh darah vena menyediakan ruang untuk darah pada arteriol untuk mengisi ruang pada pembuluh darah tersebut sehingga masase dapat memperbaiki sirkulasi darah pada area yang diberikan masase. Sirkulasi darah yang lancar yang membawa oksigen dan nutrisi menuju jaringan dan sel saraf yang akan mempengaruhi proses metabolisme. Fungsi sel saraf yang optimal pada pasien DM akan mempertahankan fungsi sensasi kakinya (Premkumar, 2004).

4. Tehnik Masase

Manipulasi yang dimaksud adalah cara menggunakan tangan untuk melakukan masase pada daerah tertentu serta memberikan pengaruh dari masase

- a. *Effleurage* (menggosok), yaitu gerakan ringan berirama yang dilakukan pada seluruh permukaan tubuh. Tujuannya adalah memperlancar peredaran darah dan cairan getah bening (limfe)
- b. *Friction* (mengerus), yaitu gerakan mengerus yang arahnya naik dan turun secara bebas. Tujuannya adalah membantu menghancurkan miogelosis, yaitu timbunan sisa-sisa pembakaran energi (asam laktat) yang terdapat pada otot yang menyebabkan pengerasan pada otot
- c. *Petrissage* (memijat), yaitu gerakan menekan kemudian meremas jaringan. Tujuannya adalah untuk mendorong keluarnya sisa-sisa metabolisme dan mengurangi ketegangan otot.
- d. *Tapotemant* (memukul), yaitu gerakan pukulan ringan berirama yang diberikan pada bagian yang berdaging. Tujuannya adalah mendorong atau mempercepat aliran darah dan mendorong keluar sisa-sisa pembakaran dari tempat persembunyiannya.

- e. *Vibration* (menggetarkan), yaitu gerakan menggetarkan yang dilakukan secara manual atau mekanik. Tujuannya adalah untuk merangsang saraf secara halus dan lembut agar mengurangi atau melemahkan rangsangan yang berlebihan pada saraf yang dapat menimbulkan ketegangan

5. Indikasi dan Kontraindikasi Masase

a. Indikasi

Indikasi merupakan suatu keadaan atau kondisi tubuh yang dapat diberikan masase, serta masase tersebut akan memberikan pengaruh yang positif terhadap tubuh. Indikasi dalam masase adalah :

- 1) Keadaan tubuh yang sangat lelah
- 2) Kelainan-kelainan tubuh yang diakibatkan pengaruh cuaca atau kerja yang kelewat batas (sehingga otot menjadi kaku dan rasa nyeri pada persendian serta gangguan pada saraf)

b. Kontraindikasi

Kontraindikasi atau pantangan terhadap masase adalah sebagai keadaan atau kondisi tidak tepat diberikan masase, karena justru akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi tubuh. Kontraindikasi dalam masase adalah :

- 1) Pasien dalam keadaan menderita penyakit menular
- 2) Dalam keadaan menderita pengapuran pembuluh darah arteri
- 3) Pasien yang mengalami *phlebitis*
- 4) Pasien sedang menderita penyakit kulit. Adanya luka-luka baru atau cedera akibat berolahraga atau kecelakaan.
- 5) Sedang menderita patah tulang, pada tempat bekas luka, bekas cedera, yang belum sembuh
- 6) Pada daerah yang mengalami pembengkakan atau tumor yang diperkirakan sebagai kanker ganas atau tidak ganas.

E. Konsep Minyak Essensial Aromaterapi Lavender

1. Definisi

Aromaterapi adalah suatu metode dalam relaksasi yang menggunakan minyak *essensial* dalam pelaksanaannya berguna

untuk meningkatkan kesehatan fisik, emosi dan spirit seseorang (Runiari, 2010). Minyak essential adalah minyak yang berasal dari saripati tumbuhan aromatis (minyak atsiri). Minyak atsiri ini merupakan hormon atau *life force* tumbuhan, yang biasa didapat dengan cara ekstraksi. Minyak *essenstial* ini berefek sebagai antibakteri dan antivirus, juga merangsang kekebalan tubuh untuk melawan infeksi (Sunito, 2010). Aromaterapi lavender adalah suatu cara perawatan tubuh atau penyembuhan penyakit dengan menggunakan minyak essential (Jaelani, 2009).

2. Efek Medis Minyak Essential

Menurut Sunito (2010) menyatakan efektivitas kimia bahan aktif minyak essential yaitu :

- a. Butiran molekul minyak sangat kecil dapat diserap melalui aliran darah hingga pembuluh darah kapiler diseluruh jaringan tubuh. Zat aktif yang terdapat dalam minyak *essenstial* kemudian diedarkan keseluruh jaringan tubuh, sehingga akan lebih mudah mencapai sasaran lokasi (*target site*)
- b. Minyak *essenstial* memiliki sifat mudah larut dalam lemak, sehingga dengan mudah terserap kedalam lapisan kulit dan lapisan kulit yang ada dibawahnya (*subkutan*) bila dioleskan atau digosokkan
- c. Minyak *essenstial* mampu meredakan ketegangan pada otot-otot yang sedang mengalami kelelahan akibat aktivitas yang berlebihan
- d. Minyak *essenstial* mampu mempengaruhi impuls dan refleks saraf yang diterima oleh ujung-ujung reseptor saraf pada lapisan terluar kulit. Minyak ini dapat mempengaruhi aktivitas fungsi kerja otak melalui sistef saraf yang berhubungan dengan indera penciuman. Respons ini akan dapat merangsang peningkatan produksi masa penghantar saraf otak (neurotransmitter), yaitu yang berkaitan dengan pemulihan kondisi psikis (seperti emosi, perasaan, pikiran, dan keinginan).
- e. Efek medis minyak *essenstial* mampu mempengaruhi kelenjar getah bening. Dalam hal ini, efektifitas zat aktifnya dapat

membantu produksi *prostaglandin* yang berperan penting dalam meregulasi tekanan darah, pengendalian rasa sakit, serta keseimbangan hormonal.

3. Kandungan Aromaterapi Lavender

Minyak ini diperoleh dari pucuk bunga segar lavender dengan metode penyulingan uap atau ekstraksi dengan pelarut. Tanaman lavender telah digunakan selama berabad-abad sebagai obat herbal. Minyak lavender dengan komponen zat aktif berupa *linalool* dan *linalylacetate* yang dapat berefek sebagai analgesik (Wolfgang & Michaela, 2008). Minyak esensial lavender memiliki kandungan perelaksasi, antispasmodik dan pereda nyeri, kandungan utama minyak lavender yaitu *linalool asetat* yang mampu mengendorkan dan melemaskan sistem syaraf dan otot yang tegang. Linalool juga memberi efek *hipnotic* dan *anticonvulsive* dan efek lain dari minyak lavender dapat membantu menanggulangi insomnia, memperbaiki mood, menurunkan tingkat kecemasan, meringankan nyeri dan memberikan efek relaksasi (Sharma, 2011). Aromaterapi lavender sendiri bermanfaat untuk menurunkan kecemasan, nyeri, tekanan darah tinggi, mengatasi gangguan tidur (insomnia), stress (Surburg, 2009).

F. Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode sistematis untuk mengkaji respon manusia terhadap masalah-masalah dan membuat rencana keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah – masalah tersebut. Masalah-masalah kesehatan dapat berhubungan dengan klien keluarga juga orang terdekat atau masyarakat. Proses keperawatan mendokumentasikan kontribusi perawat dalam mengurangi / mengatasi masalah-masalah kesehatan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahapan, yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang

pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan, sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan (Dermawan, 2012). Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini yang terbagi atas :

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita, mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan penderita yang dapat diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

b. Anamnesis

1) Identitas penderita

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

2) Keluhan Utama

Menggambarkan alasan seseorang masuk rumah sakit. Pada umumnya keluhan utamanya yakni adanya rasa kesemutan pada kaki / tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh – sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

a) Provoking Incident: apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri

b) Quality of Pain: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk

c) Region : radiation, relief: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.

d) Severity (Scale) of Pain: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya

e) Time: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Menggambarkan perjalanan penyakit yang saat ini sedang dialaminya. Berisi tentang kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.

4) Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit–penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang pernah di dapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh penderita.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misal hipertensi, jantung.

6) Riwayat psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

7) Genogram

Genogram dapat menunjukkan riwayat kesehatan keluarga, adanya faktor keturunan atau genetik sebagai faktor predisposisi penyakit yang di derita klien. Pada kasus diabetes militus, salah satu penyebabnya menyebutkan bahwa beberapa orang bisa menjadi pembawa bakat (berupa gen).

8) Pola kegiatan sehari-hari (11 pola Gordon)

a) Pola persepsi management kesehatan

Menjelaskan tentang persepsi atau pandangan klien terhadap sakit yang dideritanya, tindakan atau usaha apa yang dilakukan klien sebelum dating kerumah sakit, obat

apa yang telah dikonsumsi pada saat akan datang kerumah sakit.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Menggambarkan asupan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kondisi rambut, kuku dan kulit, kebiasaan makan, frekuensi makan, nafsu makan, makanan pantangan, makanan yang disukai dan banyaknya minum yang dikaji sebelum dan sesudah masuk RS. Pada pasien DM akibat produksi insulin tidak adekuat atau adanya defisiensi insulin maka kadar gula darah tidak dapat dipertahankan sehingga menimbulkan keluhan sering kencing, banyak makan, banyak minum, berat badan menurun dan mudah lelah. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan terjadinya gangguan nutrisi dan metabolisme yang dapat mempengaruhi status kesehatan penderita

c) Pola eliminasi

Menggambarkan pola eliminasi klien yang terdiri dari frekuensi, volume, adakah disertai rasa nyeri, warna dan bau. Pada kasus DM adanya hiperglikemia menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang menyebabkan pasien sering kencing (poliuri) dan pengeluaran glukosa pada urine (glukosuria). Pada eliminasi alvi relatif tidak ada gangguan

d) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan penggunaan waktu istirahat atau waktu senggang, kesulitan dan hambatan dalam tidur, pada pasien dengan kasus DM Adanya poliuri, nyeri pada kaki dan situasi rumah sakit yang ramai akan mempengaruhi waktu tidur dan istirahat penderita, sehingga pola tidur dan waktu tidur penderita mengalami perubahan.

9) Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan citra diri, identitas diri, harga diri dan ideal diri seseorang dimana perubahan yang terjadi pada kasus DM adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh akan

menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri. Luka yang sukar sembuh, lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga (self esteem).

10) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan tentang hubungan klien dengan lingkungan disekitar serta hubungannya dengan keluarga dan orang lain.

11) Pola seksual dan reproduksi

Menggambarkan tentang seksual klien. Dampak angiopati dapat terjadi pada sistem pembuluh darah di organ reproduksi sehingga menyebabkan gangguan potensi seks, gangguan kualitas maupun ereksi, serta memberi dampak pada proses ejakulasi serta orgasme

12) Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

Menggambarkan kemampuan koping pasien terhadap masalah yang dialami dan dapat menimbulkan ansietas. Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung dan lain – lain, dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif / adaptif.

13) Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan sejauh mana keyakinan pasien terhadap kepercayaan yang dianut dan bagaimana dia menjalankannya. Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh serta luka pada kaki tidak menghambat penderita dalam melaksanakan ibadah tetapi mempengaruhi pola ibadah penderita.

14) Pemeriksaan fisik

a) Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda – tanda vital.

b) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher, telinga kadang-kadang berdenging, adakah gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, apakah penglihatan kabur / ganda, diplopia, lensa mata keruh.

c) Sistem integument

Turgor kulit menurun, apakah adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, apakah ada edema tungkai atau tidak, kelembaban dan suhu kulit

d) Sistem pernafasan

Adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Pada penderita DM mudah terjadi infeksi.

e) Sistem kardiovaskuler

Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi, hipertensi/hipotensi, aritmia, kardiomegalis.

f) Sistem gastrointestinal

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen, obesitas

g) Sistem urinary

Poliuri, retensi urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih

h) Sistem musculoskeletal

Penyebaran lemak, penyebaran masa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri,

i) Sistem neurologis

Terjadi penurunan sensoris, parasthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/

masalah kesehatan. Aktual atau potensial dan kemungkinan dan membutuhkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul Nyeri akut b/d gangguan metabolisme

3. Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	Domain 12 : Kenyamanan Kelas 1 : Kenyamanan fisik Nyeri akut b.d gangguan metabolisme (00132)	❖ Kontrol nyeri (1605) <i>Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 8 jam, diharapkan : skala outcome :</i> <ul style="list-style-type: none"> - (160502) Mengenali kapan nyeri terjadi : 1 2 3 4 5 - (160501) Menggambarkan faktor penyebab : 1 2 3 4 5 - (160504) Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik : 1 2 3 4 5 - (160505) Menggunakan analgesik yang direkomendasikan : 1 2 3 4 5 - (160513) Melaporkan perubahan terhadap nyeri pada profesional kesehatan : 1 2 3 4 5 - (160507) Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada profesional kesehatan : 1 2 3 4 5 - (160511) Melaporkan nyeri terkontrol : 1 2 3 4 5 Keterangan : 1 : Tidak pernah menunjukkan 2 : Jarang menunjukkan 3 : Kadang-kadang menunjukkan 4 : Sering menunjukkan 5 : Secara konsisten menunjukkan	❖ Manajemen nyeri (1400) <i>Aktivitas-aktivitas :</i> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus 1.2 Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif 1.3 Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (misalnya, tidur, nafsu makan, pengertian, perasaan) 1.4 Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri 1.5 Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya, farmakologi, nonfarmakologi, interpersonal) untuk memfasilitasi penurunan nyeri, sesuai dengan kebutuhan 1.6 Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (seperti, biofeed back, hypnosis, relaksasi, terapi musik, terapi bermain, terapi aktivitas, akupressur, aplikasi panas/dingin dan pijatan) ❖ Pemberian Analgesik <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien 2.2 Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesik yang diresepkan 2.3 Berikan kebutuhan

-
- kenyamanan dan aktivitas lain yang dapat membantu relaksasi untuk memfasilitasi penurunan nyeri
 - 2.4 Berikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat
 - 2.5 Dokumentasikan respon terhadap analgesik dan adanya efek samping
- ❖ **Manajemen Lingkungan : Kenyamanan**
- 3.1 Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien
 - 3.2 Hindari gangguan yang tidak perlu dan berikan waktu istirahat
 - 3.3 Posisikan pasien untuk memfasilitasi kenyamanan
-

G. Inovasi Masase Kaki Dengan Minyak Lavender

Saat minyak *essensial* lavender dioleskan pada tubuh (kaki) dan dilakukan pemijatan dan penekanan. Aroma lavender yang dirasakan melalui mekanisme sistem penciuman dan tindakan masase yang diberikan, dimana bau yang dihasilkan ditangkap oleh *olfactory epithelium*, bau yang mengandung ion minyak atsiri yaitu lavender berbau aktif *linalool* tersebut dibawa neuron menuju sistem limbik untuk diteruskan ke *hipotalamus*. Dihipotalamus bau tersebut akan merangsang kelenjar *pituitary* untuk melepaskan agen kimia kedalam sirkulasi darah untuk mengatur kelenjar adrenal dan tiroid supaya menurunkan aktivitasnya yang sebelumnya dirangsang oleh adanya stimulus stressor yang menimbulkan reaksi hormon epineprin dan norepineprin. Bau ini juga merangsang daerah di otak yang disebut *raphe nucleus* untuk mengeluarkan sekresi serotonin yang menimbulkan efek rileks. Serotonin bekerja pada jalur *raphe nucleus* terutama pada bagian hipotalamus, dan sistem limbik terutama bagian amigdala. Dimana diketahui hipotalamus berfungsi mengatur emosi dasar (*basic behaviour patterns*), sedangkan amigdala adalah bagian dari sistem limbik yang mengontrol perasaan subyektif yang merangkum emosi, mood, kemarahan, ketakutan dan kegembiraan (Wong, 2010).

Penurunan nyeri terjadi karena pemberian pijatan aromaterapi dan memberikan aroma yang harum sehingga menimbulkan rasa nyaman dan tenang. Sentuhan yang diberikan secara ringan dengan gerakan

panjang dan halus memberi pereda terhadap suatu nyeri. Sentuhan ini dapat meningkatkan relaksasi dengan cara memicu perasaan nyaman selama menyentuh permukaan kulit, pijat juga merangsang pengeluaran hormon endorphen yang merupakan pereda sakit secara alami. Pemberian masase kaki dengan minyak lavener ini dapat membantu melancarkan dan memperbaiki sirkulasi darah pada kaki. Masase kaki dengan minyak lavender dilakukan dengan durasi \pm 15 menit. Penekanan yang dilakukan mengakibatkan vasodilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan refleks pada otot dinding arteriol. Manipulasi yang dilakukan mengaktifkan refleks kontraksi dari otot-otot involunter. Ketika dinding arteri paralisis sementara dan tidak dapat berkontraksi lebih lanjut maka terjadi vasodilatasi dan hiperemi. Penyebab lain yang dapat menyebabkan vasodilatasi dapat dicapai dengan penekanan melalui tehnik masase yang diaplikasikan pada permukaan kaki dan berlangsung selama beberapa detik, dan ketika tekanan dilepaskan maka terjadi refleks vasodilatasi pada pembuluh darah superfisial (Carpenito, 2002)



BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian Kasus

Pada pengkajian diperoleh data identitas pasien yaitu Ny R dengan usia 47 tahun, jenis kelamin perempuan, alamat tempat tinggal di Balikpapan, tetapi karena sedang sakit dan berada di Samarinda bertempat tinggal di Jl.Antasari Rt.3 bersama dengan anaknya yang sedang bekerja dan kuliah di Samarinda, Ny. R tidak bekerja dan hanya sebagai ibu rumah tangga (IRT), tingkat pendidikan SMA, pasien beragama islam, suku banjar, tanggal masuk RS 9 November 2017.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 November 2017 di Ruang Angrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pada pengkajian tersebut diperoleh keluhan utama pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan (khususnya betis kanan). Pasien mengatakan nyeri ini dirasakan 1 minggu sebelum masuk RS (9 November 2017), dan pada saat itu juga keluhan lain yang timbul kedua kaki bengkak, badan terasa lemas, pusing, susah tidur, dan susah melakukan aktivitas seperti biasanya kemudian karena hal itu pasien dibawa oleh pihak keluarga ke Rs yang berada di Balikpapan dan kemudian di rujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Riwayat kesehatan dulu pasien mengatakan memiliki riwayat Diabetes Melitus (DM) yang dialami sudah kurang lebih 5 tahun dan riwayat Hipertensi (HT) yang dialami sejak kurang lebih 1 tahun. Pasien juga mengatakan pernah dirawat di Rs yang di Balikpapan karena diabetes melitus juga. Dalam riwayat keluarga, diperoleh data Ny.R merupakan anak ke 11 dari 11 bersaudara sedangkan suaminya anak ke 2 dari 9 bersaudara. Dari pernikahan tersebut Ny R memiliki 2 anak yang berjenis kelamin perempuan. Riwayat kesehatan keluarga, pasien mengatakan didalam keluarganya ada yang menderita diabetes melitus dan hipertensi seperti dirinya yaitu ibunya.

Pada pengkajian, pasien sering mengeluh tentang nyeri yang ia rasakan dan penyakitnya yang tidak kunjung sembuh, pasien tampak sedih dengan kondisi dirinya. Hasil observasi selama wawancara, pasien tampak sedih dan sambil memijat diarea kakinya yang nyeri, dan hasil

pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah: 160/90 mmHg, Respirasi: 20x/menit, Nadi 82x/menit, Suhu 36,4*c, Bb : 46kg, Tb 160 cm. Dokter mendiagnosa bahwa Ny.R menderita Diabetes Melitus (DM) tipe 2 + Neuropati Diabetik.

Kemampuan perawatan diri pasien mampu makan dan minum, mandi, toileting, mobilitas ditempat tidur mampu melakukan secara mandiri, tetapi dalam berpakaian, berpindah, ambulasi ROM dibantu oleh orang lain (anak). Kemampuan pasien dalam aktivitas pasien terbatas karena nyeri, pasien mengatakan nyerinya di kaki bagian kanan, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyerinya pada betis, nyeri dirasakan hilang timbul, skala nyeri yang diungkapkan pasien skala 5 (skala numerik). Pasien mengatakan susah melakukan aktivitas secara normal, yang mengakibatkan terganggunya dalam aktivitas yaitu nyeri pada kaki kananya. Pasien mengatakan sebelum sakit masih bisa melakukan pekerjaan rumah secara mandiri, namun semenjak sakit, pasien banyak berdiam diri dirumah dan aktivitasnya banyak dibantu oleh suaminya, dan anak-anak tidak membantu karena anak-anaknya berada di Samarinda. Pasien mengatakan selama dirinya susah untuk berjalan, ia menjadi jarang berinteraksi dengan tetangga sekitar, tetapi terkadang ada tetangga yang menjenguk dirinya untuk mengetahui kondisinya. Hubungan pasien dengan keluarga sangat dekat, tetapi karena suaminya bekerja di Balikpapan, maka jarang menjaga pasien di Rs, dan yang menjaga pasien adalah anak-anaknya, pasien selalu menceritakan tentang masalahnya pada anaknya. Pasien juga mengatakan masih berhubungan dengan baik dengan keluarga lainnya dan tetangga di sekitar rumahnya, pasien juga nampak baik dan berinteraksi dengan sesama pasien yang satu kamar dengan dirinya.

Pasien mengatakan sudah lama mengetahui bahwa mengalami penyakit diabetes melitus, dan memang minum obat yang diberikan untuk mengontrol diabetes nya tetapi pasien tetap makan-makanan yang ingin dimakan dan minum manis. Pasien sebelum sakit makan di rumah 2x sehari yang terdiri dari nasi, sayur, ikan, ayam, dsb. Untuk makan memang dengan porsi yang sedikit dan tidak terlalu banyak. Pada saat di RS pasien makan-makanan yang disediakan oleh Rs dan tidak ada masalah saat makan, tetapi bedanya di RS makanan yang dikonsumsi

bubur dan sebelum makan disuntikkan insulin (Pasien diet DM 1.700 kalori, bentuk makanan lunak). Pasien mengatakan untuk minum kalau dirumah biasanya pada pagi hari mengkonsumsi teh hangat atau susu hangat dan banyak minum air putih kira-kira kurang lebih 7-8 gelas/hari dan tergantung kalau haus lebih banyak minum, tetapi kalau di Rs pasien mengatakan minum dibatasi kira-kira 330ml (aqua kecil)/hari karena tidak diperbolehkan banyak minum oleh dokter dan juga mendapatkan susu diabetes.

B. Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Diagnosa keperawatan yang timbul yaitu nyeri akut dimana berdasarkan data subyektif dan obyektif yang muncul pada Ny R mengatakan nyeri yang di alami pasien sudah terjadi kurang lebih 2 minggu dan nyerinya pada kaki kanan, rasanya itu seperti tertusuk-tusuk (nyut-nyut), kalau timbulnya itu hilang timbul, kalau dinilai dengan angka nilainya 5 (numerik), pada saat dikaji pasien tampak melindungi area nyeri dan tampak fokus pada diri sendiri. Nyeri yang pasien alami ini yang membuat pasien susah untuk melakukan aktivitasnya secara mandiri, dan mengganggu kenyamanan dirinya.

C. Intervensi Keperawatan Manajemen Nyeri

Intervensi yang dilakukan yaitu tindakan untuk mengurangi nyeri pada Ny.R dengan melakukan masase kaki dengan minyak lavender dan dilakukan selama 3 hari dimulai pada tanggal 27-29 November 2017. Tindakan dilakukan 1x sehari dengan waktu masase kurang lebih 15 menit.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi 1 yang dilakukan pada tanggal 27 november 2017 yaitu penulis mengkaji keluhan nyeri. Pasien diberikan penilaian terhadap nyeri yang ia alami, didapatkan hasil pasien mengatakan nyeri pada betis kanan, nyeri yang dirasakan itu hilang timbul, rasa nyeri seperti tertusuk-tusuk (nyut-nyut), nyeri ini tidak menjalar ke bagian tubuh lain dan hanya di betis kanan, kalau nyerinya ini timbul sampai membuat saya susah tidur karena sakit, hal yang menyebabkan makin sakit yaitu jika berjalan

misalnya ke wc, kalau menilai angka nyeri yang ia rasakan dengan penilaian numerik yaitu nilainya 5 (Penilaian nyeri SOCRATES). Tindakan yang dilakukan untuk menurunkan nyeri dengan cara masase kaki pasien dilakukan kurang lebih 15 menit dengan dioleskan minyak lavender, pasien mengatakan saat dipijat terasa nyaman dan harum dengan minyak yg diberikan dan saat diobservasi pasien nampak menutup mata menikmati pijatan, pasien juga di instruksikan untuk melakukan nafas dalam supaya dapat lebih rileks

Implementasi ke 2 dilakukan perawat pada tanggal 28 november 2017, yaitu dengan melakukan implementasi yang sama masase kaki dengan dioleskan minyak lavender, sebelum dilakukan implementasi perawat menanyakan keluhan pasien dan pasien mengatakan nyeri nya masih ada cuma sedikit berkurang dan masih dengan nyerinya skala 4 (skala numerik) dengan lokasi nyeri yang sama yaitu betis kanan. Posisi pasien berbaring, dan implementasi masih diberikan masase kaki dan dioleskan minyak lavender dengan tindakan selama 15 menit, pasien mengatakan saat dipijat ingin tertidur, dan terasa nyaman saat dipijat.

Implementasi 3 dilakukan perawat pada tanggal 29 november 2017, perawat menanyakan kembali keluhan pasien, pasien mengatakan nyeri masih ada tetapi berkurang skalanya 3 (skala numerik), lokasi nyeri betis kanan, seperti tertusuk, pasien mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas misalnya ke toilet dengan mandiri walaupun dengan kondisi pincang, implementasi yang diberikan yaitu tindakan sama dengan masase kaki menggunakan minyak lavender dan dilakukan selama kurang lebih 15 menit. Saat diobservasi pasien menutup mata dan kembali menikmati setiap pijatan yang diberikan.

E. Evaluasi Tindakan Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan per 1x8 jam yaitu dengan hasil evaluasi tindakan hari pertama didapatkan data pasien mengatakan nyerinya berkurang walaupun hanya sedikit nilai nyerinya skala 4 (skala numerik). Evaluasi hari kedua didapatkan hasil evaluasi pada pasien didapatkan data didapatkan hasil yaitu pasien mengatakan nyerinya kembali menurun dengan nilai nyerinya skala 3 (skala numerik). Hasil evaluasi hari ketiga pasien mengatakan nyerinya masih ada tetapi

berkurang dan kaki lebih terasa ringan untuk nilai nyeri kira-kira nilai nyerinya skala 3 (skala numerik) sama seperti kemarin tetapi pasien bisa melakukan aktivitasnya walaupun secara perlahan dan pincang-pincang.



BAB IV ANALISIS SITUASI

A. Analisis Masalah Keperawatan

Pada pasien kelolaan yaitu Ny R umur 47 tahun dan berjenis kelamin perempuan. Ny R merupakan ibu rumah tangga (IRT), Pasien memiliki riwayat diabetes melitus dari ibunya dan pasien mengetahui tentang penyakit diabetes yang dialami sudah kurang lebih 5 tahun dan pasien mengatakan suka makan apa saja makanan yang ingin dimakan.

Menurut Black dan Hawks (2009), menyatakan faktor risiko terjadinya diabetes mellitus di antaranya yaitu ras/etnik, riwayat keluarga, obesitas, usia, kurang aktivitas fisik, diet tinggi glukosa, karbohidrat dan lemak. Hal ini tergambar dalam keadaan Ny.R yang memiliki keturunan diabetes melitus dan tidak menjaga pola makannya.

Masalah yang dikeluhkan oleh pasien yaitu nyeri pada kaki seperti tertusuk dan sudah terjadi 4 minggu yang lalu, pasien mengatakan dari awal masuk rumah sakit nyerinya ini selalu ada. Pasien mengatakan untuk mengurangi nyerinya rumah sakit memberikan obat nyeri untuk dirinya tetapi jika efek dari obat hilang maka nyeri akan timbul lagi dan membuat saya susah untuk beristirahat. Menurut Kohnle (2008), menyatakan penyakit saraf yang disebabkan diabetes melitus yaitu neuropati diabetik yang menimbulkan gejala nyeri seperti kesakitan atau terbakar atau seperti tertusuk, dan kaki terasa dingin.

Ny R mengatakan nyeri kaki yang jika timbul membuat masalah bagi dirinya karena mengakibatkan aktivitasnya terganggu dan susah selama sakit, pada saat dirumah pasien mengatakan tidak banyak melakukan aktivitas dan begitu juga saat di rumah sakit pasien lebih banyak menghabiskan waktunya di tempat tidurnya. Pada saat berjalan akan terasa nyeri dan kaki pincang, maka dari itu anak Ny R yang membantu pasien berjalan, tetapi jika anaknya sedang bekerja pasien akan berjalan sendiri dengan memegang dinding.

Hal ini sesuai dengan penelitian Galer *et al* (2000) yang meneliti pasien polineuropati diabetik sangat nyeri *painful diabetic polyneuropathy* (PDPN) mengenai cara mereka mengatasi nyeri yang mereka rasakan. Nyeri akibat neuropati diabetik adalah suatu hal yang umum pada praktek

klinis, namun masih sedikit informasi mengenai dampak nyeri tersebut terhadap kualitas hidup pasien. Subjek penelitian terdiri dari 105 pasien yang memiliki rata-rata tingkat nyeri 6/10. Sebagian besar mendeskripsikan rasa nyeri sebagai 'terbakar', 'kesetrum', 'tajam', dan 'tumpul', yang memburuk pada malam hari atau ketika pasien lelah atau stress. Rata-rata pasien melaporkan bahwa nyeri yang mereka rasakan mengganggu tidur dan kenikmatan hidup dalam tingkat ringan. Nyeri tersebut juga mengganggu aktifitas rekreasi, kerja, mobilitas aktifitas sehari-hari, aktivitas sosial dan suasana hati mereka dalam tingkat sedang. Penelitian ini menunjukkan bahwa nyeri akibat neuropati diabetik adalah kondisi medis yang memiliki dampak signifikan terhadap kualitas hidup pasien.

Hal ini juga didukung oleh sebuah artikel ilmiah yang diterbitkan oleh Harvard Medical School (2016) yang menyebutkan bahwa neuropati diabetik merupakan komplikasi DM yang paling meresahkan akibat rasa nyeri yang hebat, ketidaknyamanan, disabilitas dan terapi yang tak selalu berhasil. Neuropati diabetik menyebabkan penurunan fungsi fisik, emosional dan afektif. Hal tersebut berefek langsung pada persepsi dan interpretasi nyeri serta kualitas hidup pasien. Oleh sebab itu, pentingnya untuk mengatasi masalah nyeri yang dialami oleh pasien untuk memberikan kenyamanan pada pasien.

B. Analisis Masalah Keperawatan Satu Intervensi dengan Konsep penelitian Terkait Analisis

Nyeri adalah kondisi dimana pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan yang tiba-tiba atau lambat muncul dari intensitas ringan hingga berat.

Salah satu intervensi yang telah dilakukan ke pasien kelolaan dan akan penulis analisis adalah penerapan masase kaki dengan minyak lavender pada pasien. Masase kaki merupakan terapi dengan menggunakan tangan dimana otot dan jaringan lunak tubuh dimanipulasi untuk meningkatkan kesehatan dan dapat membuat keadaan tubuh lebih nyaman dan membuat relaksasi otot (Hawkins, 2007). Tindakan yang diberikan pada pasien dengan cara masase dan dioleskan minyak

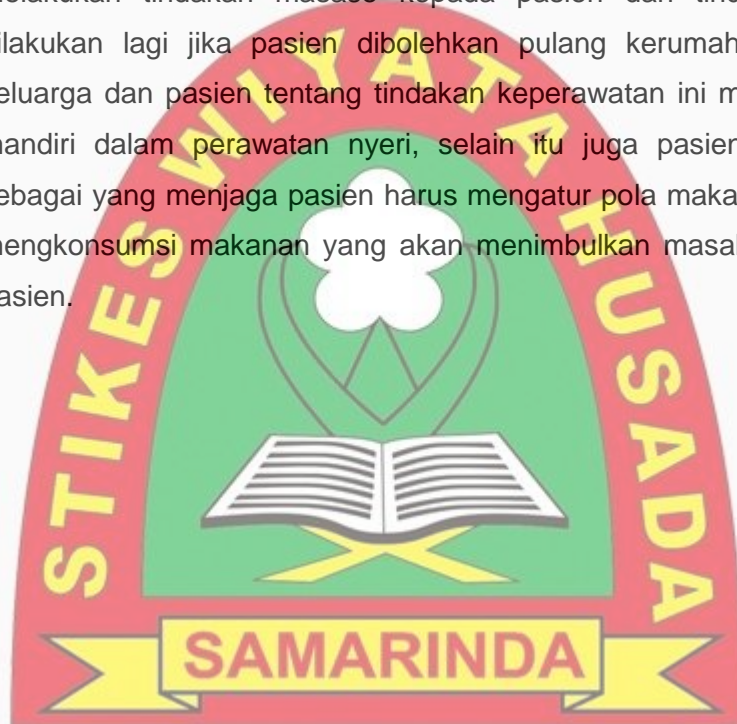
lavender, pasien mengungkapkan aroma minyak yang dioleskan terasa harum dan pijatan yang diberikan pada kaki terasa enak dan membuat nyaman dan ingin tertidur akibat pijatan yang diberikan dan hasil dari pijatan tersebut yaitu terjadi penurunan nyeri pada Ny R. Harmawa et al (2014) menyatakan bahwa tindakan masase kaki dapat digunakan sebagai bahan terapi tambahan pada pasien DM dan dapat meringankan gejala komplikasi *Diabetic peripheral Neuropathy* (DPN) seperti kerusakan pada saraf perifer yang mengakibatkan gejala kesemutan, nyeri, mati rasa, atau kelemahan pada kaki dan tangan dan membantu terhadap proteksi kaki pada pasien diabetes melitus.

Hal ini sesuai dengan penelitian Mulyati. L (2009) tentang pengaruh masase kaki secara manual terhadap sensasi proteksi, nyeri dan ankle brachial index (ABI) pada pasien diabetes melitus tipe 2 di rumah sakit umum daerah Curup Bengkulu didapatkan hasil pada kelompok intervensi sebelum dilakukan masase kaki secara manual adalah 6,60 sedangkan sesudah dilakukan masase kaki secara manual rata-rata nilai skornya 3,87. Hal ini menunjukkan terjadi penurunan nilai skor sebesar 2,73 dan berdasarkan analisis menggunakan uji paired t test menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna terhadap nyeri sebelum dan sesudah dilakukan masase kaki secara manual di RSUD Curup Bengkulu dengan (p value = 0,000).

Hal ini juga sesuai dengan penelitian penelitian yang dilakukan Abbaspoor dan Mohammadkhani (2012) tentang pengaruh pijat aromaterapi lavender terhadap tingkat nyeri persalinan dan mengurangi lama persalinan dapat diketahui bahwa rata-rata tingkat nyeri sebelum diberikan perlakuan yaitu sebesar 4,56 dan setelah diberikan perlakuan menjadi 3,2. Hal ini berbeda dengan kelompok yang hanya diberikan pijat saja tanpa adanya aromaterapi lavender, yaitu sebelum diberikan perlakuan, rata-rata tingkat nyeri yang dirasakan yaitu 4,6 dan setelah diberikan pijat saja menjadi 4,2. Menurut penelitian juga yang dilakukan Desna (2014) yang menunjukkan bahwa terapi aroma bunga lavender efektif menurunkan skala nyeri pada klien infark miokard di RSUD Arifin Ahmad Pekanbaru dengan nilai p value = 0,001.

C. Alternatif Pemecahan Masalah/Intervensi

Pemecahan masalah yang dilakukan adalah melakukan masase kaki pada Ny R untuk menurunkan nyeri, meningkatkan sirkulasi dan peredaran darah, tindakan masase ini menggunakan minyak lavender selain membantu untuk melicinkan tubuh yang di masase, berguna juga membantu menurunkan nyeri. Pasien dan keluarga bersedia ikut serta dalam tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk mengurangi masalah yang dialami pasien yaitu nyeri. Setelah dilakukan tindakan masase kaki dengan minyak lavender selama 3 hari terjadi penurunan terhadap nyeri, dan juga anak Ny R mau mencoba dan melakukan tindakan masase kepada pasien dan tindakan ini akan dilakukan lagi jika pasien dibolehkan pulang kerumah. Pengetahuan keluarga dan pasien tentang tindakan keperawatan ini membantu untuk mandiri dalam perawatan nyeri, selain itu juga pasien dan keluarga sebagai yang menjaga pasien harus mengatur pola makannya agar tidak mengkonsumsi makanan yang akan menimbulkan masalah lagi kepada pasien.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Diabetes melitus merupakan salah satu masalah kesehatan yang besar dan merupakan ancaman serius bagi pembangunan kesehatan karena akan menimbulkan komplikasi bagi penderita yang dapat mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan kematian. Komplikasi yang dapat terjadi adalah penyakit neuropati diabetik. Penyakit neuropati diabetik akan menimbulkan gejala seperti nyeri seperti kesakitan atau terbakar atau seperti tertusuk, dan kaki terasa dingin. Tindakan keperawatan yang bisa dilakukan untuk mengurangi dan mengontrol masalah komplikasi adalah dengan terapi komplementer yaitu masase kaki dengan menggunakan minyak lavender. Masase kaki dengan minyak lavender merupakan terapi dengan menggunakan tangan dimana otot dan jaringan lunak tubuh dimanipulasi untuk meningkatkan kesehatan dan dapat membuat keadaan tubuh lebih nyaman, melancarkan sirkulasi darah dan membuat relaksasi otot dan minyak esensial lavender mampu menembus kulit dan terserap ke dalam tubuh, sehingga memberikan pengaruh penyembuhan dan menguntungkan pada berbagai jaringan dan organ internal

B. Saran

1. Bagi Keilmuan
Karya ilmiah akhir ners (KIAN) ini diharapkan dapat sebagai referensi dan pengetahuan salah satu tehnik dalam penanganan tindakan keperawatan yang menangani dan mengontrol masalah nyeri akut pada pasien dengan diabetes melitus.
2. Bagi Pelayanan
Karya ilmiah akhir ners (KIAN) ini diharapkan bagi Rumah sakit dapat mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui penerapan tindakan masase kaki dengan minyak lavender pada pasien dengan masalah nyeri akut dengan diabetes melitus

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Karya ilmiah akhir ners (KIAN) ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang cara mengontrol nyeri pada pasien dengan diabetes melitus. Diharapkan penulisan dapat lebih memaparkan dan mencari intervensi baru mengenai terkait mengontrol nyeri pasien diabetes melitus.



DAFTAR PUSTAKA

Andarmayo dan Sulistyono (2013) *Konsep & Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta : Ar-Ruzz Media

Associated bodywork & Massage Profesional (2007) *Learn about Massage*.
<http://www.massagetherapy.com/learnmore/index.php>

Black, J.M. & Hawks, J.H. (2009) *Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes* 8th edition. Missouri: Saunders Elsevier

Boyd, A., Casselini, C., Vinik, E., & Vinik, A. (2011). *Quality of Life and Objective Measures of Diabetic Neuropathy in a Prospective Placebo-Controlled Trial of Ruboxistaurin and Topiramate*. Journal of Diabetes Science and Technology, 714-722.

Carpenito, L.,J. (2002) *Diagnosa Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis Edisi 6*. Jakarta: EGC

Dasna (2014) *Efektivitas Terapi Aroma Bunga Lavender terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Klien Infark Miokard*

Galer, B. S., Gianas, A., & Jensen, M. P. (2000). *Painful Diabetic Polyneuropathy: epidemiology, pain description, and quality of life*. Diabetes Research and Clinical Practice, 123-128.

Harmawa., Sukawan., Lestari. (2014) *Pengaruh Masase Kaki Terhadap Sensasi Proteksi Pada Kaki Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Diabetic Peripheral Neuropathy*

Harvard Medical School. (2016). *Diabetic Neuropathy (Nerve Damage) - An Update*. Joslin Diabetes Center.
http://joslin.org/info/diabetic_neuropathy_nerve_damage_an_update.html

IDF (2013) *Diabetes Atlas Sixth Edition*. International Diabetes Federation 2013.
http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf

Jaelani (2009). *Aroma Terapi*. Jakarta: Pustaka Populer Obor

Koensomardiyah (2009) *A to Z Minyak Atsiri untu Industri Makanan Kosmetik dan Aromaterapi*. Jakarta: Andi

Kohnle. (2008) *Symptom of Diabetic Neuropathy*.
<http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/neuropathies>

Kusyati, Eni (2006) *Keterampilan dan Prosedure Laboratorium*. Jakarta : EGC

Mulyati. L (2009) *Pengaruh Masase Kaki Secara Manual Terhadap Sensasi Proteksi, Nyeri dan Ankle Brachial Index (ABI) Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Umum Daerah Curup Bengkulu*. Universitas Indonesia

Perkeni, (2010). *Konsensus Pengelolaan Diabetes Mellitus tipe 2 di Indonesia*. Jakarta, Perkeni

Price & Wilson (2005) *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta :EGC

Riyadi, S, dkk. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Eksokrin dan Endokrin pada Pankreas*. Graha Ilmu, Yogyakarta

Runiari, N. (2010). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Hiperemesis Gravidarum : Penerapan Konsep dan Teori Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Rustam (2008) *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Melitus di RSUD Panglima Sebaya Kabupaten Kalimantan Timur*. Jakarta: EGC

Sharma, S (2011) *Aroma Terapi*. Tangerang Karisma

Silbernalg, 2014. *Teks dan Atlas Berwarna Patofisiologi*. Jakarta : EGC.

Smeltzer & bare (2008) *Textbook of Medical Surgical Nursing*.vol 2. Philadelphia Lippincott William & Wilkins

Solikha., S.F (2014) *Pemberian Masase Kaki Terhadap Penurunan Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Ny.S Dengan Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang Melati 1 RSUD DR. Moewardi Surakarta*

Soemadji W.D. (2009). *Buku Ajar Penyakit Dalam: Hipoglikemia Iatrogenik, Jilid III, Edisi 4*. Jakarta: FK UI

Soewando P., & Hendarto H (2009) *Buku Ajar Penyakit Dalam: Asidosis Laktat*. Jilid 3. Edisi 4. Jakarta: FK UI

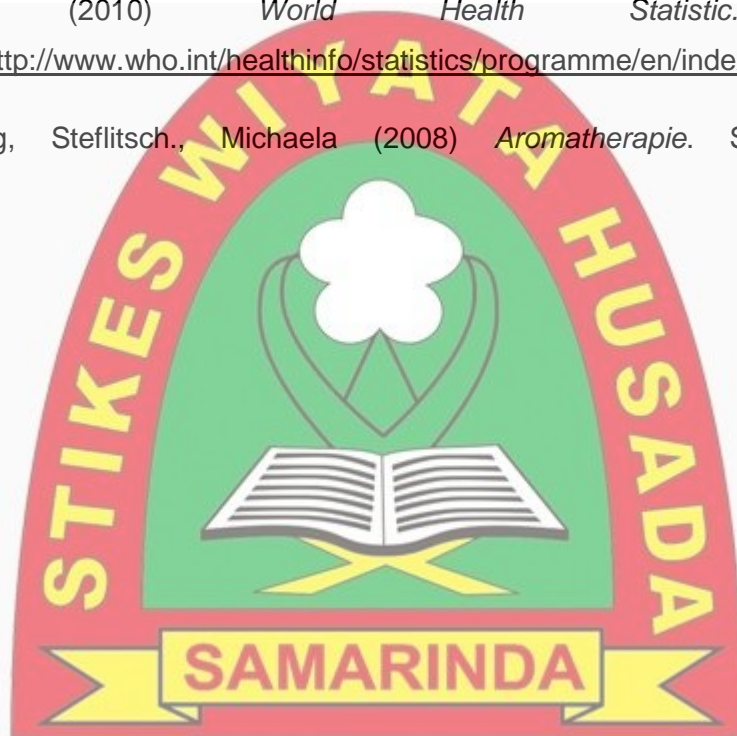
Sunito (2010). *Aroma Alam untuk Kehidupan*. Jakarta: PT Raketindo Primamedia Mandiri

Surburg (2006). *Common Fragrance and Flavor Materials : Preparation, Properties and Uses*. Ed 5. Vancouver: Wiley

Tambayong Jan (2001) *Anatomi dan Fisiologi Untuk Keperawatan*. Cetakan 1. EGC. Jakarta

WHO. (2010) *World Health Statistic. France.*
<http://www.who.int/healthinfo/statistics/programme/en/index.html>

Wolfgang, Steflitsch., Michaela (2008) *Aromatherapie*. Springer. Vinn



**STANDAR OPERASIONAL PROSEUR (SOP)
MASASE KAKI DENGAN MINYAK LAVENDER**

Topik :	Penerapan Masase Kaki Dengan minyak lavender dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Nyeri Akut yang Mengalami Diabetes Melitus
Pengertian :	Masase kaki dengan minyak lavender merupakan salah satu penyembuhan yang tertua. Masase merupakan tehnik manipulasi lunak dari jaringan tubuh, umumnya dilakukan untuk mengurangi stres, mengurangi nyeri, mengurangi kelelahan dan memperbaiki sirkulasi darah (Associated Bodywork and Masase Profesional, 2011).
Tujuan :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan sirkulasi darah pada daerah yang di masase 2. Meningkatkan relaksasi 3. Mengurangi rasa nyeri pada daerah yang sakit
Waktu :	Terapi masase kaki dengan minyak lavender dilakukan selama 10-15 menit
Syarat :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital stabil 2. Kesadaran composmentis 3. Tidak ada edema
Peralatan :	Minyak lavender
Prosedur Kerja :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Cuci tangan 3. Oleskan minyak lavender pada kaki 4. Lakukan masase pada kaki dan daerah yang dirasakan nyeri selama 10-15 menit menggunakan telapak tangan dan jari dengan tekanan halus 5. Tehnik masase dengan gerakan tangan selang-seling (tekanan pendek, cepat dan pergantian tangan) dengan menggunakan telapak tangan dan jari tangan dengan memberikan tekanan ringan 6. Tehnik remasan dapat dilakukan jika nyeri terjadi didaerah sekitar yang dirasakan nyeri 7. Tehnik masase dengan gerakan menggesek dengan menggunakan ibu jari dengan gerakan memutar 8. Tehnik <i>Effleurage</i> (menggosok), dengan kedua tangan untuk memperlancar peredaran darah

	<ol style="list-style-type: none">9. Tehnik <i>Petrissage</i> (memijat), yaitu gerakan menekan kemudian meremas yang berujuan untuk mendorong keluarnya sisa-sisa metabolisme dan mengurangi ketegangan otot.10. Tehnik menyikat dengan menggunakan ujung-ujung jari digunakan di akhir masase11. Cuci tangan setelah prosedur tindakan12. Catat tindakan dan respon pasien terhadap tindakan yang diberikan
--	---

Foot Massage (2006) <http://www.learnfootmassage.com>



ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas Diri Pasien

Nama	: Ny. R
Umur	: 47 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jl. Antasari Rt.3
Status Perkawinan	: Menikah/Istri
Agama	: Islam
Suku	: Banjar
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT
Lama Bekerja	: -
Tanggal Masuk Rumah Sakit	: 9 November 2017
Tanggal Pengkajian	: 25 November 2017
Sumber informasi	: Pasien

2. Riwayat Penyakit

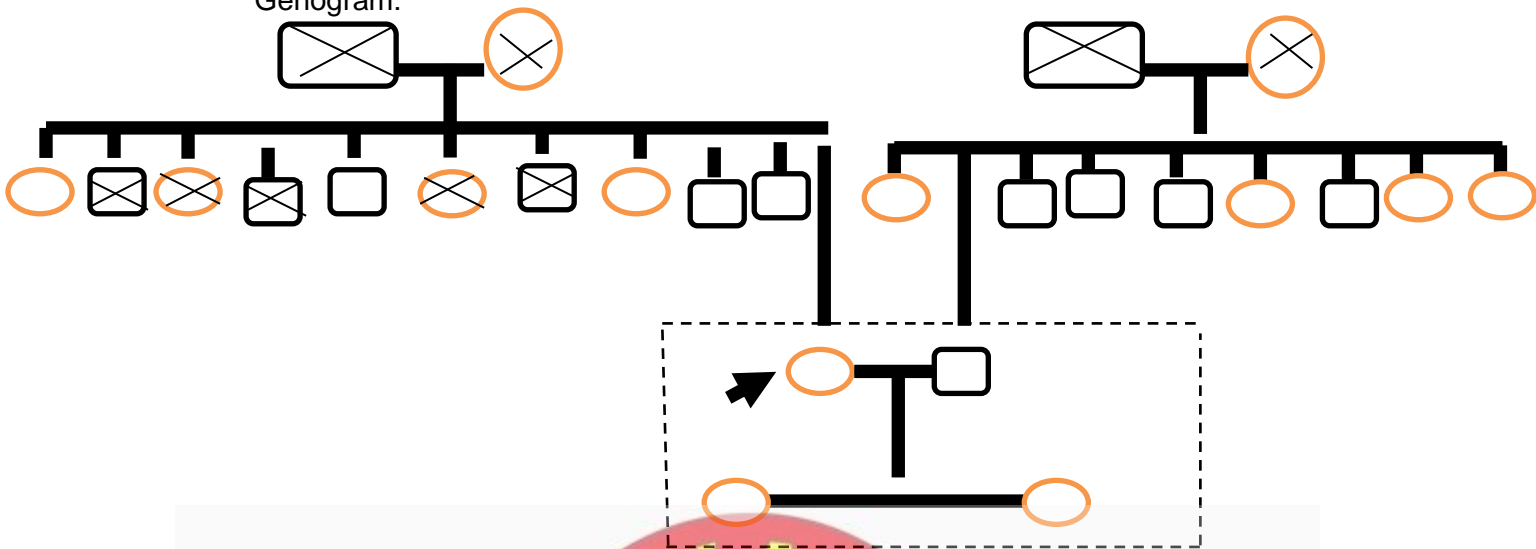
- a. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit
Nyeri kaki
- b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan masuk ke RS hari Kamis 9 November 2017, dikarenakan kaki bengkak dan nyeri dibagian kaki sebelah kanan kurang lebih 1 minggu dan badan terasa lemas. Pasien dibawa dari rumah langsung ke RS untuk mendapatkan perawatan. Pada saat ini saat pengkajian ulang kepada pasien bengkak pada kedua kaki pasien sudah tidak ada tetapi pasien masih mengeluh nyeri kaki sebelah kanan dan tidak nyeri didaerah lain, nyerinya ini terasa seperti ditusuk-tusuk

- c. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan memiliki penyakit tekanan darah tinggi (hipertensi) dan sudah terjadi 1 tahun, dan penyakit diabetes sudah dialami kurang lebih selama 5 tahun.

Genogram:



Keterangan:



: Laki-laki



: Perempuan



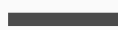
: Tinggal Serumah



: Pasien



: meninggal



: Hubungan

Pasien mengatakan orang tua pasien sudah meninggal dan memiliki penyakit diabetes dan hipertensi adalah ibu, dan kakak sebelumnya juga meninggal diakibatkan diabetes..

- d. Diagnosa medis pada saat MRS
Diabetes tipe 2 + Neuropati Diabetik

3. Pengkajian saat ini (mulai hari pertama saudara merawat pasien)

- a. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan
Pengetahuan tentang penyakit/ perawatan
- Pasien mengatakan sudah lama mengetahui bahwa pasien mengalami penyakit diabetes mellitus, tetapi untuk di rumah pasien

tetap mengonsumsi minuman yang manis dan makan-makanan yang ingin dimakan

b. Pola nutrisi/metabolik

Program diet RS

- Diet Dm 1.700 kalori, bentuk makanan lunak

Intake makanan

- Rumah : pasien mengatakan makan 2x sehari yang terdiri dari nasi, sayur, ikan, ayam dll. Untuk makan pasien mengatakan memang makan sedikit dan tidak terlalu banyak
- RS : Pasien mengatakan makan-makanan yang disediakan oleh RS dan tidak ada masalah saat makan, tetapi bedanya dirumah sakit makanan yang dikonsumsi bubur dan biasanya sebelum makan akan disuntikan insulin

Intake cairan

- Rumah : pasien mengatakan kalau dirumah biasanya pada pagi hari mengonsumsi teh hangat atau susu hangat dan banyak juga minum air putih kira-kira kurang lebih 7-8 gelas/hari tergantung kalau haus lebih banyak minum
- RS : pasien mengatakan dirumah sakit lebih sedikit minumannya kira-kira 330 ml (aqua kecil) perhari karena tidak diperbolehkan banyak minum oleh dokter.

c. Pola eliminasi

1) Buang Air Besar

- Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB 2x sehari dengan kondisi warna kuning, lunak
- Setelah sakit : Pasien mengatakan tidak ada masalah saat BAB tetap 2x sehari dengan kondisinya warna kuning dan lembek

2) Buang Air Kecil

- Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit kencing tergantung dengan banyaknya minum tapi kira-kira kurang lebih 5-7x/hari
- Setelah sakit : pasien mengatakan selama dirumah sakit lebih banyak BAK kurang lebih 8-9x/hari

d. Pola aktifitas dan latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum	√				
Mandi	√				
Toileting	√				
Berpakaian			√		
mobilitas ditempat tidur	√				
Berpindah			√		
Ambulasi/ROM	√				

0=mandiri, 1=alat bantu, 2=dibantu orang lain, 3=dibantu orang lain dan alat, 4=tergantung total.

e. Pola tidur dan istirahat

(lama tidur, gangguan tidur, perawatan saat bangun tidur)

- Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit tidur tidak ada masalah dan biasanya tidur pada jam 22.00
- Setelah masuk rumah sakit : pasien mengatakan susah untuk tidur dan tiba-tiba terbangun dikarenakan nyeri pada kaki kanan (betis) sering timbul jika efek obat nyerinya hilang, setelah itu susah untuk memulai tidur lagi dikarenakan nyeri. Perawatan pasien saat bangun tidur tidak segar dan tampak kusut

f. Pola persepsual

(penglihatan, pendengaran, pengecapan, sensasi)

- Penglihatan : pasien mengatakan penglihatannya kabur sebelah kanan dan mengatakan ada riwayat glaukoma dan pasien tidak menggunakan alat bantu kaca mata
- Pendengaran : pasien mampu mendengar dengan baik
- Pengecapan : pasien mengatakan mampu merasakan rasa pahitnya obat, dan rasa hambarnya makanan rumah
- Sensasi : pasien mengatakan mampu merasakan sentuhan saat disentuh

g. Pola persepsi diri

(pandangan pasien tentang sakitnya, kecemasan, konsep diri)

- Pasien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini yang sakit dan lemah dan sering membuat dirinya kepikiran dan sering sedih kapan bisa sembuh dan berkumpul dengan keluarga seperti dulu.

h. Pola seksualitas dan reproduksi

(fertilitas, libido, mensturasi, kontrasepsi, dll)

- Pasien mengatakan masih menstruasi dalam 1 bulan tetapi saat mens darah yang keluar hanya sedikit dan keluarnya hanya 1 hari setelah itu tidak lagi, pasien mengatakan mungkin karena sudah mau menopause.
- Pasien mengatakan tidak menggunakan alat kontrasepsi

i. Pola peran hubungan

(komunikasi, hubungan dengan orang lain, kemampuan keuangan)

- Saat dirumah pada saat kaki bengkak pasien mengatakan susah untuk bisa berkumpul dengan tentangga yang berada di lingkungan jadi karena itu hanya bisa didalam rumah saja
- Komunikasi pasien dengan orang lain dan keluarga terjalin dengan baik dan untuk keuangan diurus oleh suami yang bekerja dan yang sering merawat dan menjaga pasien di rumah sakit adalah anaknya dan pasien sering menceritakan masalahnya kepada anaknya. Pasien juga mampu berinteraksi dengan baik dengan orang lain yang sakit dan sekamar dengan dirinya

j. Sistem nilai dan keyakinan

(pandangan pasien tentang agama, kegiatan keagamaan, dll)

- Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya menjalankan ibadah sholat 5 waktu tetapi setelah sakit pasien kesulitan untuk sholat akan tetapi sering sholat hanya di tempat tidur sambil duduk.

4. Pemeriksaan fisik

TD: 160/90 mmHg, P: 20x menit, Nadi: 82x/menit, S: 36,4x/menit,
BB: 46, TB: 160 cm

➤ Kepala:

Kepala simetris, kulit kepala bersih, rambut hitam dan bergelombang, distribusi kurang merata, tidak bau, rambut pasien berantakan, tidak ada nyeri tekan, pasien mengeluh pusing

➤ Mata dan telinga (penglihatan dan pendengaran)

a. Penglihatan

Pasien mengatakan penglihatannya kabur sebelah kanan dan ada riwayat glaukoma, sklera tidak ikterik, konjungtiva pucat, tidak ada nyeri, kornea jernih, tidak menggunakan alat bantu kaca mata.

b. Hidung

Hidung pasien normal, simetris, tidak ada sekret, ketajaman penciuman baik, tidak ada pernafasan cuping hidung

c. Mulut/gigi/lidah

Mulut pasien bersih, gigi dan lidah kotor, tidak ada stomatitis, bibir kering

d. Leher

Tidak ada kelainan, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri saat menelan, tidak ada peningkatan vena jugularis

➤ Respiratori

a. Dada

Bentuk dada kiri dan kanan simetris, tidak ada nyeri dada, tidak ada benjolan, pemeriksaan vocal premitus dapat dirasakan pada dada dan punggung kalien saat pasien mengucapkan 77

b. Batuk

Pasien mengatakan tidak ada keluhan batuk, bunyi nafas vesikuler, tidak ada keluhan sesak, frekuensi nafas: 20x/menit

e. Kardiovaskuler

Pasien mengatakan ada riwayat hipertensi kurang lebih 1 tahun,, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, irama teratur, frekuensi nadi 82x/menit, pasien tidak mengalami nyeri dada, CRT <2detik

f. Edema

Tidak ada edema lagi pada kedua kaki pasien pada saat dilakukan pemeriksaan fisik

g. Neurologis

Pasien mengatakan mengeluh pusing, tetapi tidak ada rasa seperti ingin pingsan, dan terasa sangat nyeri pada kaki kanan

GCS :E4 V5 M6

Pupil : Isokor

Reflek Cahaya : positif

Sinistra : + cepat

Dextra : + cepat

Bicara : Normal

Komunikatif : Normal

Kekuatan otot

5	5
3	5

h. Integument

Warna kulit pasien pucat, kelembapan kulit lembab, turgor kulit elastis

i. Abdomen

Tidak ada keluhan nyeri pada perut, tidak ada massa, bising usus 17x/menit, tidak ada asites.

j. Muskuloskeletal

- Tidak ada keluhan pada tulang dan sendi
- Pergerakan pasien terbatas dan susah untuk beraktivitas karena nyeri, pasien mengatakan nyerinya di kaki bagian kanan, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyerinya pada betis, nyeri dirasakan hilang timbul, skala nyeri 5, terkadang aktivitas dibantu oleh keluarga.

k. Seksualitas

Pasien mengatakan jarang melakukan hubungan seksual, dan tidak menggunakan alat kontrasepsi dan pasien tidak pernah melakukan pemeriksaan PAP smear dan pemeriksaan payudara sendiri

5. Pemeriksaan Penunjang

- Edta, Serum (9/11/2017)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
HEMATOLOGI			
Leukosit	13.61	4.80 – 10.80	10 ³ /uL
Eritrosit	3.81	4.20 – 5.40	10 ⁶ / uL
Hemoglobin	7.5	12.0 – 16.0	g/dL
Hematokrit	23.4	37.0 – 54.0	%
PLT	386	150 – 450	10 ³ /uL

KIMIA KLINIK

Glukosa sewaktu	265	70-140	mg/Dl
Ureum	37.1	17.0 – 43.0	mg/Dl
Creatinin	1.3	0.5 – 1.1	mg/dL

ELECTROLYTE :

Natrium	135	135 – 155	mmol/L
Kalium	2.4	3.6 – 5.5	mmol/L
Chlorider	104	98 – 108	mmol/L

IMUNO-SEROLOGI

HBs Ag	Non Reaktif	< 0.90	COI
Ab HIV	Non Reaktif	Non Reaktif	

- Edta, Serum, Faeces, Kulfaeces (10/11/2017)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
HEMATOLOGI			
Leukosit	14.26	4.80 – 10.80	10 ³ /uL
Eritrosit	3.75	4.20 – 5.40	10 ⁶ / uL
Hemoglobin	7.1	12.0 – 16.0	g/dL
Hematokrit	22.7	37.0 – 54.0	%
PLT	437	150 – 450	10 ³ /uL

KIMIA KLINIK

ELECTROLYTE :			
Natrium	139	135 – 155	mmol/L
Kalium	1.9	3.6 – 5.5	mmol/L
Chloride	111	98 – 108	mmol/L

TINJA

Darah samar	Negatif (-)	
Warna	Coklat	Kuning
Konsistensi	Lembek	Lunak

- Serum (13/11/2017)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
KIMIA KLINIK			
Albumin	2.3	3.2 – 4.8	g/dL
Cholesterol	230	< 200	mg/dL
Trigliserida	219	< 150	mg/dL
HDL Cholesterol	53	>45	mg/dL
LDL Cholesterol	133	< 130	mg/dL
Asam Urat	3.2	2.4 – 5.7	mg/dL

- Edta, Serum (14/11/2017)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
HEMATOLOGI			
Leukosit	8.48	4.80 – 10.80	10 ³ /uL
Eritrosit	5.25	4.20 – 5.40	10 ⁶ / uL
Hemoglobin	12.0	12.0 – 16.0	g/dL
Hematokrit	36.5	37.0 – 54.0	%
PLT	409	150 – 450	10 ³ /uL

KIMIA KLINIK

ELECTROLYTE :

	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
Natrium	136	135 – 155	mmol/L
Kalium	4.1	3.6 – 5.5	mmol/L
Chloride	110	98 – 108	mmol/L

- Serum (15/11/2017)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
KIMIA KLINIK			
Albumin	2.5	3.5 – 5.2	g/dL

- Serum (17/11/2017)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
KIMIA KLINIK			
Albumin	2.8	3.2 - 4.8	g/dL

- Serum (19/11/2017)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
KIMIA KLINIK			
Albumin	2.6	4.0 – 4.9	g/dL
ELECTROLYTE :			
Natrium	139	135 – 155	mmol/L
Kalium	3.4	3.6 – 5.5	mmol/L
Chloride	99	98 – 108	mmol/L

- Serum (21/11/2017)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
KIMIA KLINIK			
Ureum	70.2	17.0 - 43.0	mg/dL
Creatinin	1.9	0.6 - 1.1	mg/dL
ELECTROLYTE :			
Natrium	138	135 - 155	mmol/L
Kalium	3.3	3.6 - 5.5	mmol/L
Chloride	100	98 - 108	mmol/L

- Serum (27/11/2017)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
KIMIA KLINIK			
ELECTROLYTE :			
Natrium	138	135 - 155	mmol/L
Kalium	4.5	3.6 - 5.5	mmol/L
Chloride	102	98 - 108	mmol/L
IMUNO-SEROLOGI			
T3	0.42	0.80 - 1.60	ng/ml
T4	7.48	5.00 - 11.50	ug/dl
TSH	4.66	0.15 - 500	ulu/ml

6. Program Terapi

Obat dan Dosis

Oral :

- Acarbose 3x1 tab
- Captopril 3x25 mg
- KSR 2x1 tab
- PCT 3x1 tab
- Sipronolactone 100mg = 1-0-0
- Simvastatin 20 mg = 0-0-1
- Betahistin 3x1

Injeksi :

- Santagesik 500mg/ml = 3x1
- Lasix 20mg/ml = 3x1
- Novorapid 3x8ui
- Levemir 0-0-8ui

B. Analisa data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan, rasanya itu seperti tertusuk-tusuk (nyut-nyut), kalau timbulnya itu hilang timbul, kalau dinilai dengan angka nilainya 5 (Penilaian nyeri SOCRATES)</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan keluhan nyeri 2. Pasien tampak melindungi area nyeri dan mengusap area nyeri 3. Pasien tampak fokus pada diri sendiri 4. Pasien diberikan injeksi santagesik 500mg/ml : 3x1 <p>Pemeriksaan vital sign: TD:160/90 mmHg, RR:20x/m,</p>	Gangguan metabolisme	Nyeri akut b/d gangguan metabolisme

	N : 82x/m, S : 36,4*c		
2	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan susah untuk beraktivitas seperti biasanya dikarenakan nyeri pada kaki ini, jadi kalau berjalan biasanya dibantu oleh anak dan harus pelan-pelan dan itu membuat saya tidak enak saat berjalan</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lebih banyak berada di tempat tidur 2. Pasien mengungkapkan keluhannya 3. Pasien dalam aktivitas banyak di bantu oleh keluarganya 	imobilitas	Intoleransi aktivitas b/d imobilitas
3	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan sedih dengan kondisinya saat ini, sudah lama saya dirawat di Rs tapi nyerinya ini belum sembuh-sembuh juga</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak mengekspresikan kekhawatirannya 2. Pasien tampak sedih dan kurang bersemangat 	Perubahan besar (status kesehatan)	Ansietas b/d Perubahan besar (status kesehatan)
4	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan terkadang susah sekali untuk tidur dikarenakan nyeri ini, walaupun tidur nanti tiba-tiba terbangun kalau nyerinya tiba-tiba timbul. Terkadang tidur hanya 1-2 jam setelah itu terbangun dan susah untuk tidur kembali</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lesu 2. Pasien mengungkapkan keluhannya susah untuk beristirahat 	Ketidaknyamanan fisik	Insomnia b/d Ketidaknyamanan fisik

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b/d gangguan metabolisme
2. Intoleransi aktivitas b/d imobilitas
3. Ansietas b/d Perubahan besar (status kesehatan)
4. Insomnia b/d Ketidaknyamanan fisik

D. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	<p>Domain 12 : Kenyamanan Kelas 1 : Kenyamanan fisik Nyeri akut b.d gangguan metabolisme (00132) Definisi : Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dipresiksi</p> <p>➤ Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi wajah nyeri (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus, meringis) • Fokus pada diri sendiri • Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (mis, skala Wong-Baker FACES, skala numerik) • Laporan tentang perilaku nyeri (mis, anggota keluarga) • Perubahan posisi untuk menghindari nyeri • Sikap melindungi area nyeri • Sikap tubuh melindungi 	<p>❖ Kontrol nyeri (1605) <i>Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 8 jam, diharapkan : skala outcome :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - (160502) Mengenali kapan nyeri terjadi : 1 2 3 4 5 - (160501) Menggambarkan faktor penyebab : 1 2 3 4 5 - (160504) Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik : 1 2 3 4 5 - (160505) Menggunakan analgesik yang direkomendasikan : 1 2 3 4 5 - (160513) Melaporkan perubahan terhadap nyeri pada profesional kesehatan : 1 2 3 4 5 - (160507) Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada profesional kesehatan : 1 2 3 4 5 - (160511) Melaporkan nyeri terkontrol : 1 2 3 4 5 <p>➤ Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 : Tidak pernah menunjukkan 2 : Jarang menunjukkan 3 : Kadang-kadang menunjukkan 4 : Sering menunjukkan 5 : Secara konsisten menunjukkan 	<p>❖ Manajemen nyeri (1400) <i>Aktivitas-aktivitas :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus 1.8 Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif 1.9 Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien terhadap nyeri 1.10 Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (misalnya, tidur, nafsu makan, pengertian, perasaan, hubungan, performa kerja dan tanggung jawab peran) 1.11 Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri 1.12 Kurangi atau eliminasi faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri (misalnya, ketakutan, kelelahan, keadaan monoton dan kurang pengetahuan) 1.13 Pertimbangkan keinginan pasien untuk berpartisipasi, kemampuan berpartisipasi, kecenderungan, dukungan dari orang terdekat terhadap metode dan kontraindikasi ketika memilih strategi penurunan nyeri 1.14 Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya, farmakologi, nonfarmakologi, interpersonal) untuk memfasilitasi penurunan nyeri, sesuai dengan kebutuhan 1.15 Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (seperti, biofeed back, hypnosis, relaksasi, bimbingan antisipatif, terapi musik, terapi bermain, terapi aktivitas, akupressur, aplikasi panas/dingin dan pijatan, sebelum, sesudah dan jika memungkinkan, ketika melakukan aktivitas

			<p>yang menimbulkan nyeri; sebelum nyeri terjadi atau meningkat; dan bersamaan dengan tindakan penurunan rasa nyeri lainnya)</p> <p>1.16 Berikan individu penurunan nyeri yang optimal dengan persepsi analgesik</p> <p>1.17 Periksa tingkat ketidaknyamanan bersama pasien, catat perubahan, informasikan petugas kesehatan lain yang merawat pasien</p> <p>1.18 Evaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang dilakukan</p> <p>1.19 Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri</p> <p>1.20 Informasikan tim kesehatan lain/anggota keluarga mengenai strategi nonfarmakologi yang sedang digunakan untuk mendorong pendekatan preventif terkait dengan manajemen nyeri</p> <p>1.21 Libatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri, jika memungkinkan</p> <p>1.22 Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri</p>
2.	<p>Domain 4 : Aktivitas/Istirahat Kelas 4 : Respons Kardiovaskular/Pulmonal Intoleransi aktivitas b.d imobilitas (00092) Definisi : Ketidacukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan</p> <p>➤ Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelelahan • Ketidaknyamanan setelah beraktivitas 	<p>❖ Toleransi terhadap aktivitas (0005) <i>Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 8 jam, diharapkan : skala outcome :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - (000502) Frekuensi nadi ketika beraktivitas : 1 2 3 4 5 - (000503) Frekuensi pernafasan ketika beraktivitas : 1 2 3 4 5 - (000504) Tekanan darah sistolik ketika beraktivitas : 1 2 3 4 5 - (000505) Tekanan darah diastolik ketika beraktivitas : 1 2 3 4 5 - (000509) Kecepatan berjalan : 1 2 3 4 5 - (000516) Kekuatan tubuh bagian atas : 1 2 3 4 5 - (000517) Kekuatan tubuh bagian bawah : 1 2 3 4 5 - (000518) Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian (ADL) : 1 2 3 4 5 	<p>❖ Manajemen energi (0180) <i>Aktivitas-aktivitas :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia 2.2 Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami 2.3 Tentukan persepsi pasien/orang terdekat dengan pasien mengenai penyebab kelelahan 2.4 Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga ketahanan 2.5 Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat 2.6 Monitor lokasi dan sumber ketidaknyamanan/nyeri yang dialami pasien selama aktivitas 2.7 Anjurkan pasien untuk memilih aktivitas yang membangunkan ketahanan 2.8 Lakukan ROM aktif/pasif untuk menghilangkan ketegangan otot 2.9 Tingkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan

		<p>➤ Keterangan :</p> <p>1 : Sangat terganggu 2 : Banyak terganggu 3 : Cukup terganggu 4 : Sedikit terganggu 5 : Tidak terganggu</p>	<p>(misalnya, meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien) dengan cakupannya yaitu pada waktu istirahat yang dipilih</p> <p>2.10 Berikan kegiatan pengalihan yang menenangkan untuk meningkatkan relaksasi</p> <p>2.11 Bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari yang teratur sesuai kebutuhan (ambulasi, berpindah, bergerak, dan perawatan diri)</p>
3.	<p>Domain 9 : Koping/Toleransi stres Kelas 2 : Respons koping Ansietas b.d perubahan besar (status kesehatan) (00146) Definisi : Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman</p> <p>➤ Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gelisah • Sedih • Mengekspresikan kekawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup • Berfokus pada diri sendiri • Peningkatan ketegangan 	<p>❖ Tingkat kecemasan (1211) Definisi : Keparahan dari tanda-tanda ketakutan, ketegangan, atau kegelisahan yang berasal dari sumber yang tidak dapat diidentifikasi</p> <p><i>Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 8 jam, diharapkan : skala outcome :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - (121101) Tidak dapat beristirahat : 1 2 3 4 5 - (121105) Perasaan gelisah : 1 2 3 4 5 - (121107) Wajah tegang : 1 2 3 4 5 - (121117) Rasa cemas yang disampaikan secara lisan : 1 2 3 4 5 - (121124) Pusing : 1 2 3 4 5 - (121130) Perubahan pada pola buang air besar : 1 2 3 4 5 - (121131) Perubahan pada pola makan : 1 2 3 4 5 <p>➤ Keterangan :</p> <p>1 : Berat 2 : Cukup berat 3 : Sedang 4 : Ringan 5 : Tidak ada</p>	<p>❖ Teknik menenangkan (5880) <i>Aktivitas-aktivitas :</i></p> <p>3.1 Pertahankan sikap tenang dan hati-hati 3.2 Pertahankan kontak mata 3.3 Berada disisi klien 3.4 Identifikasi orang terdekat klien yang bisa membantu klien 3.5 Duduk dan bicara dengan klien 3.6 Instruksikan klien untuk menggunakan metode mengurangi kecemasan (misalnya, teknik bernafas dalam, distraksi, meditasi, relaksasi otot progresif, mendengar musik lembut) jika diperlukan</p>
4.	<p>Domain 4 : Aktivitas/istirahat Kelas 1 : Tidur/istirahat Insomnia b.d ketidaknyamanan fisik (00095) Definisi : Gangguan pada kuantitas dan</p>	<p>❖ Tidur (0004) <i>Setelah dilakukan tindakan keperawatan x 8 jam, diharapkan : skala outcome :</i></p>	<p>❖ Peningkatan tidur (1850) <i>Aktivitas-aktivitas :</i></p> <p>4.1 Monitor pola tidur pasien dan catat kondisi fisik (misalnya, nyeri/ketidaknyamanan, sumbatan jalan nafas, dan frekuensi buang air kecil)</p>

	<p>kualitas tidur yang menghambat fungsi</p> <p>➤ Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kesulitan tidur nyenyak • Tidur tidak memuaskan • Kesulitan memulai tidur • Gangguan tidur yang berdampak pada keesokan hari • Bangun terlalu dini • Perubahan mood 	<ul style="list-style-type: none"> - (000421) Kesulitan memulai tidur : 1 2 3 4 5 - (000406) Tidur yang terputus : 1 2 3 4 5 - (000423) Buang air kecil di malam hari : 1 2 3 4 5 - (000404) Kualitas tidur : 1 2 3 4 5 <p>➤ Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 : Sangat terganggu 2 : Banyak terganggu 3 : Cukup terganggu 4 : Sedikit terganggu 5 : Tidak terganggu 	<p>dan/atau psikologis (misalnya, ketakutan atau kecemasan) keadaan yang mengganggu tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.2 Jelaskan pentingnya tidur yang cukup 4.3 Anjurkan pasien untuk memantau pola tidur 4.4 Anjurkan pasien untuk menghindari makanan sebelum tidur dan minuman yang mengganggu tidur 4.5 Mulai/terapkan langkah-langkah kenyamanan seperti pijat, pemberian posisi dan sentuhan afektif 4.6 Anjurkan untuk tidur siang hari, jika diindikasikan, untuk memenuhi kebutuhan tidur
--	--	---	---

E. Implementasi Keperawatan

Hari / tanggal	Jam	Dx	Implementasi	Evaluasi
<p>Senin, 27 November 2017</p>	<p>09.00</p>	<p>1</p>	<p>1.23 Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Ep : pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan, rasanya itu seperti tertusuk-tusuk (nyut-nyut), kalau timbulnya itu hilang timbul, kalau dinilai dengan angka nilainya 5</p> <p>1.3 Menentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (misalnya, tidur, nafsu makan, pengertian, perasaan, hubungan, performa kerja dan tanggung jawab peran) Ep : pasien mengatakan kalau nyeri ini sudah timbul membuat saya susah tidur dan susah untuk berjalan</p> <p>1.4 Menggali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri Ep : perawat dan pasien membicarakan hal yang dapat menurunkan nyeri dan pasien</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyerinya masih terasa nyut-nyut dibetis kanan, nyerinya masih hilang timbul, nyerinya hanya dibetis kanan saja tidak menjalar kemana-mana, setelah dipijat kaki lebih terasa enak nilai nyerinya 4</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan masih mengeluh nyeri di kaki kanan (betis) 2. Pasien nampak menunjukkan lokasi nyeri yang dialami 3. Saat merubah posisi, pasien nampak mengerutkan dahi dan berhati-hati 4. Tanda-tanda vital : TD :160/100 mmHg, N :83x/m, RR :18x/m, S: 36,2*c <p>A : Nyeri akut masih terjadi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 lakukan pengkajian nyeri komprehensif 1.2 observasi adanya petunjuk nonverbal 1.7 ajarkan penggunaan tehnik nonfarmakologi

		<p>mengatakan dengan cara tidak banyak aktivitas dan pada saat kaki saya elus-elus dan mendapatkan obat nyeri</p> <p>1.5 mempertimbangkan keinginan pasien untuk berpartisipasi, kemampuan berpartisipasi dalam penurunan nyeri Ep : memberi penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang dari tindakan masase dan efek dari tindakan yang diberikan. Pasien dan keluarga mau ikut berpartisipasi dengan tindakan masase yang akan dilakukan untuk mengurangi nyeri</p> <p>1.7 Mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (seperti, hypnosis, relaksasi, bimbingan antisipatif, terapi musik, terapi aktivitas, akupressur, aplikasi panas/dingin dan pijatan, sebelum dan jika memungkinkan, ketika melakukan aktivitas yang menimbulkan nyeri; sebelum nyeri terjadi atau meningkat; dan bersamaan dengan tindakan penurunan rasa nyeri lainnya) Ep : tindakan yang dilakukan kepada pasien untuk menurunkan nyeri dengan cara relaksasi nafas dalam dan masase kaki dengan menggunakan minyak lavender dengan waktu tindakan selama kurang lebih 15 menit. Pasien saat diberi pijatan sambil dilakukan relaksasi nafas dalam dan pasien menutup mata menikmati pijatan</p> <p>1.8 Memberikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgesik Ep : pasien diberikan injeksi santagesik 3x500 mg via intravena</p> <p>1.10 Mendukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri</p>	<p>1.8 berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgesik</p> <p>1.12 libatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri, jika memungkinkan</p> <p>1.13 monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri</p>
--	--	--	---

			<p>Ep : pasien mengatakan bisa saja tidur disaat nyeri nya tidak timbul tetapi kalau nyeri nya timbu susah untuk tidur</p> <p>1.13 memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri Ep : pasien mengatakan enak saat diberikan pijat kaki tadi membuat saya ingin tertidur</p>	
<p>Selasa, 28 November 2017</p>	<p>11.00</p>	<p>1</p>	<p>1.1 melakukan pengkajian nyeri komprehensif Ep : pasien mengatakan nyerinya masih terasa tetapi tidak sesakit sebelumnya, lokasinya tetap sama di betis kaki kanan, tidak menjalar kemana-mana, nyeri nya masih hilang timbul, skala sama seperti kemarin 4</p> <p>1.2 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal Ep : pasien nampak diam dan mengelus didaerah nyeri</p> <p>1.7 melakukan penggunaan tehnik nonfarmakologi Ep : melakukan tindakan masase kaki pada pasien di kaki kanan dan kiri dengan waktu 15 menit. Posisi pasien berbaring dengan nyaman. Pasien tampak menikmati tindakan yang diberikan</p> <p>1.8 memberikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgesik Ep : Pasien mendapatkan terapi santagesik 3x500mg via intravena, lasix 3x20mg via intravena</p> <p>1.13 memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri Ep : pasien mengatakan enak kalau dilakukan pijat setiap hari, kaki terasa lebih ringan dan nyeri kaki makin berkurang dan aroma minyaknya juga enak dan harum</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyerinya mulai berkurang, tidak seperti disaat kaki yang belum pernah dipijat. Nyeri kaki masih terasa nyut-nyut dibetis kanan, nyerinya masih hilang timbul, setelah dipijat kaki lebih terasa enak nilai nyerinya 3</p> <p>O : 1. pasien nampak tenang 2. pasien mengungkapkan keluhannya berkurang 3. pasien nampak masih mengelus didaerah nyerinya 4. tanda-tanda vital : TD :150/90 mmHg, N :80x/m, RR :20x/m, S: 36,5°C</p> <p>A : Nyeri akut mulai terkontrol</p> <p>P : 1.1 lakukan pengkajian nyeri komprehensif 1.2 observasi adanya petunjuk nonverbal 1.7 ajarkan penggunaan tehnik nonfarmakologi 1.8 berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgesik 1.9 evaluasi keefektifan dari tindakan pengontrolan nyeri yang diberikan 1.12 libatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri, jika memungkinkan</p>

<p>Rabu, 29 November 2017</p>	<p>15.00</p>	<p>1</p>	<p>membuat rileks</p> <p>1.1 melakukan pengkajian nyeri komprehensif Ep : pasien mengatakan nyerinya masih ada dan mulai makin berkurang sakitnya setelah dipijat dan diberi suntikan obat nyeri, dan mampu ke wc sendiri walaupun pincang-pincang. Lokasi nyeri masih sama di betis kaki kanan, tidak menjalar, nyerinya hilang timbul, nyerinya tertusuk, skala masih sama 3</p> <p>1.2 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal Ep : pasien nampak tenang, pasien tidak banyak fokus kedaerah nyeri dan lebih fokus ke perawat</p> <p>1.7 melakukan penggunaan tehnik nonfarmakologi Ep : melakukan masase kaki dengan minyak lavender dengan waktu 15 menit di kaki kanan dan kiri. Posisi pasien berbaring lurus (telentang). Pada saat masase ada anak pasien yang ikut memperhatikan tindakan yang diberikan perawat. Saat diberikan masase pasien sambil menutup mata dan nampak rileks</p> <p>1.12 melibatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri, jika memungkinkan Ep : memberikan kesempatan kepada keluarga pasien (anak) untuk mencoba melakukan tindakan masase agar bisa melakukannya secara mandiri untuk mengurangi nyeri pada pasien. Anak pasien mau belajar melakukan tindakan masase kaki.</p> <p>1.8 memberikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgesik Ep : santagesik 3x500mg via intravena</p>	<p>S : Pasien mengatakan kakinya terasa lebih ringan dan ada perubahan nyeri yang dirasakan walaupun tidak sepenuhnya tetapi nyerinya bisa berkurang dari sebelumnya, dan pijat ini sudah di ajarkan pada anak saya dan nanti bisa dia lakukan dirumah. Lokasi nyeri masih sama tempatnya betis kaki kanan, sakitnya itu kayak ditusuk (nyut-nyut), tidak menjalar dan hanya dikaki kanan, nyerinya berkurang ringan-ringan saja dan masih bisa ditoleransi nilainya sama seperti kemarin 3</p> <p>O : 1. pasien nampak mengungkapkan perubahan yang terjadi pada dirinya 2. keluarga pasien (anak) mampu melakukan masase kaki kepada pasien 3. pasien nampak tenang 4. tanda-tanda vital : TD :140/80 mmHg, N :78x/m, RR :20x/m, S: 36,4*c</p> <p>A : Nyeri terkontrol</p> <p>P : Implementasi dipertahankan</p>
--	---------------------	-----------------	---	--

			1.9 mengevaluasi keefektifan dari tindakan pengontrolan nyeri yang diberikan Ep : hasil dari masase selama 3 hari diperoleh hasil tindakan masase dapat menurunkan tingkat nyeri pada pasien	
--	--	--	---	--

Hari / tanggal	Jam	Dx	Implementasi	Evaluasi
Senin, 27 November 2017	11.15	2	<p>2.1 mengkaji status pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia Ep : pasien berusia 47 tahun, pasien mengatakan mudah lelah dalam aktivitas karena harus menahan nyeri</p> <p>2.2 menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami Ep : pasien mengatakan mengalami nyeri kaki sebelah kanan bagian betis dan nyeri ini sudah timbul sebelum masuk rumah sakit</p> <p>2.5 memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat Ep : pasien mengatakan makan tidak ada masalah makan dirumah sedikit dan di RS juga sedikit, minum dirumah banyak tetapi di RS di batasi minumannya</p> <p>2.10 meningkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan (misalnya, meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien) dengan cakupannya yaitu pada waktu istirahat yang dipilih Ep : pasien diharapkan dapat beristirahat dengan nyaman, tetapi pasien mengatakan istirahatnya terganggu jika nyerinya timbul</p> <p>2.12 membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari yang teratur sesuai kebutuhan (ambulasi, berpindah, bergerak, dan</p>	<p>S : Pasien mengatakan masih ada dan masih susah beraktivitas dikarenakan nyeri yang timbul, pijatan yang diberikan dan aromaterapinya membuat rileks, tetapi pasien mengatakan jika mau berjalan di bantu anaknya</p> <p>O : 5. Pasien lebih banyak melakukan aktivitasnya ditempat tidur 6. Pasien tampak lemah</p> <p>A : Intoleransi aktivitas masih terjadi</p> <p>P : a. tentukan persepsi pasien/orang terdekat dengan pasien mengenai penyebab kelelahan b. Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga ketahanan 2.11 berikan kegiatan pengalihan yang menyenangkan untuk meningkatkan relaksasi</p>

			<p>perawatan diri) Ep : pasien dibantu oleh perawat jika membutuhkan bantuan dan tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri tetapi biasanya yang membantu pasien yaitu anaknya dan pasien dilakukan masase untuk memberikan kenyamanan dan mengurangi nyeri</p>	
<p>Selasa, 28 November 2017</p>	<p>13.00</p>	<p>2</p>	<p>2.3 tentukan persepsi pasien/orang terdekat dengan pasien mengenai penyebab kelelahan Ep : keluarga pasien (anak) mengatakan ibunya susah beraktivitas sendiri dan harus saya bantu jika tidak saya takut ibu saya jatuh</p> <p>2.4 Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga ketahanan Ep : memberikan informasi kepada pasien untuk melakukan aktivitas yang mampu dilakukan saja dan tidak usah memaksakan aktivitas yang memang belum kuat untuk dilakukan</p> <p>2.11 berikan kegiatan pengalihan yang menenangkan untuk meningkatkan relaksasi Ep : menyuruh pasien untuk mengisi waktu luangnya dengan cara mendengarkan musik untuk relaksasi pada dirinya dan mencegah kebosanan</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyerinya masih ada dan aktivitasnya masih terganggu tetapi setelah di pijat kaki saya terasa enak dirinya dan saya mendengarkan musik untuk mengurangi kebosanan</p> <p>O : 5. Pasien nampak mendengarkan musik sambil berbaring 6. pasien nampak mengungkapkan keluhannya 7. pasien nampak berada di tempat tidur</p> <p>A : Intoleransi aktivitas masih terjadi</p> <p>P : 2.6 monitor lokasi dan sumber ketidaknyaman/nyeri yang dialami pasien selama aktivitas 2.8 lakukan ROM aktif/pasif untuk menghilangkan ketegangan otot</p>
<p>Rabu, 29 November 2017</p>	<p>17.00</p>	<p>2</p>	<p>2.6 monitor lokasi dan sumber ketidaknyaman/nyeri yang dialami pasien selama aktivitas Ep : pasien mengatakan nyeri masih ada pada kaki kanan tetapi sudah berkurang setelah dipijat kaki dan setelah dipijat kaki terasa lebih ringan</p>	<p>S : Pasien mengatakan kaki setelah dipijat lebih terasa ringan dan nyeri berkurang dan membantu saya bisa berjalan sendiri walupun masih susah dan terpincang-pincang karena nyerinya masih ada</p> <p>O : pasien nampak bisa berjalan ke wc dengan mandiri dengan cara memegangi dinding dan berjalan pelan dengan kondisi pincang</p>

			2.9 lakukan ROM aktif/pasif untuk menghilangkan ketegangan otot Ep : pasien mampu melakukan ROM aktif	pasien mengungkapkan perubahan yang dialaminya A : Intoleransi mulai teratasi P : Implementasi dipertahankan
Hari / tanggal	Jam	Dx	Implementasi	Evaluasi
Senin, 27 November 2017	12.00	3	3.5 duduk dan berbicara kepada pasien Ep : meminta izin kepada pasien untuk berada disebelah pasien untuk bisa berbicara kepada pasien 3.1 mempertahankan sikap tenang dan hati-hati Ep : perawat datang ke pasien dengan tenang dan melakukan bhsp kepada pasien dan menanyakan apa yang dirasakan pasien 3.2 mempertahankan kontak mata Ep : perawat melakukan kontak mata kepada pasien tetapi pasien terkadang lebih fokus ke area nyerinya 3.4 mengidentifikasi orang terdekat klien yang bisa membantu klien Ep : orang terdekat yang selalu menjaga pasien adalah anaknya dan memberitaukan kepada anaknya untuk selalu berada disisi pasien jika pasien membutuhkan teman cerita untuk mengeluarkan keluh kesahnya	S : Pasien mengatakan dia merasa sedih dengan kondisinya karena nyerinya ini belum sembuh-sembuh sedangkan sudah lama dirawat di Rs O : Pasien mengungkapkan perasaannya Nampak anak pasien selalu berada disisi pasien jika tidak berkerja Kontak mata pasien mulai ada A : Ansietas mulai teratasi P : 3.5 duduk dan bicara dengan pasien 3.2 pertahankan kontak mata 3.6 instruksikan pasien untuk menggunakan metode mengurangi kecemasan (misalnya, teknik bernafas dalam, distraksi, meditasi,relaksasi otot progresif, mendengar musik lembut) jika diperlukan
Selasa, 28 November 2017	14.00	3	3.5 duduk dan bicara dengan pasien Ep : menyapa pasien dan menanyakan kondisi pasien pada hari ini 3.2 mempertahankan kontak mata Ep : setiap berbicara kepada pasien selalu melakukan kontak mata dan pasien sudah bisa melakukan kontak mata terhadap perawat	S : Pasien mengatakan sudah mulai merasa tenang, walaupun terkadang timbul rasa cemas dan mengganggu dirinya, jika hal itu muncul pasien mengatakan berusaha untuk tidur dengan mendengarkan musik O : 1. Saat perawat mendatangi, pasien nampak lagi berbaring sambil mendengarkan musik 2. Pasien mengungkapkan perubahan yang terjadi pada dirinya

			<p>3.6 instruksikan pasien untuk menggunakan metode mengurangi kecemasan (misalnya, teknik bernafas dalam, distraksi, meditasi, relaksasi otot progresif, mendengar musik lembut) jika diperlukan Ep : pasien sudah melakukan metode mengurangi kecemasan dengan mendengarkan musik dan pasien juga sudah dilakukan tindakan masase kaki untuk merilekskan tubuhnya</p>	<p>A : Ansietas terkontrol</p> <p>P : Implementasi dipertahankan</p>
Hari / tanggal	Jam	Dx	Implementasi	Evaluasi
<p>Senin, 27 November 2017</p>	<p>13.20</p>	<p>4</p>	<p>4.7 Memonitor pola tidur pasien dan catat kondisi fisik (misalnya, nyeri/ketidaknyamanan, sumbatan jalan nafas, dan frekuensi buang air kecil) dan/atau psikologis (misalnya, ketakutan atau kecemasan) keadaan yang mengganggu tidur Ep : pasien mengatakan susah untuk tidur, walaupun tidur terkadang terbangun dikarenakan nyeri yang muncul jika efek dari obat nyerinya hilang dan setelah terbangun susah untuk tidur lagi</p> <p>4.6 menjelaskan pentingnya tidur yang cukup Ep : memberikan penjelasan kepada pasien pentingnya tidur bagi kesehatan dirinya</p> <p>4.5 menerapkan langkah-langkah kenyamanan seperti pijat, pemberian posisi dan sentuhan afektif Ep : pasien dilakukan masase kaki dengan tambahan minyak lavender dimana untuk memberikan supaya pasien nyerinya berkurang dan membuat pasien rileks dan efek dari minyak lavender sebagai aromaterapi bagi pasien supaya pasien mudah tidur</p>	<p>S : Pasien mengatakan merasa enak setelah dipijat dan saat dipijat sekita mata tertutup menikmati pijatan yang dilakukan dan aroma minyak yang dioleskan terasa harum</p> <p>O : pasien mengungkapkan perasaannya pasien mengungkapkan perubahan yang terjadi pada dirinya setelah di masase</p> <p>A : Insomnia mulai teratasi</p> <p>P : 4.3 anjurkan pasien memantau pola tidur 4.4 anjurkan pasien untuk menghindari makanan sebelum tidur dan minuman yang mengganggu tidur 4.6 anjurkan untuk tidur siang</p>

<p>Selasa, 28 November 2017</p>	<p>12.00</p>	<p>3</p>	<p>4.8 menganjurkan pasien memantau pola tidur Ep : pasien mengatakan tidurnya masih terkadang susah jika nyerinya tiba-tiba muncul</p> <p>4.4 menganjurkan pasien untuk menghindari makanan sebelum tidur dan minuman yang mengganggu tidur Ep : pasien mengatakan sebelum tidak mengkonsumsi makanan dan minuman yang membuatnya susah tidur</p> <p>4.6 menganjurkan untuk tidur siang Ep : pasien mengatakan memang terkadang tidur siang jika malamnya susah tidur</p> <p>4.5 menerapkan langkah-langkah kenyamanan seperti pijat, pemberian posisi dan sentuhan afektif Ep : pasien dilakukan masase menggunakan minyak lavender dengan waktu kurang lebih 15 menit</p>	<p>S : Pasien mengatakan setelah dipijat badannya lebih segar dan mulai tidurnya enak setelah dipijat</p> <p>O : pasien nampak tenang pasien berbaring ditempat tidur pasien mengungkapkan perubahan yang ia rasakan</p> <p>A : Insomnia mulai teratasi</p> <p>P : Implementasi dipertahankan</p>
-------------------------------------	--------------	----------	--	---

