BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Diabetes Mellitus

1. Definisi

Diabetes militus merupakan suatu keadaan kadar gula darah tinggi yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang dapat menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah. Diabetes mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (PERKEMI,2021).

Diabetes militus adalah suatu kondisi yang ditandai dengan tingginya kadar gula(glukosa) dalam darah secara terus menerus. Ada beberap jenis diabetes, dua yang paling umum disebut sebagai tipe I dan diabetes tipe 2. Glukosa adalah sumber energi yang sangat penting bagi sel-sel tubuh. Untuk menyediakan energi bagi sel, glukosa perlu meninggalkan aliran darah dan masuk kedalam sel. Organ di perut yang bernama pangkreas menghasilkan hormon disebut insulin yang membantu glukosa masuk ke sel-sel tubuh. Pada orang tanpa diabetes, pangkreas menghasilkan hormone insulin yang lebih banyak saat kadar glukosa meningkat dan insulin memberikan isyarat pada sel-sel untuk mengambil glukosa dalam darah. Pada pasien diabetes kemampuan pangkreas untuk memproduksi insulin atau respon sel terhadap insulin berubah (kemenkes, 2024).

DM juga dikenal dengan nama penyakit kencing manis adalah sekelompok gangguan metabolism yang ditandai dengan adanya hiperglikemia tanpa adanya

pengobatan (World Health Organization, 2020). DM adalah penyakit multi sistem kronik yang berhubungan dengan ketidaknormalan produksi insulin, ketidakmampuan penggunaan insulin atau keduanya (Imelda, 2019). Masalah khusus pada pasien diabetes salah satunya adalah masalah kaki diabetes atau sering disebut diabetes foot. Setiap pasien diabetes perlu dilakukan pemeriksaan komprehensip minimal satu tahun. Pemeriksaan meliputi inspeksi, perabaan pulsasi arteri dorsalis pedis dan tibia posterior serta pemeriksaan neuropati sensoris.

Berdasarkan beberapa pengertian dari diatas, maka dapat disimpulkan bahwa diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia (tingginya kadar gula darah) yang terjadi karena kelainan sekresi (pengeluaran) insulin, kerja insulin atau keduanya sehingga glukosa (sejenis gula) dalam darah dan ginjal tidak terkontrol jumlahnya yang dapat menyebabkan produksi urin dalam jumlah besar. Komplikasi yang sering terjadi adalah adanya infeksi yang terjadi pada kaki karena penurunan vaskularisasi dari peredaran darah yang menurun sehingga menyebabkan ulkus diabetes atau diabetes foot.

Deteksi dini kelainan kaki pada pasien diabetes dapat dilakukan dengan penilaian karakteristik:

a. Kulit tampak kaku, kering, bersisik, dan terdapat retak(pecah).
b. Rambut kaki yang menipis.
c. Kelainan bentuk dan warna kuku (kuku yang menebal dan rapuh)
d. Kalus (mata ikan) terutama pada telapak kaki.
e. Perubahan bentuk jari-jari dan telapak kaki dan tulang-tulang kaki yang menonjol.
f. Terdapat bekas luka atau Riwayat amputasi jari.

g. Kaki baal, kesemutan, atau tidak terasa nyeri.

h. Kaki yang terasa dingin.

i. Perubahan warna kaki (kemerahan, kebiruan atau kehitaman)

Kaki diabetes dengan ulkus merupakan suatu infeksi yang merupakan komplikasi yang sering terjadi dan dapat memperberat penyakit. Kalsifikasi kaki diabetes dengan ukus dapat dilakukan dengan menggunakan kreteria Wagner atau Pedis.

Tabel 1
Klasifikasi Kaki Diabetes Dengan Ulkus

Derajat	Karakteristik
0	Kulit kaki intak, dikuti deformitas atau selulitis
1	Ulkus supervisial pada kulit dan jaringan subkutan
2	Ulkus meluas ke ligament, tendon, kapsul sendi atau fasia tanpa adanya abses atau osteomilitis
3	Ulkus dalam dengan osteomilitis
4	Ganggren pada Sebagian kaki bagian depan atau tumit
5	Ganggren ekstensif yang melingkupi seluruh kaki

PERKEMI,2021

Tabel. 2
Klasifikasi PEDIS Pada Ulkus Diabetikum

	Nilai	Interprestasi
Perfution	0	Tidak ada PAD
	1	PAD positif tapi tidak ada CLI
	2	CLI positif
Extent/ Size in mm³	0	Kulit Intak
	1	< 1 cm
	2	1-3 cm
	3	>3 cm
	0	Kulit intak

Depth/ Tissue loss	1	Supervisial tidak sampai dermis
	2	Ulkus dalam di bawah dermis melibatkan jaringan subkutan, fasia otot dan tendon
	3	Melibatkan seluruh kaki tulang dan/atau sendi
	0	Tidak ada infeksi
Infection	1	Infeksi kulit dan jaringan sub kutan
	2	Abses, fasciitis atau atristis septik
	3	SIRS
	0	Normal
Sensation	1	Hilang sensasi sensorik

PERKEMI,2021

2. Tanda dan Gejala

Berbagai keluhan dapat ditemukan pada penyandang Diabetes Mellitus (DM). Menurut PERKEMI (2021), kecurigaan adanya DM perlu diperkirakan apabila terdapat keluhan atau tanda dan gejala seperti:

a. Meningkatnya buang air kecil (poliuria)

Sel-sel tubuh tidak dapat menyerap glukosa sehingga ginjal mencoba mengeluarkan glukosa sebanyak mungkin. Akibatnya, penyandang DM menjadi lebih sering kencing dari pada orang normal.

b. Rasa haus berlebih (polidipsi)

Hilangnya air dari tubuh karena sering buang air kecil, penyandang DM merasa haus dan membutuhkan banyak air untuk mengganti cairan yang hilang.

c. Penurunan berat badan

Pada penyandang diabetes, hormon insulin tidak mendapatkan glukosa untuk sel yang digunakan sebagai energi, sebagai gantinya tubuh

mencari protein dari otot sebagai sumber alternatif bahan bakar.

d. Sering lapar

Rasa lapar berlebihan merupakan tanda diabetes. Ketika kadar gula darah menurun drastis, tubuh mengira belum mendapatkan makanan dan membutuhkan glukosa untuk sel.

e. Masalah pada kulit

Kulit gatal, mungkin akibat kulit kering seringkali menjadi tanda peringatan diabetes, seperti itu juga kondisi kulit lainnya, misalnya kulit menjadi gelap di sekitar daerah leher atau ketiak.

f. Penyembuhan luka lambat

Lambatnya penyembuhan luka terjadi karena pembuluh darah mengalami kerusakan akibat glukosa dalam jumlah berlebihan yang mengelilingi pembuluh darah dan arteri.

g. Infeksi jamur

Diabetes meningkatkan kerentanan terhadap berbagai infeksi. Jamur dan bakteri dapat tumbuh subur di lingkungan yang kaya akan gula.

h. Iritasi genetalia

Kandungan glukosa yang tinggi dalam urun membuat daerah genital jadi seperti sariawan dan akibatnya menyebabkan pembengkakan dan gatal

i. Pandangan kabur

Pembuluh darah di retina menjadi lemah setelah bertahun–tahun mengalami hiperglikemia dan mikro-aneurisma, yang melepaskan

protein berlemak yang disebut eksudat.

j. Kesemutan atau mati rasa

Kesemutan dan mati rasa ditangan dan kaki, bersamaan dengan rasa sakit yang membakar atau bengkak adalah tanda bahwa syaraf mengalami kerusakan karena diabetes.

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium atau penunjang yang digunakan untuk mendiagnosis penyakit diabetes melitus yaitu dengan melakukan pemeriksaan glukosa darah saat puasa dan 2 jam setelah makan, atau secara acak berkala sesuai kebutuhan. Tes hemoglobin terglikolasi yang disebut juga sebagai glikohemoglobin atau hemoglobin glikosilasi (HbA1c), merupakan cara yang digunakan untuk menilai efek perubahan terapi 8-12 minggu sebelumnya. Untuk menilai hasil terapi dan recana perubahan terapi, HbA1C diperiksa setiap 3 bulan. Pada pasien yang teah mencapai sasaran terapi disertai kendali glikemik yang stabil HbA1C diperiksa paling sedikit 2 kali dalam satu tahun. HbA1C tidak dapat dipergunakan sebagai alat untuk evaluasi pada kondisi tertentu seperti: anemia, hemoglobinopati, Riwayat transfuse darah 2-3 bulan terakhir, keadaan lain yang mempengaruhi umur eritrosit dan gangguan fungsi ginjal. Karena keterbatasan pemeriksaan HbA1Cakibat factor-faktor diatas, maka terdapat cara lain seperti pemeriksaan glycated albumin (GA) yang dapat digunakan dalam pemantauan. Pemeriksaan HbA1C merupakan indeks control glikemik janga Panjang(2-3bulan). Sedangkan proses metabolic albumin terjadi lebih cepat daripada hemoglobin dengan perkiraan 15-20 hari sehingga GA merupakan indek control glikemik jangka menengah.(PERKEMI,2021)

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diabetes mellitus memiliki tujuan baik jangka pendak maupun jangka Panjang dimana hasil pengelolaan akhirnya bertujuan menurunkn morbilitas dan mortalitas penyakit DM. Dalam pelaksanaanya dilakukan dengan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan, profil lipid, melalui pengelolaan pasien secara komprehensip. Penatalaksanaan DM dimulai dengan pola hidup sehat (terapi nutrisi medis dan aktivitas fisik) bersamaan dengan intervensi farmakologis dengan obat anti hiperglikemia secara oral dan/atau suntikan. Pengetahuan tentang pemantauan mandiri, tanda dan gejala hipoglikemia dan cara mengatasinya juga hal yang penting untuk diberikan kepada pasien.

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat , perlu selalu dilakukan sebagai salah satu upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan penyakit DM secara holistic. Materi edukasi terdiri dari materi edukasi tingkat awal dan materi edukasi tingkat lanjutan. Selain itu, pasien diabetes mellitus juga harus menerapkan perilaku hidup sehat seperti mengikuti pola makan sehat, meningkatkan kegiatan jasmani dan latihan jasmani yang teratur, menggunakan / mengkonsumsi obat diabetes mellitus dan obat lainya pada keadaan khusus secara aman dan teratur sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan, melakukan Pemantauan Glukosa Darah Mandiri (PGDM) dan memanfaatkan hasil pemantauan untuk menilai keberhasilan pengobatan, melakukan perawatan kaki secara berkala, memiliki kemampuan untuk mengenal dan menghadapi keadaan sakit akut dengan tepat, mempunyai keterampilan mengatasi masalah yang sederhana, dan mau bergabung dengan kelompok pasien diabetes serta mengajak keluarga untuk mengerti pengelolaa pasien diabetes mellitus, serta mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan

kesehatan yang ada. Namun dalam praktiknya, seringkali ditemukan pasien diabetes mellitus yang tidak patuh dalam penerapan penatalaksanaan diabetes mellitus dan bahkan seringkali melupakan pentingnya mengkonsumsi obat antidiabetes mellitus yang didapatkan dari tenaga kesehatan.

Terapi nutrisi dalam penatalaksanaannya memiliki prinsip pengaturan makan pada pasien DM. Anjuran yang diberikan yaitu makan seimbang sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat-zat gizi masing-masing individu. Penekanan yang diberikan berupa keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama kepada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri. Tetapi pada kelompok tertentu perubahan jadwal, jumlah dan jenis makanan dilakukan sesuai dengan kondisi pasien dan kebiasaan.

Latihan fisik merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan DM, program Latihan fisik secara teratur dilakukan 3-5 hari seminggu sekitar 30-45 menit. Kegiatan sehari-hari atau aktivitas fisik sehari-hari bukan termasuk Latihan fisik. Latihan fisik menjaga kebugaran dan sensitivitas insulin sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan fisik yang dianjurkan bersifat aerobik dengan intensitas sedang seperti jalan cepat, bersepeda, jogging dan berenang. Latihan fisik sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesegaran fisik, sedangkan pada pasien DM yang disertai komplikasi intensitas perlu dikurangi dan disesuaikan dengan masing-masing individu.

Terapi farmakologis diberikan bersamaan dengan pengaturan makanan dan Latihan jasmani. Terapi farmakologi ini terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan. Berdasarkan cara kerjanya, obat anti-hiperglikemia oral dibagi menjadi 6 golongan. Golongan yang pertama berupa pemacu sekresi insulin seperti sulfonilurea dimana

efek utamanya meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pangkreas. Selain itu ada juga Glinid yang cara kerjanya mirip sulfonilurea namum berbeda lokasi reseptor. Untuk golongan yang kedua memiliki fungsi meningkatkan sensitivitas terhadap insulin seperti metformin dan tiazolidinedion dimana memiliki efek mengurangi produksi gula dalam hati, menurunkan retensi insulin dan memperbaiki ambilan glukosa di jaringan perifer. Golongan ketiga berupa penghambat alfa glucosidase dimana cara kerjanya dengan menghambat absorbs glukosa dalam usus halus, dimana jenis ini digunakan pada DM dengan gangguan faal hati yang berat. Untuk golongan keempat berupa penghambat enzim dipeptidyl pemtidase-4 yang berfungsi untuk memperbaiki toleransi glukosa, meningkatkan respon insulin dan mengurangi sekresi glucagon. Berikutnya berupa enzim sodium glucose co-traspoter yang bekerja dengan cara menghambat reabsorbsi glukosa pada tubulus proksimal dan meningkatkan sekresi glukosa pada urine (PERKEMI,2021).

B. Masalah Nyeri Akut Pada Pasien Diabetes Mellitus-Diabetes Foot.

1. Pengertian

Nyeri Akut (D0077) merupakan diagnosa keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Pada pasien DM dengan *diabetic foot* atau luka ulkus diabetikum terdapat tiga diagnosa keperawatan diantaranya nyeri akut, dengan agen pencedera fisiologis, gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer, Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakkuatan pertahanan tubuh perifer (Dewi Safitri & T.Eltrikawati, 2026)

2. Data mayor dan minor

Gejala dan Tanda mayor dan minor dari masalah keperawatan Nyeri Akut disajikan dalam tabel 1

Tabel 3

Gejala dan Tanda Nyeri Akut

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Tanda dan gejala mayor	1. Pasien mengeluh nyeri	1. Tampak Meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekwensi nadi meningkat 5. Sulit Tidur
Tanda dan gejala minor	Tidak ada keluhan tambahan	1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

Sumber : SDKI DPP PPNI, (2017)

3. Faktor penyebab

Adapun penyebab (etiologi) Nyeri Akut menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah sebagai berikut :

a. Fisiologis

1) Agen pencedera fisiologis berupa inflamasi, askemia, neoplasma.

2) Agen pencedera kimiawi berupa terbakar, bahan kimia iritan.

3) Agen pencera fisik berupa abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.

4. Kondisi terkait

a. Prosedur Medis / Tindakan invasive

1) Proses operasi berupa Laparatomy, Craniotomy
2) Pemasangan cateter, infus, drain.
3) Tindakan diagnostic berupa biopsy, endoscopy

b. Trauma / cedera

1) Luka terbuka (vulnus laceratum)
2) Fraktur
3) Cedea jaringan lunak berupa memar. Strain.

c. Proses penyakit akut

1) Apendisitis
2) Gastritis akut
3) Infeksi berupa abses, selulitis.
4) Batu Ginjal berupa colik renal.

d. Iskemia

1) Infark miocard
2) Gangguan sirkulasi akut

e. Spasme otot atau organ

1) Kolik Abdomen
2) Nyeri Menstruasi (disminarce)
3) Spasme otot rangka

f. Kanker (fase akut tertentu)

1) Nyeri akibat penekanan tumor
2) Nyeri pasca Tindakan (kemoterapi, operasi)

g. Kondisi psikologis yang memperberat

1) Kecemasan tinggi

2) Ketakutan terhadap penyakit/ Tindakan

5. Patofisiologis Nyeri

Stimulasi pada tubuh (mekanik, termal dan kimia) akan melepaskan subtansi kimia seperti histamin, bradykinin, kalium. Subtansi tersebut dapat menyebabkan nosiseptor bereaksi, apabila nosiseptor bereaksi mecapai ambang nyeri maka akan timbul inpuls saraf yang akan dibawa oleh serabut saraf perifer. Serabut saraf perifer akan membawa pada inpuls saraf, inpuls saraf tersebut yaitu serabut A-delta dan serabut C. Inpuls saraf akan dibawa sepanjang serabut saraf samapai ke kornu dosalis medulla spinalis. Inpuls saraf tersebut akan membuat kornudorsalis akan melepaskan neurotrasmiter (substansi P). Subtansi P ini menyebabkan trasmisi sipnasis dari saraf perifer ke saraf tractus spinotalamus. Impuls nyeri akan diproses pada beberapa bagian otak seperti thalamus, korteks serebri dan system limbik terutama amigdala. Korteks serebri berperan dalam mengendalikan lokasi dan intensitas nyeri, sedangkan amigdala mempengaruhi respon emosional terhadap nyeri seperti takut, cemas, dan stress sehingga persepsi nyeri lebih berat karena aktifitas system limbik yang meningkat. Pada kondisi ini tubuh juga mengaktifkan system saraf simpatik yang menyebabkan peningkatan denyut jantung, tekanan darah, ketegangan otot, dan frekwensi nafas. Respon fisiologi tersebut dapat memperburuk sensasi nyeri yang dirasakan pasien. Oleh karena itu, nyeri yang dirasakan pasien tidak hanya karena kerusakan jaringan tetapi juga dipengaruhi oleh kondisi psikologi pasien.

Dalam perjalannya, nyeri melalui empat proses utama yaitu trasduksi, trasmisi, persepsi dan modulasi. Trasnduksi mengacu pada proses stimulasi jaringan yang rusak dan mengaktifkan ujung saraf. Trasmisi mengacu pada fungsi estafet dimana pesan tersebut dibawa dari situs cedera jaringan ke daerah otak yang mendasari persepsi. Modulasi adalah proses saraf bertindak secara kusus untuk mengurangi aktivitas di system trasmisi. Persepsi adalah kesadaran subjektif yang dihasilkan oleh sinyal sensorik dimana melibatkan integrasi banyak pesan sensorik menjadi kesatuan yang utuh dan bermakna.

Manajemen nyeri dapat dibagi menjadi dua, pertama manajemen farmakologi yang menggunakan obat-obatan analgesic atau anastetik untuk mengurangi nyeri dimana penggunaan analgesik bertujuan untuk mengganggu peneriamaan atau stimulasi nyeri dan interprestasi dengan menekan fungsi talamus dan korteks serebri. Manajemen yang kedua adalah manajemen non farmakologi yang tidak menggunakan obat-obatan penghilang nyeri sehingga Sebagian besar dapat digunakan mandiri oleh pasien. Manajemen ini diantaranya seperti sentuhan terapiutik, akupresur, guided imagery, distraksi, anticipatori guidance, stimulasi kutaneus dan hypnosis terapi relaksasi hipnosis.

Terapi relaksasi hipnosis bekerja dengan memberikan sugesti yang positif mempengaruhi system saraf pusat terutama pada korteks serebri dan system limbik. Pada saat pasien kondisi rileks dan fokus selama hipnosis, aktivitas amigdala dan respon stress menurun sehingga kecemasan pasien berkurang. Hipnosis juga meningkatkan aktivitas sistim saraf parasimpatis yang menyebabkan tubuh menjadi lebih tenang, denyut jantung menurun, otot menjadi rileks dan pernafasan teratur.

Kondisi tersebut membantu menghambat penghantaran impuls nyeri ke otak sehingga persepsi nyeri yang dirasakan pasien menjadi lebih ringan.

Pada pasien dengan diagnosa medis DM-DF umumnya mengalami nyeri akibat kerusakan jaringan, infeksi, gangguan sirkulasi perifer, maupun neuropati diabetik. Nyeri neuropatik sendiri memiliki ciri nyeri seperti terbakar, tertusuk-tusuk, kesemutan, baal dan seperti kesetrum. Kondisi tersebut dapat menimbulkan nyeri dengan intensitas yang berbeda pada setiap pasien sehingga diperlukan alat ukur yang sederhana, cepat, dan mudah digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien secara subjektif.

Numeric Rating Scale (NRS) adalah instrumen pengukuran nyeri yang digunakan untuk menilai intensitas nyeri berdasarkan angka numerik. Skala ini terdiri dari angka 0 sampai 10, di mana angka 0 menunjukkan tidak terdapat nyeri dan angka 10 menunjukkan nyeri paling berat yang dapat dibayangkan pasien. Penggunaan NRS dilakukan dengan meminta pasien memilih angka yang paling sesuai dengan tingkat nyeri yang dirasakan. Metode ini banyak digunakan dalam pelayanan kesehatan karena mudah diaplikasikan, cepat, serta memiliki tingkat validitas dan reliabilitas yang baik dalam pengukuran nyeri akut maupun kronis. Penggunaan NRS memungkinkan pemantauan perubahan intensitas nyeri secara berkala sehingga perkembangan kondisi pasien dapat dievaluasi dengan lebih objektif.

Interpretasi skala NRS dibagi menjadi beberapa kategori, yaitu skala 1–3 termasuk nyeri ringan, skala 4–6 termasuk nyeri sedang, dan skala 7–10 termasuk nyeri berat. Numeric Rating Scale juga memudahkan tenaga kesehatan dalam mengevaluasi efektivitas tindakan atau terapi yang diberikan kepada pasien melalui perbandingan skor nyeri sebelum dan sesudah intervensi. Namun demikian, NRS

bersifat subjektif karena dipengaruhi oleh persepsi dan toleransi nyeri masing-masing individu.

C. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien Diabetes Melitus-*Diabetic Foot*

1. Pengkajian

Pengkajian yang sesuai dan sistematis sesuai dengan fakta dan kondisi yang ada merupakan hal yang sangat penting dalam sebuah asuhan keperawatan. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada pasien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Kartikasari et al., 2020). Metode yang digunakan saat pengkajian yaitu berupa metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan gula darah sewaktu.

Pengkajian keperawatan ini menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah dengan beberapa hal yang ditanyakan seperti : identitas pasien, keluhan saat ini, riwayat pengobatan sebelumnya, pemeriksaan fisik kepada klien, riwayat penggunaan obat-obatan, pengkajian biopsiko-sosial, pemeriksaan penunjang seperti *rontgen*, laboratorium atau lainnya serta data-data yang diperlukan perawat untuk memperkuat penegakan diagnosis keperawatan pada tahap selanjutnya. Pengkajian dilakukan selama 15-30 menit secara pendekatan komprehensif dengan tetap memperhatikan kenyamanan dan privasi klien.

2. Diagnosa keperawatan

a. Analisa data

Analisa data dilakukan untuk menganalisis masalah keperawatan yang terjadi

pada pasien berdasarkan pengkajian yang didapatkan dan dirumuskan dalam bentuk tabel yang biasanya berisi tentang data fokus yang menjabarkan tentang data subjektif dan data objektif yang terjadi pada pasien sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Etiologi juga dijabarkan, dalam hal ini dijelaskan tentang bagaimana masalah keperawatan tersebut terjadi pada pasien seperti kerangka patofiologinya secara singkat kemudian barulah ditemui masalah keperawatan yang diangkat pada pasien yang akan dikelola. Dalam tahap ini, peneliti melakukan pengumpulan data yang didapatkan dari observasi menggunakan panca indera, mencatat hasil pengamatan secara khusus mengenai apa yang dilihat, dirasa, dan didengar serta melakukan wawancara.

b. Perumusan diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik secara aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosa negatif dan diagnosa positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau berisiko atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosa ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis negatif terdiri dari diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Diagnosis positif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis positif juga disebut dengan diagnosis promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Masalah (*problem*) merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas deskriptor atau penjelasan dan fokus diagnostik. Tidak efektif merupakan deskriptor, sedangkan bersihan jalan napas merupakan fokus diagnostik. Penyebab (etiologi) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencangkup empat kategori yaitu fisiologis, biologis atau fisiologis, terapi atau tindakan, situasional (lingkungan atau personal), dan maturasional (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tanda (sign) merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik sedangkan gejala (symptom) merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda dan gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu mayor dan minor. Mayor merupakan tanda/gejala ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosis, sedangkan minor merupakan tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Proses penegakan diagnosis (diagnostic prosess) atau mendiagnosis merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri dari tiga tahap yaitu analisis data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis. Analisis data dilakukan dengan membandingkan data dengan nilai normal dan mengelompokkan data. Selanjutnya adalah mengidentifikasi masalah, setelah data dianalisis lalu dilakukan identifikasi masalah aktual. Pernyataan masalah kesehatan merujuk ke label diagnosis keperawatan. Terakhir adalah perumusan diagnosis keperawatan yang disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Metode penulisan pada diagnosis aktual terdiri dari masalah berhubungan dengan penyebab ditandai dengan tanda gejala (Tim Pokja SDKI DPP

PPNI, 2017).

Pada studi kasus ini, ditetapkan diagnosis keperawatan utama yaitu Nyeri Akut (D.0077) pada pasien Diabetes Melitus-Diabetes Foot dengan faktor penyebab adanya agen pencedera fisik Abses pada kaki

3. Perencanaan keperawatan

Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien.

Perencanaan keperawatan terdiri atas luaran (outcome) dan intervensi. Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Komponen luaran terdiri atas tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil. Label merupakan nama dari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk mencari informasi terkait luaran keperawatan. Ekspektasi adalah penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai. Kriteria hasil adalah karakteristik pasien yang bisa diamati maupun diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Komponen intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label yang merupakan nama dari intervensi yang menjadi kata kunci untuk memperoleh informasi. Label terdiri dari satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda yang berfungsi sebagai descriptor atau penjelasan dari intervensi keperawatan. Definisi

merupakan komponen yang menjelaskan makna dari label intervensi keperawatan yang ada. Tindakan merupakan rangkaian aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk diimplementasikan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi

Perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan pada SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yang sesuai dengan diagnosis keperawatan. Pada studi kasus ini, intervensi utama yang diberikan adalah manajemen nyeri (I.08238) dan pemberian analgesic (I.08243). Disajikan dalam tabel 2 berikut.

Tabel 4
Perencanaan Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Pemberian Terapi Relaksasi Hipnosis pada Pasien Diabetes Melitus-*Diabetic Foot*

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4
1	**Nyeri Akut (D.0077)** berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan, pasien mengeluh nyeri, bersikap protektif, gelisah dan sulit tidur.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan **Tingkat nyeri menurun (L.08066)** dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekwensi nadi membaik	**Intervesi Utama** **Manjemen Nyeri (I.08238)** **Observasi** Identifikasi karakteristik nyeri, durasi, frekwensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri. Identifikasi factor yang dapat memperberat dan meringankan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Identifikasi pengaruh

1	2	3	4
			budaya terhadap respon nyeri. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgesik. **Terapiutik** Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Fasilitasi istirahat dan tidur. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi merendahkan nyeri. **Edukasi** Jelaskan penyeban, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi merendahkan nyeri Anjurkan monitor nyeri secara mandiri Anjurkan analgesic secara tepat Ajarkan Teknik farmakologis untuk

1	2	3	4
			mengurangi nyeri. **Pemberian Analgesik (I.08243)** **Observasi** Identifikasi karakteristik nyeri Identifikasi Riwayat alergi obat. Identifikasi kesesuaian jenis analgesic dengan tingkat keparahan nyeri Monitor tanda vital sebelun dan sesudah pemberian nalgesik. Monitor efektifitas analgesik. **Terapiutik** Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesic optimal. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien Dokumentasi respon pasien terhadap analgesik dan efek

1	2	3	4
			yang tidak diinginkan. **Edukasi** Jelaskan efeksamping terapi dan efek samping obat

(Sumber : SDKI PPNI, 2017; SLKI PPNI, 2022; SIKI PPNI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimlementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan yang melibatkan pelaksanaan intervensi yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan, dengan kata lain tahap implementasi diartikan sebagai aktualisasi dari rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Tahap implementasi melibatkan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun perawat dalam melakukan intervensi keperawatan, memantau respons pasien, dan memodifikasi rencana jika diperlukan (Tutiany *et al.*, 2024).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, tahap penilaian atau perbandingan yang sistematis, dan terencana tentang kesehatan pasien, dengan tujuan yang telah ditetapkan yang dilakukan secara berkesinambungan. Proses evaluasi keperawatan berfokus terhadap indikator yang ada pada rumusan tujuan, selanjutnya hasil evaluasi segera dicatat dan melibatkan dikomunikasikan, pasien, evaluasi keluarga dan tim kesehatan, evaluasi dilakukan sesuai standar.

D. Konsep Terapi Relaksasi Hipnosis

1. Pengertian

Hipnosis adalah membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti yang positif, sehingga seseorang akan merasakan nyeri berkurang karena persepsi tentang nyeri berubah. Hipnosis dimulai dengan induksi dimana pasien dipandu memasuki kondisi trence kemudian klien diberikan sugesti untuk mengurangi nyeri. Hipnosis diakhiri dengan tahapan terminasi untuk mengembalikan kondisi kesadaran klien. Efek dari hipnosis dapat bertahan meskipun individu telah selesai di hipnosis.

Induksi merupakan proses membantu merubah pikiran klien dari pikiran sadar ke pikiran alam bawah sadar dengan menonaktifkan filter mental. Terdapat dua jenis teknik induksi yaitu rapid induksi dan sistemik induksi. Rapid induksi menggunakan Teknik perpindahan yang cepat biasanya dignakan pada hypnosis pertunjukan, sistemic induksi banyak digunakan untuk terapi. Prinsip dasar induksi adalah mengejutkan, fokus dan emosi dimana gelombang otak turun dari beta, alfa, teta dan delta saat kondisi pikiran dan tubuh rileks sehingga masuk dalam kondisi transce. Teknik yang dianjurkan pada hipnosis adalah dengan progresif relaxation , dengan cara relaksasi tubuh perlahan. Pasien diminta untuk focus merasakan bagian tubuh dari kepala hingga ujung kaki dengan diminta untuk bernafas secara pelahan.

Inti dari hipnosis adalah sugesti, tanpa sugesti maka hipnosis hanyalah relaksasi biasa, maka perlu memahami sugesti yang baik, dan melatih dalam memberi sugesti. Perawat akan memberikan sugesti yang positif yang bersifat terapeutik kepada klien. Sugesti ini diharapkan tertanan di pikiran alam bawah sadar pasien dan membawa perubahan yang positif / perbaikan terhadap masalah yang dihadapi klien. Hipnosis menciptakan komunikasi yang efektif serta memiliki kesan atupun pengaruh yang

mendalam terhadap orang lain (subjek). Jadi hakekatnya ilmu hipnosis merupakan ilmu komunikasi yang efektif yang memiliki pengaruh terhadap orang lain yang bersifat sugesti.

Berdasarkan pengertian diatas maka terapi relaksasi hipnosis merupakan suatu teknik relaksasi yang diikuti dengan sugesti sehingga membawa perubahan positif dan memperbaiki permasalahan yang dihadapi oleh pasien dengan menggunakan komunikasi terapiutik

2. Tujuan dan manfaat

Tujuan dari terapi relaksasi hipnosis yaitu dapat menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, dan laju metabolik, mengurangi disritmia jantung dan kebutuhan oksigen, meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokuskan perhatian serta relaks, meningkatkan rasa kebugaran dan konsentrasi, memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress, mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, irritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan, membangun emosi positif dari emosi negative (Juniarti et al., 2021).

3. Efektifitas relaksasi

Relaksasi pada otot didasari pada mekanisme kerja dalam mempengaruhi kebutuhan nyaman, dimana terjadi respon relaksasi (Trophotropic) yang menstimulasi semua fungsi dimana kerjanya berlawanan dengan system saraf simpatis sehingga tercapai keadaan rileks dan tenang. Teknik relaksasi progresif dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan, karena dapat menekan saraf simpatis sehingga

mengurangi rasa tegang yang dialami oleh individu secara timbal balik, sehingga timbul *counter conditioning* (penghilangan). Relaksasi diciptakan setelah mempelajari

sistem kerja saraf manusia, yang terdiri dari sistem saraf pusat dan sistem saraf otonom. Sistem saraf otonom ini terdiri dari dua subsistem yaitu sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis yang kerjanya saling berlawanan. Sistem saraf simpatis lebih banyak aktif ketika tubuh membutuhkan energi misalnya pada saat terkejut, takut, cemas atau berada dalam keadaan tegang. Pada kondisi seperti ini, sistem saraf akan memacu aliran darah ke otot-otot skeletal, meningkatkan detak jantung, kadar gula dan ketegangan menyebabkan serabut- serabut otot kontraksi, mengecil dan menciut. Sebaliknya, relaksasi otot berjalan bersamaan dengan respon otonom dari saraf parasimpatis.

Sistem saraf parasimpatis mengontrol aktivitas yang berlangsung selama penenangan tubuh, misalnya penurunan denyut jantung setelah fase ketegangan dan menaikkan aliran darah ke sistem gastrointestinal sehingga kecemasan akan berkurang dengan dilakukannya relaksasi. Saat tubuh sudah merasakan tenang dan relaks setelah melakukan terapi ini maka dapat membantu dalam menurunkan atau menstabilkan kadar gula dalam darah pada pasien diabetes melitus yang cara kerjanya mengontrol hormon stres dan emosi sehingga pasien merasa lebih relaks dan tenang. Teknik relaksasi adalah tata cara yang diterapkan hingga seseorang dapat merasa kebebasan baik fisik maupun mental (Martuti et al., 2021)..

4. Prosedur terapi relaksasi hipnosis

Terapi adalah suatu proses untuk menyembuhkan seseorang dari suatu penyakit yang dialaminya baik fisik maupun mental. Terapi harus dilakukan secara teratur terprogram dengan baik dan berulang-ulang untuk tujuan memperbaiki diri agar lebih sehat dan memperoleh kehidupan yang lebih baik. (Sattu Alang,2020)

a. Persiapan Lingkungan

Sebelum melaksanakan hipnosis perlu mempersiapkan lingkungan yang baik, ventilasi ruangan diharapkan cukup sehingga udara dapat bersikulasi dengan baik, tidak pengap dan suhupun menjadi lebih sejuk. Untuk pencahayaan sebaiknya gunakan yang alami seperti sinar matahari, tetapi jika tidak ada maka dapat menggunakan sinar lampu yang berwana terang yang menyerupai sinar matahari. Siapkan tempat tidur atau sofa yang bersih dan nyaman, perhatikan kebersihan dan kerapian tempat tidur, gunakan seprai yang nyaman dan tidak bau.

b. Tahap Persiapan Pasien

Langkah-langkahnya adalah sebagai berikut :

1) Langkah 1

Bimbing pasien untuk berniat dalam hati dalam melaksanakan hypnosis dan bombing juga dengan berdoa agar diberi kesembuhan dari penyakitnya, doa dapat disesuaikan dengan agamanya masing-masing.

2) Langkah 2

Persiapkan posisi pasien senyaman mungkin, jika pasien posisi tidur dianjurkan posisi tidur terlentang. Posisi bantal senyaman mungkin , jika pasien bisa duduk posiskan pasien setengah duduk (semifowler)

3) Langkah 3

Anjukan pasien untuk focus merasakan bagian tubuh bernafas rileks, rasakan tarikan nafas dan hembusan nafas, rasakan udara masuk melalui hidung, paru-paru hingga keluar kembali. Teknik ini membuat tubuh pasien menjadi lebih rileks sehingga mudah untuk memasuki kondisi hypnosis.

4) Langkah 4

Anjukan pasien untuk bernafas rileks, rasakan tarikan nafas dan hembusan nafas,

rasakan udara masuk melalui hidung, paru-paru hingga keluar kembali. Teknik ini membuat tubuh pasien menjadi lebih rileks sehingga mudah untuk memasuki kondisi hypnosis.

5) Langkah 5

Anjukan pasien untuk focus merasakan again tubuh dari kepala hingga ujung kak, pasien juga tetap dibimbing untuk bernafas secara perlahan sehingga tubuh menjadi lebih rileks.

6) Langkah 6

Masukan sugesti untuk mengurangi nyeri “anda mungkin merasakan nyeri sebagai hal yang mengganggu, seperti ditusuk, terbakar atau nyeri tumpul. fokuskan pikiran anda pada tingkah laku cucu anda sehingga anda lupa semua nyeri yang anda rasakan. Apapun yang ada rasakan akan membuat anda lebih nyaman dan nyaman” sugesti dapat disesuaikan dengan kondisi pasien.

7) Langkah 7

Untuk sesi mengakhiri hipnosis, perlahan-lahan membimbing klien untuk bagun dari kondisi hipnosis. “sebentar lagi saya akan menghitung naik dari satu hingga lima, tepat pada hitungan kelima nanti buka mata anda secara perlahan dan bangun dalam keadaan segar dan bersemangat”.

8) Langkah 8

Lakukan evaluasi perasaan dan sensasi nyeri yang dirasakan oleh pasien, serta anjurkan untuk melakukan hypnosis sesuai tahapan terutama dalam mengontrol nyeri yang dirasakan.