



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y DENGAN *POST OP  
AMPUTATION DIGIT III LEFT PEDIS ec. ULKUS  
DIABETIKUM* DIRUANGAN St. BERNADETH I  
RUMAH SAKIT STELLA MARIS  
MAKASSAR**

**OLEH:**

**JEANLINA HEATUBUN (NS2314901062)**

**JENI MIRNAYATI MISI (NS2314901063)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2024**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *POST  
OP AMPUTATION DIGIT III LEFT PEDIS ec. ULKUS  
DIABETIKUM* DIRUANGAN St. BERNADETH I  
RUMAH SAKIT STELLA MARIS  
MAKASSAR**

**OLEH:**

**JEANLINA HEATUBUN (NS2314901062)**

**JENI MIRNAYATI MISI (NS2314901063)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2024**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Jeanlina Heatubun (NIM: NS2314901062)
2. Jeni Mirnayati Misi (NIM: NS2314901063)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya kami sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dan hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2024

Yang menyatakan,



Jeanlina Heatubun



Jeni Mirnayati Misi

**HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN  
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "*Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetikum*" Diruangan St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar". Telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan didepat penguji.

Diajukan oleh:

Nama : 1. Jeanlina Heatubun (NIM: NS2314901062)  
2. Jeni Mirnayati Misi (NIM: NS2314901063)

**Disetujui Oleh**

Pembimbing I



(Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep.)

NIDN: 0910099002

Pembimbing II



(Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes)

NIDN: 0925117501

**Mengetahui,  
Wakil Ketua Bidang Akademik dan  
Kerjasama STIK Stella Maris Makassar**



Fransiska Anita E.R.S., Ns., M.Kep, Sp.Kep.MB., PhDNS

NIDN: 0913098201

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Jeanlina Heatubun (NIM: NS2314901062)

2. Jeni Mirnayati Misi (NIM: NS2314901063)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan “*Post Op Amputation Digt III Left Pedis ec. Ulkus Diabetikum* Diruangan St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

## DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep (  )

Pembimbing 2 : Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes (  )

Penguji 1 : Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep., Ns., M.Kes (  )

Penguji 2 : Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes (  )

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 13 Juni 2024

Mengetahui,

Ketua Stik Stella Maris Makassar



  
Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep., Ns., M.Kes  
NIDN: 0928027101

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama:

1. Jeanlina Heatubun (NIM: NS2314901062)
2. Jeni Mirnayati Misi (NIM: NS2314901063)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2024

Yang menyatakan,



Jeanlina Heatubun



Jeni Mirnayati Misi

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini tepat pada waktunya dengan judul “Asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien Ny.y dengan *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabeticum* diruangan St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Karya ilmiah akhir ini dibuat untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Makassar

Dalam menyelesaikan penulisan karya ilmiah akhir ini, penulis menyadari begitu banyak bantuan, pengarahan, bimbingan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penulis baik secara moral maupun material. Terlebih khusus penulis mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,S Kep.,Ns.,M.Kes. selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus sebagai Dewan Penguji 1 yang telah banyak memberikan dukungan, masukan, pengetahuan serta memotivasi.
2. Fransiska Anita E.R.S.,Ns,M,Kep.,Sp.Kep.MB.,PhDNS selaku Wakil Ketua bidang Akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes., selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana di STIK Stella Maris Makassar serta sekaligus sebagai Dewan Penguji 2.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes., selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan inovasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Yunita Gabriela Madu, S.Kep. Ns., M.Kep selaku ketua Unit Penjaminan Mutu STIK Stella Maris Makassar.

6. Mery Sambo, Ns.,M.Kep., selaku Ketua Prodi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.
7. Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing 1 yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan kami dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini
8. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns., M.Kes selaku Dosen Pembimbing 2 yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan kami dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Rumah sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan tempat pengetahuan dan keterampilan khususnya di ruangan Bernadeth I. Ny. Y dan keluarga yang telah bersedia bekerjasama dengan penulis dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah hingga penyusunan karya ilmiah akhir ini.
10. Orang tua tercinta dari Jeanlina Heatubun yaitu Simon Heatubun dan Edoksia Lakburlawal serta kedua orang tua dari Jeni Mirnayati Misi yaitu Simon Misi dan Berthaa Samaa serta sanak saudara yang selalu memberikan semangat, memberikan doa, dan dukungan baik moral maupun material.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini memiliki banyak kekurangan dalam penyusunan. Untuk itu, penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Makassar, Juni 2024

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>HALAMAN DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>HALAMAN DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>HALAMAN DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	4
1. Tujuan Umum .....	4
2. Tujuan Khusus .....	4
C. Manfaat penulisan .....	4
1. Bagi Instasi Rumah Sakit .....	5
2. Bagi Profesi Keperawatan .....	5
3. Bagi Institusi Pendidikan .....	5
D. Metode Penulisan .....	5
E. Sistematika .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Dasar Medis .....	8
1. Pengertian .....	8
2. Anatomi Fisiologi Pankreas .....	9
3. Etiologi .....	12
4. Patofisiologi .....	12
5. Klasifikasi .....	20
6. Manifestasi Klinik .....	20
7. Pemeriksaan Diagnostik .....	21
8. Penatalaksanaan Medis .....	22
9. Komplikasi .....	23
B. Konsep Dasar keperawatan .....	24
1. Pengkajian .....	24
2. Diagnosa Keperawatan .....	26
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan .....	27
4. Discharge Planing .....	32
<b>BAB III PENGAMATAN KASUS</b>	
A. Pengkajian .....	36
B. Analisa Data .....	63
C. Diagnosa Keperawatan .....	66
D. Intervensi Keperawatan .....	67
E. Implementasi Keperawatan .....	70

F. Evaluasi Keperawatan .....	94
<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS</b>	
A. Pembahasan Asuhan keperawatan .....	103
B. Pembahasan Penerapan EBN .....	110
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	116
B. Saran .....	118
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pankreas .....	9
Gambar 2.2 Klasifikasi Ulkus Diabetikum .....	20

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium .....	54
Tabel 3.2 Analisis Keperawatan.....	63
Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan .....	66
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan .....	67
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....	70
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan .....	94
Tabel 4.1 PICOT EBN .....	113

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Diabetes mellitus adalah penyakit menahun berupa gangguan metabolik yang ditandai dengan kadar gula darah yang melebihi batas normal. Salah satu komplikasi kronis yang paling sering terjadi pada penderita diabetes mellitus adalah ulkus kaki diabetik. Ulkus kaki diabetikum merupakan kerusakan yang terjadi sebagian (*partial thickness*) atau keseluruhannya (*full thickness*) pada daerah kulit yang meluas ke jaringan bawah kulit, tendon, otot, tulang atau persendian yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit diabetes mellitus (DM), kondisi ini timbul akibat dari peningkatan kadar gula darah yang tinggi (Budi Raharjo et al., 2022).

Prevalensi menurut *International Diabetes Federation (IDF)* dalam Kemenkes (2022), mengemukakan bahwa angka kejadian diabetes di negara Asia Tenggara khususnya Indonesia berada pada peringkat ke-3 dengan jumlah diabetes terbanyak dengan 19,5 juta penderita di tahun 2021 dan diprediksi akan menjadi 28,6 juta pada 2045. IDF juga memperkirakan jumlah penderita diabetes pada penduduk usia kisaran 20-79 tahun.

Hasil Riskesdas (2018) menyatakan bahwa prevalensi DM di semua provinsi menunjukkan terjadi peningkatan prevalensi dari tahun 2013-2018, kecuali provinsi Nusa Tenggara Timur. Terdapat empat provinsi dengan prevalensi tertinggi pada tahun 2013 dan 2018, yaitu di Yogyakarta, DKI Jakarta, Sulawesi Utara, dan Kalimantan Timur. Terdapat beberapa Provinsi dengan peningkatan prevalensi tertinggi sebesar 0,9% yaitu Riau, DKI Jakarta, Banten, Gorontalo, dan Papua Barat. Pada tahun 2018 menunjukkan bahwa provinsi Nusa Tenggara Timur memiliki prevalensi terendah sebesar 0,9%, diikuti oleh Maluku dan Papua sebesar 1,1%. Persoalan ini menjadi perhatian dari

Kementerian Kesehatan, mengingat diabetes melitus merupakan ibu dari segala penyakit.

Prevalensi pada penderita yang mengalami ulkus diabetikum beragam. Di Indonesia, angka kejadian ulkus diabetikum pada pasien DM telah mencapai 25% sepanjang hidupnya. Ulkus diabetikum terjadi pada 15-25% dengan pasien DM dan lebih dari 2% per tahun antara 5 hingga 7,5% pasien dengan neuropati (Kementrian Kesehatan RI, 2024). Prevalensi pada pasien ulkus diabetikum di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tahun 2023 sebanyak 38 penderita.

Menurut penelitian Safitri et al. (2022) mengemukakan bahwa ulkus kaki diabetik disebabkan oleh beberapa factor diantaranya usia >60 tahun, penderita diabetes diatas 10 tahun, obesitas, hipertensi, glikolisasi hemoglobin, neuropati, kolesterol total, perokok aktif, tidak patuh terhadap diet diabetes melitus, ketidakteraturan dalam pengobatan, kegiatan fisik yang kurang, ketidakteraturan dalam merawat kaki, serta penggunaan alas kaki yang kurang tepat dan benar. Pasien yang menderita ulkus kaki diabetik biasanya datang dengan keluhan nyeri, demam, kemerahan, serta adanya nanah pada lesi ulkus diabetikum. Selain itu pasien akan mengeluhkan sering merasa kesemutan, nyeri kaki saat istirahat, berkurangnya sensasi sentuhan pada kulit, rasa panas pada kulit, kaki pucat, dan ujung jari terasa dingin (Detty et al., 2020).

Ulkus kaki diabetik biasanya diawali dengan luka kecil pada kaki yang sulit sembuh kemudian semakin meluas. Adapun penatalaksanaan yang umum dilakukan pada penderita ulkus diabetikum meliputi pengontrolan gula darah, perawatan luka penanganan iskemia dengan meningkatkan perfusi jaringan dan debridemen untuk mengeluarkan jaringan nekrotik. Apabila ulkus kaki tersebut berlangsung lama, tidak dilakukan penatalaksanaan dan tidak sembuh, maka luka akan menjadi terinfeksi. Ulkus kaki yang terinfeksi,

neuropati dan penyakit arteri perifer merupakan penyebab terjadinya gangren hingga dilakukan amputasi (Budi Raharjo et al., 2022).

Menurut Sofyanti et al. (2022) tindakan amputasi ini merupakan prosedur pemotongan bagian tubuh yang dilakukan untuk mencegah kondisi yang lebih berbahaya, seperti penyebaran infeksi dan kanker, atau jika terdapat jaringan tubuh yang mati pada organ yang hendak dipotong. Setelah dilakukan tindakan amputasi kaki diabetik masalah keperawatan yang sering muncul adalah nyeri akut yang diakibatkan oleh luka post op amputasi sehingga untuk mencegah timbulnya masalah baru sehingga perlu dilakukan perawatan luka untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

Perawatan luka adalah tindakan untuk merawat luka dan melakukan pembalutan dengan tujuan mencegah infeksi silang (bakteri masuk melalui luka) sehingga luka tetap berada pada kondisi lembab dan dapat mempercepat proses penyembuhan luka (Fau et al., 2021). Salah satu implementasi yang dapat dilakukan untuk menurunkan resiko infeksi adalah perawatan luka menggunakan NaCl 0,9%. Cairan ini merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk perawatan luka pada pasien ulkus diabetikum karena sesuai dengan kandungan garam tubuh, fungsi NaCl 0,9% untuk perawatan luka juga dapat melembabkan luka suasana lembab yang diciptakan larutan NaCl 0,9% mempercepat tumbuhnya stratum corneum dan angiogenesis untuk proses penyembuhan luka (Suriani et al., 2023).

Menurut penelitian Hidayah et al.(2019) perawatan luka dengan NaCl 0,9% dapat menurunkan resiko infeksi serta dapat mempercepat penyembuhan luka yang dibuktikan dengan diberikan implementasi perawatan luka dengan NaCl 0,9% kepada 2 responden yang sama dalam waktu 3 hari dapat mempercepat penyembuhan luka dan menurunkan resiko terjadinya infeksi.

Berdasarkan fenomena tersebut, maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Ilmiah Akhir (KIA) yang berjudul "Asuhan

Keperawatan Pada Pasien *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic* Diruangan St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar” sebagai salah satu pemenuhan tugas akhir.

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic* Diruangan St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan secara holistik dan komprehensif.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic*
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic*
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic*
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic* dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN)
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic*

## **C. Manfaat Penelitian**

### 1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Memberikan gambaran bagi RS dalam memberikan pelayanan kepada pasien *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic* sehingga RS dapat melanjutkan.

## 2. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic*.

## 3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai informasi atau bacaan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic*.

### **D. Metode Penulisan**

Dalam metode penulisan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic* ruangan Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus sebagai berikut:

#### 1. Studi Pustaka

- a. Memperoleh referensi melalui buku yang berkaitan dengan masalah *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic* yang diangkat oleh penulis
- b. Memperoleh referensi jurnal dari internet berdasarkan judul yang diangkat oleh penulis

#### 2. Studi Kasus

Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian, analisa data, penetapan diagnosis, perencanaan, perencanaan dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien. Data yang didapatkan melalui beberapa cara yaitu :

a. Wawancara

Mengkaji dengan cara menggali permasalahan yang dialami pasien dan keluarga serta berbagai pihak yang mengetahui kondisi pasien yang dilakukan dengan proses tanya jawab.

b. Observasi

Melakukan pengamatan langsung kepada pasien dengan mengikuti berbagai tindakan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan langsung kepada pasien, mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

d. Dokumentasi

Catatan medik dan keperawatan yang berhubungan dengan perkembangan pasien dan pemeriksaan diagnostik, melihat status dan termasuk hasil pemeriksaan diagnostik.

## **E. Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun mulai dari Bab I sampai Bab V, dimana Bab I yang menguraikan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

Bab II tinjauan pustaka, menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis dan komplikasi. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *discharge-planning* (perencanaan pulang) dan patoflowdiagram.

Pada Bab III tinjauan kasus, terdiri dari pengamatan kasus pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada Bab IV Pembahasan Kasus, yang berisi tentang kesenjangan antara teori dan fakta dari kasus-kasus kelolaan yang dikemukakan di Bab III. Bab V simpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Medis Ulkus Diabetikum**

##### **1. Defenisi**

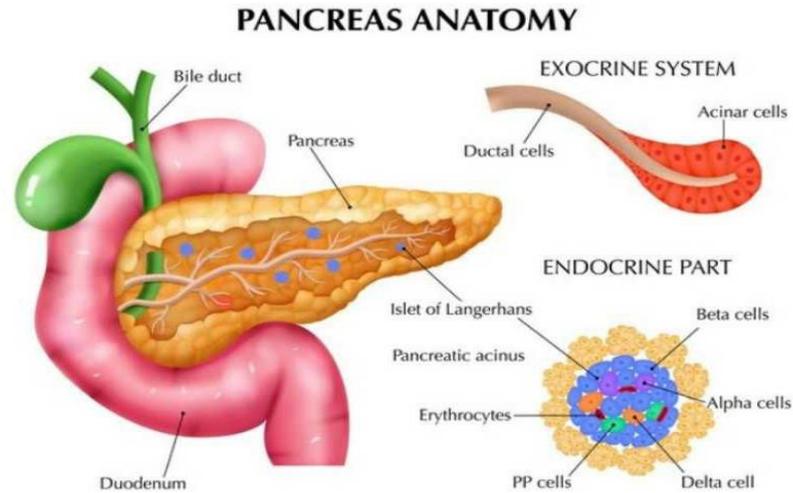
Ulkus diabetik merupakan suatu kerusakan yang terjadi pada lapisan kulit dan jaringan yang disebabkan oleh neuropati perifer karena diabetes mellitus yang tidak terkontrol (Ratnasari et al., 2019).

Menurut Susanti (2019) ulkus diabetikum adalah kondisi ketika kaki mengalami luka disertai dengan keluarnya cairan nanah yang berbau tidak sedap kondisi ini umumnya dialami oleh penderita diabetes. Gejala khas khusus yang dialami oleh penderita diabetes yaitu luka yang sulit sembuh dan tidak terasa nyeri.

Sedangkan menurut Kemenkes RI. (2023) diabetik foot merupakan hilangnya sensasi nyeri akan merusak kaki secara langsung. Kerusakan saraf perifer sering timbul perlahan-lahan dan sering tanpa gejala yang membuat membuat kaki penderita tidak dapat merasakan apapun. Ulkus kaki diabetik sering terjadi karena kombinasi neuropati (sensorik, motorik, otonom) dan iskemia, kondisi ini diperparah lagi dengan infeksi.

Berdasarkan pengertian ulkus di atas penulis menyimpulkan bahwa ulkus merupakan luka yang disertai kerusakan atau kematian jaringan yang disebabkan oleh neuropati, iskemik, dan infeksi yang terjadi pada penderita DM akibat dari peningkatan kadar glukosa dalam darah yang tidak terkontrol.

## 2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Pankreas

Sumber : (Pangkalan, 2014)

### a. Anatomi

Pankreas merupakan suatu organ berupa kelenjar dengan panjang dan  $\pm 12,5$  cm dan tebal  $\pm 2,5$  cm. Pankreas terbentang dari atas sampai kelengkungan besar dari perut dan biasanya dihubungkan oleh dua saluran ke duodenum (usus 12 jari) organ ini dapat diklasifikasikan ke dalam dua bagian yaitu kelenjar endokrin dan eksokrin (Insana, 2021).

Struktur Pankreas terdiri dari:

#### 1) Kepala pankreas

Merupakan bagian yang paling lebar, terletak disebelah kanan rongga abdomen dan di dalam lekukan duodenum dan yang praktis melingkarinya.

2) Badan pankreas

Merupakan bagian utama pada organ itu dan letaknya dibelakang lambung dan di depan vertebra lumbalis pertama

3) Ekor pankreas

Merupakan bagian yang runcing di sebelah kiri dan yang sebenarnya menyentuh limfa.

4) Saluran Pankreas

Pada pankreas terdapat dua saluran yang mengalirkan hasil sekresi pankreas ke dalam duodenum:

a) *Ductus Wirsung*, yang bersatu dengan *ductus choleducus*, kemudian masuk ke dalam duodenum melalui sphincter oddi

b) *Ductus Sarttonni*, yang lebih kecil langsung masuk ke dalam duodenum di sebelah atas sphincter oddi.

c) Jaringan pancreas

Ada 2 jaringan utama yang menyusun pankreas :

(1) Asim berfungsi untuk mensekresi getah pencernaan dalam *duodenum*

(2) Pulau Langerhans

Hormon-hormon yang dihasilkan

(a) Insulin

Adalah suatu poliptida mengandung dua rantai asam amino yang dihubungkan oleh gambaran *disulfide*.

(b) Enzim utama yang berperan adalah insulin protease, suatu enzim dimembran sel yang mengalami internalisasi bersama insulin.

## b. Fisiologi

Menurut Insana (2021) fisiologi pancreas terdiri atas 2 fungsi yaitu :

### 1) Fungsi eksokrin pankreas:

Getah pankreas mengandung enzim-enzim untuk pencernaan ketiga jenis makanan utama, protein, karbohidrat dan lemak. Ia juga mengandung ion bikarbonat dalam jumlah besar, yang memegang peranan penting dalam menetralkan timus asam yang dikeluarkan oleh lambung ke dalam *duodenum* enzim-enzim proteolitik adalah *tripsin, kemotripsin, karboksi, peptidase, ribonuklease, deoksiribonuklease*. Tiga enzim pertama memecahkan keseluruhan dan secara parsial protein yang dicernakan, sedangkan nuclease memecahkan kedua jenis asam nukleat, asam *ribonukleat dan deoksinukleat*.

Enzim pencernaan untuk karbohidrat adalah amilase pankreas, yang menghidrolisis pati, glikogen dan sebagian besar karbohidrat lain kecuali selulosa untuk membentuk karbohidrat, sedangkan enzim-enzim untuk pencernaan lemak adalah lipase pankreas yang menghidrolisis lemak netral menjadi gliserol, asam lemak dan kolesterol esterase yang menyebabkan hidrolisis ester-ester kolesterol.

### 2) Fungsi Endokrin Pankreas

Tersebar diantara alveoli pancreas, terdapat kelompok-kelompok sel epitelium yang jelas, terpisah dan nyata. Kelompok ini adalah pulau-pulau kecil/kepulauan langerhans yang bersama-sama membentuk organ endokrin.

### 3. Etiologi

Faktor-faktor yang berpengaruh atas terjadinya ulkus diabetikum dibagi menjadi faktor endogen dan eksogen:

- a. Faktor endogen: genetik metabolik, angiopati diabetik, neuropati diabetik.
- b. Faktor eksogen: trauma, infeksi, obat. Faktor utama yang berperan pada timbulnya ulkus diabetikum adalah angiopati, neuropati, dan infeksi. Adanya neuropati menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan ulkus pada kaki. Gangguan motorik juga akan mengakibatkan terjadinya atrofi pada otot kaki sehingga merubah titik tumpu yang menyebabkan ulserasi pada kaki pasien. Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka penderita akan merasa sakit pada tungkainya. Adanya angiopati tersebut akan terjadi penurunan asupan nutrisi, oksigen, serta antibiotika sehingga menyebabkan terjadinya luka yang sukar sembuh (Detty et al., 2020).

### 4. Patofisiologi

Diabetic foot ulcer (DFU) ditandai dengan triase klasik, yaitu neuropati, iskemia, dan infeksi oleh karena ada mekanisme gangguan metabolisme pada DM, maka terjadi peningkatan resiko infeksi dan penyembuhan luka yang buruk akibat respon sel dan faktor pertumbuhan menurun, berkurangnya aliran darah perifer, dan penurunan angiogenesis lokal. Dengan demikian kaki cenderung mengalami penyakit vascular perifer, kerusakan nervus perifer, ulserasi, dan gangrene. Terjadinya DFU adalah multifactorial dapat dijelaskan sebagai berikut (Aini & Aridiana, 2016).

a. Neuropati

DFU sebagian besar 60% disebabkan oleh neuropati. Neuropatik diabetic cenderung terjadi sekitar 10 tahun setelah menderita diabetes, sehingga kelainan kaki diabetic dan ulkus diabetes dapat terjadi setelah waktu itu kenaikan kadar glukosa darah menyebabkan peningkatan produksi enzim seperti *reductase aldose* dan *sorbitol dehydrogenase*. Enzim ini mengubah glukosa menjadi sorbitol dan fruktosa. Peningkatan produk gula mengakibatkan sintesis sel saraf menurun dan mempengaruhi konduksi saraf.

Selanjutnya hiperglikemia yang diinduksi mikroangiopati menyebabkan metabolisme reversible, cedera imunologi serta iskemik saraf otonom, motoric dan sensorik. Semua kondisi tersebut akan menyebabkan penurunan sensasi perifer dan kerusakan inervasi saraf pada otot kaki dan kontrol vasomotor kaki. Ketika saraf terluka, pasien beresiko tinggi mendapat cedera ringan tanpa disadari, sampai akhirnya cedera tersebut menjadi ulkus. Resiko berkembangnya DFU pada pasien diabetes dengan gangguan sensorik meningkat 7x lipat dibandingkan dengan pasien diabetes yang tidak mengalami neuropati.

b. Vaskulopati

Hiperglikemia menyebabkan disfungsi endotel dan kelainan pada sel-sel halus dalam arteri perifer. Sel endotel berfungsi menyintesis nitrat oksida yang menyebabkan vasodilatasi dan melindungi pembuluh darah dari cedera endogen. Dengan adanya hiperglikemia, maka akan ada gangguan sifat fisiologis nitratoksida yang biasanya mengatur homeostasis endotel, antikoagulan, adesileukosit, proliferasi sel otot dan kapasitas antioksidan. Oleh karena itu, kerusakan sel endotel akan memicu terjadinya konstriksi pembuluh darah dan

aterosklerosis dan akhirnya menyebabkan iskemik. Iskemik dapat terjadi walaupun pulsasi arteri (denyut nadi) daerah kaki dapat teraba dengan palpasi. Hiperglikemia pada DM juga berhubungan dengan peningkatan trombosit A<sub>2</sub> yang mengarah ke hiperkoagulabilitas. Secara klinis pasien mungkin memiliki tanda-tanda insufisiensi vascular seperti klaudikasio, nyeri kaki pada malam hari atau saat istirahat, tidak adanya denyut perifer, penipisan kulit dan hilangnya rambut ekstremitas.

c. Imunopati

Sistem imun pasien diabetes lebih lemah daripada orang sehat. Oleh karena itu, infeksi pada kaki pasien diabetes merupakan kondisi yang mengancam mikroorganisme dominan pada diabetic foot adalah *s.aureus* dan *β-hemolitik streptococcus*. Kondisi hiperglikemia menyebabkan peningkatan sitokin pro inflamasi dan kerusakan sel polimorfonuklear seperti kemotaksis vagozitososis, dan *intracellular killing*. Selain itu, tingginya glukosa darah juga merupakan media yang baik bagi pertumbuhan bakteri. Jaringan lunak kaki seperti plantar aponeurosis, tendon, otot dan fascia tidak bisa menahan infeksi. Selain itu, beberapa kompartemen dikaki saling berhubungan dan tidak bisa membatasi penyebaran infeksi dari satu ke yang lain. Infeksi pada jaringan lunak, dengan cepat dapat menyebar ke tulang. Jadi ulkus sederhana pada kaki dapat dengan mudah mengakibatkan komplikasi seperti osteitis atau osteomyelitis dan gangrene jika tidak dilakukan perawatan dengan baik.

d. Stress mekanik

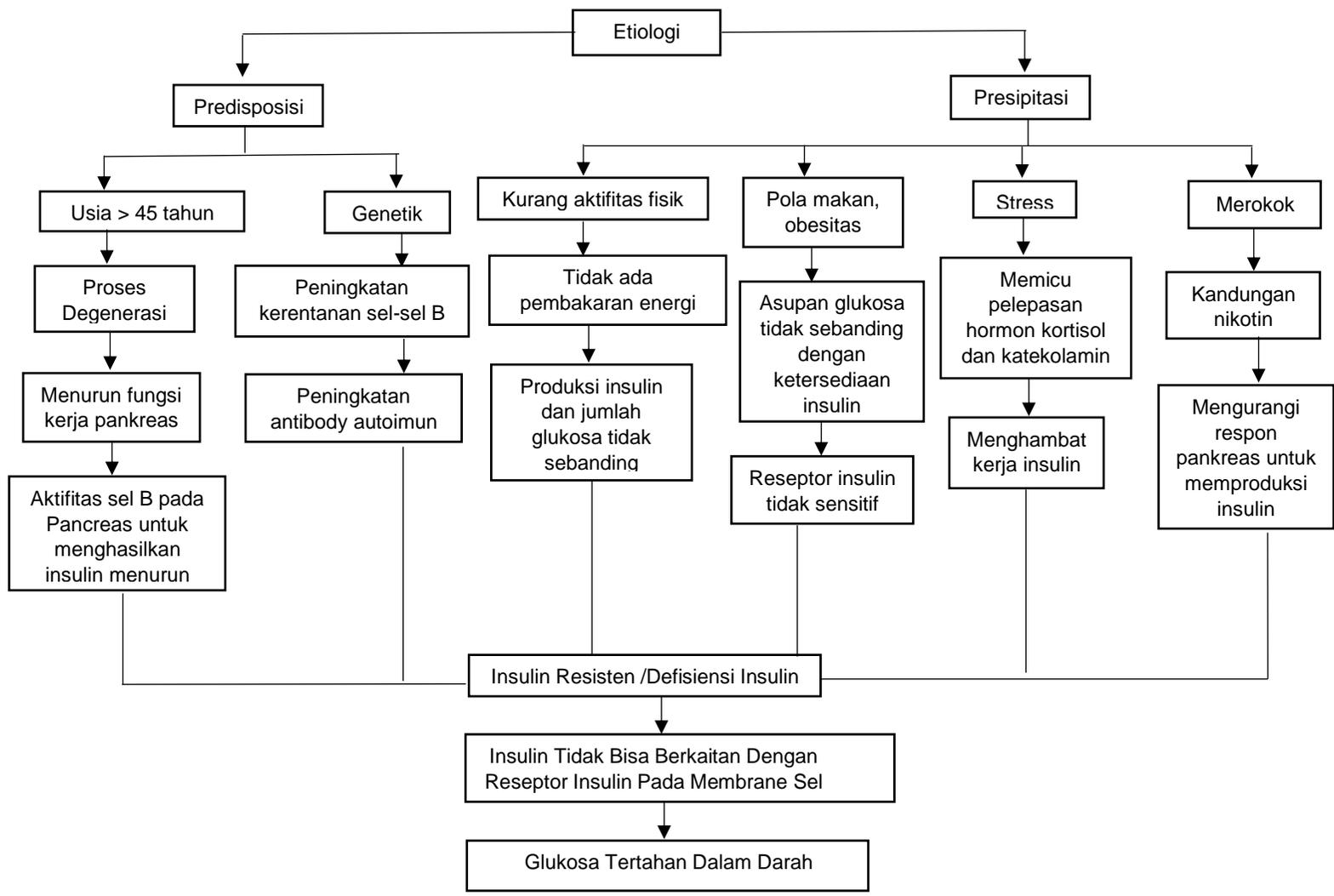
Kerusakan inervasi pada otot kaki akan mempengaruhi gerakan fleksi dan ekstensi. Secara bertahap, ini akan menyebabkan perubahan anatomi kakidan deformitas kaki. Deformitas menyebabkan pembentukan tonjolan tulang

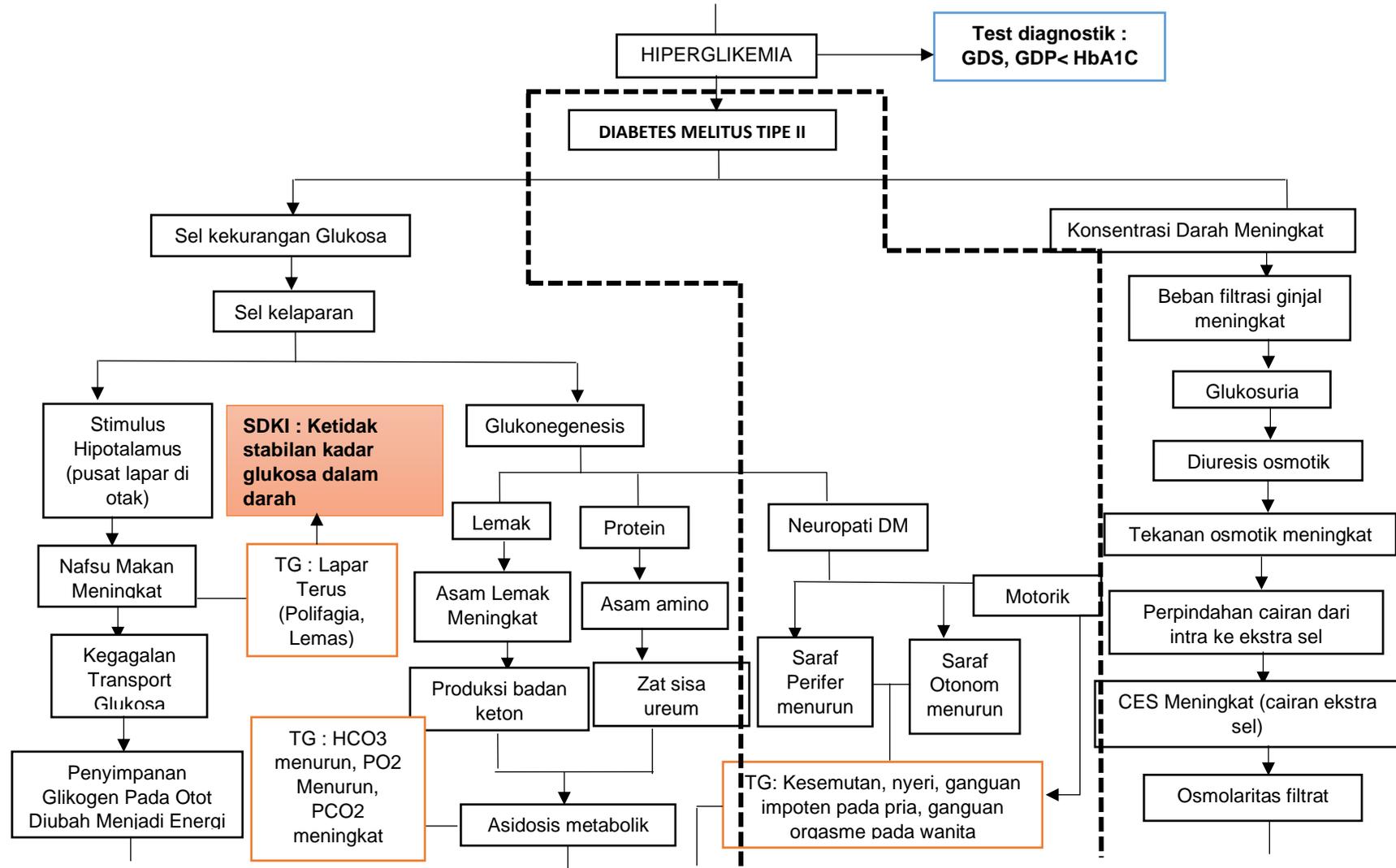
abnormal dan titik-titik tekanan yang merupakan predisposisi terbentuknya ulkus. Biasanya ulkus terjadi pada ibu jari dan tumit, namun ukuran sepatu yang tidak sesuai merupakan faktor tersering timbulnya ulkus.

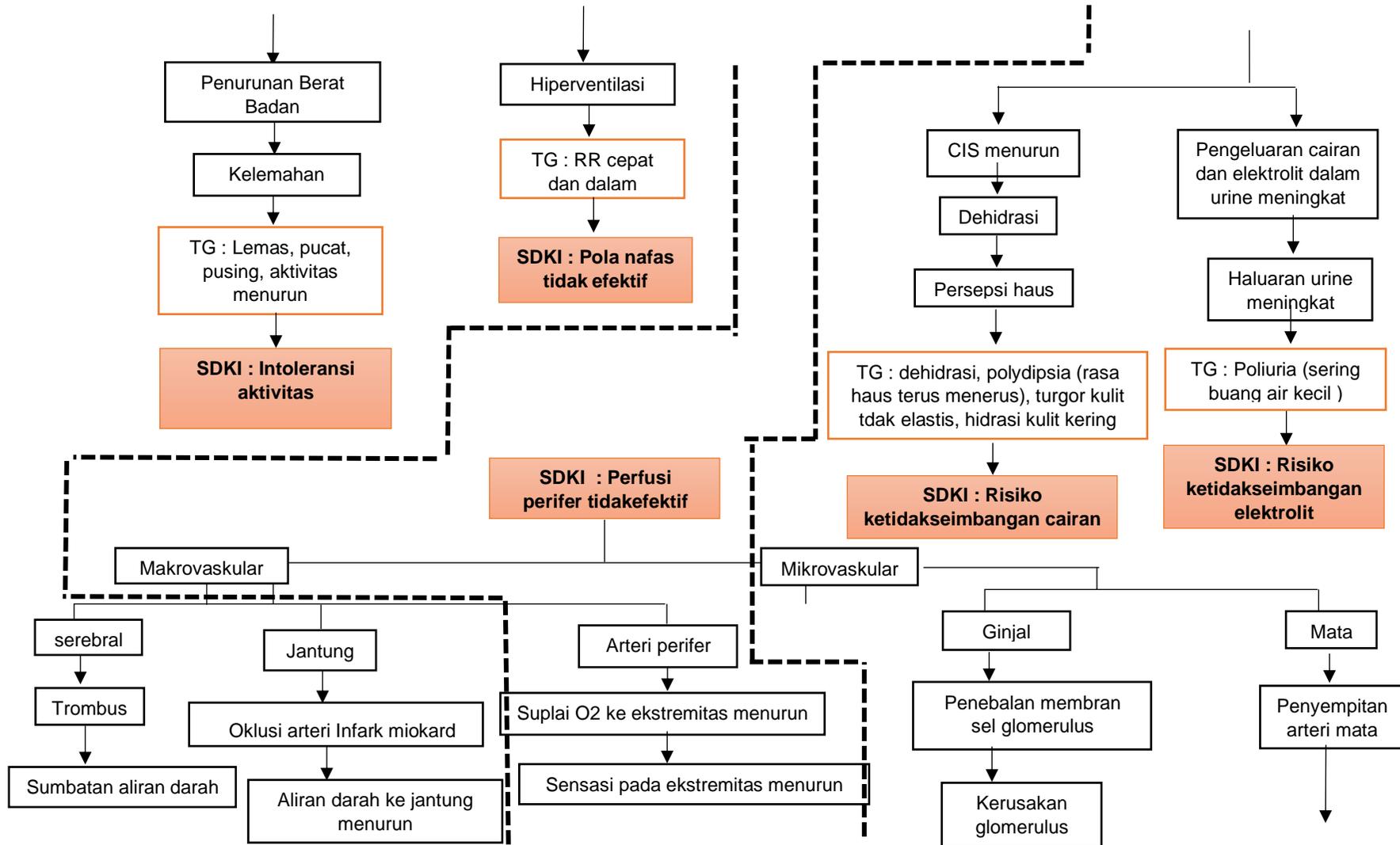
e. Neuroartropati

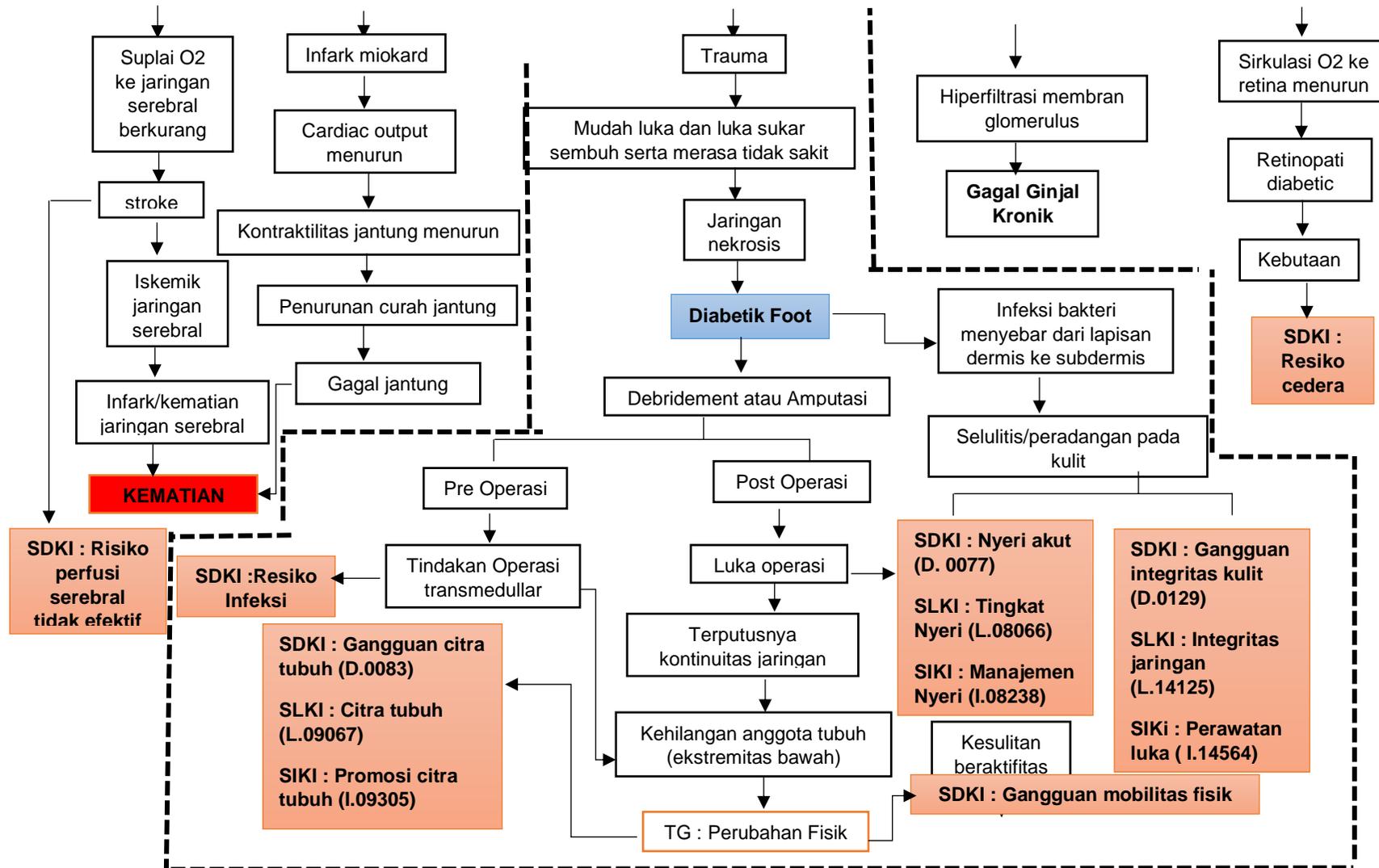
*Charcot neuroarthropathy* (CN) adalah kondisi musculoskeletal progresif yang ditandai dengan dislokasi sendi, fraktur patologis dan deformitas. Ini berdampak pada kerusakan tulang dan jaringan lunak. CN dapat terjadi pada semua sendi, terutama ekstremitas bawah kaki dan pergelangan kaki. Dua teori utama mengenai patofisiologi terjadi hal ini adalah :

- 1) Teori neurotraumatic, menjelaskan bahwa CN disebabkan oleh trauma yang tidak disadari atau luka pada kaki yang mati rasa. Adanya neuropati sensoris membuat pasien tidak menyadari bahwa terjadi kerusakan tulang ketika pasien bergerak. Trauma ini menyebabkan kerusakan dan cedera progresif pada tulang dan sendi.
- 2) Teori neurovascular, menurut teori ini gangguan system saraf otonom pada diabetes menyebabkan peningkatan suplai darah lokal dan aliran darah saat istirahat jauh lebih tinggi daripada pasien normal. Peningkatan aliran darah yang terjadi secara mendadak ini menyebabkan pemecahan kalsium, memicu aktifitas osteoklas tulang sehingga terjadi kerusakan tulang. Teori lain menyebutkan bahwa trauma minor yang berulang pada sendi dapat menyebabkan fraktur dan disintegrasi.





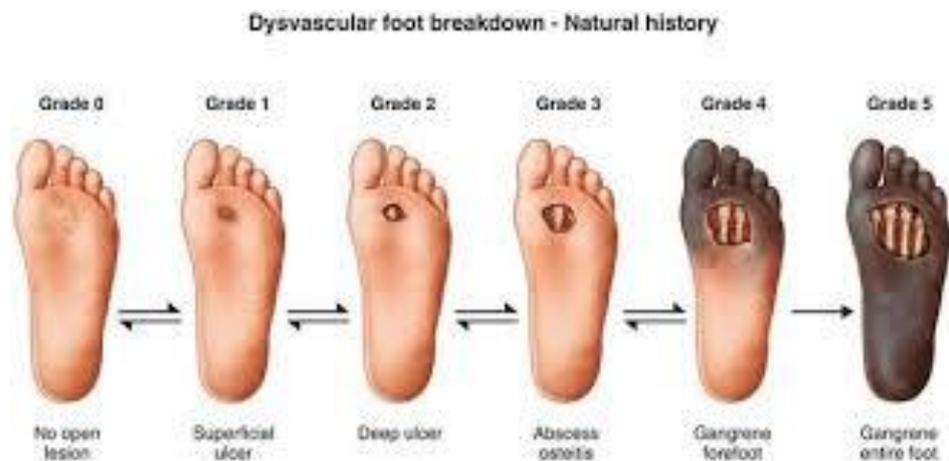




## 5. Klasifikasi

Menurut Hidayat et al. (2023), klasifikasi paling banyak digunakan secara menyeluruh untuk penilaian lesi pada ulkus kaki diabetik. Sistem penilaian ini memiliki 6 kategori:

- a. Grade 0: tidak terdapat ulkus pada kaki yang berisiko tinggi
- b. Grade 1: ulkus superfisial yang melibatkan seluruh bagian lapisan kulit tampak menyebar ke bagian jaringan,
- c. Grade 2: ulkus dalam, menyebar sampai ke ligament, otot, tapi tidak ada keterlibatan dengan tulang serta pembentukan abses
- d. Grade 3: ulkus dalam disertai osteomyelitis,
- e. Grade 4: gangrene pada satu lokasi kaki
- f. Grade 5: gangrene melebar hingga seluruh kaki



Gambar 2.2 Klasifikasi Ulkus Diabetikum

Sumber : (Hidayat et al., 2023)

## 6. Manifestasi klinik

Menurut Aini dan Aridiana (2016) tanda dan gejala ulkus diabetik berdasarkan stadiumnya adalah sebagai berikut:

### a. Stadium I

Mulai ditandai dengan adanya tanda-tanda asimtomatis atau tanda terjadinya kesemutan

b. Stadium II

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

c. Stadium III

Nyeri terjadi bukan hanya saat melakukan aktivitas saja tetapi setelah beraktivitas atau beristirahat nyeri juga tetap timbul.

d. Stadium IV

Mulai terjadi kerusakan jaringan karena anoksia atau nekrosis ulkus

## 7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Aini & Aridiana (2016), pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien dengan ulkus diabetik yaitu:

- a. Tanda neuropati perifer, meliputi hilangnya sensasi rasa getar dan posisi hilangnya refleks tendon dalam, ulserasi tropic, foot drop, atrofi otot, dan pembentukan kalus hipertopik khususnya pada daerah penekanan misalnya pada tumit.
- b. Status neurologis, dapat diperiksa dengan menggunakan *monofilament semmes-Weinsten* untuk mengetahui apakah penderita masih memiliki sensasi protektif. Pemeriksa menunjukkan hasil abnormal jika penderita tidak dapat merasakan sentuhan monofilament ketika ditekankan pada kaki dengan tekanan yang cukup sampai monofilament bengkok.
- c. Hasil pemeriksaan darah menunjukkan leukositosis yang mungkin menandakan adanya abses atau infeksi lainnya pada kaki. Penyembuhan luka dihambat oleh adanya anemia, adanya insufisiensi arterial yang telah ada, keadaan anemia menimbulkan nyeri saat istirahat.

- d. Pemeriksaan profil metabolik yang meliputi pengukuran kadar glukosa darah glikohemoglobin, dan kreatinin serum dapat membantu dalam menentukan kecukupan regulasi glukosa dan fungsi ginjal.
- e. Pemeriksaan foto polos pada kaki diabetic dapat menunjukkan demineralisasi dan sendi charcot serta adanya osteomyelitis.

## **8. Penatalaksanaan Medis**

### **a. Debridement**

Debridement menjadi salah satu tindakan yang terpenting dalam perawatan luka. Debridement adalah suatu tindakan untuk membuang jaringan nekrosis, kalus, dan jaringan fibrotic. Jaringan mati yang dibuang sekitar 2-3 mm dari tepi luka ke jaringan sehat. Debridement meningkatkan pengeluaran faktor pertumbuhan yang membantu proses penyembuhan luka. Ketika infeksi telah merusak fungsi kaki atau membahayakan jiwa pasien, amputasi diperlukan untuk memungkinkan kontrol infeksi dan penutupan luka selanjutnya (Kim et al., 2023).

### **b. Perawatan Luka**

Penggunaan balutan yang efektif dan tepat menjadi bagian yang penting untuk memastikan penanganan ulkus diabetes yang optimal. Keuntungan pendekatan ini yaitu mencegah dehidrasi jaringan dan kematian sel, akselerasi angiogenesis dan memungkinkan interaksi antara faktor pertumbuhan dengan sel target. Beberapa jenis balutan telah banyak digunakan pada perawatan luka serta di desain untuk mencegah infeksi pada ulkus (antibiotika), membantu debridement (enzim), dan mempercepat penyembuhan luka (Kim et al., 2023).

### **c. Terapi tekanan negatif dan terapi oksigen hiperbarik**

Penggunaan terapi tekanan negative berguna pada perawatan diabetic ulkus karena dapat mengurangi edema, membuang

produk bakteri, dan mendekatkan tepi luka sehingga mempercepat penutupan luka. Terapi oksigen hiperbarik juga dapat dilakukan, hal itu dibuktikan dengan berkurangnya amputasi pada pasien dengan ulkus diabetes (Gaol & Phonna, 2023).

d. Amputasi

Makroangiopati dan neuropati pada kaki diabetes sering juga disebut kaki diabetik. Neuropati yang berperan pada komplikasi ini terutama adalah neuropati pada kaki yang menyebabkan mati rasa (baal, kebas). Salah satu bentuk komplikasi kronik yang umum dijumpai pada penyandang diabetes melitus adalah ulkus diabetikum. Bila terjadi peradangan yang tidak dapat diatasi dan ada tanda-tanda penyebaran yang sangat cepat, maka amputasi harus dipertimbangkan dengan segera dan jangan ditunggu sampai terlambat (Gaol & Phonna, 2023).

## 9. Komplikasi

Menurut Susanti (2019) terdapat beberapa komplikasi yang mungkin terjadi pada ulkus diabetikum, diantaranya :

a. Osteomielitis (infeksi pada tulang)

Osteomielitis adalah infeksi tulang yang disebabkan oleh mikroorganisme yang masuk ke dalam tubuh lewat luka atau penyebaran infeksi lewat darah.

b. Sepsis

Sepsis adalah kondisi medis serius dimana terjadi peradangan di seluruh tubuh yang disebabkan oleh infeksi. Sepsis dapat menyebabkan kematian pada pasiennya. Sepsis adalah penyakit yang mengancam kehidupan yang dapat terjadi ketika seluruh tubuh bereaksi terhadap infeksi. Pada klien yang menderita ulkus diabetikum terjadi penurunan kemampuan leukosit yang berfungsi untuk menghancurkan bakteri. Sehingga

pada pasien yang memiliki penyakit diabetes yang tidak terkontrol rentan terjadi infeksi yang akhirnya apabila infeksi itu tidak dapat tertangani dapat menyebabkan sepsis.

## **B. Konsep Dasar Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian 11 pola gordon pada pasien dengan ulkus diabetikum menurut Rahman (2019) meliputi :

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan.

Faktor risiko keluarga antara lain: faktor usia, obesitas, riwayat keluarga dan penyembuhan yang lambat seperti penggunaan steroid diuretik (tiazoid), dilatin dan fenubarbitan (dapat meningkatkan glukosa dalam darah).

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Nafsu makan berlebihan atau berkurang, mual, muntah dan kembung, rasa haus dan lapar, jarang mengikuti diet, jenis makanan yang disukai, peningkatan masukan glukosa atau karbohidrat, penggunaan diuretik, penurunan berat badan, kulit kering atau bersisik. Turgor jelek, distensi abdomen, pembesaran tiroid (peningkatan kebutuhan metabolik dengan peningkatan gula darah).

c. Pola Eliminasi

Perubahan pola berkemih (poliuria, oliguria, anuria, disuria, nokturia), rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih, infeksi, inkontenensia, pola BAB, frekuensi, karakteristik, dan warna, bentuk feses, konsistensi, warna, jumlah, urin, bau dan endapan, berbusa, encer, warna kuning. Adakah penggunaan kateter, palpasi kandung kemih, nyeri ketuk ginjal, mulut uretra, anus (peradangan, hemoroid, fistula). Pemeriksaan diagnostik dan terapi yang berhubungan dengan pola eliminasi.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari, kegiatan olahraga, aktivitas di waktu senggang, keluhan pada pernapasan, keluhan pada jantung seperti berdebar-debar, nyeri dada, rasa lemah badan, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun. Postur tubuh, gaya jalan, aktivitas harian, anggota gerak yang cacat, takikardi dan takipnea pada keadaan istirahat atau beraktivitas, latergi/disorientasi, penurunan kekuatan otot.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Jumlah jam tidur (siang dan malam), kebiasaan sebelum tidur, suasana (gelap dan terang), perasaan saat bangun tidur, gangguan tidur seperti mimpi buruk, sering berkemih, gatal-gatal, nyeri, sesak napas. Ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap, phalpebra inferior berwarna gelap, letargi, terapi yang berkaitan dengan pola tidur dan istirahat.

f. Pola Persepsi Kognitif

Gangguan penglihatan, rasa tidak nyaman seperti nyeri, kesemutan, gangguan terhadap daya pengenalan lingkungan, orang dan waktu (orientasi), perubahan dalam konsentrasi/daya ingat. penggunaan alat bantu, kemampuan berbicara, orientasi atau disorientasi (waktu, tempat, dan orang). Respon nonverbal pemeriksaan fisik meliputi penglihatan, pendengaran, penurunan rasa pada lengan dan tungkai

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Konsep diri (identitas diri, ideal diri, harga diri, citra dan peran diri) kemampuan dalam pengambilan keputusan, pandangan pasien tentang dirinya, masalah financial yang berhubungan dengan kondisi. Rentang perhatian, kontak mata, postur tubuh, pemeriksaan fisik meliputi kelainan bawaan yang nyata, abdomen, kulit dan punggung.

h. Pola Peran dan Hubungan Sesama

Peran dalam keluarga, masyarakat dan lingkungan, hubungan keluarga masyarakat dan lingkungan (konflik atau perpisahan) adalah perasaan keterpisahan atau terisolir. Hubungan dalam berinteraksi dengan anggota keluarga atau orang lain (kooperatif).

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

Hubungan penyakit dan masalah seksualitas gangguan fungsional/seksualitas (impoten, kesulitan organisme). Pada wanita, keputihan dan gatal merupakan keluhan yang sering ditemukan dan kadang-kadang merupakan satu-satunya gejala yang di rasakan. Terapi yang berhubungan dengan reproduksi seksualitas.

j. Pola Mekanisme koping dan Toleransi

Mekanisme koping yang digunakan, ungkapan pasien terhadap dirinya, penyesuaian diri terhadap stress. Ansietas dan peka rangsangan.

k. Pola Sistem Kepercayaan

Ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritualitas yang diinginkan. Alat untuk berdoa, tampak melakukan kegiatan beribadah.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Susanti (2019) diagnosa keperawatan yang dapat timbul pada pasien dengan ulkus diabetikum adalah :

- a. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik
- b. Risiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif
- c. Gangguan citra tubuh b/d perubahan struktur bentuk tubuh
- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan disfungsi pankreas
- e. Gangguan integritas jaringan b/d neuropati perifer
- f. Resiko defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan

- g. Hipervolemia b/d kelebihan asupan natrium
- h. Gangguan mobilitas fisik b/d efek agen farmakologis

### 3. Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan adalah pengkajian yang sistematis dan identifikasi masalah, penentuan tujuan dan pelaksanaan serta cara atau strategi dalam mengatasi masalah. Penyusunan rencana keperawatan berdasarkan diagnosa dalam SLKI dan SIKI menurut PPNI (2018) :

- a. Nyeri akut b/d agen pencedera Fisik

SLKI: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah
- 4) Kesulitan tidur

SIKI: Manajemen nyeri

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri nonverbal

Terapeutik

- 1) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi

- 1) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

- b. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif

SLKI: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Kebersihan badan meningkat
- 3) Kemerahan menurun
- 4) Cairan berbau busuk menurun
- 5) Kultur area luka membaik

SIKI: Pencegahan infeksi Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 3) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan etika batuk
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh

SLKI: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Melihat bagian tubuh meningkat
- 2) Verbalisasi kecatatan bagian tubuh meningkat
- 3) Verbalisasi kehilangan bagian tubuh
- 4) Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun
- 5) Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun

SIKI: Promosi citra tubuh

Observasi

- 1) Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social
- 2) Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri
- 3) Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah

#### Terapeutik

- 1) Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh
- 2) Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh

#### Edukasi

- 1) Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh
- 2) Anjurkan menggunakan alat bantu
- 3) Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan disfungsi pancreas

d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan disfungsi pankreas  
 SLKI: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil

- 1) Mengantuk menurun
- 2) Keluhan lapar menurun
- 3) Rasa haus menurun
- 4) Kadar glukosa darah membaik

#### SIKI: Manajemen hiperglikemia

#### Observasi

- 1) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu
- 2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia

#### Terapeutik

- 1) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk

#### Edukasi

- 1) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri

2) Anjurkan kepatuhan terhadap diet

3) Ajarkan pengelolaan diabetes

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu

e. Gangguan integritas jaringan b/d neuropati perifer

SLKI: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan integritas jaringan meningkat dengan kriteria hasil

1) Kerusakan jaringan menurun

2) Nekrosis menurun

3) Suhu kulit membaik

SIKI: perawatan luka

Observasi

1) Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan

2) Bersihkan dengan cairan nacl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan

3) Pasang balutan sesuai jenis luka

4) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

5) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

Edukasi

1) Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

1) Kolaborasi prosedur debridement

2) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

f. Resiko defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

SLKI: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan manajemen nutrisi membaik dengan kriteria hasil

1) Berat badan membaik

2) Indeks masa tubuh

3) Membran mukosa membaik

4) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat

SIKI: Manajemen Nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi Status Nutrisi
- 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- 3) Monitor asupan makanan
- 4) Monitor berat badan

Terapeutik

- 1) Fasilitasi menentukan pedoman diet

Edukasi

- 1) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu

g. Hipervolemia b/d kelebihan asupan natrium

SLKI: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil

- 1) Haluaran urin meningkat
- 2) Edema menurun
- 3) Dehidrasi menurun
- 4) Turgor kulit membaik

SIKI : Pemantauan cairan

Observasi

- 1) Monitor hasil pemeriksaan serum (natrium)
- 2) Identifikasi tanda-tanda Hipovolemia
- 3) Monitor jumlah, warna dan berat jenis urin

Terapeutik

- 1) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

h. Gangguan mobilitas fisik b/d efek agen farmakologis

SLKI: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil

- 1) Kekuatan otot meningkat
- 2) Gerakan terbatas menurun
- 3) Kelemahan fisik menurun

SIKI : Dukungan mobilisasi

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan mobilisasi dini

#### 4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

Menurut Sumarni (2019) hal-hal yang perlu disampaikan dan di ajarkan pada pasien atau keluarga mengenai penanganan dan pengobatan di rumah sehubungan dengan penyakit antara lain:

- a. Pola makan sesuai dengan perencanaan diet yang ditentukan atau diberikan.

R/ Untuk mengurangi rasa nyeri.

- b. Hindari makanan yang mengandung pemanis (gula) dan makanan yang berlemak.
- c. Rutin kontrol gula darah di rumah atau ke dokter dan gunakan insulin secara tepat sesuai dosis yang ditentukan.
- d. Menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan latihan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.

- e. Bantu kebutuhan pasien yang tidak dapat ditoleransi serta memberikan motivasi

### **BAB III**

#### **PENGAMATAN KASUS**

Pasien dengan inisial Ny.Y umur 80 tahun berjenis kelamin perempuan dengan diagnosa medic nekrotik digit 3 foot left + DM tipe II. Keluarga pasien mengatakan awalnya muncul ruam merah seperti kutu air pada sela-sela jari kaki yang terasa gatal sehingga luka muncul ketika digaruk. Keluarga kemudian merawat luka dengan betadine selama 2 minggu namun luka tidak kunjung sembuh dan semakin membesar, bernanah serta berbau sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke RS pada tanggal 10 februari 2024 dan dilakukan operasi debridemen setelah dirawat selama 3 hari di RS pasien pulang dan diberikan salep bioplacenton untuk merawat luka. Luka sempat kering dirumah namun kembali memerah dan muncul bintik-bintik putih bernanah serta seluruh jari tengah kaki kiri menghitam. Keluarga juga mengatakan sudah putus asa untuk merawat tetapi tidak kunjung sembuh sehingga pada tanggal 2 Mei 2024 keluarga memutuskan untuk membawa pasien kembali ke RS dan instruksi dari dokter untuk dilakukan amputasi pada jari kaki tengah yang sudah menghitam karena sudah tidak dapat dipertahankan. Pada saat pengkajian tanggal 3 Mei 2024, pasien mengatakan nyeri saat setelah dilakukan post op amputasi pada kaki sebelah kiri dan memberat saat digerakkan, pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri, dan nyeri yang dirasakan hilang timbul. Keluarga pasien juga mengatakan jari manis kaki kiri mengalami luka sama seperti jari tengah sebelum diamputasi. Pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui cara perawatan luka, pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui tanda dan gejala infeksi. Tampak pasien meringis, tampak pasien lemah, tampak luka post op amputasi, tampak disekitar daerah luka operasi merah keunguan dan hitam, tampak sebagian jari manis mulai menghitam serta terdapat luka

±2cm yang berwarna putih. Tanda-tanda vital TD: 170/74 mmHg, N: 116 x/menit, P:20x/menit, S: 36.8 °C. Hasil pemeriksaan penunjang: Pemeriksaan lab : PLT :51,8  $10^3/uL$ , P-LCR :14,8 %, GDS : 147 mg/dL, HbA1c: 6,8 %, pemeriksaan thorax ap : cardiomegaly ( LVH), pemeriksaan foto pedis sinistra ap-lat alignment normal, tampak osteomyelitis, fraktur/dislokasi, osteoporotic. Terapi yang diberikan : Aspil 1 gr/12 jam/IV, ketorolac 30 mg/ 8jam/IV, levofloxacin 250 mg/24 jam/IV, omeprazole 10 mg/12 jam/IV, onoiwa 1 tablet/ 3x1/ oral, paracetamol 1 gr/ KP, peinos 400 mg/ 8 jam/ IV drips, sansulin 6 unit / malam/SC, valisanbe 2 mg/12 jam/ oral.

Dari hasil pengkajian diatas penulis mengangkat diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi dan gangguan citra tubuh berhubungan dengan struktur / bentuk tubuh.

## A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:

- |                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| 1. Jeanlina Heatubun   | NIM: NS2314901062 |
| 2. Jeni Mirnayati Misi | NIM: NS2314901063 |

Unit : Bernadeth 1 Autoanamnese : ✓

Kamar : 1220 Alloanamnese : ✓

Tanggal masuk RS : 2 Mei 2024

Tanggal pengkajian : 3 Mei 2024

### 1. Identifikasi

#### a. Pasien

- 1) Nama initial : Ny. Y
- 2) Umur : 80 Tahun
- 3) Jenis kelamin : Perempuan
- 4) Status perkawinan : Janda
- 5) Jumlah anak : 6
- 6) Agama/ suku : Kristen / Toraja
- 7) Warga negara : Indonesia
- 8) Bahasa yang digunakan : Indonesia
- 9) Pendidikan : SMA
- 10) Pekerjaan : IRT
- 11) Alamat rumah : Jl. Mappaodang 2

#### b. Penanggung Jawab

- 1) Nama : Ny. N
- 2) Umur : 45 tahun
- 3) Alamat : Jl. Mappaodang
- 4) Hubungan dengan pasien : Anak

## 2. Data Medik

### a. Diagnosa medik

- 1) Saat masuk : Nekrotik digit 3 foot left + DM tipe 2
- 2) Saat pengkajian : Post op amputasi transmedular digit 3 foot

## 3. Keadaan Umum

### a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit ringan/ **sedang** / berat / tidak tampak sakit

Alasan: Tampak pasien lemah, tampak verban luka post amputasi pada kaki sebelah kiri, tampak terpasang cairan infus RL 300cc dengan 20 tetes/menit, tampak sebagian aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

### b. Tanda-tanda Vital

- 1) Kesadaran (kualitatif) : Composmentis

*Scale Coma Glasgow* (kuantitatif)

- a) Respon motorik : 6
- b) Respon bicara : 5
- c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien dengan keadaan sadar penuh

- 2) Tekanan darah : 170 / 74 mmHg

MAP : 106 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

- 3) Suhu : 36,8°C di  Oral  Axilla  Rectal

- 4) Pernapasan : 20 x/menit

Irama :  Teratur  Bradipnea  Takipnea  
 Kusmaul  Cheynes-stokes

Jenis :  Dada  Perut

- 5) Nadi : 116 x/menit

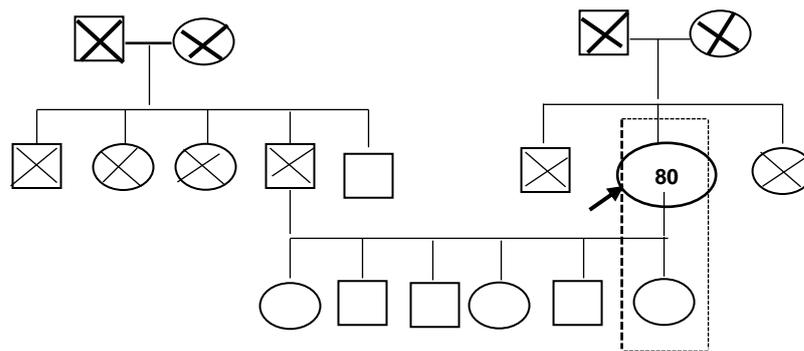
Irama :  Teratur  Bradikardi  Takikardi  
 Kuat  Lemah

## c. Pengukuran

- 1) Lingkar lengan atas : 26 cm
- 2) Tinggi badan : 160 cm
- 3) Berat badan : 68 kg
- 4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 26,5 kg/m<sup>2</sup>

Kesimpulan : Berat badan dengan kategori obesitas

## d. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

X : Meninggal

----- : Tinggal bersama

↗ : Pasien

## 4. Pengkajian Pola Kesehatan

## a. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

## 1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan bahwa kesehatan itu penting, keluarga pasien juga mengatakan jika pasien sakit selalu pergi ke layanan kesehatan untuk mendapat pengobatan. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami diabetes melitus sudah sejak 20 tahun yang lalu dan hipertensi selama 5 tahun yang lalu dirawat di Rumah Sakit Stella Maris. Keluarga pasien

mengatakan mengkonsumsi obat glimepiride 4 mg dan amlodipine 10 mg. Keluarga pasien mengatakan awal pasien terkena penyakit diabetes dikarenakan pasien memiliki kebiasaan suka makanan yang manis-manis seperti kue dan mengkonsumsi kopi manis setiap hari.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama : Nyeri pada luka post operasi amputasi pada jari kaki kiri

b) Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan awalnya muncul ruam merah seperti kutu air pada sela-sela jari kaki yang terasa gatal sehingga luka muncul ketika digaruk. Keluarga kemudian merawat luka dengan betadine selama 2 minggu namun luka tidak kunjung sembuh dan semakin membesar, bernanah serta berbau sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke RS pada tanggal 10 februari 2024 dan dilakukan operasi debridemen setelah dirawat selama 3 hari di RS pasien pulang dan diberikan salep bioplacenton untuk merawat luka. Luka sempat kering dirumah namun kembali memerah dan muncul bintik-bintik putih bernanah serta seluruh jari tengah kaki kiri menghitam. Keluarga juga mengatakan sudah putus asa untuk merawat tetapi tidak kunjung sembuh sehingga pada tanggal 2 Mei 2024 keluarga memutuskan untuk membawa pasien kembali ke RS dan instruksi dari dokter untuk dilakukan amputasi pada jari kaki tengah yang sudah menghitam karena sudah tidak dapat dipertahankan. Pada saat pengkajian tanggal 3 Mei 2024, pasien mengatakan nyeri saat setelah dilakukan post op amputasi pada kaki sebelah kiri dan memberat saat digerakkan, pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki

sebelah kiri, dan nyeri yang dirasakan hilang timbul. Keluarga pasien juga mengatakan jari manis kaki kiri mengalami luka sama seperti jari tengah sebelum diamputasi. Pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui cara perawatan luka, pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui tanda dan gejala infeksi. Tampak pasien meringis, tampak pasien lemah, tampak luka post op amputasi, tampak disekitar daerah luka operasi merah keunguan dan hitam, tampak sebagian jari manis mulai menghitam serta terdapat luka  $\pm$  2cm yang berwarna putih. Tanda-tanda vital TD: 170/74 mmHg, N: 116 x/menit, P:20x/menit, S: 36.8 °C, pemeriksaan GDS tanggal 3 mei 2024: 147 mg/dL, HbA1c: 6,8 %

P : Mengatakan nyeri dirasakan setelah post op amputasi jari tengah kaki sebelah kiri

Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk- tusuk

R : Pasien mengatakan nyeri pada luka post op jari tengah kaki sebelah kiri yang menjalar hingga ke pergelangan kaki.

S : Pasien mengatakan nyeri berat pada luka post op pada (skala 7)

T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mengalami penyakit diabetes selama 20 tahun dan hipertensi sejak 5 tahun lalu.

4) Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga.

## 5) Pemeriksaan fisik:

- a) Kebersihan rambut : Tampak rambut bersih, tidak berbau, tampak rambut berwarna putih.
- b) Kulit kepala : Tampak tidak ada lesi dan ketombe.
- c) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih
- d) Higiene rongga mulut : Tampak mulut bersih, tampak gigi tanggal, tampak ada karang gigi
- e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
- f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

## b. Pola Nutrisi dan Metabolik

## 1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x sehari dengan menu, nasi, sayur, ikan, tempe, tahu dan sesekali makan daging. Pasien mengatakan bahwa ia sering merasa haus dan biasanya minum air sebanyak  $\pm 7$  gelas/ hari (1400 cc/hari). Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sering merasa lapar sehingga pasien sering ngemil dan pasien suka mengonsumsi makanan yang manis-manis seperti kue, bolu dan juga kopi manis yang diminum setiap pagi dan sore hari, pasien tidak mengontrol makanannya dan berasumsi bahwa jika rutin minum obat glimepiride gula darahnya akan tetap stabil.

## 2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan selama pasien dirawat di rumah sakit, pasien tidak mengonsumsi makanan yang manis dan hanya mengonsumsi makanan yang diberikan dari rumah sakit, pasien makan 2 x sehari dan setiap satu porsi makanan, pasien hanya mampu makan  $\pm 4-5$  sendok makan saja karena

pasien merasa tidak nyaman akibat nyeri pada luka post op selain itu pasien juga merasa sedih karena kehilangan salah satu jari kakinya sehingga ia kurang nafsu makan. Pasien mengatakan ia biasanya minum air sebanyak  $\pm 6$  gelas/hari (1200 cc), pasien juga mengatakan ia sering merasa haus, pasien juga sesekali minum kopi tanpa gula.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menghabiskan makanannya

4) Pemeriksaan fisik :

- a) Keadaan rambut : Tampak rambut bersih, tidak berbau, tampak rambut berwarna putih.
- b) Hidrasi kulit : Finger print kembali dalam 3 detik.
- c) Palpebra/conjungtiva : Tampak tidak edema, tampak tidak anemis.
- d) Sclera : Tampak tidak ikterik.
- e) Hidung : Tampak bersih, tampak tidak ada secret atau mucus, septum berada ditengah, tidak ada lesi .
- f) Rongga mulut : Tampak mulut bersih
- g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan atau sariawan.
- h) Gigi : Gigi tampak tanggal  
Gigi palsu : tidak ada
- i) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien tidak mampu mengunyah keras karena gigi sudah banyak yang lepas.
- j) Lidah : Tampak lidah bersih

- k) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
- l) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
- m) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
- n) Abdomen :
  - (1) Inspeksi : Tampak perut datar
  - (2) Auskultasi : Peristaltik usus 15 kali/menit
  - (3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
  - (4) Perkusi : Terdengar suara thympani
  - (5) Kulit :
    - (a) Edema :  Positif  Negatif
    - (b) Icteric :  Positif  Negatif
    - (c) Tanda-tanda radang : Tidak tampak ada peradangan
    - (d) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien BAB 2 kali dalam sehari dengan konsistensi lembek berwarna kuning kecoklatan dan BAK  $\pm 7-10$  kali dalam sehari dengan volume  $\pm 1000\text{cc}$  / 24 jam dengan warna kuning jernih.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak setelah operasi, pasien baru 1x BAB dengan konsistensi coklat kekuningan, keluarga pasien mengatakan pasien BAB menggunakan pampers dan dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien mengatakan ia BAK menggunakan kateter urin dengan volume urine  $\pm 1800$  cc dari pagi jam 08.00 sampai siang jam 13.00 WITA.

## 3) Observasi:

Tampak pasien menggunakan pampers dan kateter urin dengan volume urine  $\pm 1800$  cc dengan warna kuning berbau amoniak.

## 4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus 15 x/menit

b) Palpasi kandung kemih :  Penuh  Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal :  Positif  Negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji.

e) Anus :

(1) Peradangan : Tidak dikaji

(2) Hemoroid : Tidak dikaji

(3) Fistula : Tidak dikaji

## d. Pola Aktivitas dan Latihan

## 1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien selalu aktif dalam menjalankan tugasnya dari bangun tidur hingga malam hari sebagai ibu rumah tangga seperti mencuci, memasak, membersihkan rumah pasien juga suka merajut namun sejak matanya mulai kabur ia sudah tidak lagi merajut. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga.

## 2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan bahwa aktivitas pasien semenjak post op amputasi pasien tidak mampu menjalani aktifitas normal yaitu pasien hanya berbaring ditempat tidur, pasien juga mengatakan ia merasa lelah, lesuh dan nyeri pada area kakinya sehingga sebagian aktifitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat.

## 3) Observasi :

Tampak pasien berbaring lemah ditempat tidur, tampak aktivitas pasien hanya ditempat tidur dan dibantu oleh keluarga.

## 4) Aktivitas harian :

- a) Makan : 0
- b) Mandi : 2
- c) Pakaian : 2
- d) Kerapihan : 2
- e) Buang air besar : 3
- f) Buang air kecil : 3
- g) Mobilisasi di tempat tidur : 0

0 : mandiri  
 1 : bantuan dengan alat  
 2 : bantuan orang  
 3 : bantuan alat dan orang  
 4 : bantuan penuh

5) Postur tubuh : Keluarga pasien mengatakan postur tubuh pasien bungkuk.

6) Gaya jalan : Keluarga pasien mengatakan pasien gaya jalannya lambat.

7) Anggota gerak yang cacat : post op amputasi jari kaki sebelah kiri

8) Fiksasi : Tampak terpasang verban pada kaki post op amputasi pada jari kaki sebelah kiri

9) Tracheostomi : Tampak tidak terpasang tracheostomi

## 10) Pemeriksaan fisik

## a) Tekanan darah

Berbaring : 170 / 74 mmHg

Duduk : - mmHg

Berdiri : - mmHg

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik :  Positif  Negatif

b) HR : 116 x/menit

## c) Kulit :

Keringat dingin : Tampak tidak keringat dingin

Basah : Tampak kulit tidak basah

d) JVP : 5-2 cmH<sub>2</sub>O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai.

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam <3 detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi:

Bentuk thorax : Tampak simetris

Retraksi intercostal: Tampak simetris kiri dan kanan

Sianosis : Tampak tidak sianosis

Stridor : Tampak tidak ada stridor

(2) Palpasi :

Vocal premitus : Teraba sama pada paru kiri dan kanan

Krepitasi : Tidak teraba krepitasi

(3) Perkusi :  Sonor  Redup  Pekak

(4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikuler

Suara ucapan : Terdengar sama kuat lapang paru

Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis : tidak tampak

(2) Palpasi

Ictus cordis : teraba pada ICS 5

(3) Perkusi

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 6 linea mid clavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 5 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 6 linea anterior axilaris sinistra

## (4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS 2 linea  
sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS 2 linea  
sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS 4 linea  
sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal, ICS 5 linea  
media clavicularis  
sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak ada

Bruit : Aorta : Tidak ada

A. Renalis : Tidak ada

A. Femoralis: Tidak ada

## h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot :  Positif  Negatif

(2) Rentang gerak : Tampak pasien tidak mampu  
mengangkat kaki kirinya

(3) Kaku sendi : Tidak ada kaku sendi

(4) Nyeri sendi : Tidak ada nyeri sendi

(5) Fraktur : Tidak ada fraktur pada pasien

(6) Parese : Tidak ada parese

(7) Paralisis : Tidak ada paralis

(8) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	3

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit Gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(9) Refleks fisiologi : kiri (-), kanan (positif)

(10) Refleks patologi : kiri (-), kanan (positif)

(11) Babinski, Kiri :  Positif  Negatif

Kanan :  Positif  Negatif

(12) Clubing jari-jari : Negatif

(13) Varises tungkai : Tampak tidak ada varises tungkai

(14) Columna vetebralis

Inspeks :  Lordosis  Kiposis  Skoliosis

Palpasi : Tidak ada tanda nyeri

Kaku kuduk : Negatif

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pasien tidur siang  $\pm 2$  jam dan tidur malam mulai jam 20.00 dan sering terbangun beberapa kali pada malam hari karena merasa ingin berkemih

2) Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan pola tidurnya terganggu. Pasien mengatakan selama sakit tidur siang hanya 1 jam pada jam 13.00 atau 14.00 dan tidur malam hanya 4-5 jam biasanya pada jam 23.00 sampai 04.00 namun pasien

mengatakan sering terbangun karena rasa nyeri yang dirasakan pada luka post operasi amputasi pada kaki sebelah kiri.

3) Observasi :

Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur

Ekspresi wajah mengantuk:  Positif  Negatif

Banyak menguap :  Positif  Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap :  Positif  Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap :  Positif  Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien memiliki gangguan pada penglihatan yaitu pandangan kabur pada kedua mata.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien memiliki gangguan pada penglihatan yaitu pandangan kabur pada kedua mata.

3) Observasi :

Tampak pasien menggunakan kacamata

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak kornea tidak jernih

(2) Pupil : Tampak pupil isokor

(3) Lensa mata : Tampak lensa mata keruh

(4) Tekanan Intra Okuler (TIO) : Tampak tidak ada tekanan TIO

b) Pendengaran

(1) Pina : Tampak bersih

(2) Kanalis : Tampak bersih

- (3) Membran timpani : Tampak memantulkan cahaya
- c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :  
 Pasien mampu merasakan sentuhan pada lengan dan tungkai yang diberikan oleh perawat.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan bahwa ia merupakan seorang ibu dari 6 orang anak. Pasien mengatakan ia tidak pernah putus asa dengan kondisinya. Pasien mengatakan juga bahwa ia tetap bangga terhadap dirinya karena mampu bertahan ketika sakit dan pasien percaya bahwa dia pasti bisa melewati keadaan sakitnya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa aktifitasnya sangat terbatas. Pasien juga mengatakan bahwa ia hampir putus asa saat setiap melihat kakinya yang sudah mulai berubah warna dan otot kaki yang mengecil serta jari kakinya yang sudah di amputasi. Pasien mengatakan merasa malu dengan kondisi kakinya dan selalu mengkhawatirkan jika luka operasi tidak sembuh dan takut menyebar ke jari lainnya apalagi jari manisnya sudah luka dan sebagiannya mulai menghitam. Pasien juga merasa bahwa ia menyulitkan anaknya yang selalu mengurusnya selama sakit.

3) Observasi :

Tampak pasien selalu menutupi kaki dengan selimut.

- a) Kontak mata : Kontak mata kurang  
 b) Rentang perhatian : Penuh  
 c) Suara dan cara bicara : Jelas dan pelan  
 d) Postur tubuh : Membungkuk

## 4) Pemeriksaan fisik :

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan bawaan
- b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji (pasien tidak dapat berdiri)
- c) Kulit : Tampak kulit bersih, tampak tidak ada lesi

## h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

## 1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang ibu rumah tangga dan memiliki 6 orang anak. Keluarga juga mengatakan hubungan pasien dengan keluarga, anak bahkan kerabat dan tetangga sangat baik. Pasien sering mengikuti kegiatan yang diadakan oleh tetangga dekat dengan rumahnya.

## 2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak mampu menjalankan perannya sebagai IRT dikarenakan pasien mengalami sakit diabetes melitus. Keluarga pasien mengatakan walaupun pasien sudah tidak mampu menjalankan perannya, hubungan antara pasien dan keluarganya masih terjalin dengan baik seperti biasanya.

## 3) Observasi :

Tampak pasien ditemani dirumah sakit bersama anak dan sering dijenguk keluarganya.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia berumur 80 tahun dan sudah mengalami menopause sejak umur 50 tahun dan tidak ada masalah pada organ reproduksi

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah yang dialami selama hidupnya dan tidak ada masalah pada organ reproduksi.

3) Observasi

Tampak tidak ada perilaku penyimpangan seksual

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien suka menceritakan masalahnya kepada anaknya yang bungsu untuk mencari solusi bersama-sama dari masalah yang dialami.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan bahwa ia selalu cemas dan memikirkan kondisinya sekarang dengan kaki sebelah kiri yang salah satu jarinya sudah diamputasi dan otot kakinya yang mengecil, pasien mengatakan bahwa anaknya selalu menemaninya selama ia dirawat di rumah sakit.

3) Observasi :

Tampak anak pasien berada disamping pasien dan selalu memberi support pada pasien.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia beragama Kristen dan ia selalu rajin ke gereja tiap hari minggu. Keluarga pasien mengatakan pasien rajin mengikuti ibadah-ibadah gereja.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan bahwa ia selalu berdoa meminta kesembuhan dari Tuhan agar ia boleh sembuh dan kembali ke rumah

3) Observasi :

Tampak pasien sesekali memutar lagu rohani dan tampak ada kunjungan ibadah di ruangnya.

## 5. Uji Saraf Kranial

a. N I Olfactorius

Pasien mampu menyebutkan aroma minyak kayu putih dengan mata tertutup

b. N II Opticus

Pasien tidak mampu membaca tulisan font 12 dengan jarak 30-40cm (pasien menggunakan kaca mata)

c. N III, IV, VI Oculomotorius, Trochlearis, Abducens

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah dan refleks pupil tampak isokor.

d. N V Trigeminus

Sensorik : pasien mampu menunjukkan tempat yang diberikan goresan tisu

Motorik : pasien tidak mampu menggigit dengan kuat

e. N VII Fascialis

Sensorik : Pasien mampu membedakan rasa pahit dan manis

Motorik : Pasien tampak mampu tersenyum, meringis, mengangkat alis, mengerutkan dahi, mencucurkan bibir dan mengembungkan pipi.

f. N VIII Vestibulo-Acusticus

Tidak dikaji karena pasien berbaring

Pasien dapat mendengar suara gesekan jari tangan perawat

- g. N IX Glossopharingeus  
Letak uvula pasien berada di tengah.
- h. N X Vagus  
Pasien tampak mampu menelan.
- i. N XI Accessorius  
Pasien mampu mengangkat kedua bahu dan menggerakkan kepala.
- j. N XII Hypoglossus  
Pasien mampu menjulurkan lidah dan mendorong pipi menggunakan lidah

## 6. Pemeriksaan Penunjang

### a. Pemeriksaan Laboratorium

Nama/ Umur : Ny. Y / 80 tahun  
Hari/tanggal : 2 Mei 2024

Tabel 3.1: Hasil Laboratorium

PARAMETER	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
PLT	518	$10^3/uL$	150 - 450
P-LCR	14,8	%	15.0 – 25.0
GDS	147	Mg/dL	70 - 147
HbA1c	6,8	%	< 5.7

### b. Pemeriksaan Thorax Ap

Nama/ Umur : Ny. Y / 80 tahun  
Hari/tanggal : 2 Mei 2024

- 1) Kesan corakan bronchovaskuler normal
- 2) Tak tampak infiltrate atau nodul
- 3) Hilus tidak menebal
- 4) Cor besar ke kiri
- 5) Apeks ke arah diafragma

- 6) Mediastinum normal
- 7) Sinus dan diafragma normal
- 8) Costa intak, soft tissue normal

Kesan : Cardiomegaly (LVH)

c. Pemeriksaan foto pedis sinistra ap-lat

Nama/ Umur : Ny. Y / 80 tahun

Hari/tanggal : 2 Mei 2024

- 1) Alignment normal
- 2) Tampak osteomyelitis
- 3) Tampak fraktur atau dislokasi
- 4) Osteoporotic

## 7. Terapi

a. Aspil

- 1) Klasifikasi/ golongan obat : Obat Keras
- 2) Dosis umum : 0.5-2 gram
- 3) Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 1 gram
- 4) Cara pemberian obat : Intravena
- 5) Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Aspil digunakan untuk mengatasi infeksi yang disebabkan oleh kuman yang peka terhadap Cefotiam yaitu *Staphylococcus sp.*, *Streptococcus sp.* (tidak untuk enterokokus), *Streptokokus pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Branhamella catarrhalis*, *Eschrichia coli*, *Proteus mirabilis*, dan *Hemophilus influenzae*. Faringolaringitis (radang tenggorokan bagian depan dan dalam), bronkitis akut, tonsilitis (radang amandel), bronkitis kronis, bronkietaksis (kerusakan, penebalan, atau pelebaran secara permanen saluran bronkus di paru-paru) yang disertai dengan infeksi, infeksi sekunder yang disebabkan oleh penyakit-penyakit pada saluran pernafasan dan pneumonia, pielonefritis, sistitis, uretritis, folikulitis, aknepustoloma,

furunkel, erisipelas, selulitis, limfangitis (limfadenitis), felon, perionisia supuratif (paronichia), abses subkutan, hidradenitis, infeksi ateroma, abses perianal, mastitis, infeksi superfisial sekunder yang disebabkan oleh trauma atau luka karena operasi, blefaritis, hordeolum, dakriosistitis, tarsadenitis, ulkus korneal, otitis media, dan sinusitis.

- 6) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan  
Untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka post op amputasi
- 7) Kontra indikasi  
Hipersensitif terhadap obat golongan sefalosporin.
- 8) Efek samping obat :  
Efek Samping yang mungkin terjadi selama penggunaan Aspil adalah syok, reaksi hipersensitif, peningkatan sementara dari ALT & AST, gangguan darah & gastrointestinal. Lemah, pusing, stomatitis atau kandidiasis

b. Ketorolac 30mg/8 jam/IV

- 1) Klasifikasi/ golongan obat : Anti-inflamasi nonsteroid / Obat keras
- 2) Dosis umum : 30 mg IV/ 60 mg IM
- 3) Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 30 mg
- 4) Cara pemberian obat : IV/ IM
- 5) Mekanisme kerja dan fungsi obat:  
Ketorolac bekerja dengan cara menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri. Ketorolac dapat digunakan sebagai terapi tunggal atau dikombinasikan dengan obat pereda nyeri lain, termasuk obat pereda nyeri golongan opioid. Ketorolac tidak boleh digunakan untuk mengatasi nyeri ringan atau nyeri yang terjadi dalam jangka panjang (kronis), seperti pada penyakit arthritis.

- 6) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan  
Untuk mengatasi rasa nyeri pada luka post op amputasi
- 7) Kontra indikasi  
Kontraindikasi pemakaian ketorolac, antara lain pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap ketorolac, riwayat perdarahan gastrointestinal, dan perdarahan serebrovaskular aktif.
- 8) Efek samping obat :  
Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan ketorolac adalah kantuk, sakit perut ,pusing, sakit kepala, mual dan muntah,perut kembung,diare,konstipasi.

c. Levofloxacin 250mg/ 24jam/ iv

- 1) Klasifikasi/ golongan obat : Antibiotik golongan quinolone
- 2) Dosis umum : 500 mg
- 3) Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 250 mg
- 4) Cara pemberian obat : IV
- 5) Mekanisme kerja dan fungsi obat:  
Levofloxacin bekerja dengan cara menghambat enzim yang diperlukan oleh bakteri untuk memperbanyak diri. Hasilnya, pertumbuhan bakteri bisa dihambat dan sistem kekebalan tubuh dapat membunuh bakteri yang tersisa. Levofloxacin sediaan cairan infus digunakan dalam pengobatan pneumonia, infeksi kulit dan jaringan lunak dengan komplikasi, infeksi saluran kemih dengan komplikasi, pielonefritis berat, prostatitis kronis, dan penyakit anthrax.
- 6) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan  
Untuk mencegah atau mengobati penyakit akibat infeksi bakteri pada kulit
- 7) Kontra indikasi

Penggunaan levofloxacin tidak dianjurkan bagi pasien yang pernah mengalami reaksi alergi atau hipersensitivitas terhadap kelompok antibiotik fluoroquinolone, termasuk levofloxacin.

8) Efek samping obat:

Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan ketorolac adalah mual, muntah, dispepsia, nyeri perut, diare atau malah sembelit, pusing, sakit kepala, gangguan tidur, misalnya insomnia atau sering bermimpi buruk

d. Omeperazole 10mg/ 12jam/ iv

1) Klasifikasi/ golongan obat : Proton Pump Inhibitor (PPI)

2) Dosis umum : 20 mg - 40 mg

3) Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 40 mg

4) Cara pemberian obat : IV

5) Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Omeprazole menurunkan asam lambung dengan cara menghambat pompa proton yang berperan besar dalam produksi asam lambung. Dengan cara kerja tersebut, obat ini dapat mengurangi gejala iritasi dinding lambung, seperti nyeri ulu hati, mual, dan kembung.

6) Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan :

Untuk mengurangi produksi asam lambung berlebihan akibat pemberian obat obatan

7) Kontra indikasi

Kontraindikasi omeprazole adalah pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap omeprazole dan obat golongan penghambat pompa proton lain.

8) Efek samping obat :

Efek samping yang paling sering terjadi akibat penggunaan omeprazole dengan frekuensi antara 1-10% adalah sakit

kepala, konstipasi, diare, nyeri perut, kembung, infeksi saluran pernapasan, dan ruam makulopapular.

e. Onoiwa 1tab / 3x1/ oral

- 1) Klasifikasi/ golongan obat : Jamu / Obat herbal
- 2) Dosis umum : 1 tab 500 mg
- 3) Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 1 tablet
- 4) Cara pemberian obat : Oral
- 5) Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Onoiwa adalah obat herbal yang terbuat dari ekstrak ikan gabus untuk membantu mempercepat penyembuhan luka dan memelihara kesehatan tubuh. Onoiwa adalah obat yang bermanfaat untuk membantu proses penyembuhan luka pascaoperasi dan membantu memenuhi kebutuhan albumin dalam tubuh.

- 6) Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan :  
Untuk membantu mempercepat proses penyembuhan luka post operasi amputasi
- 7) Kontraindikasi  
Riwayat hipersensitif terhadap Onoiwa tidak disarankan menggunakan Onoiwa.
- 8) Efek samping obat:  
Belum ada efek samping yang dilaporkan dari penggunaan Onoiwa. Jika terjadi efek samping yang tidak diinginkan, hentikan penggunaan

f. Sansulin 6unit/ malam / subcutan

- 1) Klasifikasi/ golongan obat : Obat keras
- 2) Dosis umum : 0,2 unit /kg BB
- 3) Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 6 unit
- 4) Cara pemberian obat : Subcutan

5) Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Sansulin Log-G mengandung insulin glargine yang digunakan untuk pasien yang membutuhkan insulin biasanya pada penderita diabetes mellitus. Insulin glargine adalah analog insulin manusia yang telah bekerja lama, mengatur metabolisme karbohidrat, protein dan lemak dengan menghambat produksi glukosa dan lipolisis hepatic, dan meningkatkan pembuangan glukosa perifer.

6) Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan  
Sansulin digunakan untuk pengobatan pada pasien dengan diabetes yang membutuhkan insulin.

7) Kontra indikasi

Tidak boleh digunakan oleh pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap kandungan obat Sansulin Log - G.

8) Efek samping obat :

Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan Sansulin Log-G, antara lain:

- a) Gula darah rendah (Hipoglikemia)
- b) Gangguan penglihatan sementara
- c) Lipodistrofi (perubahan pembentukan lemak tubuh)
- d) Reaksi diarea injeksi dan alergi
- e) Terbentuknya antibodi insulin

g. Peinlos 400mg/ 8jam / IV drips

- 1) Klasifikasi/ golongan obat : Obat Keras
- 2) Dosis umum : 400 mg
- 3) Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 400 mg
- 4) Cara pemberian obat : IV
- 5) Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Peinlos Ibuprofen digunakan untuk mengurangi demam serta meredakan nyeri dan peradangan yang disebabkan oleh berbagai kondisi.

- 6) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :  
Untuk mengurangi rasa nyeri akibat luka post operasi amputasi
- 7) Kontra indikasi  
Kondisi berikut tidak disarankan menggunakan Ibuprofen:
- a) Hipersensitivitas (termasuk asma) terhadap Ibuprofen atau NSAID lainnya
  - b) Riwayat pendarahan pada saluran cerna atau ulserasi yang berhubungan dengan NSAID
  - c) Gagal jantung
  - d) Pasien yang menjalani operasi cangkok jantung *bypass* arteri koroner
  - e) Gangguan ginjal atau hati yang parah
  - f) Kehamilan trimester ketiga
- 8) Efek samping obat:  
Efek samping Ibuprofen yang umum terjadi adalah:
- a) Mual dan muntah
  - b) Perut kembung dan diare
  - c) Nyeri ulu hati
  - d) Pusing
  - e) Sakit kepala
- h. Valisambe 2mg/ 2jam/ oral
- 1) Klasifikasi/ golongan obat : Psikotropika
  - 2) Dosis umum : 2 mg dan 5 mg
  - 3) Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 2 mg
  - 4) Cara pemberian obat : Oral
  - 5) Mekanisme kerja dan fungsi obat :  
Valisambe bermanfaat untuk mengurangi gangguan kecemasan hingga insomnia. Kandungan valisambe adalah golongan obat benzodiazepine *long-acting* atau obat

penenang yang memiliki tingkat konsentrasi konstan dalam darah.

6) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :

Untuk mengatasi kecemasan yang dialami pasien

7) Kontraindikasi:

- a) Pasien yang hipersensitif terhadap diazepam atau benzodiazepine
- b) Pasien yang menderita glaukoma sudut tertutup atau glaukoma sudut terbuka
- c) Pasien yang menderita gejala psikosis yang parah
- d) Pasien dengan riwayat gangguan pernafasan akut dan kronis
- e) Pasien dengan riwayat gagal hati akut
- f) Tidak disarankan untuk ibu hamil dan menyusui

8) Efek samping obat :

Berikut efek samping yang dapat terjadi setelah pemakaian valisanbe:

- a) Gangguan mata: penglihatan kabur, diplopia
- b) Gangguan pencernaan: sembelit, mual, gangguan gastrointestinal, perubahan air liur
- c) Gangguan umum: kelelahan, ataksia, sakit di area suntikan
- d) Gangguan sistem saraf: tremor, sakit kepala, vertigo
- e) Gangguan kejiwaan: kebingungan, depresi, bicara cadel
- f) Gangguan ginjal dan saluran kemih: inkontinensia urin, retensi urin
- g) Sistem reproduksi dan gangguan payudara: perubahan libido
- h) Gangguan pembuluh darah: hipotensi

**B. Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS:</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri dirasakan setelah post op amputasi jari tengah kaki sebelah kiri</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: pasien mengatakan nyeri pada luka post op yang menjalar sampai ke pergelangan kaki sebelah kiri</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri berat pada luka post op amputasi</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sering terbangun karena rasa nyeri yang muncul tiba-tiba pada luka post op amputasi jari tengah kaki kiri</li> </ul> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien meringis</li> <li>b. Tampak pasien gelisah</li> <li>c. Skala nyeri 7</li> <li>d. TTV :</li> </ol> <p>TD : 170 / 74 mmHg</p>	<p>Agen Pencedera Fisik</p>	<p>Nyeri Akut</p>

	<p>N : 116 x/menit P : 20 x/ menit S : 36,8°C</p>		
	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan masih merasa sensasi sentuhan pada jari kakinya namun setengah jari ke IV tidak merasa sensasi sentuhan</li> <li>b. Keluarga pasien juga mengatakan sebagian jari manis kaki kiri mulai menghitam</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak area luka amputasi mengalami hematoma</li> <li>b. Tampak sebagian jari manis mulai menghitam serta terdapat luka ± 2cm yang berwarna putih</li> <li>c. TTV : TD : 170 / 74 mmHg N : 116 x/menit P : 20 x/ menit S : 36,8°C</li> </ol>	Perubahan Sirkulasi	Gangguan Integritas kulit/jaringan
	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan merasa malu dengan</li> </ol>	Perubahan Struktur/bentuk Tubuh	Gangguan Citra Tubuh

	<p>kondisi jari kakinya yang sudah diamputasi</p> <p>b. Pasien mengatakan khawatir jika luka operasi tidak sembuh dan menyebar ke seluruh kaki.</p> <p>c. Pasien juga mengatakan bahwa ia hampir putus asa saat setiap melihat kakinya yang mengalami perubahan warna dan mengecil serta jarinya yang sudah di amputasi.</p> <p>DO :</p> <p>a. Tampak pasien kehilangan jari tengah kaki kiri</p> <p>b. Tampak pasien menutup kaki dengan selimut</p> <p>c. Tampak kaki kirinya mengecil.</p> <p>d. TTV :</p> <p>TD : 170 / 74 mmHg</p> <p>N : 116 x/menit</p> <p>P : 20 x/ menit</p> <p>S : 36,8°C</p>		
--	---	--	--

**C. Diagnosa Keperawatan**

Nama /umur : Ny. Y / 80 Tahun

Ruangan / Kamar : Bernadeth 1 / 1220

Tabel 3.3: Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
2.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi(D.0129)
3,	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur / bentuk tubuh (D.0083)

#### D. Intervensi Keperawatan

Nama/ Umur : Ny. Y / 80 tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth 1 / 1220

Tabel 3.4: Intervensi Keperawatan

Tanggal	SDKI	SLKI	SIKI
	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 7jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Gelisah menurun d. Kesulitan tidur membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Tindakan: Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik: a. Fasilitasi istirahat dan tidur b. Berikan teknik nonfarmakologis Edukasi: a. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan (L.14125) dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun</li> <li>b. Kerusakan jaringan cukup menurun</li> <li>c. Nekrosis cukup menurun</li> </ul>	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor karakteristik luka</li> <li>b. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>b. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan</li> <li>c. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>d. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>e. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>b. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu.</li> </ul>
--	---	---	--

	<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur / bentuk tubuh (D.0083)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 7 jam diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Verbalisasi kecatatan bagian tubuh meningkat</li> <li>b. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh menurun</li> <li>c. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun</li> <li>d. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun</li> </ol>	<p>Promosi citra tubuh (I.09305)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> <li>b. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</li> <li>b. Anjurkan menggunakan alat bantu</li> </ol>
--	---	--	--

### E. Implementasi Keperawatan

Nama/ Umur : Ny. Y / 80 tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth 1 / 1220

Tabel 3.5: Implementasi Keperawatan

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama
4/5/2024	I,II,III	08: 00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 167/78 mmHg N : 105 x/menit P :20x/menit S : 37,2°C	Jeni
	I	08.15	Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal Hasil : b. Tampak wajah pasien meringis c. Tampak pasien gelisah	Jeni
	I	08.20	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: P : Pasien mengatakan nyeri dirasakan setelah post op amputasi pada kaki sebelah kiri Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R: pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri	Jeni

			<p>S: pasien mengatakan nyeri pada skala 7</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p>	
	I	08.30	<p>Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien mengikuti teknik relaksasi napas dalam dan melakukan kompres hangat pada area yang terasa nyeri</li> <li>b. Pasien mengatakan mengerti dengan teknik yang diajarkan</li> </ol>	Jeni
		09.00	<p>Mengganti cairan infus</p> <p>Hasil : RL 20 tpm</p>	Jeanlina
	II	09.20	<p>Memonitor karakteristik luka</p> <p>Hasil : tampak luka di jari manis kaki kiri membesar luka tampak bewarna putih dan terdapat jaringan kulit mulai menghitam serta berbau sedangkan pada luka post amputasi tampak masih basah.</p>	Jeni, Jeanlina

	II	09.25	Melakukan perawatan luka Hasil : a. tampak luka dibersihkan dengan NaCl 0,9% b. tampak balutan perban sudah diganti	Jeni, Jeanlina
	II	09.35	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka post op Hasil : Tampak keluarga pasien mengerti dengan penjelasan perawat bahwa tanda dan gejala infeksi pada luka post operasi adalah luka terasa nyeri dan panas serta mengeluarkan nanah atau bau tidak sedap dan luka menjadi lama kering / sembuh.	Jeni, Jeanlina
	III	10.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : a. Omeperazole 10mg/12 jam/iv	Jeanlina
	III	11.00	Memonitor pernyataan kritik terhadap diri sendiri Hasil : Pasien mengatakan masih merasa menjadi beban untuk	Jeanlina

			anaknyanya karena mengurusnya setiap hari,	
	III	11.10	<p>Memonitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien tidak mau melihat jari kaki kirinya yang sudah diamputasi</li> <li>b. Tampak pasien menutupi kakinya</li> </ul>	Jeanlina
	III	11.20	<p>Mendiskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>Hasil : Pasien mengatakan dengan kondisi jari kaki yang sudah di amputasi ia merasa aktifitasnya terganggu karena belum bisa menyesuaikan dengan kondisinya sekarang dan juga pasien merasa khawatir jika luka operasi tidak sembuh dan menyebar ke seluruh kaki</p>	Jeanlina
	III	11.35	<p>Menganjurkan menggunakan alat bantu</p> <p>Hasil :</p>	Jeni

			Pasien mengatakan untuk saat ini ia masih belum bisa melakukan aktifitas karena khawatir nyeri yang muncul tiba-tiba	
	III	12.00	<p>Menganjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan merasa sedih dengan kondisinya seperti sekarang ini dengan jari tengah kaki kirinya yang sudah diamputasi dan jari manis yang sudah luka dan mulai menghitam seperti jari tengah yang diamputasi dan juga merasa minder karena kaki kirinya mengalami pengecilan otot dan perubahan warna yang lebih gelap dari kaki kanan</p>	Jeni
	I,II	13.00	<p>Melakukan pemberian obat sesuai instruksi dokter</p> <p>Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ketorolac 30 mg/8 jam/IV</li> <li>b. Peinlos 400 mg/8 jam/ IV drips</li> </ol>	Jeni

			c. Onoiwa 1 tab 3x1/ oral	
	I	13.02	Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal Hasil: Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan obat	Jeni
	I	13.10	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: P. :Keluarga pasien mengatakan nyeri berkurang saat obat sudah diberikan Q. Keluarga pasien mengatakan biasa pasien merasa nyeri seperti ditusuk-tusuk namun hilang timbul R. Keluarga pasien mengatakan nyeri dirasakan pasien pada kaki sebelah kiri S. Keluarga pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pasien kira-kira berada pada angka 7	Jeni

			T. Keluarga pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pasien hilang timbul	
	I,II,III	14.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 155/88 mmHg N : 100 x/menit P :20x/menit S : 36,8°C	Jeni
	I,II,III	18.00	Melakukan pemberian obat sesuai instruksi dokter Hasil : a. Valisanbe 2mg/2x2 mg/ oral b. Onoiwa 1 tab/ 3x1/ oral c. Aspil 1 gr/ 12 jam/ IV	Perawat
	I,II	20.00	Melakukan pemberian obat sesuai instruksi dokter Hasil : a. Peinlos 400 mg/8 jam/ IV drips b. Ketorolac 30 mg/ 8 jam/ IV	Perawat
	I,II,III	21.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 150/70 mmHg	Perawat

			<p>N : 80 x/menit P : 20x/menit S : 37°C</p>	
	I,II	22.00	<p>Melakukan pemberian obat sesuai instruksi dokter</p> <p>Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Levoflocacin 750mg/ 24jam/ iv</li> <li>b. Omeperazole 10mg/ 12jam/ iv</li> <li>c. Sansulin 6unit/ malam/ subcutan</li> </ol>	Perawat
	I,II	04.00	<p>Melakukan pemberian obat sesuai instruksi dokter:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Peinlos 400 mg/8 jam/ IV drips</li> <li>b. Ketorolac 30 mg/ 8 jam/ IV</li> </ol>	Perawat
	I,II,III	05.00	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 145/80 mmHg</p> <p>N : 86x/menit</p> <p>P : 20x/menit</p> <p>S : 37,9°C</p>	Perawat
		05.30	<p>Melakukan pemeriksaan kadar gula darah</p>	Perawat

	I,II	06.00	<p>Hasil :</p> <p>GDP : 96 mg/dL</p> <p>Memberikan obat sesuai instruksi dokter :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Aspil 1gr/ 12 jam/ iv</li> <li>b. Paracetamol 1gr/ iv</li> <li>c. Onoiva 1tab/ 3x1 / oral</li> <li>d. Valisanbe 2mg/ 2x2mg/ oral</li> </ol>	Perawat
6/5/2024	I,II,III	08.00	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>N : 88x/menit</p> <p>P :20x/menit</p> <p>S : 36,9<sup>0</sup> C</p>	Jeanlina
	I	08.05	<p>Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak wajah pasien sesekali meringis</li> <li>b. Tampak pasien sedikit gelisah</li> </ol>	Jeanlina
	I	08.10	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Hasil:</p>	Jeanlina

			<p>P : Pasien mengatakan sedikit-sedikit merasakan nyeri pada luka post op amputasi kaki sebelah kiri</p> <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri pada skala 6</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p>	
	I	08.15	<p>Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan kompres hangat saat nyeri muncul</li> <li>b. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan teknik relaksasi napas dalam dan kompres hangat</li> </ol>	Jeanlina
	III	08.30	<p>Memonitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</p>	Jeni

			<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan ia tidak mau melihat kondisi jari kakinya yang sudah di amputasi</li> <li>b. Pasien mengatakan jika ia melihat jari kakinya yang sudah di amputasi ia merasa sedih</li> </ul>	
	III	08.40	<p>Mendiskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>Hasil : Pasien mengatakan dengan kondisi jari kaki yang sudah di amputasi ia merasa aktifitasnya terganggu karena belum bisa menyesuaikan dengan kondisinya sekarang dan juga pasien merasa khawatir jika luka operasi tidak sembuh dan menyebar ke seluruh kaki</p>	Jeni
	III	08.50	<p>Menganjurkan menggunakan alat bantu</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan jika kondisinya membaik pasien mau perlahan lahan belajar</p>	Jeni

			berjalan didampingi dengan keluarganya	
	III	09.00	<p>Menganjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan merasa sedih dengan kondisinya seperti sekarang ini dengan jari tengah kaki kirinya yang sudah diamputasi dan jari manis yang sudah luka dan mulai menghitam seperti jari tengah yang diamputasi dan juga merasa minder karena kaki kirinya mengalami pengecilan otot dan perubahan warna yang lebih gelap dari kaki kanan.</p>	Jeanlina
	II	09.25	<p>Memonitor karakteristik luka</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak luka di jari manis kaki kiri membesar luka tampak bewarna putih dan terdapat jaringan kulit mulai menghitam sedangkan pada luka post amputasi tampak sudah mulai kering.</p>	Jeni, Jeanlina

	II	09.30	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil : Perawat menjelaskan tanda dan gejala infeksi bengkak, merah dan demam	Jeanlina, jeni
	II	09.35	Melakukan perawatan luka Hasil : a. Tampak luka dibersihkan dengan NaCl 0,9% b. Tampak balutan perban sudah diganti	Jeanlina, jeni
	I,II	10.00	Melakukan pemberian obat sesuai instruksi dokter Hasil : Omeprazole 1 gr/12 jam	Jeanlina
		11.00	Mengantikan cairan Hasil : Terpasang cairan RL 20tpm	Jeni
	I,II	12.00	Melakukan pemberian obat sesuai instruksi dokter Hasil : a. Ketorolac 30 mg/8 jam/IV b. Peinlos 400 mg/8 jam/ IV drips	Jeanlina

			c. Onoiwa 1 tab 3x1/ oral	
	I	13.35	Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal Hasil : Tampak pasien masih meringis	Jeni
	I	13.45	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: P : pasien mengatakan nyeri berkurang saat obat sudah diberikan namun hanya sebentar nyerinya Q : pasien mengatakan merasa nyeri seperti ditusuk-tusuk namun hilang timbul R: pasien mengatakan nyeri dirasakan pada jari kaki sebelah kiri S: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pasien kira- kira berada pada angka 6 T: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul	Jeni

	I,II,III	14.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 135/78 mmHg N : 82 x/menit P :20x/menit S : 36,2°C	Jeanlina
	I,II	18.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : a. Valisanbe 2mg/2x2 mg/ oral b. Onoiwa 1 tab/ 3x1/ oral c. Aspil 1 gr/ 12 jam/ IV	Perawat
	I	20.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : a. Peinlos 400 mg/8 jam/ IV drips b. Ketorolac 30 mg/ 8 jam/ IV	Perawat
	I,II,III	21.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/70 mmHg N : 80x/menit P :20x/menit S : 36,5°C	Perawat

	I,II	22.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : a. Levoflocacin 750mg/ 24jam/ iv b. Omeperazole 10mg/ 12jam/ iv c. Sansulin 6unit/ malam/ subcutan	Perawat
	I	04.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter : a. Peinlos 400 mg/8 jam/ IV drips b. Ketorolac 30 mg/ 8 jam/ IV	Perawat
	I,II	05.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 145/80 mmHg N : 86x/menit P :20x/menit S : 36,2°C	Perawat
		05.30	Monitor pemeriksaan kadar gula darah Hasil : GDP : 110 mg/dL	Perawat

	I,II,III	06.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter : a. Aspil 1gr/ 12 jam/ iv b. Onoiwa 1tab/ 3x1 / oral c. Valisanbe 2mg/ 2x2mg/ oral	Perawat
7/5/2024	I,II,III	08.10	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/70 mmHg N : 73x/menit P :20x/menit S : 36,6°C	Jeni
	III	08.15	Memonitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Hasil : Pasien mengatakan ia sudah bisa melihat kakinya yang sudah diamputasi meskipun hanya sesekali walaupun dibungkus menggunakan perban dan tampak pasien sudah tidak teralu menutupi kakinya.	Jeni
	III	08.20	Mendiskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Hasil :	Jeni

			<p>a. Keluarga pasien mengatakan dengan kondisi pasien saat ini memungkinkan pasien kesulitan beraktivitas namun menurut pasien ia tetap bersyukur dan menerima kondisinya karena jika tidak dilakukan amputasi maka akan menyebar dan semakin memperparah keadaannya.</p> <p>b. Pasien juga mengatakan tindakan ini dilakukan demi menunjang kesehatannya sehingga pasien mampu menerima kondisinya saat ini</p>	
	III	08.25	<p>Menganjurkan menggunakan alat bantu</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan ia akan mencoba menggunakan alat bantu saat beraktivitas dirumah jika sudah keluar dari rumah sakit</p>	Jeni

	I	08.30	Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal Hasil : Tampak meringis berkurang	Jeanlina
	I	08.35	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: P : Pasien mengatakan masih merasakan sakit pada post op amputasi kaki sebelah kiri namun sudah berkurang Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R: pasien mengatakan nyeri pada jari kaki sebelah kiri S: pasien mengatakan nyeri pada skala 5 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul	Jeanlina
	I	08.40	Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : a. Pasien mengatakan sering melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan sesekali	Jeanlina

			<p>mengompres kaki dengan air hangat saat nyeri muncul</p>	
	II	08.50	<p>Memonitor karakteristik luka</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak luka di jari manis kaki kiri sudah mulai mengerig namun hanya dibagian pinggiran sekitar ulkus sedangkan pada luka post amputasi tampak sudah kering.</p>	Jeanlina
	III	08.52	<p>Memonitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak saat dilakukan perawatan luka pasien dalam keadaan posisi duduk ditempat tidur dan melihat jari kakinya yang sudah diamputasi dan luka pada jari manisnya yang sedang dibersihkan.</p>	Jeanlina
	II	08.55	<p>Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Hasil :</p>	Jeanlina

			Keluarga mengatakan telah memahami penjelasan perawat jika adanya tanda gejala infeksi pada luka pasien keluarga akan segera memeriksakannya ke rumah sakit.	
	II	09.00	Melakukan perawatan luka Hasil : a. tampak luka dibersihkan dengan NaCl 0,9% b. tampak luka pada post op pasien dan luka pada jari manis mulai kering c. tampak balutan perban sudah diganti	Jeanlina, jeni
	I,II	10.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : Omeprazole 1 gr/12 jam	Jeni
	I,II	12.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : a. Ketorolac 30 mg/8 jam/IV b. Peinlos 400 mg/8 jam/ IV drips c. Onoiwa 1 tab 3x1/ oral	Jeanlina

	I,II,III	14.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/78 mmHg N : 79x/menit P :20x/menit S : 36,2°C	Jeni
	I,II	18.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : a. Valisambe 2mg/2x2 mg/ oral b. Onoiwa 1 tab/ 3x1/ oral c. Aspil 1 gr/ 12 jam/ IV	Perawat
	I,II	20.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : c. Peinlos 400 mg/8 jam/ IV drips d. Ketorolac 30 mg/ 8 jam/ IV	Perawat
	I,II,III	21.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 128/80 mmHg N : 89x/menit P :20x/menit S : 36,4°C	Perawat

	I,II	22.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : a. Levoflocacin 750mg/ 24jam/ iv b. Omeperazole 10mg/ 12jam/ iv c. Sansulin 6unit/ malam/ subcutan	Perawat
	I,II	04.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter : a. Peinlos 400 mg/8 jam/ IV drips b. Ketorolac 30 mg/ 8 jam/ IV	Perawat
	I,II,III	05.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 128/85 mmHg N : 77x/menit P :20x/menit S : 36,6° C	Perawat
		05.30	Memeriksa kadar gula darah Hasil : GDP : 122 mg/dL	Perawat
	I,II	06.00	Memberikan obat sesuai instruksi dokter :	Perawat

			<ul style="list-style-type: none"><li>a. Aspil 1gr/ 12 jam/ iv</li><li>b. Onoiwa 1tab/ 3x1 / oral</li><li>c. Valisanbe 2mg/ 2x2mg/ oral</li></ul>	
--	--	--	---	--

## F. Evaluasi

Nama/ Umur : Ny. Y / 80 tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth 1 / 1220

Tabel 3.6: Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Evaluasi S O A P	Nama Perawat
04/05/2024	<p>1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisik ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur (D.0077)</p> <p>S.</p> <p>a. P : Pasien mengatakan nyeri dirasakan setelah post op amputasi pada kaki sebelah kiri</p> <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri pada skala 7</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>b. Pasien mengatakan tidur masih terganggu karena nyeri muncul tiba-tiba ketika sedang tidur</p> <p>O.</p> <p>a. Hasil : TD : 155/88 mmHg</p>	

	<p>N : 100 x/menit  P :20x/menit  S : 37,2°C</p> <p>b. Tampak wajah pasien meringis  c. Tampak pasien gelisah</p> <p>A. Nyeri akut belum teratasi  P. lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <p>2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi(D.0129)</p> <p>S. Keluarga pasien mengatakan sebagian jari manis kaki kiri menghitam dan terdapat luka pada jari manis serta luka post op belum kering.</p> <p>O :</p> <p>a. Tampak luka di jari manis kaki kiri membesar luka tampak bewarna putih dan terdapat jaringan kulit mulai menghitam serta berbau sedangkan pada luka post amputasi tampak masih basah</p> <p>A. Gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p>	
--	---	--

	<p>P. lanjutkan intervensi perawatan luka</p> <p>3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur / bentuk tubuh (D.0083)</p> <p>S. Pasien mengatakan merasa malu dengan kondisi kakinya yang sudah diamputasi dan selalu mengkhawatirkan jika luka operasi tidak sembuh dan menyebar ke seluruh kaki</p> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien tidak mau untuk melihat kakinya yang telah diamputasi</li> <li>b. Tampak kaki pasien selalu tertutup selimut</li> </ul> <p>A. Gangguan citra tubuh belum teratasi</p> <p>P. Lanjutkan intervensi promosi citra tubuh</p>	
06/05/2024	<p>1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisik ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur (D.0077)</p> <p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. P : Pasien mengatakan sedikit-sedikit merasakan</li> </ul>	

	<p>nyeri pada post op amputasi kaki sebelah kiri</p> <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri pada skala 6</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>b. Pasien mengatakan tidurnya masih sedikit terganggu akibat nyeri yang muncul tiba-tiba.</p> <p>O.</p> <p>a. Tampak wajah pasien sesekali meringis</p> <p>b. Tampak pasien sedikit gelisah</p> <p>c. TTV :</p> <p>TD : 135/78 mmHg</p> <p>Nadi : 82x/m</p> <p>RR : 20x/m</p> <p>S : 36,2°C</p> <p>A. Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P. Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <p>2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)</p>	
--	---	--

	<p>S. Keluarga pasien mengatakan luka pada jari manis kaki kiri masih basah namun pada luka post op mulai mengering</p> <p>O. Tampak luka di jari manis kaki kiri bewarna putih dan terdapat jaringan kulit yang mulai menghitam sebagian sedangkan pada luka post amputasi tampak mulai mengering.</p> <p>A. Gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian</p> <p>P. Lanjutkan intervensi perawatan luka</p> <p>3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur / bentuk tubuh (D.0083)</p> <p>S. Pasien mengatakan dengan kondisi jari kaki yang sudah di amputasi ia merasa aktifitasnya terganggu karena belum bisa menyesuaikan dengan kondisinya sekarang dan juga pasien merasa khawatir jika luka operasi tidak sembuh dan menyebar ke seluruh kaki.</p>	
--	---	--

	<p>O. Tampak saat dilakukan perawatan luka pasien dalam posisi duduk di tempat tidur dan melihat jari kakinya</p> <p>A. Gangguan citra tubuh belum teratasi</p> <p>P. Lanjutkan intervensi promosi citra tubuh</p>	
07/05/2024	<p>1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisik ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur (D.0077)</p> <p>S.</p> <p>a. P : Pasien mengatakan nyeri yang pada luka post op amputasi sudah berkurang dibandingkan dengan sebelumnya</p> <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 5</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p>	

	<p>b. Pasien mengatakan tidurnya sudah lebih baik karena nyeri yang dirasakan tidak terlalu mengganggu</p> <p>O.</p> <p>a. Tampak wajah pasien tenang</p> <p>b. Tampak pasien kooperatif</p> <p>c. TTV :</p> <p>TD : 130/78 mmHg</p> <p>N : 79x/m</p> <p>P : 20x/m</p> <p>S : 36,2°C</p> <p>A. Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P. Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <p>2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)</p> <p>S. Keluarga pasien mengatakan pinggiran luka pada jari manis kaki kiri mulai mengering namun di bagian tengah masih basah dan luka post op sudah kering.</p> <p>O. Tampak luka di jari manis kaki kiri mulai mengering luka tampak bewarna putih di bagian tengah sedangkan</p>	
--	---	--

	<p>pada luka post amputasi tampak sudah mengering.</p> <p>A. Gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian</p> <p>P. Lanjutkan intervensi perawatan luka</p> <p>3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur / bentuk tubuh (D.0083)</p> <p>S.</p> <p>a. Pasien mengatakan dengan kondisi pasien yang seperti ini memungkinkan pasien untuk kesulitan melakukan aktivitas seperti sebelumnya namun ia yakin ia dapat melakukannya</p> <p>b. Keluarga pasien mengatakan dengan kondisi pasien saat ini memungkinkan pasien kesulitan beraktivitas namun menurut pasien ia tetap bersyukur dan menerima kondisinya karena jika tidak dilakukan amputasi maka akan</p>	
--	---	--

	<p>menyebar dan semakin memperparah keadaannya.</p> <p>c. Pasien juga mengatakan tindakan ini dilakukan demi menunjang kesehatannya sehingga pasien mampu menerima kondisinya saat ini.</p> <p>O.</p> <p>a. Tampak pasien mulai menerima kondisinya</p> <p>b. Tampak pasien mau melihat kondisi jari kakinya yang sudah di amputasi</p> <p>A. Gangguan citra tubuh sudah teratasi</p> <p>P. Hentikan intervensi promosi citra tubuh</p>	
--	---	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Pembahasan Askep**

Dalam bab ini, penulis membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara teoritis dengan kasus nyata pada Ny. "Y" dengan Ulkus diabetik foot post amputation di ruang Bernadeth 1 RS Stella Maris Makassar.

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data-data diperoleh melalui wawancara langsung kepada keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu pemeriksaan kimia darah, gula darah puasa, dan elektrolit.

Keluarga pasien mengatakan awalnya muncul ruam merah seperti kutu air pada sela-sela jari kaki pasien dan keluarga memberikan betadine pada ruam merah tetapi makin menjalar kemerahan ke seluruh jari tengah kemudian keluarga membawa ke RS untuk dilakukan operasi debridemen dan diberikan salep untuk luka, dan bioplaceton luka sempat kering dirumah namun kembali memerah dan muncul bintik-bintik putih bernanah serta menghitam pada jari kaki bagian tengah dan keluarga juga mengatakan sudah putus asa untuk merawat tetapi tidak kunjung sembuh sehingga keluarga membawa pasien kembali ke RS dan instruksi dari dr untuk dilakukan amputasi pada jari kaki tengah yang sudah membengkak dan tidak dapat dipertahankan.

Pada saat pengkajian tanggal 3 Mei 2024, pasien mengatakan nyeri saat setelah dilakukan post op amputasi pada kaki sebelah kiri dan memberat saat digerakkan, pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri, dan nyeri yang dirasakan hilang

timbul. Keluarga pasien juga mengatakan jari manis kaki kiri mengalami luka yang berwarna putih dan sebagiannya mulai menghitam.

Pasien dan keluarga mengatakan tidak pernah mengalami kasus seperti ini sebelumnya sehingga mereka belum mengetahui dan bingung bagaimana cara penanganan yang dapat dilakukan untuk kasus tersebut. Ditambah lagi sudah dilakukan operasi amputasi pada jari kaki, tampak disekitar daerah luka operasi merah keunguan dan hitam, tampak sebagian jari manis mulai menghitam serta terdapat luka  $\pm$  2cm yang bewarna putih sehingga pasien dan keluarga mengatakan tidak mengetahui cara merawat luka post op amputasi. Tanda-tanda vital TD: 170/74 mmHg, N: 116 x/menit, P:20x/menit, S: 36.8 °C, pemeriksaan GDS tanggal 3 mei 2024: 147 mg/dL, HbA1c : 6,8 %, PLT : 518  $10^3$ /uL , P-LCR : 14,8 % pasien terpasang kateter dan terpasang cairan RL 20 tpm.

Pasien memiliki kebiasaan pola makan yang tidak sehat yaitu mengonsumsi makanan manis seperti kue-kuean dan selalu mengonsumsi kopi manis setiap pagi dan sore hari. Pasien memiliki riwayat DM sejak 20 tahun yang lalu dan sebelumnya pernah dirawat di RS Stella Maris Makassar dengan diagnosa dm tipe II sehingga diberikan obat glimepiride, namun pasien berasumsi bahwa jika rutin minum obat glimepiride gula darahnya akan tetap stabil sehingga pasien tidak mengubah kebiasaan pola makannya yang mengakibatkan gula dalam darah tinggi yang dapat merusak urat syaraf penderita dan menyebabkan hilang atau menurunnya rasa nyeri pada kaki, sehingga apabila penderita mengalami trauma kadang-kadang tidak terasa, gejala-gejala neuropati meliputi kesemutan, rasa panas rasa tebal ditelapak kaki, keram yang disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah atau angiopati diabetik pada penderita diabetes. Apabila terjadi sumbatan dipembuluh darah sedang/besar pada tungkai, maka tungkai akan

mudah mengalami ganggren diabetik pada kaki yang merah ke hitam atau berbau busuk sehingga untuk mencegah terjadinya infeksi yang meluas maka dilakukan tindakan lanjut yaitu debridemen atau amputasi.

Berdasarkan teori tanda dan gejala yang paling sering muncul pada ulkus diabetikum adalah penurunan denyut nadi arteri dorsalis pedis, kaki menjadi atrofi, kesemutan, dingin, kuku menjadi tebal dan kulit kering selain itu terdapat eksudat pada luka, edema disekitar area luka, inflamasi dan nyeri. Tanda dan gejala yang muncul pada Ny.Y adalah terdapat luka pada jari manis kaki kiri luasnya  $\pm 2$  cm dengan derajat luka grade 4, luka tampak menghitam dan berbau. Luka pada kaki yang tidak sembuh-sembuh terjadi pada pasien dikarenakan diabetes melitus yang telah dialami selama bertahun-tahun dan juga faktor usia pasien yang sudah berusia 80 tahun sehingga dapat memicu terjadinya kerusakan saraf atau masalah sirkulasi yang serius yang dapat menimbulkan efek pembentukan ulkus diabetikum.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Menurut teori setelah didapatkan data dari pengkajian yang dilakukan secara menyeluruh, maka:

- a. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik
- b. Risiko infeksi dengan factor resiko efek prosedur invasif
- c. Gangguan citra tubuh b/d perubahan struktur bentuk tubuh
- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan disfungsi pankreas
- e. Gangguan integritas kulit/ jaringan b/d perubahan sirkulasi
- f. Resiko defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan
- g. Hipervolemia b/d kelebihan asupan natrium
- h. Gangguan mobilitas fisik b/d kerusakan neuromuskular

Pada kasus nyata yang didapatkan penulis selama menerapkan asuhan keperawatan pada Ny "Y" terdapat 3 diagnosa keperawatan yang di angkat yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)  
Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengalami nyeri luka post op pada kaki sebelah kiri, pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan menjalar sampai ke pergelangan kaki, pasien mengatakan nyeri berat dan nyeri yang dirasakan hilang timbul, pasien juga mengatakan sering terbangun akibat rasa nyeri yang muncul. Tampak pasien meringis, tampak pasien gelisah, tampak pasien lemah, skala nyeri 7, tekanan darah: 170/74 mmHg, nadi : 116x/m, pernapasan 20x/menit, suhu : 36,8°C.
- b. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)  
Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data dari pasien yaitu, pasien mengatakan masih merasa sensasi sentuhan pada jari kakinya namun setengahnya jari ke IV tidak merasa sensasi sentuhan. Keluarga pasien juga mengatakan sebagian jari manis kaki kiri mulai menghitam. Tampak area luka amputasi mengalami hematoma, tampak sebagian jari manis mulai menghitam serta terdapat luka ± 2 cm berwarna putih.
- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur bentuk tubuh  
Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data pasien mengatakan merasa malu dengan kondisi jari kakinya yang sudah diamputasi, pasien juga mengatakan khawatir jika luka operasi tidak sembuh dan menyebar ke seluruh kaki, pasien mengatakan ia hampir putus asa saat setiap melihat kakinya yang mengalami perubahan warna dan mengecil serta

jarinya sudah di amputasi. Tampak pasien kehilangan jari tengah kaki kiri, tampak pasien menutup kaki dengan selimut, tampak kaki kiri mengalami atrofi.

Dari 8 diagnosa keperawatan yang terdapat pada tinjauan teori ada 5 diagnosa yang tidak di angkat yaitu:

- a. Risiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif  
Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena intervensi dari diagnosa ini sudah di lakukan pada diagnosa prioritas ke 2 yaitu perawatan luka pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan
- b. Resiko defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan  
Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada saat dilakukan pengkajian berat badan pasien 68 kg dan IMT 26,5 kg/m<sup>2</sup> (kategori gemuk)
- c. Hipervolemia b/d kelebihan asupan natrium  
Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak ditemukan penumpukan cairan/udem pada ekstremitas
- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan disfungsi pankreas  
Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena gula darah pasien selama dirawat terkontrol
- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuscular  
Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien masih mampu melakukan aktifitas secara mandiri dan masih mampu berjalan dengan bertumpu pada kaki kanan.

### 3. Intervensi

Setelah melakukan pengkajian dan menentukan masalah keperawatan yang diangkat selanjutnya penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observative, Pendidikan Kesehatan dan kolaboratif. Pada setiap diagnosa keperawatan memfokuskan intervensi sesuai dengan kondisi pasien.

#### a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Observasi: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri nonverbal (kaki kiri, nyeri hilang timbul, skala 7, pasien tampak meringis).  
Terapeutik: fasilitasi istirahat dan tidur, berikan teknik nonfarmakologis (latih relaksasi nafas dalam).  
Kolaborasi: kolaborasi pemberian analgetic (ketorolac 30 mg/ 8 jam / IV).

#### b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi

Observasi: Monitor karakteristik luka (mis. warna, ukuran, dan bau), monitor tanda-tanda infeksi, Terapeutik: Lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, Edukasi: Mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, Kolaborasi: Kolaborasi pemberian antibiotik (levofloxacin 250 mg/24 jam/IV dan Aspil 1 gr/12 jam/IV).

#### c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh

Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri, monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah, diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh, anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh, anjurkan menggunakan alat bantu.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacu pada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehingga tujuan dapat tercapai. Dari rencana tindakan yang telah disusun oleh penulis hampir semua dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan dengan intervensi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

Pada implementasi keperawatan ini penulis melakukan implementasi selama tiga hari berturut-turut dengan kerja sama dari pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan dokter sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik.

- a. Diagnosa keperawatan pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, telah dilaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang sudah ditentukan yaitu memonitor respon nyeri pada luka post op amputasi, memfasilitasi istirahat dan tidur, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, membersihkan luka dengan Nacl 0.9% dan memberikan obat Omeprazole 10 mg/12 jam/IV.
- b. Pada diagnosa kedua yaitu gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi, telah dilaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang sudah ditentukan yaitu memonitor karakteristik luka, membersihkan luka dengan Nacl 0.9%, mengedukasi teknik merawat luka dan pencegahan infeksi, dan memberikan obat levofloxacin 250 mg/24 jam/IV dan Aspil 1 gr/12 jam/IV.

- c. Diagnosis keperawatan ketiga yaitu gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh, telah dilaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang sudah ditentukan yaitu pasien mampu mengekspresikan dirinya dengan baik.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan setelah 3 hari perawatan yaitu 4-7 Mei 2024 pada Ny. Y merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3 x 7 jam.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik teratasi sebagian karena masih merasa nyeri namun tidak terlalu mengganggu dengan skala nyeri 5.
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi teratasi sebagian karena masih terdapat luka basah pada jari manis kaki kiri sedangkan luka post op amputasi sudah mengering.
- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh sudah teratasi karena pasien mampu menerima kondisinya dan keluarganya yang selalu mendukung serta memberi semangat.

### **B. Pembahasan Penerapan EBN**

#### 1. Judul EBN

Perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0,9% sebagai Evidence Based Nursing untuk Mengurangi Terjadinya Infeksi dan Mempercepat Proses Penyembuhan Luka pada Pada Pasien dengan Ulkus Diabetik Foot Post Amputation.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi dibuktikan dengan tampak sebagian jari manis kaki kiri mulai menghitam serta terdapat luka  $\pm 2$ cm.

## 3. Luaran yang diharapkan

Integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: Perfusi jaringan cukup meningkat, kerusakan jaringan cukup menurun, kerusakan lapisan kulit cukup menurun, nekrosis cukup menurun, suhu kulit cukup membaik

## 4. Intervensi prioritas

Perawatan Luka pada bagian Terapeutik yaitu bersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9%.

## 5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

### a. Pengertian tindakan

Perawatan luka adalah tindakan perawatan luka dengan upaya untuk mencegah terjadinya infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan kuman dan bakteri pada kulit dan jaringan tubuh lainnya. Cara membersihkan luka secara klasik yaitu dengan menggunakan antiseptik seperti acetic acid hydrogen peroxide, peroxidone iodone dan chlorohexidine dapat mengganggu proses penyembuhan luka pada tubuh karena mengandung antiseptic tersebut tidak hanya membunuh kuman tetapi juga membunuh leukosit yang dapat membunuh bakteri patogen dan jaringan fibroblast yang membentuk jaringan kulit baru. Cairan NaCl 0,9% merupakan salah satu cairan fisiologi yang efektif dalam penyembuhan luka karena sesuai dengan kandungan garam dalam tubuh.

### b. Tujuan/rasional EBN pada kasus askep

Untuk membantu mempercepat proses penyembuhan luka pada pasien dan mengurangi terjadinya resiko infeksi dan komplikasi berlanjut.

- c. PICOT EBN (problem, intervensi, comparasi, outcome dan time)
- 1) Problem : Pasien riwayat DM tipe II yang menderita ulkus kaki diabetik
  - 2) Intervensi: Perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0,9%
  - 3) Comparasi: Tidak ada pembandingan dalam penelitian ini
  - 4) Outcome : Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari pada Ny. Y terbukti bahwa cairan NaCl 0,9% dapat mengurangi terjadinya infeksi pada ulkus diabetik yang ditandai dengan sekitaran ulkus mulai mengering namun dibagian tengah ulkus masih basah dan berwarna putih dan luka post op amputasi sudah mengering.
  - 5) Time : 4 Mei 2024 – 7 Mei

Tabel 4.1 PICOT EBN

No	Informasi Artikel	P (Populasi)	I (Intervensi)	C (Comparison)	O (Outcome)	T (Time)
1	<p>Judul: Penerapan Pembersihan Luka Dengan Menggunakan NaCl 0.9% Untuk Menghindari Kerusakan Integritas Kulit Pada Pasien yang Mengalami Ulkus Diabetik</p> <p>Penulis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Andi Suriani</li> <li>b. Syaharuddin</li> <li>c. Tri Damayanty</li> </ul> <p>Samsul Fardi</p> <p>Tahun : 2023</p> <p>Publikasi :</p>	<p>1 orang penderita diabetes mellitus di Rumah Sakit Bhayangkara</p>	<p>Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif yang disampaikan dengan cara menggambarkan dan memaparkan masalah yang diangkat. Desain penelitian merujuk pendekatan studi kasus merupakan metode penelitian yang cocok digunakan karena merupakan penelitian mengenai manusia (kelompok, organisasi maupun individu),</p>	<p>Penelitian ini menggunakan perbandingan antara NaCl 0,9% dan madu</p>	<p>Berdasarkan hasil penerapan pembersihan luka dengan NaCl 0,9% pada pasien yang mengalami ulkus diabetik di Ruang walet di rumah sakit bhayangkara makassar selama 3 hari didapatkan masalah keperawatan yaitu kerusakan integritas kulit belum teratasi, setelah dilakukan Tindakan penerapan</p>	<p>2023</p>

	Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada		peristiwa latar secara mendalam, tujuan dari penelitian ini mendapatkan gambaran yang mendalam tentang suatu kasus yang sedang diteliti		intervensi didapatkan hasil bahwa puss pada luka berkurang dan telah muncul jaringan baru.	
2	Judul: asuhan keperawatan dengan perawatan luka menggunakan NaCl 0,9% untuk menurunkan risiko infeksi ulkus diabetik pada pasien diabetes melitus di RSUD Prof. DR. Margono soekarjo purwo kerto. Penulis: Dwi astuti	Seluruh pasien Diabetes yang mengalami ulkus dengan populasi sebanyak 2 oran	Penelitian ini menggunakan metode intervensi dan evaluasi yang diperoleh melalui wawancara kepada 2 orang pasien yang telah diberikan implementasi perawatan luka menggunakan NaCl 0,9% selama 3 hari.	Penelitian ini tidak menggunakan perbandingan	Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien dengan ulkus yang diberikan implementasi selama 3 hari menunjukkan hasil bahwa penggunaan NaCl 0,9% dalam mengurangi resiko	2019

	Tahun: 2019 Publikasi : Politeknik yakpermas banyumas				infeksi terhadap luka dapat teratasi	
3	Judul: efektivitas penggunaan NaCl dibandingkan dengan d40% terhadap proses penyembuhan Ulkus DM di RSUD Kudus Penulis: Kristiyaningrum  Tahun: 2013 Publikasi : JIKK Vol 4, No 2, Juli 2013	20 responden (10 untuk perawatan dengan NaCl, dan 10 untuk perawatan dengan D40%).	Metode jenis penelitian yang digunakan adalah quasi eksperimental dengan pendekatan non equivalentcontrol group desig.	Penelitian ini menggunakan perbandingan antara NaCl 0,9% dan Dekstrose 40%	Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Terdapat perbedaan antara penggunaan NaCl 0,9% dibandingkan dengan D40% terhadap proses penyembuhan luka Ulkus Diabetes melitus	2021

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan mengenai asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan *Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetic* Diruangan St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut.

##### 1. Pengkajian

Dari pengkajian yang dilakukan pada Ny.Y umur 80 tahun berjenis kelamin perempuan dengan diagnosa medic *nekrotik digit 3 foot left + DM tipe II*. Keluarga pasien mengatakan awalnya muncul ruam merah seperti kutu air pada sela-sela jari kaki yang terasa gatal sehingga luka muncul ketika digaruk. Keluarga kemudian merawat luka dengan betadine selama 2 minggu namun luka tidak kunjung sembuh dan semakin membesar, bernanah serta berbau sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke RS pada tanggal 10 februari 2024 dan dilakukan operasi debridemen setelah dirawat selama 3 hari di RS pasien pulang dan diberikan salep bioplacenton untuk merawat luka. Luka sempat kering dirumah namun kembali memerah dan muncul bintik-bintik putih bernanah serta seluruh jari tengah kaki kiri menghitam. Keluarga juga mengatakan sudah putus asa untuk merawat tetapi tidak kunjung sembuh sehingga pada tanggal 2 Mei 2024 keluarga memutuskan untuk membawa pasien kembali ke RS dan instruksi dari dokter untuk dilakukan amputasi pada jari kaki tengah yang sudah menghitam karena sudah tidak dapat dipertahankan. Pada saat pengkajian tanggal 3 Mei 2024, pasien mengatakan nyeri saat setelah dilakukan post op amputasi pada kaki sebelah kiri dan memberat saat digerakkan, pasien mengatakan nyeri seperti

tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri, dan nyeri yang dirasakan hilang timbul. Keluarga pasien juga mengatakan jari manis kaki kiri mengalami luka sama seperti jari tengah sebelum diamputasi. Pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui cara perawatan luka, pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui tanda dan gejala infeksi. Tampak pasien meringis, tampak pasien lemah, tampak luka post op amputasi, tampak disekitar daerah luka operasi merah keunguan dan hitam, tampak sebagian jari manis mulai menghitam serta terdapat luka  $\pm$  2cm yang berwarna putih. Tanda-tanda vital TD: 170/74 mmHg, N: 116 x/menit, P:20x/menit, S: 36.8 °C. Hasil pemeriksaan penunjang: Pemeriksaan lab: PLT :51,8  $10^3/uL$ , P-LCR :14,8 %, GDS: 147 mg/dL, HbA1c: 6,8 %, pemeriksaan thorax ap: cardiomegaly (LVH), pemeriksaan foto pedis sinistra ap-lat alignment normal, tampak osteomyelitis, fraktur/dislokasi, osteophorotic. Terapi yang diberikan: Aspil 1 gr/12 jam/IV, ketorolac 30 mg/ 8jam/IV, levofloxacin 250 mg/24 jam/IV, omeprazole 10 mg/12 jam/IV, onoiwa 1 tablet/ 3x1/ oral, paracetamol 1 gr/ KP, peinos 400 mg/ 8 jam/ IV drips, sansulin 6 unit / malam/SC, valisanbe 2 mg/12 jam/ oral.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. Y yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Gangguan integritas kult berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)
- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh (D.0083)

## 3. Intervensi Keperawatan

Dari rencana keperawatan yang telah penulis susun, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis meliputi tindakan observasi, teraupetik, edukasi dan kolaborasi.

Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan serta dukungan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny.Y, penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Dari hasil implementasi yang dilakukan pada Ny. Y selama 3x7 jam didapatkan

- a. Nyeri akut teratasi sebagian
- b. Gangguan integritas kulit teratasi sebagian
- c. Gangguan citra tubuh sudah teratasi

#### 6. Dokumentasi

Telah dilakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan diagnosa post op amputatation digit III ec. ulkus diabetikum dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, serta evaluasi selama 3 hari dengan kerjasama yang baik dan bantuan dari perawat di ruangan.

## **B. Saran**

Bersadarkan kesimpulan di atas maka penulis menyampaikan beberapa saran dan kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan :

#### 1. Bagi Instansi Rumah sakit

Pihak rumah sakit diharapkan dapat selalu memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat kontinyu melakukan edukasi keperawatan pada pasien ulkus diabetik selama menjalani perawatan di RS, sehingga pada waktu pulang ke rumah, pasien bisa melaksanakan apa yang telah didapatkan pada saat diberikan edukasi di RS.

## 2. Bagi Perawat

- a. Tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan memberikan hasil yang baik dan memberikan kepuasan tersendiri bagi pasien, keluarga dan perawat itu sendiri.
- b. Hendaknya selalu memperhatikan tindakan yang perlu dan sangat penting dalam melakukan perawatan pada pasien dengan ulkus diabetik khususnya mempertimbangkan SOP perawatan luka pada pasien ulkus diabetik.
- c. Hendaknya menerapkan *evidence-based nursing* dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien di ruang perawatan.

## 3. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi instansi Pendidikan diharapkan dapat menjadikan hasil asuhan keperawatan ini sebagai sumber untuk penyusunan karya ilmiah lainnya. Bagi institusi Pendidikan juga diharapkan untuk menambah sumber pembelajaran untuk membantu dalam penyusunan karya ilmiah berikutnya.

## 4. Bagi Mahasiswa/I

Bagi mahasiswa/I untuk lebih meningkatkan intervensi serta pelaksanaan yang tepat bagi pasien dengan teori yang didapatkan di bangku perkuliahan demi membantu meningkatkan kesehatan pasien serta diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aini, N., & Aridiana, Iedy martha. (2016). *Asuhan keperawatan pada sistem endokrin* (A. Suslia (ed.)). Salemba Medika.
- Budi Raharjo, S., Suratmin, R., Maulidia, D., Pratiwi, O., & Meutia Fidela, R. (2022). Perawatan Luka Ulkus Diabetikum: Tinjauan Literatur. *Journal Keperawatan*, 1(2), 98–104. <https://doi.org/10.58774/jourkep.v1i2.15>
- Detty, A. U., Fitriyani, N., Prasetya, T., & Florentina, B. (2020). Karakteristik ulkus diabetikum pada penderita diabetes melitus. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 258–264. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.261>
- Fau, P., Tarihoran, D. M., Astuti, D., Manik, M., Evikea, C., Tobing, W. K., & Marbun, E. (2021). Perawatan luka ulkus diabetikum pada ny K. *TRIDARMA: Pengabdian Kepada Masyarakat (PkM)*, 4(2), 1. <http://ejournal.iocscience.org/index.php/abdimas/article/view/2435>
- Gaol, L. L., & Phonna, L. (2023). Diabetic ulcuses treatments. *Jurnal Kesehatan Akimal*, 2(01), 65–73. <https://doi.org/https://doi.org/10.58435/jka.v2i1.59>
- Hidayah, S. W., Astuti, D., & Kartika, U. (2019). Asuhan Keperawatan Dengan Perawatan Luka Menggunakan NaCl 0,9 Untuk Menurunkan Resiko Infeksi Ulkus Diabetik Pada Pasien Diabetes Melitus ". *Journal of Nursing and Health (JNH)*, 4(2502–1524), 40–46.
- Hidayat, R., Naziyah, & Amanda, R. (2023). No Title. *Jurnal Kreatifitas Pengabdian Kepada Masyarakat*, 6(April), 4072–4088. <https://doi.org/https://doi.org/10.33024/jkpm.v6i10.11534>
- Insana, M. (2021). *Asuhan keperawatan diabetes mellitus*. Deep Publish.

- Kemenkes RI. (2022). Diabetes mellitus adalah masalah kita. Kementerian Kesehatan RI. [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/1131/diabetes-melitus-adalah-masalah-kita](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1131/diabetes-melitus-adalah-masalah-kita)
- Kemenkes RI. (2023). Cegah sebelum terlambat: *Diabetic foot ulcer*. Kementerian Kesehatan RI. [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/2759/cegah-sebelum-terlambat-diabetic-foot-ulcer](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2759/cegah-sebelum-terlambat-diabetic-foot-ulcer)
- Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Saatnya mengatur si manis*. Kementerian Kesehatan RI. <https://p2p.kemkes.go.id/saatnya-mengatur-si-manis/>
- Kim, J., Nomkhondorj, O., An, C. Y., Choi, Y. C., & Cho, J. (2023). Management of diabetic foot ulcers: a narrative review. *Journal Of Yeungnam Medical Science*, 40(4), 335–342. <https://doi.org/https://doi.org/10.12701/jyms.2023.00682>
- Pangkalan, I. (2014). *Agar pankreas sehat*. Elex Media Komputindo. [https://books.google.co.id/url?id=utlMDwAAQBAJ&pg=PP1&q=http://www.elexmedia.id&clientid=ca-printotter\\_CC7A8KJ&linkid=1&usg=AOvVaw11ZRQurvrp86P41xAqCJIX&source=gbs\\_pub\\_info\\_r](https://books.google.co.id/url?id=utlMDwAAQBAJ&pg=PP1&q=http://www.elexmedia.id&clientid=ca-printotter_CC7A8KJ&linkid=1&usg=AOvVaw11ZRQurvrp86P41xAqCJIX&source=gbs_pub_info_r)
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Rahman, A. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Ny . M dengan Ulkus Diabetikum Di Rumah Sakit Reksodiwiryo Padang. *Jurnal Ilmiah Cerebral Medika*, 1(2). <https://jurnal.akperkesdam-padang.ac.id/index.php/JICM/article/download/105/70>
- Ratnasari, P. M. D., Andayani, T. M., & Endarti, D. (2019). Analisis kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 berdasarkan pola persepan antidiabetik dan komplikasi. *Jurnal manajemen dan pelayanan farmasi (Journal of Management and Pharmacy Practice)*, 9(4), 260. <https://doi.org/10.22146/jmpf.45862>

- Risikesdas. (2018). *Hasil Risikesdas. Riset Informasi Kesehatan*.  
[https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir\\_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018\\_1274.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018_1274.pdf)
- Safitri, N. A. N., Purwanti, L. E., & Andayani, S. (2022). Hubungan perilaku perawatan kaki dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus di Rsu Muhammadiyah dan Klinik Rulia Medika Ponorogo. *Health Sciences Journal*, 6(1), 67–74. <https://doi.org/10.24269/hsj.v6i1.1159>
- Sofyanti, N. D., Naziyah, N., & Hidayat, R. (2022). Hubungan pengetahuan dan sikap terhadap upaya pencegahan ulkus diabetikum pada penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Kecamatan Pancoran Jakarta Selatan. *Malahayati Nursing Journal*, 4(3), 663–672. <https://doi.org/10.33024/mnj.v4i3.6071>
- Suriani, A., Syaharuddin, S., Samsul, T. D., & Fardi, F. (2023). *Application of wound cleansing using 0.9% NaCl to avoid damage to skin integrity in patients with diabetic ulcers in the space swallow*. *Jurnal ilmiah kesehatansandihusada*, 12(2), 459–466.  
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.1117>
- Susanti, H. (2019). Asuhan keperawatan pada klien post op amputasi ai ulkus ddiabetikum dengan masalah keperawatan resiko infeksi di Ruang Wijaya. In *STIK Bhakti Kencana Bandung*.  
<http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1011>

## Lampiran 1

## LEMBAR KONSULTASI

Nama dan NIM : Jeanlina Heatubun (NS2314901062)  
 Jeni Mirnayati Misi (NS2314901063)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan  
 Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus  
 Diabetikum Diruangan St. Bernadeth I Rumah  
 Sakit Stella Maris Makassar.

Pembimbing Teori : Rosmina Situngkir, Ns., M. Kes

No	Hari / Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1.	10 Mei 2024	BAB I - Perbaikan urutan pembahasan - Tambahkan prevalensi BAB II - Ganti teori ulkus diabetikum			
2.	14 Mei 2024	BAB I - Perbaiki susunan paragraf dilatar belakang BAB II - Tambahkan referensi			
3.	23 Mei 2024	BAB I - Tambahkan penjelasan mengenai perawatan luka dilatar belakang - Perbaikan pathflow diagram			

4.	31 Mei 2024	ACC BAB II  BAB I - Perbaiki penulisan tujuan penulisan – metode penulisan			

Nama dan NIM : Jeanlina Heatubun (NS2314901062)

Jeni Mirnayati Misi (NS2314901063)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Op Amputation Digit III Left Pedis ec. Ulkus Diabetikum Diruangan St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Pembimbing Teori : Fransisco Irwandy, Ns., M. Kep

No	Hari / Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1.	Jumat / 03 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lapor kasus</li> <li>- ACC kasus : Post op amputation digit III left pedis ec. ulkus diabetikum</li> <li>- Lanjutkan pengkajian - intervensi</li> </ul>			
2.	Senin/ 06 Mei	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementasi hari pertama</li> <li>- Ganti diagnosis resiko infeksi menjadi gangguan integritas kulit/jaringan</li> <li>- Cari EBN</li> <li>- Lanjutkan implementasi sampai hari ketiga</li> </ul>			
3.	16 Mei 2024	BAB III <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat pengamatan kasus</li> <li>- Buat pengkajian – evaluasi</li> </ul> BAB IV <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACC EBN lanjutkan PICOT</li> <li>- Lanjutkan BAB V</li> </ul>			
4.	24 Mei 2024	BAB III <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penulisan ASKEP</li> <li>- Perbaiki bagian implementasi</li> </ul>			

		BAB IV - Perbaikan pengkajian - Tambahkan bagian hasil pada implementasi			
5.	Senin 03 juni 2024	BAB III - Perbaikan spasi pada analisa – evaluasi			
6.	Selasa 04 Juni 2024	BAB IV - Perbaikan pada bagian pengkajian			
7.	Rabu 05 Juni 2024	ACC BAB IV			

## Lampiran 2

### RIWAYAT HIDUP

#### Identitas Pribadi

Nama : Jeanlina Heatubun  
 Tempat/Tanggal Lahir : Letwurung, 1 Mey 2001  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Agama : Kristen Protestan  
 Alamat : Jl. Lamadukelleng



#### Identitas Orang Tua/ Wali

Nama Ayah/Ibu : Simon Heatubun / Edoksia K. Lakburlawal  
 Agama : Kristen Protestan  
 Pekerjaan Ayah/Ibu : Karyawan / IRT  
 Alamat : Jl. Elang no. 17, Timika, Papua Tengah

#### Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK YPK Ebenhaezer Mimika	: 2005 - 2007
SD Inpres Kwamki 2 Mimika	: 2007 - 2013
SMP Negeri 2 Mimika	: 2013 - 2016
SMK Negeri 3 Mimika	: 2016 - 2019
STIK Stella Maris Makassar (S1 & Ners)	: 2019 - 2024

**Identitas Pribadi**

Nama : Jeni Mirnayati Misi  
Tempat/Tanggal Lahir : Merauke, 15 Juni 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen Protestan  
Alamat : Jl. Kyai H.A. Dahlan

**Identitas Orang Tua/ Wali**

Nama Ayah/Ibu : Simon Misi / Berthaa Samaa  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan Ayah/Ibu : Buruh / IRT  
Alamat : Jl. Husein Palela, Merauke, Papua Selatan

**Pendidikan Yang Telah Ditempuh**

SD YPK Muli Merauke : 2006 - 2012  
SMP Negeri 2 Merauke : 2012 - 2015  
SMA Negeri 3 Merauke : 2015 - 2018  
STIK Stella Maris Makassar (S1 & Ners) : 2019 - 2024