



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
*DIABETIK FOOT POST TRANSTIBIAL AMPUTATION*  
DI RUANG St.BERNADETH II RUMAH SAKIT  
STELLA MARIS MAKASSAR**

**OLEH:**

**ORPA PAPIDUNAN (NS2114901115)  
RITA (NS2114901125)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2022**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
*DIABETIK FOOT POST TRANSTIBIAL AMPUTATION*  
DI RUANG St.BERNADETH II RUMAH SAKIT  
STELLA MARIS MAKASSAR**

**OLEH:**

**ORPA PAPIDUNAN (NS2114901115)  
RITA (NS2114901125)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2022**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Orpa Papidunan (NS2114901115)
2. Rita (NS2114901125)

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

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 6 Juli 2022

yang menyatakan,



Orpa Papidunan



Rita

## HALAMAN PERSETUJUAN

### KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Diabetik Foot Post Transtibial Amputation* di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Orpa Papidunan / NS2114901115  
2. Rita / NS2114901125

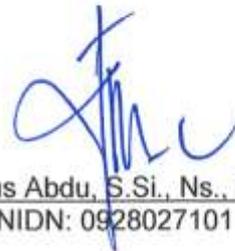
#### Disetujui oleh

Pembimbing 1



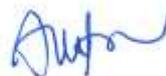
(Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep)  
NIDN: 0907049202

Pembimbing 2



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

**Menyetujui,  
Wakil Ketua Bidang Akademik  
STIK Stella Maris Makassar**



Fransiska Anita, Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB  
NIDN: 0913098201

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Orpa Papidunan (NIM: NS2114901115)  
2. Rita (NIM: NS2114901125)  
Program studi : Profesi Ners  
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Diabetik Foot Post Transtibial Amputation* di Ruang St.Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

## DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep (  )  
Pembimbing 2 : Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes (  )  
Penguji 1 : Asrijal Bakri, Ns., M.Kes (  )  
Penguji 2 : Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep (  )

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 6 Juli 2022

Mengetahui,  
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

Orpa papidunan (NS2114901115)

Rita (NS2114901125)

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, 6 Juli 2022

Yang menyatakan



Orpa Papidunan



Rita

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yesus yang Maha Esa atas Rahmat dan Anugerah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Diabetik Foot Post Transtibial Amputation* di Ruang St.Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Tujuan dari penyusunan karya ilmiah akhir ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar. Dalam penyusunan karya ilmiah ini sampai dengan selesai tentu saja tidak lepas dari bimbingan, dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak karena itu penulis hendak mengucapkan Terima Kasih Kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep., Ns., M.Kes. selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar dan Pembimbing II yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengikuti pendidikan. Serta telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda M Paseno, Ns., M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar
5. Mery Sambo, Ns., M.Kep, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan dan Ners
6. Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep, selaku Pembimbing I penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

7. Asrijal Bakri, Ns., M.Kes selaku Penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
8. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep selaku Penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
9. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, dan mendidik selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Teristimewa orang tua tercinta dari Orpa Papidunan (Marthen Papidunan dan Almh. Ottin Minggu) dan orang tua dari Rita (Marthen dan Yuliana Seno) serta sanak saudara yang selalu setia memberikan doa, dukungan, motivasi dan kasih sayang selama penulis menjalani studi di STIK Stella Maris Makassar sampai dengan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
11. Seluruh teman-teman mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar yang selalu setia memberikan dukungan serta kebersamaannya selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
13. Rumah Sakit dan segenap tenaga medis dan staf pegawai Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk karya ilmiah akhir ini dan membimbing serta membantu selama penulis melakukan pengambilan kasus.

Harapan dari penulis, semoga karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi para pembaca dan menambah wawasan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya ilmiah ini.

Makassar, Juli 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....Error! Bookmark not defined.	
<b>HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....Error! Bookmark not defined.	
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
1. Tujuan Umum .....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan .....	4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	4
2. Bagi Profesi Keperawatan .....	4
3. Bagi institusi pendidikan .....	4
D. Metode Penulisan .....	4
1. Studi kepustakaan .....	4
2. Studi kasus, terdiri dari. ....	5
E. Sistematika Penulisan .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Dasar Medis Diabetes Melitus .....	7
1. Pengertian Diabetes Mellitus.....	7
2. Anatomi dan Fisiologi.....	8
3. Etiologi .....	11
4. Patofisiologi.....	13

6. Manifestasi Klinik .....	20
7. Tes Diagnostik .....	21
8. Penatalaksanaan Medis .....	22
9. Komplikasi.....	27
B.Konsep Dasar Keperawatan .....	32
1. Pengkajian .....	32
2. Diagnosis Keperawatan .....	35
3. Intervensi keperawatan.....	35
4. <i>Discharge planning</i> .....	41
<b>BAB III PENGAMATAN KASUS</b>	
A. Ilustrasi Kasus .....	43
B. Pengkajian.....	44
C. Analisa Data .....	64
D. Diagnosis Keperawatan.....	67
E. Perencanaan Keperawatan .....	68
F. Implementasi Keperawatan.....	71
G. Evaluasi Keperawatan.....	93
H. Daftar Obat.....	108
<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS</b>	
A. Pembahasan Askep .....	111
B. Pembahasan Penerapan EBN.....	119
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Simpulan .....	126
B. Saran.....	131
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Anatomi Pankreas.....	8
Gambar 1. 2 Struktur Pulau Langerhans .....	9

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium Post Op Transtibial Amputation.....	62
Tabel 3. 3 Analisa Data.....	64
Tabel 3. 4 Diagnosis Keperawatan .....	67
Tabel 3. 5 Perencanaan Keperawatan.....	68
Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan.....	71
Tabel 3. 7 Evaluasi Keperawatan .....	93
Tabel 4. 1 PICOT EBN.....	121

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Riwayat Hidup

Lampiran 2 Lembaran Konsultasi Bimbingan Karya Ilmiah

Lampiran 3 Satuan Penyuluhan Manajemen Nyeri

Lampiran 4 Leaflet Manajemen Nyeri

Lampiran 5 Dokumentasi

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Amputasi merupakan tindakan memisahkan bagian tubuh sebagian atau seluruh bagian ekstremitas. Amputasi adalah perlakuan yang mengakibatkan cacat menetap dan merupakan suatu titik awal kehidupan baru yang lebih bermutu (Risqi, 2017).

Rahmafritria (2021) menyatakan sepasang kaki yang berfungsi untuk berjalan, harus diamputasi. Bukan hanya estetika yang hilang, melainkan rasa percaya diri pun bisa terkubur hingga akan mengubah konsep diri seseorang karena tindakan amputasi tersebut. Kehilangan salah satu atau sebagian dari anggota tubuh, dapat menyebabkan syok meskipun telah dipersiapkan sebelum operasi.

Setelah dilakukan tindakan post op amputasi seseorang akan mengalami perubahan terhadap konsep diri dalam melihat tubuhnya pasca operasi. Perubahan-perubahan yang dialami individu meliputi tingkah laku (misalnya menangis, menarik diri) dan ekspresi kemarahan (misalnya depresi, ketakutan, tak berdaya) akan menunjukkan bagaimana pasien menghadapi kehilangan dan proses bersedih. Masalah psikologis yang dihadapi individu juga akan mengalami penolakan dan menarik diri dari lingkungan setelah pasca amputasi.

Kehilangan alat gerak tersebut dapat dilakukan dengan tindakan salah satunya transtibial amputation yang disebabkan penyakit komplikasi Diabetes Melitus. Salah satu dampak atau komplikasinya adalah neuropati perifer yang nantinya menyebabkan *diabetic foot ulcers* (DFU). Jika hal tersebut tidak diatasi maka dapat mengakibatkan nekrosis atau kematian jaringan dan akhirnya berujung amputasi (WHO, 2017). Diabetik foot sering dijumpai dan

ditakuti oleh karena ketidakpatuhan terhadap pengobatan sering mengecewakan (Wardani et al., 2019).

Berdasarkan data *World Health Organization* (2017) jumlah penderita diabetes mellitus pada tahun 2014 sebanyak 422 juta orang dan pada tahun 2015 sekitar 1,6 juta kematian disebabkan oleh diabetes. WHO memprediksikan diabetes mellitus akan menjadi penyebab kematian ke 7 di tahun 2030.

*International Diabetes Federation* menyebut bahwa sekitar 19,46 juta orang di Indonesia mengidap diabetes. Terjadi peningkatan sebesar 81,8% pada 2021 dibanding jumlah pada 2019. Jumlah pengidap diabetes di Indonesia terus mengalami peningkatan, pada 2019 lalu angka masih di 10,7 juta pengidap, destimasi, kuantitasnya akan mencapai 23,32 juta pada 2030 mendata. Sedangkan diabetes melitus dengan komplikasi *diabetic foot ulcers* sebesar 8,70% dan kejadian amputasi sebesar 1,30%

Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) memperlihatkan peningkatan angka prevalensi Diabetes mellitus yang cukup signifikan, yaitu dari 6,9% di tahun 2013 menjadi 8,5% di tahun 2018 sehingga estimasi jumlah penderita Di Indonesia mencapai lebih dari 16 juta orang yang kemudian beresiko terkena penyakit lain seperti: serangan jantung, stroke, kebutaan, dan gagal ginjal, bahkan dapat menyebabkan kelumpuhan dan kematian (Kemenkes, 2020).

Data terbaru di tahun 2015 yang ditunjukkan oleh Perkumpulan Endokrinologi (PERKENI) menyatakan bahwa jumlah penderita diabetes di Indonesia menjadi urutan ke-7 teratas di dunia. Jadi, dapat disimpulkan jumlah penderita Diabetes Melitus di Indonesia akan terus melonjak, dari 8,4 juta penderita di tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta di tahun 2030. Diabetes Mellitus yang tidak tertangani dengan baik dapat menimbulkan dampak buruk pada penderita, yaitu berupa komplikasi kronis *diabetic foot ulcers* hingga dilakukan amputasi (Risqi, 2017)

Data Riskesdas Sulawesi Selatan (2018) prevalensi DM pada penduduk semua umur di Provinsi Sulawesi Selatan yaitu 1,3% dan tertinggi pertama di Kabupaten Wajo (2,19%) dan yang kedua di Kota Makassar (1,73%). Menurut data statistik kota Makassar tahun 2017, penyakit diabetes mellitus menempati peringkat 5 dari 10 penyebab utama kematian yaitu sebanyak 65 kasus. Tidak menutup kemungkinan angka kejadian penyakit ini terus mengalami peningkatan (Dinkes Makassar, 2017). International of diabetic ferdaration atau IDF (2021) mengatakan Indonesia menjadi satu-satunya di Asia Tenggara yang masuk ke dalam 10 besar negara dengan kasus tertinggi kelima di dunia, setelah Tiongkok, India, Pakistan dan Amerika Serikat.

Berdasarkan data di atas menjadi latar belakang penulis tertarik untuk membuat laporan tugas akhir dengan kasus Diabetik Foot Post Transtibial Amputation pada Pasien di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Diabetik Foot Post Transtibial Amputation* di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan secara holistik dan komprehensif.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan *Diabetik Foot Post Transtibial Amputation*
- b. Menetapkan Diagnosis keperawatan pada pasien dengan *Diabetik Foot Post Transtibial Amputation*
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Diabetik Foot Post Transtibial Amputation*

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Diabetik Foot Post Transtibial Amputation* dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN)
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Diabetik Foot Post Transtibial Amputation*

### **C. Manfaat Penulisan.**

#### 1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai masukan bagi tenaga keperawatan serta sebagai bahan untuk peningkatan mutu pelayanan kepada pasien Diabetes Mellitus Post Amputasi di rumah sakit yang akan datang.

#### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah pengetahuan dan keterampilan dalam program profesi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus Post Amputasi serta melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya ilmiah akhir

#### 3. Bagi Institusi Pendidikan

Menilai atau mengevaluasi sejauh mana pemahaman mahasiswa dalam menyerap dan menerapkan ilmu yang telah diberikan sebagai pengalaman yang nyata tentang asuhan keperawatan dengan gangguan sistem endokrin: DM Post Amputasi

### **D. Metode Penulisan**

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam bentuk antara lain:

#### 1. Studi kepustakaan

Mempelajari literature-literatur yang berkaitan dengan karya tulis ini, baik dari buku maupun internet.

## 2. Studi kasus, terdiri dari.

Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian, analisa data, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Untuk mengumpulkan informasi dan pengkajian, maka penulis melakukan:

### a. Observasi

Observasi yaitu melihat secara langsung keadaan/kondisi pasien.

### b. Wawancara

Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan yang terkait seperti: perawat di ruangan untuk memperoleh data yang diinginkan.

### c. Pemeriksaan fisik.

Dengan cara: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

### d. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan. Misalnya pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan mahasiswa.

### e. Studi dokumentasi

Dengan melihat dan membaca hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya yang tertera didalam status pasien.

## **E. Sistematika Penulisan**

Karya Tulis Ilmiah tersusun atas 5 bab yang terdiri dari bab I “pendahuluan”, bab ini menguraikan tentang latarbelakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II “tinjauan pustaka”, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medik yang meliputi: pengertian, klasifikasi, anatomi

fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, komplikasi, dan penatalaksanaan medik, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning dan pathoflow diagram. Bab III, “pengamatan kasus”, menguraikan pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV “pembahasan kasus”, yaitu bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V “penutup”, terdiri dari kesimpulan dan saran

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Konsep Dasar Medis Diabetes Mellitus

#### 1. Pengertian Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus adalah penyakit yang ditandai dengan adanya hiperglikemia yang disebabkan oleh ketidak mampuan dari organ pankreas untuk memproduksi insulin atau kurangnya sensitivitas insulin pada sel target tersebut (Lestari et al., 2018).

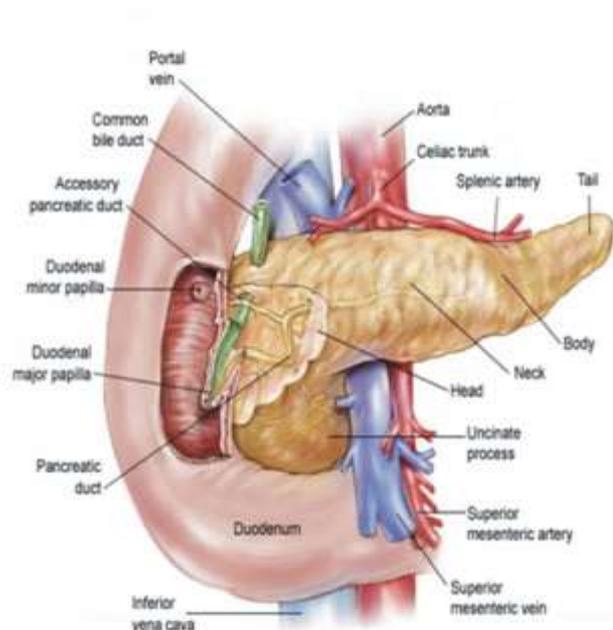
Pada perjalanan Diabetes Mellitus apabila kadar glukosa darah pasien tidak terkontrol dengan baik, maka akan meningkatkan risiko terjadinya komplikasi baik akut maupun kronis. Salah satu Komplikasi kronik yang sering dijumpai pada pasien Diabetes Mellitus yang menjalani terapi rawat jalan adalah komplikasi mikrovaskuler neuropati perifer yang nantinya akan menyebabkan *diabetic foot ulcers* (DFU) hingga amputasi dan kematian (Ratnasari et al., 2019).

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 (Kerner & Bruckel, 2019).

Menurut Adawiyah (2019) amputasi diartikan sebagai penghilangan anggota tubuh. Ini mungkin terjadi sebagai akibat dari trauma (trauma amputasi) atau dalam upaya untuk mengendalikan penyakit atau kecacatan (amputasi terapi) pengangkatan bagian tubuh, sering dilakukan pada ekstremitas bawah karena penyakit progresif vaskular perifer (diabetes mellitus).

## 2. Anatomi dan Fisiologi

### a. Anatomi



Gambar 1. 1 Anatomi Pankreas

Sumber: (Rahman, 2018)

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 (Rahman, 2018).

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 di belakang lambung dan di depan vertebra lumbalis pertama.

### 3) Ekor pankreas

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

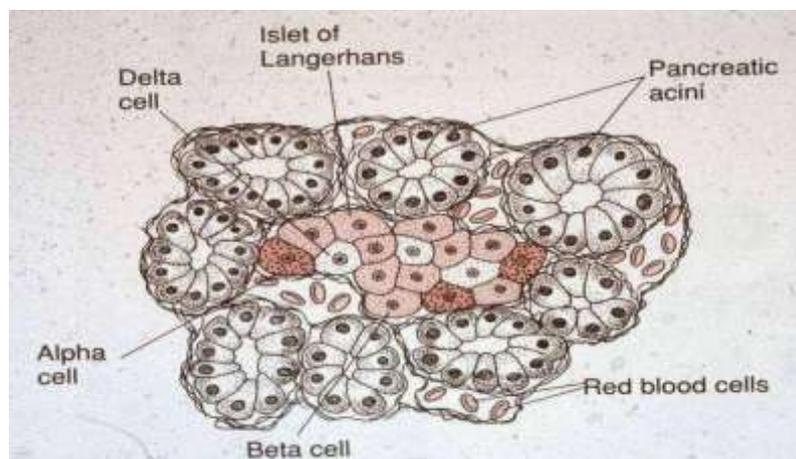
### 4) Saluran Pankreas

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

- a) *Ductus Wirsung*, yang bersatu dengan ductus choledokus, 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



Gambar 1. 2 Struktur Pulau Langerhans  
 Sumber: (Rahman, 2018)

Hormon-hormon yang dihasilkan

#### (a) Insulin

Adalah suatu polipeptida 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

### 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* (Rahman, 2018).

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 (Rianty, 2018)

### 2. Fungsi endokrin pankreas

Tersebar diantara alveoli pankreas, terdapat kelompok-kelompok sel epithelium yang jelas, terpisah dan nyata. Kelompok ini adalah pulau-pulau kecil / kepulauan langerhans yang bersama-sama membentuk organ endokrin (Pratama, 2019)

### 3. Etiologi

Menurut Adawiyah (2019) faktor risiko dilakukannya amputasi pada penderita Diabetes Mellitus karena suplai darah yang tidak memadai ini disebabkan oleh arteriosclerosis yang berakibat pada gangguan sirkulasi darah di area extremitas bawah yang pada akhirnya terjadi *diabetic foot ulcers* yang akan menyebabkan *iskemia irreversible*. *Diabetic foot ulcers* merupakan indikasi amputasi yang paling sering dialami oleh penderita DM tipe II untuk extremitas bawah.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Tampubolon (2018) Faktor risiko Diabetes Mellitus yang tidak dapat dimodifikasi adalah sebagai berikut:

#### a. Umur

usia lansia seseorang lebih berisiko menderita diabetes melitus. Hal ini dikarenakan adanya *aging* yang lazim terjadi pada lansia. Proses *aging* berdampak pada penurunan fungsi tubuh seperti sistem syaraf, kekuatan otot, elastisitas kulit serta penurunan fungsi organ dalam seperti pankreas yang dalam hal ini adalah berkurangnya sel  $\beta$  untuk memproduksi insulin yang berakibat kadar gula darah meningkat (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

#### b. Genetik atau Faktor Keturunan

Seseorang yang menderita DM mempunyai gen diabetes. Bakat diabetes merupakan gen resesif. Seseorang yang Universitas Sumatera Utara 12 dapat terkena DM adalah orang yang bersifat homozigot dengan gen resesif. DM berasal dari interaksi genetik dan berbagai faktor mental, penyakit ini sudah lama dianggap berhubungan dengan agregasi familial. Risiko empiris dalam hal terjadinya DM tipe 2 dapat meningkat dua sampai enam kali lipat jika

orang tua atau saudara kandung mengalami penyakit ini (Lestari et al., 2018)

Faktor yang dapat dimodifikasi adalah sebagai berikut:

a. Berat Badan Lebih (Obesitas)

Pola makan yang salah dan cenderung berlebih menyebabkan terjadinya obesitas. Obesitas merupakan faktor predisposisi utama pada penyakit DM. Obesitas menyebabkan terganggunya kemampuan insulin untuk mempengaruhi pengambilan glukosadan metabolismenya pada jaringan yang sensitif terhadap insulin serta meningkatkan sekresi insulin plasma (Tampubolon, 2018).

b. Diet tidak sehat (*unhealthy diet*)

Diet yang dilakukan dengan mengkonsumsi makanan dengan tinggi glukosa dan rendah serat akan meningkatkan risiko menderita prediabetes/intoleransi glukosa dan Diabetes Mellitus (Tampubolon, 2018)

c. Stress

Stres juga akan meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan akan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak hingga berdampak pada penurunan insulin (Sakarya & Of, 2018).

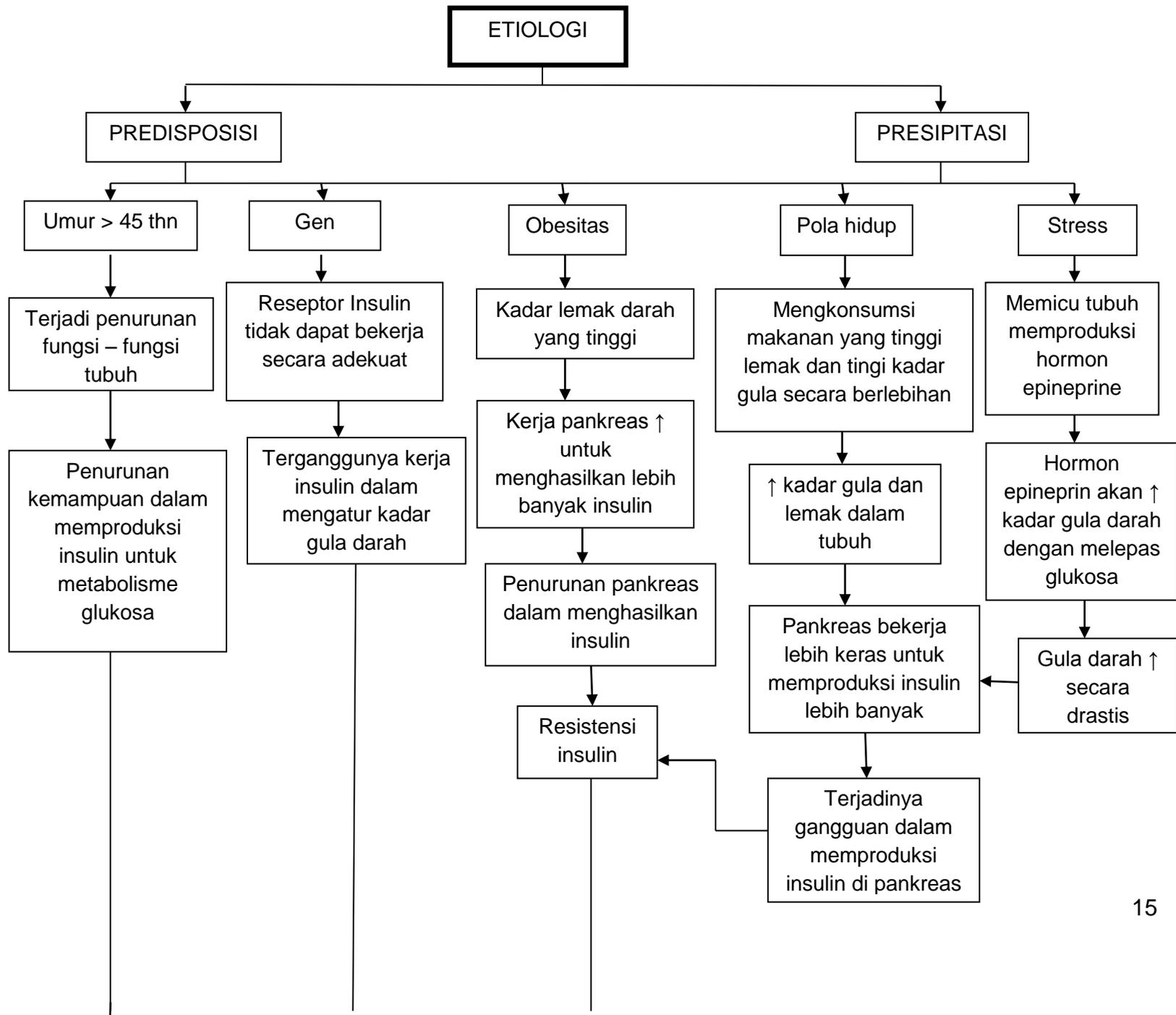
Menurut Tandra (2017) faktor resiko lain yang dapat dimodifikasi adalah faktor pola makan, kebiasaan merokok, obesitas, stress, aktifitas fisik, alcohol dan lain sebagainya. Adanya kaitan obesitas dengan kadar glukosa darah dimana  $IMT > 23$  dapat menyebabkan peningkatan glukosa darah.

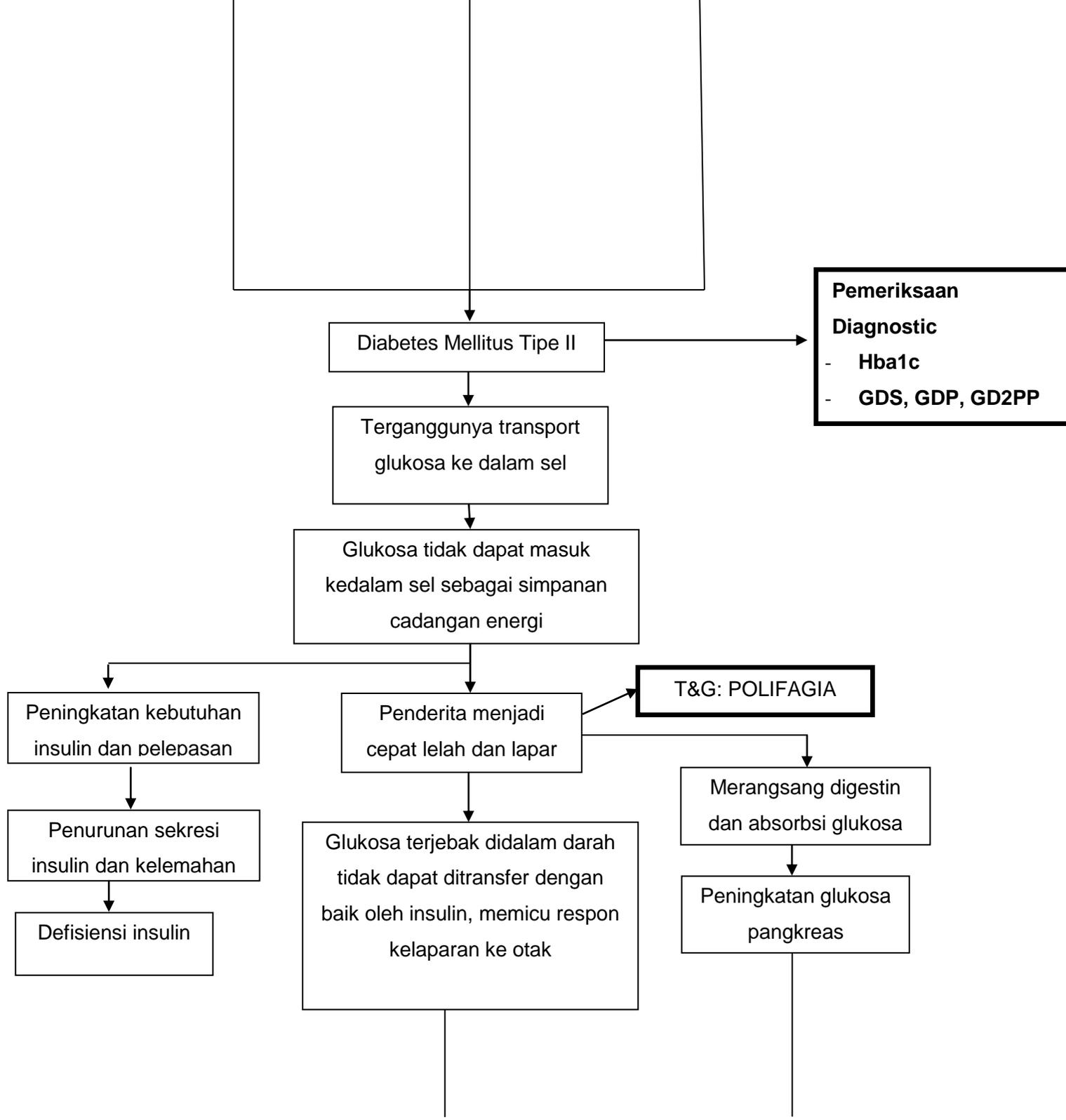
#### 4. Patofisiologi

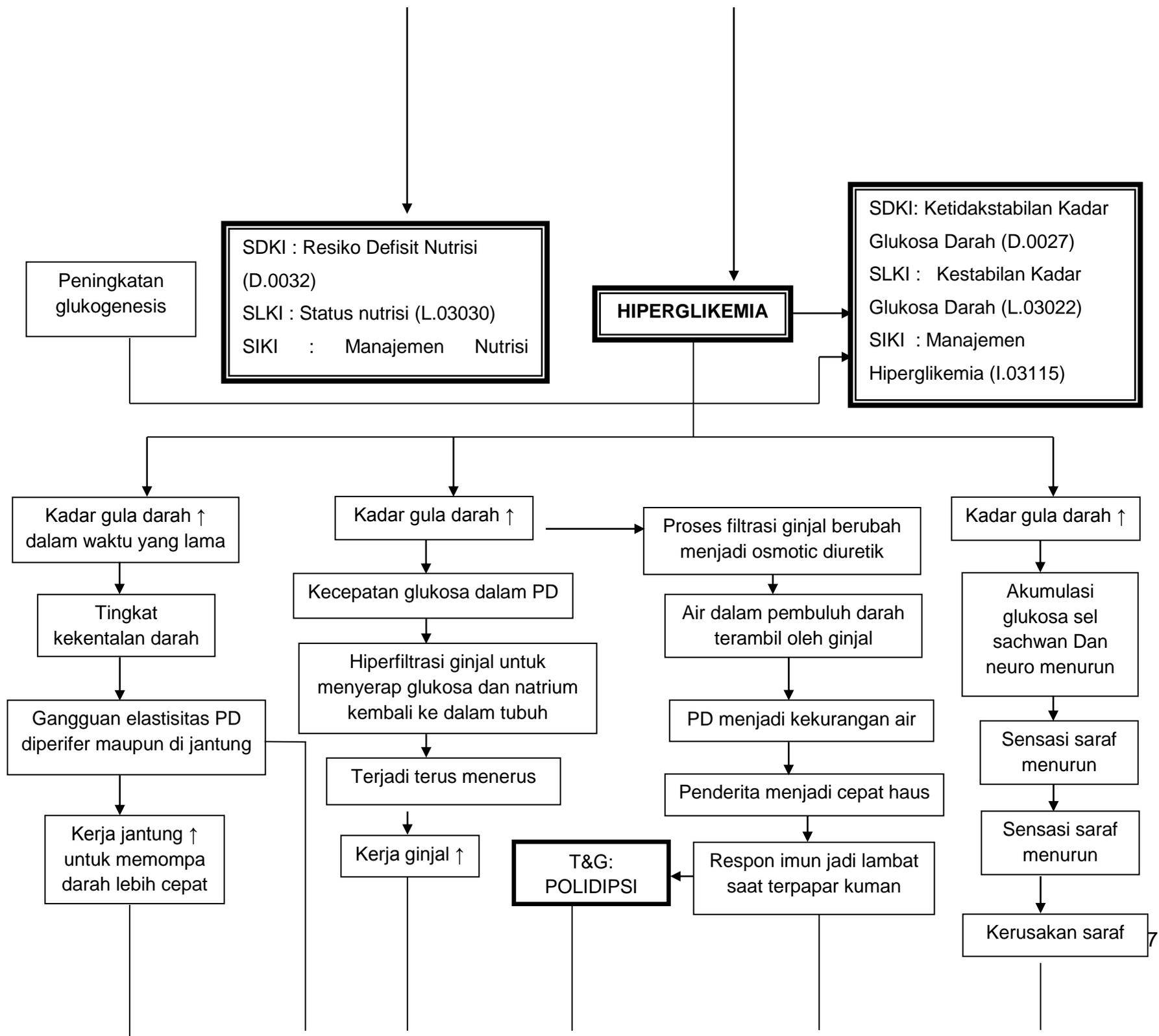
Pada *diabetic foot ulcers* terjadi gangguan sirkulasi darah yang berdampak pada rasa sakit di area kaki, gangguan persyarafan, dan infeksi pada kaki. Pada pasien dengan *diabetic foot* sering terjadi pada penderita DM tipe II (DM yang tidak tergantung insulin (NIDDM), sebelumnya disebut dengan DM tipe dewasa) hingga saat ini merupakan diabetes yang paling sering terjadi. Pada tipe ini, disposisi genetik juga berperan penting. Namun terdapat defisiensi insulin relatif; pasien tidak mutlak bergantung pada suplai insulin dari luar. Pelepasan insulin dapat normal atau bahkan meningkat, tetapi organ target memiliki sensitifitas yang berkurang terhadap insulin. Sebagian besar pasien DM tipe II memiliki berat badan berlebih. Obesitas terjadi karena disposisi genetik, asupan makanan yang terlalu banyak, dan aktifitas fisik yang terlalu sedikit. Ketidakseimbangan antara suplai dan pengeluaran energi meningkatkan konsentrasi asam lemak di dalam darah. Hal ini selanjutnya akan menurunkan penggunaan glukosa di otot dan jaringan lemak. Akibatnya, terjadi resistensi insulin yang memaksa untuk meningkatkan pelepasan insulin. Akibat regulasi menurun pada reseptor, resistensi insulin semakin meningkat. Obesitas merupakan pemicu yang penting, namun bukan merupakan penyebab tunggal Diabetes Tipe II (Sakarya & Of, 2018)

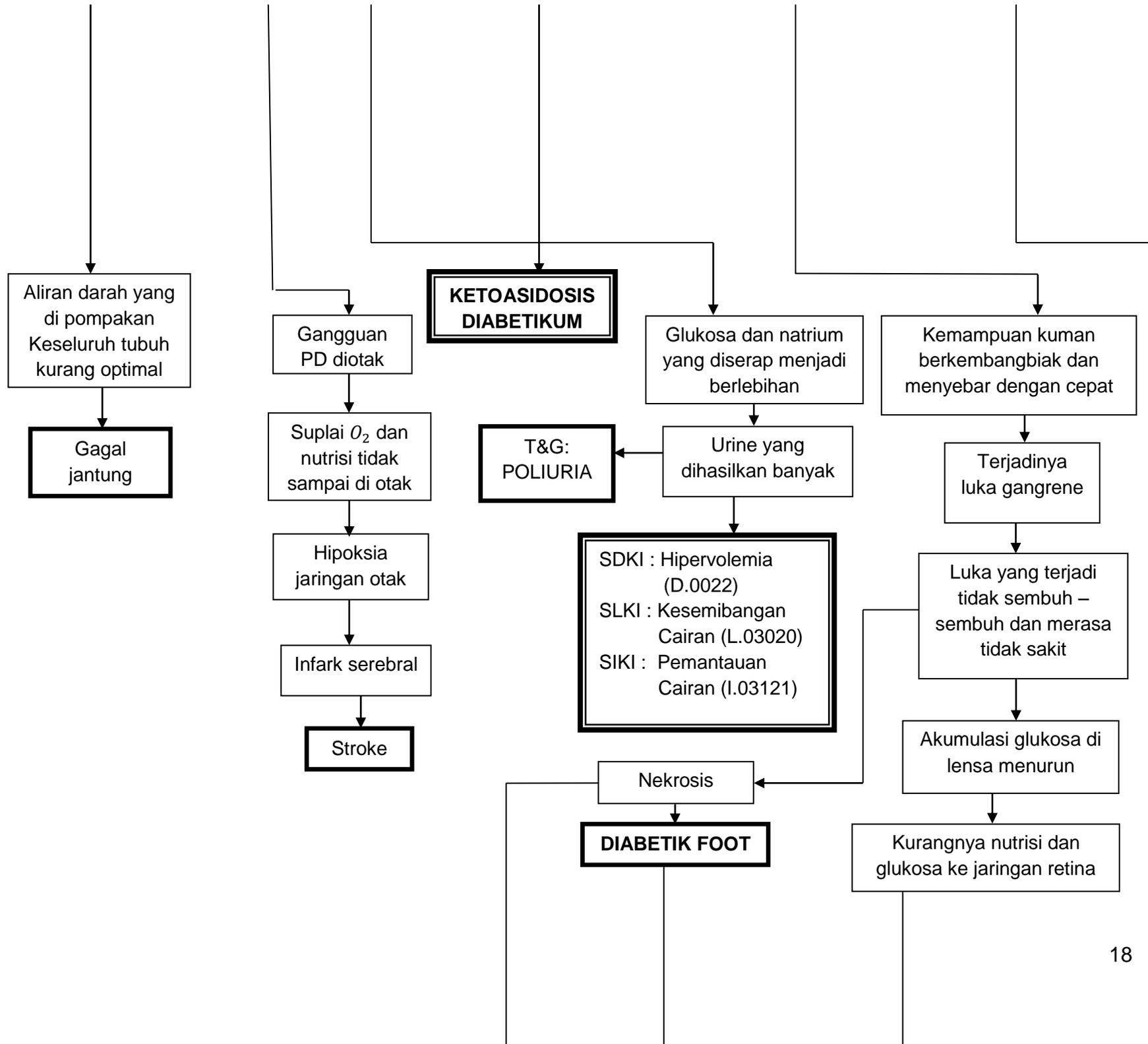
Penyebab yang lebih penting adalah adanya predisposisi genetik yang menurunkan sensitifitas insulin. Sering kali, pelepasan insulin selalu tidak pernah normal. Beberapa gen telah diidentifikasi sebagai gen yang meningkatkan terjadinya obesitas dan DM tipe II. Diantara beberapa faktor, kelainan genetik pada protein yang memisahkan rangkaian di

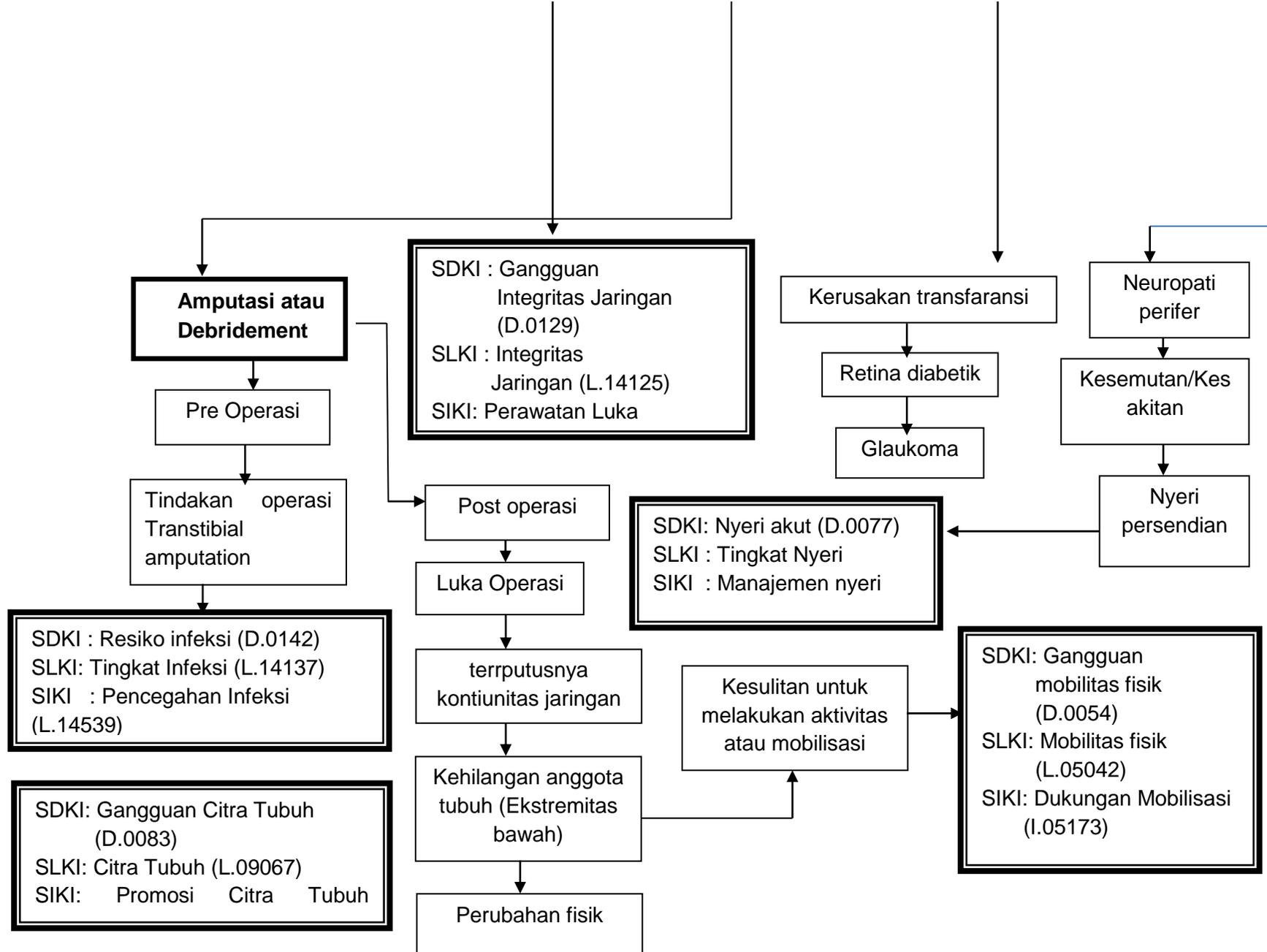
mitokondria membatasi penggunaan substrat. Jika terdapat disposisi genetik yang kuat, Diabetes Tipe II dapat terjadi pada usia muda. Penurunan sensitifitas insulin terutama mempengaruhi efek insulin pada metabolisme glukosa, sedangkan pengaruhnya pada metabolisme lemak dan protein dapat dipertahankan dengan baik. Jadi, Diabetes Tipe II cenderung menyebabkan hiperglikemi berat tanpa disertai gangguan metabolisme lemak (Sakarya & Of, 2018). Peningkatan diabetes seiring dengan umur, khususnya pada usia lebih dari 45-60 tahun, disebabkan karena pada usia tersebut mulai terjadi peningkatan intoleransi glukosa. Adanya proses penuaan menyebabkan berkurangnya kemampuan sel pankreas dalam memproduksi insulin. Selain itu pada individu yang berusia lebih tua terdapat penurunan aktivitas mitokondria di sel-sel otot sebesar 35%. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar lemak di otot sebesar 30% dan memicu terjadinya resistensi terhadap insulin (Imelda, 2019).











## 5. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis Diabetes Mellitus berhubungan dengan defisiensi relative insulin. Akibat defisiensi insulin ini pasien tidak dapat mempertahankan kadar glukosa darah normal. Apabila hiperglikemia melebihi ambang ginjal ( $\pm 180$  mg/dl), maka timbul tanda dan gejala glukosuria yang akan menyebabkan diuresis osmotik. Akibat diuresis osmotik akan meningkatkan pengeluaran urin (*poliuri*), timbul rasa haus yang menyebabkan banyak minum (*polidipsi*). Pasien juga banyak makan (*polifagia*) akibat katabolisme yang dicetuskan oleh defisiensi insulin dan pemecahan protein serta lemak. Karena glukosa hilang bersama urin, maka pasien mengalami keseimbangan kalori negative, akibatnya berat badan menurun. Pasien juga mengalami gejala lain seperti keletihan, kelemahan, tiba-tiba terjadi perubahan pandangan, kebas pada tangan atau kaki, kulit kering, luka yang sulit sembuh dan sering muncul infeksi (Sonia, 2019)

Gejala umum dari diabetes terjadi yaitu adalah *poliuria*, *polidipsia*, dan *polifagia* (Kerner & Bruckel, 2019)

### a. *Polifagia*

Polifagia adalah keadaan di mana pasien merasa lapar atau nafsu makan mereka meningkat, tetapi berat dari pasien tidak meningkat melainkan berat badan mereka menurun. Kondisi ini terjadi karena glukosa dalam darah tidak dapat ditransfer ke sel dengan baik oleh insulin. Sel perlu glukosa untuk menghasilkan energi, karena glukosa terjebak dalam darah, keadaan inilah yang memicu respon kelaparan ke otak.

### b. *Polidipsia*

Polidipsia adalah keadaan dimana pasien merasakan haus yang

berlebih. Keadaan ini merupakan efek dari polifagia. Glukosa yang terjebak dalam darah menyebabkan tingkat osmolaritas meningkat. Karena glukosa darah perlu diencerkan, inilah yang menyebabkan respon haus ke otak.

c. *Poliuria*

Poliuria adalah keadaan di mana pasien mengalami perasaan ingin buang air kecil yang berlebihan. Kondisi ini terjadi ketika osmolaritas darah tinggi, sehingga perlu dibuang oleh ginjal. Ketika glukosa darah dibuang itu membutuhkan air untuk menurunkan osmolaritas dari glukosa darah, inilah yang memicu terjadinya poliuria.

6. Tes Diagnostik

Menurut Riyadi (2008) dalam Azia Nur Rizqi (2017) pemeriksaan gula darah pada pasien diabetes melitus antara lain:

- a. Kadar glukosa darah: meningkat 200-100 mg/dL atau lebih
- b. Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes mellitus pada sedikitnya 2 kali pemeriksaan:
  - 1) Glukosa plasma sewaktu  $>200$  mg/dL
  - 2) Glukosa plasma puasa  $>140$  mg/ dL
  - 3) Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial  $> 200$  mg/dL).
  - 4) Tes laboratorium DM Jenis tes pada pasien DM dapat berupa tes saring, tes diagnostik, tes pemantauan terapi dan tes untuk mendeteksi komplikasi.
  - 5) Tes saring Gula Darah Puasa (GDP), Gula Darah Sewaktu (GDS)

- 6) Tes untuk mendeteksi komplikasi
  - a) Mikroalbuminuria: urin
  - b) Ureum, kreatinin, asam urat
  - c) Kolesterol total: plasma vena (puasa)
  - d) Kolesterol LDL :plasma vena (puasa)
  - e) Kolesterol HDL : plasma vena (puasa)
  - f) Trigliserida : plasma vena (puasa)

7) Pemeriksaan HbA1c

Strategi diagnostik dan prognostik pada diabetes saat ini didasarkan pada dua tes historis, yaitu glukosa plasma atau kapiler dan glikohemoglobin. Tes hemoglobin terglisosilasi, yang disebut juga sebagai glikohemoglobin, atau hemoglobin glikosilasi (disingkat sebagai HbA1C), merupakan cara yang digunakan untuk menilai efek perubahan terapi 8-12 minggu sebelumnya. HbA1c diperiksa paling sedikit 2 kali dalam 1 tahun pada pasien yang telah mencapai sasaran terapi dan memiliki kendali glikemik stabil. Pemeriksaan HbA1c dilakukan setiap 3 bulan pada pasien yang mendapat perubahan terapi atau glukosa darah tidak terkontrol (Risqi, 2017).

7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan DM dimulai dengan menerapkan pola hidup sehat (terapi nutrisi medis dan aktivitas fisik) bersamaan dengan intervensi farmakologis dengan obat anti hiperglikemia secara oral dan atau suntikan (Risqi, 2017).

Penatalaksanaan DM dimulai dengan menerapkan terapi nonfarmakologis yaitu pola hidup sehat (terapi nutrisi medis dan aktivitas fisik) bersamaan dengan intervensi farmakologis dengan obat anti hiperglikemia secara oral dan atau suntikan (Pratama, 2019).

a. Terapi Nutrisi Medis

Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes. Penatalaksanaan nutrisi pada penderita Diabetes Mellitus diarahkan untuk mencapai tujuan berikut:

- 1) Memberikan semua unsur makanan esensial (misalnya, vitamin, mineral)
- 2) Mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai
- 3) Memenuhi kebutuhan energi
- 4) Mencegah fluktuasi kadar glukosa darah setiap harinya dengan mengupayakan kadar glukosa darah mendekati normal melalui cara-cara yang aman dan praktis
- 5) Menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat.

Diit DM sesuai dengan paket-paket yang telah disesuaikan dengan kandungan kalornya

- a. Diit DM I : 1100 kalori
- b. Diit DM II : 1300 kalori
- c. Diit DM III : 1500 kalori
- d. Diit DM IV : 1700 kalori
- e. Diit DM V : 1900 kalori
- f. Diit DM VI : 2100 kalori
- g. Diit DM VII : 2300 kalori
- h. Diit DM VIII : 2500 kalori

Keterangan :

Diit I s/d III : diberikan kepada penderita yang terlalu gemuk

Diit IV s/d V : diberikan kepada penderita dengan berat badan normal

Diit VI s/d VIII : diberikan kepada penderita kurus. Diabetes remaja, atau diabetes komplikasi.

Dalam melaksanakan diit diabetes sehari-hari hendaklah diikuti pedoman 3 J yaitu:

- a. J I : jumlah kalori yang diberikan harus habis, jangan dikurangi atau ditambah
- b. J II : jadwal diit harus sesuai dengan intervalnya
- c. J III : jenis makanan yang manis harus dihindari

Penentuan jumlah kalori Diit Diabetes Mellitus harus disesuaikan oleh status gizi penderita, penentuan gizi dilaksanakan dengan menghitung Percentage of relative body weight (BBR= berat badan normal) dengan rumus:

$$\text{BBR} = \left( \frac{\text{BB (Kg)}}{\text{TB (cm)}} - 100 \right) \times 100 \%$$

Kurus (underweight) : BBR < 90 %

Normal (ideal): BBR 90 – 110 %

Gemuk (overweight) : BBR > 110 %

Obesitas, apabila : BBR > 120 %

Obesitas ringan : BBR 120 – 130 %

Obesitas sedang : BBR 130 – 140 %

Obesitas berat : BBR 140 – 200 %

Morbid : BBR > 200 %

Sebagai pedoman jumlah kalori yang diperlukan sehari-hari untuk penderita DM yang bekerja biasa adalah

Kurus : BB X 40 – 60 kalori sehari

Normal : BB X 30 kalori sehari

Gemuk : BB X 20 kalori sehari

Obesitas : BB X 10-15 kalori sehari

- b. Latihan (olah raga)

Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan diabetik karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan

pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin. Sirkulasi darah dan otot juga diperbaiki dengan berolahraga (Sakarya & Of, 2018)

c. Pendidikan dan Penyuluhan

Pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan bagi pasien diabetes bertujuan untuk menunjang perilaku meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai keadaan sehat optimal dan penyesuaian keadaan psikologik serta kualitas hidup yang lebih baik. Sasaran penyuluhan adalah pasien diabetes beserta keluarganya, orang-orang yang beraktivitas bersama-sama dengan pasien sehari-hari baik di lingkungan rumah maupun lingkungan lain. Pada pasien Diabetes Mellitus tipe II yang baru terdeteksi, pendidikan dasar tentang diabetes harus mencakup informasi tentang ketrampilan preventif, antara lain (Menkes, 2020)

- 1) Perawatan kaki
- 2) Perawatan mata
- 3) Hygiene umum (misalnya, perawatan kulit, kebersihan mulut)
- 4) Penanganan faktor resiko (mengendalikan tekanan darah dan kadar lemak darah, menormalkan kadar glukosa darah)

d. Terapi Insulin

Dasar pemikiran terapi insulin adalah sekresi insulin fisiologis terdiri dari sekresi insulin basal dan sekresi insulin prandial. Terapi insulin diupayakan mampu meniru pola sekresi insulin yang fisiologis. Defisiensi insulin yang terjadi pasien DM tipe 2 umumnya dimulai dengan defisiensi insulin basal yang menyebabkan timbulnya hiperglikemia pada keadaan puasa, namun dengan perjalanan penyakit

dapat terjadi defisiensi insulin prandial sehingga terjadi pula keadaan hiperglikemia setelah makan. Terapi insulin untuk substitusi ditujukan untuk melakukan koreksi terhadap defisiensi yang terjadi. Insulin diperlukan pada keadaan:

- 1) Ketoasidosis diabetik
  - 2) Hiperglikemia hiperosmolar non ketotik
  - 3) Hiperglikemia dengan asidosis laktat
  - 4) Stres berat (infeksi sistemik, operasi besar, infark miokard akut, *stroke*)
  - 5) Kehamilan dengan DM atau diabetes melitus gestasional (DMG) yang tidak terkontrol dengan perencanaan makan
  - 6) Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat
- e. Pemantauan Kadar Glukosa dan Keton

Pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri memungkinkan deteksi dan pencegahan hipoglikemia serta hiperglikemia, dan berperan dalam menentukan kadar glukosa darah normal yang kemungkinan akan mengurangi komplikasi diabetes jangka panjang. Pemantauan kadar glukosa darah merupakan prosedur yang berguna bagi semua penderita diabetes. Pemantauan ini merupakan dasar untuk melaksanakan terapi insulin yang intensif dan untuk menangani kehamilan yang dipersulit oleh penyakit diabetes. Pemeriksaan ini juga sangat dianjurkan bagi pasien-pasien dengan:

- 1) Penyakit diabetes yang tidak stabil
- 2) Kecenderungan untuk mengalami ketosis berat atau hipoglikemia
- 3) Hipoglikemia tanpa gejala peringatan
- 4) Ambang glukosa renal yang abnormal

Bagi penderita yang tidak menggunakan insulin, pemantauan mandiri glukosa darah sangat membantu dalam

melakukan pemantauan terhadap efektivitas latihan, diet, dan obat hipoglikemia oral. Metode ini juga dapat membantu memotivasi pasien untuk melanjutkan terapinya. Bagi penderita Diabetes Mellitus tipe II, pemantauan mandiri glukosa darah harus dianjurkan dalam kondisi yang juga dapat menyebabkan hiperglikemia (misalnya, keadaan sakit) atau hipoglikemia (misalnya, peningkatan aktifitas berlebihan).

f. Obat - obatan hiperglikemia oral (OHO)

Berdasarkan cara kerjanya obat hiperglikemia oral di bagi menjadi 3 golongan yaitu:

1) Golongan *sulfoniluria*

Golong obat ini bekerja merangsang sel beta pankreas untuk menghasilkan insulin, mempertinggi kepekaan jaringan terhadap insulin dan menekankan pengeluaran glukagon.

2) Golongan *biguanid*

Cara kerja golongan ini tidak merangsang sekresi insulin. Golongan biguanid dapat menurunkan kadar gula darah menjadi normal dan tidak menyebabkan hipoglikemia.

8. Komplikasi

Komplikasi penyakit DM dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu komplikasi yang terjadi secara akut (Komplikasi metabolik akut) dan komplikasi yang terjadi secara kronis (Komplikasi vaskuler jangka panjang) (Imelda, 2019).

a. Komplikasi Akut

Komplikasi akut DM terjadi akibat perubahan yang relative akut pada konsentrasi glukosa plasma yaitu hipoglikemi dan hiperglikemi.

### 1) *Hipoglikemia*

*Hipoglikemia* merupakan suatu terminologis klinis yang digunakan untuk keadaan yang disebabkan oleh menurunnya kadar glukosa dalam darah sampai pada tingkat tertentu sehingga memberikan keluhan (*symptom*) dan gejala (*sign*). *Hipoglikemia* adalah menurunnya kadar gula dalam darah <60 mg/dl. *Hipoglikemia* lebih sering terjadi pada penderita DM tipe 1 yang dapat dialami 1-2 kali per minggu. Kadar gula darah yang terlalu rendah menyebabkan sel-sel otak tidak mendapat pasokan energi sehingga tidak berfungsi bahkan dapat mengalami kerusakan (Tampubolon, 2018)

### 2) Penurunan kesadaran

Penurunan kesadaran yang terjadi pada pasien diabetes harus selalu dipikirkan kemungkinan disebabkan oleh *hipoglikemia*. *Hipoglikemia* paling sering disebabkan oleh penggunaan sulfonilurea dan insulin. *Hipoglikemia* akibat *sulfonilurea* dapat berlangsung lama, sehingga harus diawasi sampai seluruh obat diekskresi dan waktu kerja obat telah habis. Pengawasan glukosa darah pasien harus dilakukan selama 24-72 jam, terutama pada pasien dengan gagal ginjal kronik atau yang mendapatkan terapi dengan OHO kerja panjang. *Hipoglikemia* pada usia lanjut merupakan suatu hal yang harus dihindari, mengingat dampaknya yang fatal atau terjadinya kemunduran mental bermakna pada pasien. Perbaikan kesadaran pada DM usia lanjut sering lebih lambat dan memerlukan pengawasan yang lebih lama (Menkes, 2020).

### 3) *Hiperglikemia*

*Hiperglikemia* adalah peningkatan gula darah melebihi 120 mg/dl. Keadaan ini disebabkan karena kurangnya insulin sehingga gula tidak dapat ditransportasikan ke sel-sel. *Hiperglikemia* dapat mengakibatkan ketoasidosis diabetik (KAD) dan koma hyperosmolar *hiperglikemik nonketotik* (HHNK) (Tampubolon, 2018).

#### b. Komplikasi Kronis

Komplikasi jangka panjang DM meliputi mikroangiopati dan makroangiopati. Adanya pertumbuhan dan kematian sel merupakan dasar terjadinya komplikasi vaskuler terutama pada endotel pembuluh darah, serta otot polos pembuluh darah yang menyebabkan perubahan pada pertumbuhan dan kesintetisan sel (Musyayadah, 2017)

##### 1) Makroangiopati

- a) Pembuluh darah tepi: penyakit arteri perifer yang sering terjadi pada pasien DM. Gejala tipikal yang biasa muncul pertama kali adalah nyeri pada saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat (*claudicatio intermittens*), namun sering juga tanpa disertai gejala. Ulkus iskemik pada kaki merupakan kelainan yang dapat ditemukan pada pasien (Menkes, 2020)
- b) Pembuluh darah otak: stroke iskemik atau stroke hemoragik
- c) Pembuluh darah jantung: penyakit jantung koroner

##### 2) Mikroangiopati

###### a) *Retinopati diabetik* (kerusakan mata)

Retinopati diabetik merupakan komplikasi mikrovaskular diabetes yang paling umum. Retinopati diabetik adalah suatu kelainan mata

pada penderita diabetes yang disebabkan oleh kerusakan kapiler retina dalam berbagai tingkatan, sehingga menimbulkan gangguan penglihatan mulai dari yang ringan sampai berat bahkan sampai terjadinya kebutaan total maupun permanen (Tampubolon, 2018)

b) *Nefropati diabetik* (kerusakan ginjal)

*Nefropatik diabetik* ditandai dengan adanya mikroalbuminuria (30 mg/hari, atau 20µg/menit) tanpa adanya gangguan ginjal, disertai dengan peningkatan tekanan darah sehingga mengakibatkan menurunnya filtrasi glomerulus dan akhirnya menyebabkan gagal ginjal pada tahap akhir.

*Nefropati diabetik* dikategorikan menjadi mikroalbuminuria dan makroalbuminuria berdasarkan jumlah ekskresi albumin urin. Risiko munculnya nefropati diabetik dan penyakit kardiovaskular terjadi dikarenakan oleh nilai ekskresi albumin urin masih berada dalam kisaran normoalbuminuria. Progresifitas menjadi mikro atau makroalbuminuria lebih sering terjadi pada penderita DM tipe 2 dengan ekskresi albumin urin diatas rata-rata (2,5 mg/24 jam) (Rahman, 2018)

3) *Neuropati diabetik* (kerusakan saraf)

a) Komplikasi yang tersering dan paling penting pada neuropati perifer adalah berupa hilangnya sensasi distal yang berisiko tinggi untuk terjadinya ulkus kaki dan amputasi. Gejala yang sering dirasakan berupa kaki terasa terbakar dan bergetar sendiri, dan lebih terasa sakit di

malam hari. Setelah diagnosis diabetes melitus tipe 2 ditegakkan, pada setiap pasien perlu dilakukan skrining untuk mendeteksi adanya *polineuropati* distal simetris dengan pemeriksaan neurologi sederhana (menggunakan monofilamen 10 gram) kemudian diulang paling sedikit setiap tahun (Menkes, 2020)

- b) Pada keadaan *polineuropati* distal perlu dilakukan perawatan kaki yang memadai untuk menurunkan risiko amputasi. Pemberian terapi antidepresan trisiklik, gabapentin atau pregabalin dapat mengurangi rasa sakit (Musyayadah, 2017)

Menurut Adawiyah (2019) Hematoma, perdarahan dan infeksi adalah komplikasi yang berpotensi pada saat pasca operasi. Termasuk osteomilitis kronis (setelah infeksi persisten), burning pain (causalgia). Nyeri disebabkan oleh neuroma stump, yang disebabkan terjepitnya ujung saraf karena adanya proses pembentukan scar. Hal ini dapat diatasi dengan suntikan procain, anestesi local atau re-amputasi.

- c) Semua pasien DM yang disertai *neuropati perifer* harus diberikan edukasi perawatan kaki untuk mengurangi risiko ulkus kaki. Untuk pelaksanaan penyulit ini seringkali diperlukan kerja sama dengan bidang/disiplin ilmu lain (Kasus, 2011).

#### 4) *Kardiomiopati diabetik*

*Kardiomiopati diabetik* adalah kelainan kardiovaskular yang terjadi pada penderita DM, ditandai dengan dilatasi dan hipertrofi miokardium, penurunan fungsi sistolik dan diastolik dari ventrikel kiri serta proses terjadinya tidak berhubungan dengan penyebab-penyebab umum dari penyakit jantung seperti penyakit jantung koroner, penyakit jantung katup dan penyakit jantung hipertensif (Tampubolon, 2018)

### **B. Konsep Dasar Keperawatan**

#### 1. Pengkajian

##### 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/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, letargi/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.

f. Ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap, phalpebra inferior berwarna gelap, letargi, terapi yang berkaitan dengan pola tidur dan istirahat.

g. 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.

h. Penggunaan alat bantu, kemampuan berbicara, orientasi atau disorientasi (waktu, tempat, dan orang). Respon non verbal pemeriksaan fisik meliputi penglihatan, pendengaran, penurunan rasa pada lengan dan tungkai.

i. 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.

j. Pola Peran dan Hubungan Sesama.

Peran dalam keluarga, masyarakat dan lingkungan, hubungan keluarga masyarakat dan lingkungan (konflik/perpisahan) adalah perasaan keterpisahan/terisolir.

Hubungan dalam berinteraksi dengan anggota keluarga atau orang lain (kooperatif).

k. 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.

l. Pola Mekanis Mekoping dan Toleransi

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

m. Pola Sistem Kepercayaan

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

## 2. Diagnosis Keperawatan

- 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:

- a. Nyeri akut b/d agen pencedera Fisik

SLKI: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 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 non verbal

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 3x24 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 3x24 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 sosial
- 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

d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan disfungsi pankreas

SLKI: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam 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 3x24 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 3x24

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 nutrisi
- 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 3x24 jam 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

i. Gangguan mobilitas fisik b/d efek agen farmakologis

SLKI: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 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

3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

2) Anjurkan mobilisasi dini

#### 4. *Discharge planning*

a. Anjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan rendah gula.

b. Anjurkan pasien untuk mengikuti pola makan sesuai diet dari dokter.

c. Anjurkan kepada keluarga untuk memberi motivasi kepada pasien dalam menjalani pengobatannya.

d. Anjurkan untuk mengontrol kadar gula darah satu kali dalam seminggu.

e. Anjurkan pasien kontrol gula darah ke dokter dan gunakan insulin secara tepat sesuai dosis yang ditentukan dan makan obat secara teratur.

f. Anjurkan pasien untuk latihan fisik ringan seperti jalan pagi atau sore. Sebelum melakukan aktivitas hendaknya melakukan pengontrolan gula darah terlebih dahulu, sebaliknya jika kadar gula darah meningkat maka pasien boleh melakukan latihan guna menurunkan kadar gula darah tetapi jika kadar gula darah rendah maka pasien

harus mendapatkan karbohidrat tambahan dengan mengkonsumsi makan kecil seperti roti untuk mencegah hipoglikemia.

- g. Anjurkan kepada keluarga untuk memberi motivasi kepada pasien dalam menjalani pengobatannya.
- h. Anjurkan untuk mengontrol kadar gula darah satu kali dalam seminggu.
- i. Anjurkan pasien kontrol gula darah ke dokter dan gunakan insulin secara tepat sesuai dosis yang ditentukan dan makan obat secara teratur.
- j. Anjurkan pasien untuk latihan fisik ringan seperti jalan pagi atau sore. Sebelum melakukan aktivitas hendaknya melakukan pengontrolan gula darah terlebih dahulu, sebaliknya jika kadar gula darah meningkat maka pasien boleh melakukan latihan guna menurunkan kadar gula darah tetapi jika kadar gula darah rendah maka pasien harus mendapatkan karbohidrat tambahan dengan mengkonsumsi makan kecil seperti roti untuk mencegah *hipoglikemia*.

## BAB III PENGAMATAN KASUS

### A. Ilustrasi Kasus

Pasien Ny "M" berumur 67 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 5 Juni 2022 nyeri pada kaki luka diabetes sebelah kiri, keluarga mengatakan setelah diperiksa oleh Dokter dan di lakukan pemeriksaan gula darah didapatkan hasil (GDS:202 mg/dL). Pada tanggal 7 Juni 2022 didapatkan data: 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, pasien mengatakan nyeri pada skala 8 dan pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus. 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 kuku pasien panjang, tampak keluarga tidak mencuci tangan saat sebelum dan sesudah menjenguk pasien, teraba hangat pada sekitar luka. Tanda-tanda vital TD: 111/60 mmHg, N:80x/menit, P:20x/menit, S: 37,5°C, pemeriksaan GDS tanggal 5 juni 2022: 202 g/dL, tanggal 6 juni 2022: 185 g/dL. Pemeriksaan laboratorium: WBC=12.47 ( $10^3$ /ul), pemeriksaan extremitas / film: pemeriksaan foto *cruis sinistra ap-lat, post amputasi os. tibia et fibula sinistra 1/3 mid distal, soft tissue swelling (post op)*. Diberikan Cefoperazone 1 gr/12 jam/IV, Ketorolac 30 mg/8 jam/IV, Ranitidine 50 mg/12 jam/IV, Apidra 4 unit/1-0-1/SC.

Berdasarkan data yang didapatkan diatas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan prioritas yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif, gangguan citra tubuh berhubungan dengan



## 2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Diabetik Foot

Saat pengkajian: *Post Op Transtibial Amputation* Pada Kaki  
Bagian Sebelah Kiri

## 3. Keadaan Umum

### a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan: tampak pasien lemah, tampak verban luka post amputasi pada kaki sebelah kiri, tampak terpasang cairan infus RL 500 cc, dengan 20 tetes/menit, tampak terpasang kateter urine, tampak sebagian aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

### b. Tanda-tanda vital

#### 1) Kesadaran (kualitatif): Compos mentis

Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

————— +

Jumlah : 15

Kesimpulan : Tidak coma

#### 2) Tekanan darah : 111/60 mmHg

MAP : 77 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

#### 3) Suhu : 37,5<sup>0</sup>C di Oral Axill Rectal

#### 4) Pernapasan: 22x/menit

Irama :  Teratur  Bradipnea  Takipnea  Kusmaul  
 Cheynes-stokes

Jenis :  Dada  Perut

5) Nadi : 90x/menit

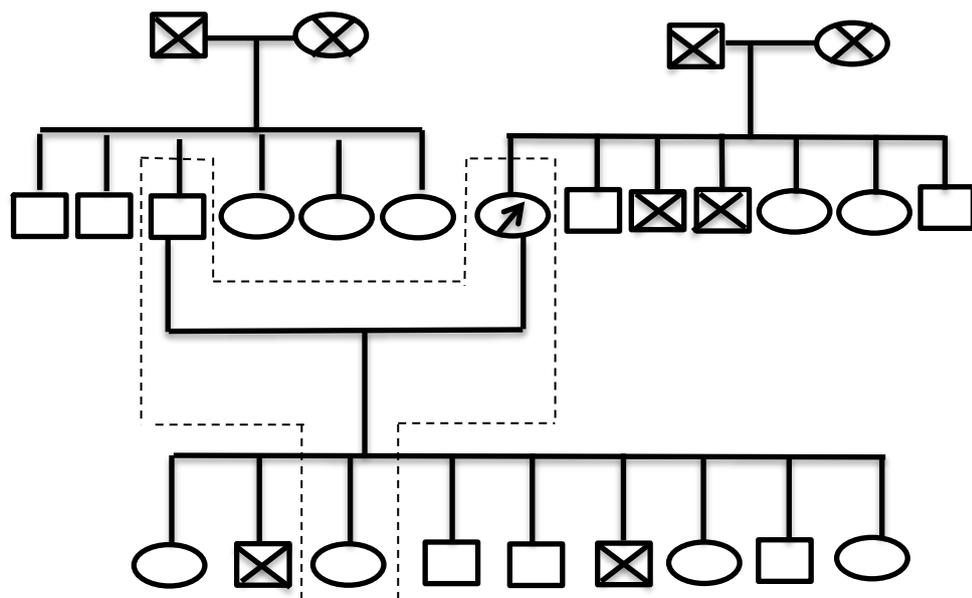
Irama :  Teratur  Bradikardi  Takikardi  
 Kuat  Lemah

c. Pengukuran

- 1) Lingkar lengan atas : 26 cm
- 2) Tinggi badan : 155 cm
- 3) Berat badan : 50 kg
- 4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 20,8 kg/m<sup>2</sup>

Kesimpulan : berat badan normal

d. Genogram



Keterangan:



: Laki-laki



: Perempuan



: Meninggal



: Tinggal serumah



: Pasien

Keterangan: pasien mengatakan bahwa kedua orang tua pasien meninggal karena faktor umur, kedua saudara pasien meninggal karena penyakit hipertensi, dan kedua anak pasien meninggal karena penyakit hipertensi.

#### 4. Pengkajian Pola Kesehatan

##### a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

###### 1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan bahwa kesehatan itu penting, keluarga pasien mengatakan pasien sehari-hari bekerja sebagai ibu rumah tangga. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien jarang olahraga, keluarga pasien mengatakan pasien suka makanan yang manis-manis dan rajin konsumsi buah-buahan. Pasien mengatakan mengkonsumsi obat metformin dan apidra sejak 3 bulan yang lalu

###### 2) Riwayat penyakit saat ini:

###### a) Keluhan utama:

Nyeri pada luka post operasi amputasi kaki sebelah kiri

###### b) Riwayat keluhan utama:

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien menderita penyakit diabetes mellitus sejak  $\pm$  10 tahun yang lalu dan rutin mengontrol kesehatannya serta mengonsumsi obat metformin. Pada tahun 2019 pasien jatuh saat memetik mangga sehingga mengakibatkan kaki pasien sebelah kiri patah tulang dan saat itu pasien hanya memakai tongkat sebagai alat bantu untuk berjalan dan pada bulan maret yang lalu pasien diinstruksikan oleh dokter untuk stop minum obat metformin karena gula darah sudah stabil. Keluarga pasien mengatakan setelah tidak meminum obat pasien tidak kontrol makanannya dan muncul bisul pada kaki yang mengalami patah tulang, 2 minggu setelah bisul muncul,

pasien dibawa ke RS karena pasien hampir tidak sadar, pada saat di IGD dilakukan pemeriksaan gula darah dan didapatkan gula darah pasien saat itu 500 g/dL, dan pasien dirawat selama 2 minggu di RS dan diberi obat Apidra sebanyak 4 unit. Pada saat keluar dari RS pasien di instruksikan memakai kursi roda karena kaki pasien tidak dapat di gunakan untuk menumpuh, dan pasien kontrol 2x sebulan. Pada saat pasien pergi kontrol bulan mei yang lalu, dokter menginstruksikan untuk dilakukan amputasi karena luka pada kaki pasien semakin melebar serta bengkak dan tidak dapat dipertahankan lagi. Namun saat itu pasien sempat menolak karena tidak mau jika kakinya diamputasi. Pada saat kontrol berikutnya pasien sudah memutuskan bahwa ia sudah siap untuk dilakukan amputasi pada kaki sebelah kiri, sehingga pasien diberi surat pengantar untuk rawat inap dan pada tanggal 5 juni pasien masuk di IGD. Pada tanggal 7 juni 2022 dilakukan pengkajian, 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, pasien mengatakan nyeri pada skala 8 (berat) dan pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus. 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 kuku tangan pasien panjang, tampak keluarga tidak mencuci tangan saat sebelum dan sesudah menjenguk pasien, teraba hangat pada sekitar luka. Tanda-tanda vital TD: 111/60 mmHg,

N:80x/menit, P:20x/menit, S: 37,5°C, pemeriksaan GDS tanggal 5 juni 2022: 202 g/dL, tanggal 6 juni 2022: 185 g/dL.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit DM sejak ±10 tahun yang lalu dan riwayat penyakit hipertensi ± 7 tahun yang lalu dan mengonsumsi obat amlodipine jika tekanan darahnya tinggi

d) Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga mengatakan bahwa ada beberapa saudara pasien yang memiliki penyakit hipertensi dan anak pertama pasien juga memiliki riwayat penyakit DM.

Pemeriksaan fisik :

- e) Kebersihan rambut : Tampak rambut bersih, tidak berbau, tampak rambut berwarna putih
- f) Kulit kepala : Tampak tidak ada lesi dan ketombe
- g) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih
- h) Higiene rongga mulut : Tampak mulut bersih, tampak gigi tanggal, tampak ada karang gigi
- i) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
- j) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien suka mengonsumsi makanan yang manis-manis dan tidak mengontrol makanannya meskipun rutin minum obat metformin. Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x sehari dengan menu, nasi, sayur, ikan, tempe, tahu dan sesekali makan

daging. Pasien mengatakan bahwa ia juga biasanya minum air sebanyak 7 gelas/ hari (1400 cc/hari). Keluarga pasien mengatakan  $\pm$  10 tahun yang lalu sebelum pasien menderita penyakit DM berat badan pasien yaitu 104 kg.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan selama pasien sakit, pasien makan makanan yang disediakan oleh rumah sakit, pasien makan 3x sehari dan setiap satu porsi makanan, pasien hanya mampu memakan 4-5 sendok makan saja, pasien mengatakan iya sering merasa lapar dan setiap sebelum makan pagi dan sore pasien disuntikkan insulin Apidra sebanyak 4 unit. Pasien mengatakan ia biasanya minum air sebanyak 9 gelas/hari (1800 cc), pasien mengatakan iya sering merasa haus. Pasien mengatakan berat badan sekarang yaitu 50 kg

Observasi : tampak pasien tidak menghabiskan makanannya

3) 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 ickterik
- e) Hidung : Tampak bersih, tampak tidak ada secret atau mucus, septum berada ditengah, tidak ada lesi
- f) Rongga mulut : Tampak mulut bersih
  - Gusi : Tampak tidak ada peradangan atau sariawan
- g) Gigi : Tampak gigi bersih,
  - Gigi palsu : Tampak tidak ada gigi palsu

h) Kemampuan mengunyah keras: Tampak pasien tidak mampu mengunyah keras karena gigi sudah banyak yang lepas

i) Lidah : Tampak lidah bersih

j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran

l) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran

m) Abdomen :

(1) Inspeksi : Tampak perut datar

(2) Auskultasi : Peristaltik usus 15 kali/menit

(3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

(4) Perkusi : Terdengar suara thympani

n) Kulit :

(1) Edema:  Positif  Negatif

(2) Icteric:  Positif  Negatif

(3) Tanda-tanda radang: Tampak tidak ada tanda – tanda radang

(4) 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 ±5-8 kali dalam sehari dengan volume ± 50cc setiap kali BAK 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, pasien mengatakan ia sering merasa buang air kecil meskipun ia menggunakan kateter.

Observasi: Tampak pasien menggunakan pampers dan kateter urin dengan volume  $\pm 1800$  cc dengan warnah kuning berbau amoniak.

3) 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 (pasien menolak)

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 pasien pasien selalu aktif menjalankan tugasnya sebagai ibu rumah tangga dan rajin mengikuti kegiatan diluar rumah seperti pengajian.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan bahwa aktivitas pasien semenjak selesai dilakukan operasi amputasi pada kaki sebelah kiri pasien hanya berbaring ditempat tidur, pasien mengatakan ia merasa lelah dan lesuh

Observasi: tampak pasien berbaring lemah ditempat tidur, tampak aktivitas pasien hanya ditempat tidur dan dibantu oleh keluarga

a) Aktivitas harian :

(1) Makan : 2

(2) Mandi : 2

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

- (3) Pakaian : 2
  - (4) Kerapihan : 2
  - (5) Buang air besar : 3
  - (6) Buang air kecil : 3
  - (7) Mobilisasi di tempat tidur : 2
  - b) Postur tubuh : Tidak dikaji
  - c) Gaya jalan : Tidak dikaji
  - d) Anggota gerak yang cacat : Post op amputasi kaki sebelah kiri
  - e) Fiksasi : Tampak terpasang verban elastis pada kaki post op amputasi pada kaki sebelah kiri
  - f) Tracheostomi : Tampak tidak terpasang tracheostomi
- 3) Pemeriksaan fisik
- a) Tekanan darah
    - Berbaring : 111/60 mmHg
    - Duduk : - mmHg
    - Berdiri : - mmHg

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik :  Positif  Negatif
  - b) HR : 80 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 : 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

Lokasi :

(4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikuler  
 Suara ucapan : Terdengar sama  
 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 5 linea mid clavicularis sinistra  
 Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra  
 Batas kiri jantung : ICS 5 linea mid clavicularis 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 bahu kirinya

Kaku sendi : Tidak ada kaku sendi

Nyeri sendi : Tidak ada nyeri sendi

Fraktur : Tidak ada fraktur pada pasien

Parese : Tidak ada parese

Paralisis : Tidak ada paralisis

(3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	

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

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

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

Babinski, Kiri : Positif  -  Negatif  
 Kanan : Positif   Negatif

(6) Clubing jari-jari: Negatif

(7) Varises tungkai: Tampak tidak ada varises tungkai

i) Columna vetebralis:

(1) Inspeksi :  Lordosis  Kiposis  Skoliosis

(2) 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 bangun pada jam 04.00 untuk sholat subuh dan jika selesai sholat subuh ia tidak tidur kembali.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan pola tidurnya terganggu. Pasien mengatakan selama sakit tidur siang hanya 1 jam dan tidur malam hanya 3-4 jam saja. Pasien mengatakan sering terbangun karena rasa nyeri yang dirasakan pada luka post operasi amputasi pada kaki sebelah kiri.

Observasi :tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur

Ekspresi wajah mengantuk :  Positif  Negatif

Banyak menguap :  Positif  Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap :  Positif  Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak memiliki gangguan seperti penglihatan dan pengecapan tetapi, pendengaran pasien mengalami penurunan sejak 7 tahun yang

lalu, sehingga ketika seseorang berbicara, pasien sering bertanya lagi apa yang dikatakan orang tersebut. Keluarga pasien mengatakan pasien juga mengatakan pasien tidak memiliki gangguan terhadap proses berpikir.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak memiliki gangguan seperti penglihatan dan pengecapan tetapi, pasien pendengaran pasien mengalami penurunan sejak 7 tahun yang lalu sehingga ketika seseorang berbicara, pasien sering bertanya lagi apa yang dikatakan orang tersebut. Keluarga pasien mengatakan pasien juga mengatakan pasien tidak memiliki gangguan terhadap proses berpikir.

3) Observasi: tampak pasien tidak menggunakan kacamata dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Penglihatan

- (1) Kornea : Tampak kornea jernih
- (2) Pupil : Tampak pupil isokor
- (3) Lensa mata : Tampak lensa mata jernih
- (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
- (4) 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 9 orang anak. Pasien mengatakan iya 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 diamputasi. Pasien mengatakan merasa malu dengan kondisi kakinya yang sudah diamputasi dan selalu memikirkan apa yang akan digunakan untuk berjalan lagi. Pasien juga merasa bahwa ia menyulitkan suami dan anak karena sering merawat dan membantu karena sakitnya.

3) Observasi:

Tampak pasien tidak mau melihat kaki kirinya yang sudah diamputasi, tampak pasien menutupi kaki yang diamputasi dengan selimut.

a) Kontak mata : kontak mata kurang

b) Rentang perhatian : Rentang perhatian pasien baik tetapi jika berbicara dengan pasien perlu menggunakan volume suara yang tinggi karena pada telinga bagian kanan pasien tidak bisa mendengar dengan baik.

c) Suara dan cara bicara : Baik dan jelas

d) Postur tubuh : Tidak dikaji (pasien tidak dapat berdiri)

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 9 orang anak. Keluarga juga mengatakan hubungan pasien dengan keluarga, anak bahkan kerabat dan tetangga sangat baik. Pasien sering mengikuti kegiatan yang diadakan oleh kelurahan atau tetangga dekat dengan rumahnya.

##### 2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan merasa malu dengan kondisi kakinya yang sudah diamputasi.

##### 3) Observasi:

Tampak pasien hanya berbaring ditempat tidur

#### i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

##### 1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien adalah seorang ibu yang memiliki 1 suami dan 9 orang anak, pasien mengatakan iya mengalami haid pertama sejak umur 14 tahun dan berhenti haid saat umur 45 tahun. Pasien mengatakan bahwa iya tidak pernah memakai alat kontrasepsi.

##### 2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan tidak ada masalah yang dialami dalam seksualitas, tidak adanya penyimpangan seksual.

##### 3) Observasi:

Tampak tidak ada perilaku menyimpang yang dilakukan oleh pasien

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien suka menceritakan masalahnya kepada suami dan keluarganya 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 sudah diamputasi, pasien mengatakan bahwa anak dan suaminya selalu menemaninya selama ia dirawat di rumah sakit.

3) Observasi : tampak pasien berbaring di tempat tidur

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan bahwa ia selalu melaksanakan sholat 5 waktu dan tidak pernah meninggalkan sholat.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan bahwa ia selalu melaksanakan sholat 5 waktu dan tidak pernah meninggalkan sholat meskipun dalam keadaan sakit seperti sekarang ini dan ia melaksanakan sholat ditempat tidur.

3) Observasi: tampak anak pasien membaca alqur'an, tampak tasbih berada disamping pasien.

5. Uji Saraf Kranial

a. N I Olfaktorius : Pasien mampu menghidu bau-bauan yang diberikan dengan menyebutkan sambal mata tertutup.

b. N II Opticus : Pasien tidak mampu membaca tulisan font 12 dengan jarak 30-40cm (menggunakan kaca mata)

- c. N III Oculomotorius, IV Trochlearis, VI 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 kapas  
Motorik : pasien tidak mampu menggigit
- e. N VII Vacialis  
Sensorik : Pasien mampu menyebutkan rasa pengecapan yang diberikan (gula, garam, kopi)  
Motorik : Pasien tampak mampu tersenyum, meringis, mengangkat alis, mengerutkan dahi, mencucurkan bibir dan mengembungkan pipi.
- f. N VIII Vestibulo - Acusticus  
Vestibularis : Tidak dikaji pasien berbaring  
Akustikus : Pasien tidak mampu menunjukkan letak sumber suara karena pasien mengalami penurunan pendengaran
- g. N IX Glosopharingeus : Letak uvula pasien berada di tengah.
- h. N X Vagus : Pasien tampak mampu menelan.
- i. N XI Accesorius : Pasien mampu mengangkat kedua bahu dan menggerakkan kepala.
- j. N XII Hipoglossus : Pasien mampu menjulurkan lidah dan mendorong pipi menggunakan lidah dari dalam

## 6. Pemeriksaan Penunjang

### a. Pemeriksaan Laboratorium

Nama: Ny. M

Umur: 67 tahun

Tanggal: Selasa, 07 Juni 2022

Tabel 3. 1 Hasil Laboratorium Post Op Transtibial Amputation

Parameter	Nilai	Satuan	Nilai rujukan
WBC	12.47	$10^3/uL$	4.80-10.20
HCT	36.7	%	37.7-47.9
MCV	77.4	fL	80.0-97.0
PDW	8.6	fL	9.0-13.0
P-LCR	12.9	%	15.0-25.0
PCT	0.36	%	0.17-0.35
NEUT#	10.43	$10^3/uL$	1.50-7.00
MONO#	0.78	$10^3/uL$	0.00-0.70
NEUT%	83.7	%	37.0-80.0
LYMPH%	9.1	%	10.0-50.0

### b. Pemeriksaan extremitas / film

Nama: Ny. M

Umur: 67 tahun

Tanggal: Senin, 06 Juni 2022

- 1) Tampak os cruic sinistra intaks, tidak tampak fraktur maupun destruksi pada tulang-tulang cruic sinistra
- 2) Alignment ankle joint sinistra tidak simetris
- 3) Tampak os calcaneus sinistra porotik disertai tepi cortex menipis dan irreguler, tampak pula os tallus bergeser kelaterodistal
- 4) Bone mineralisasi berkurang
- 5) Tampak gambaran soft tissue swelling

Kesan:

- a) Dislokasi os tallus sinistra kelaterodistal
- b) Gambaran osteomyelitis os calcaneus sinistra

- c) Soft tissue swelling positif, tampak gambaran gas ganggen pada soft tissue
- d) Proses osteoporosis

c. Pemeriksaan extremitas / film

Nama: Ny. M

Umur: 67 tahun

Tanggal: Senin, 06 Juni 2022

- 1) Pemeriksaan foto Cruis sinistra ap-lat
- 2) Post amputasi os. Tibia et fibula sinistra 1/3 mid distal  
Soft tissue swelling (post op)

7. Terapi

- a. Cefoperazone 1 gr/12 jam/IV
- b. Ketorolac 30 mg/8 jam/IV
- c. Ranitidine 50 mg/12 jam/IV
- d. Apidra 4 unit/1-0-1/SC

### C. Analisa Data

Nama/Umur : Ny.M / 67 Tahun

Ruang/Kamar : St. Bernadeth II/506

Tabel 3. 2 Analisa Data

NO	DATA	Etiologi	Problem
1.	<p>DS:</p> <p>a. P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan setelah post op amputasi pada kaki sebelah kiri dan diperberat saat digerakkan</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 8</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri terus menerus</p> <p>b. Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena rasa nyeri yang dirasakan pada luka post op amputasi kaki sebelah kiri</p> <p>DO:</p> <p>a. Tampak pasien meringis</p> <p>b. Tampak pasien gelisah</p> <p>c. Tampak aktivitas pasien hanya ditempat tidur dan dibantu oleh keluarga</p> <p>d. Tampak wajah pasien mengantuk</p> <p>e. Tampak pasien menguap</p>	<p>Agen pencedera</p> <p>fisik</p>	<p>Nyeri akut</p> <p>(D.0077)</p>

2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui cara perawatan luka</li> <li>b. Pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui tanda dan gejala infeksi</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak luka post op amputasi</li> <li>b. Tampak kuku pasien panjang</li> <li>c. Tampak disekitar luka kemerahan</li> <li>d. Tampak keluarga tidak mencuci tangan saat sebelum dan sesudah menjenguk pasien</li> <li>e. Suhu badan 37,5°C</li> <li>f. Hasil pemeriksaan lab post op WBC: 12.47 10<sup>3</sup>/uL</li> </ul>	Efek prosedur  invasif	Resiko infeksi  (D.0142)
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien juga mengatakan bahwa ia hampir putus asa saat setiap melihat kakinya yang sudah di amputasi</li> <li>b. Pasien mengatakan merasa malu dengan kondisi kakinya yang sudah di amputasi dan selalu memikirkan apa yang akan digunakan untuk berjalan lagi.</li> <li>c. Pasien mengatakan cemas dengan penyakit dan keadaannya sekarang karena sudah tidak dapat berjalan normal seperti</li> </ul>	Perubahan  struktur / bentuk  tubuh	Gangguan citra  tubuh (D.0083)

	<p>dulu lagi karena kaki sebelah kiri sudah diamputasi</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tampak pasien tidak menatap perawat saat diajak berbicara</li> <li>Tampak pasien tidak mau melihat kaki kirinya yang sudah diamputasi</li> <li>Tampak pasien menutupi kaki yang diamputasi dengan selimut.</li> <li>Tampak hasil pemeriksaan extremitas / film: Post amputasi os. Tibia et fibula sinistra 1/3 mid distal</li> </ol>		
4.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan ia sering merasa lapar</li> <li>Pasien mengatakan ia sering merasa haus</li> <li>Pasien mengatakan setiap sebelum makan pagi dan sore pasien disuntikkan insulin Apidra sebanyak 4 unit</li> <li>Pasien mengatakan ia merasa lelah dan lesuh</li> <li>Pasien mengatakan bahwa ia sering buang air kecil</li> <li>Pasien mengatakan ia mendapatkan terapi insulin sejak 3 bulan yang lalu.</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tampak pasien lesuh</li> <li>Tampak pasien lemah</li> <li>GDS: 202 g/dL</li> <li>Tampak insulin apidra</li> </ol>	<p>Disfungsi Pankreas</p>	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)</p>

	pasien disimpan didalam kulkas rumah sakit		
--	--	--	--

#### D. Diagnosis Keperawatan

Nama/Umur : Ny.M / 67 Tahun

Ruang/Kamar : St.Bernadeth II/506

Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
I.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederah fisik (D.0077)
II.	Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D.0142)
III.	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur / bentuk tubuh (D.0083)
IV.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas (D.0027)

### E. Perencanaan Keperawatan

Nama/Umur : Ny.M / 67 Tahun

Ruang/Kamar : St. Bernadet II/506

Tabel 3. 4 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Gelisah menurun d. Kesulitan tidur membaik	Manajemen nyeri 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 Edukasi: a. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D.0142)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: a. Kebersihan tangan meningkat b. Kebersihan badan meningkat	Pencegahan infeksi Tindakan: Observasi: a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

		<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Kemerahan menurun</li> <li>d. Cairan berbau busuk menurun</li> <li>e. Kultur area luka membaik</li> </ul>	<p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>c. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> </ul> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ul>
3.	<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh ditandai dengan mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh, kehilangan bagian tubuh, fungsi/struktur tubuh berubah/hilang, mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh, menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan, menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh (D.0083)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melihat bagian tubuh meningkat</li> <li>b. Verbalisasi kecatatan bagian tubuh meningkat</li> <li>c. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh menurun</li> <li>d. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun</li> <li>e. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun</li> </ul>	<p>Promosi citra tubuh</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ul 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> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</li> <li>b. Anjurkan menggunakan alat bantu</li> </ul>

4.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas ditandai dengan lelah atau lesu, kadar glukosa dalam darah/urin tinggi (D.0027)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil: a. Mengantuk menurun b. Keluhan lapar menurun c. Rasa haus menurun d. Kadar glukosa darah membaik	Manajemen hiperglikemia Tindakan: Observasi: a. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia Terapeutik: a. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi: a. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri b. Anjurkan kepatuhan terhadap diet c. Ajarkan pengelolaan diabetes Kolaborasi: b. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
----	---	---	--

## F. Implementasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny.M / 67 Tahun

Ruang/Kamar : St. Bernadeth II/506

Tabel 3. 5 Implementasi Keperawatan

Tanggal	D X	Waktu	Implementasi	Perawat
Selasa, 07 Juni 2022  Dinas Pagi	II	07.00	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: a. Tampak perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien b. Tampak kerabat yang menjaga dan menjenguk pasien tidak mencuci tangan	Orpa
	IV	07.30	Memonitor kadar glukosa darah Hasil: a. GDS: 198 g/dL b. Tampak pasien lemas	Orpa
	I	08.00	Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal Hasil: a. Tampak wajah pasien meringis b. Tampak pasien gelisah	Orpa
	1	08.10	Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri Hasil: a. Tampak pasien mengikuti teknik relaksasi nafas dalam yang diajarkan oleh perawat b. Pasien mengatakan mengerti apa yang diajarkan oleh perawat	Orpa
	III	09.00	Memonitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Hasil: a. Tampak pasien tidak mau melihat kaki kirinya yang sudah diamputasi	Orpa

			b. Tampak pasien menutupi kaki yang diamputasi dengan selimut.	
	III	09.30	Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri Hasil: Pasien mengatakan dirinya hanya menjadi beban terutama suami dan anaknya untuk merawat dan membantunya karena sakitnya	Orpa
	I,II ,III ,IV	10.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: a. TD: 115/60 mmHg b. N: 80x/menit c. S: 37,5°C d. P: 20x/menit	Orpa
	II	11.00	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: a. Perawat menjelaskan tanda dan gejala infeksi seperti jika muncul nana atau cairan dari luka, kulit disekitar luka kemerahan, luka terasa nyeri, demam atau suhu tubuh diatas normal b. Keluarga pasien mengatakan mengerti penjelasan yang dijelaskan oleh perawat	Orpa
	II	11.30	Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar Hasil: Tampak pasien dan keluarga mengikuti cara cuci tangan dengan benar yang diajarkan oleh perawat Pasien dan keluarga mengatakan belum mengetahui cara cuci tangan dengan benar	Orpa
	I	12.00	Memberikan terapi obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: Ketorolac 30 mg/8 jam/IV	Orpa

	IV	13.00	<p>Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Pasien mengatakan pasien sering merasa haus</p> <p>b. Pasien mengatakan bahwa ia sering merasa lapar dan merasa lemas</p> <p>c. Pasien mengatakan ia sering buang air kecil</p>	Orpa
	IV	13.30	<p>Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>Hasil:</p> <p>Keluarga pasien mengatakan akan melakukan anjuran perawat jika pasien telah pulang dan dirawat dirumah</p>	Orpa
	I	13.40	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>Hasil:</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah post op amputasi dan memberat saat digerakkan</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk- tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri tempat luka operasi</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri skala 8</p> <p>T: Pasien mengataka nyeri dirasakan terus-menerus</p> <p>Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri</p>	Orpa
	I	13.45	<p>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Tampak wajah pasien meringis</p> <p>b. Tampak pasien gelisah</p>	Orpa
	I	13.47	<p>Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Tampak pasien mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat</p> <p>b. Pasien mengatakan nyeri berkurang</p>	Orpa

Dinas Sore			saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam	
	II	14.15	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: Tampak perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Rita
	II	14.20	Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Hasil: Tampak perawat selalu memakai APD saat melakukan tindakan medis kepada pasien	Rita
	III	15.05	Memonitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Hasil: a. Pasien mengatakan ia tidak mau melihat kakinya yang sudah diamputasi b. Pasien mengatakan jika ia melihat kakinya yang sudah diamputasi ia merasa sedih	Rita
	III	15.13	Mendiskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Hasil: Pasien mengatakan dengan kondisi kaki kiri yang sudah diamputasi, pasien tidak bisa lagi beraktivitas seperti dulu	Rita
	III	15.15	Menganjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh Pasien mengatakan merasa sedih dengan kondisinya seperti sekarang ini dengan kaki kiri yang diamputasi	Rita
	I,II ,III IV	15.20	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: a. Tekanan darah: 169/88 mmHg b. Nadi: 76x/menit c. Suhu: 37,7°C	Rita

			d. Pernapasan: 22x/menit	
	III	15.23	Menganjurkan menggunakan alat bantu Hasil: Tampak pasien menggunakan pakaian yang panjang untuk menutupi bagian kaki yang sudah diamputasi.	Rita
	IV	16.00	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil: a. Pasien mengatakan ia sering haus b. Pasien mengatakan ia sering lapar dan mengantuk c. Pasien mengatakan ia sering kencing	Rita
	II	18.00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: a. Cefoperazone 1 gr/12 jam/IV b. Ranitidine 50 mg/12 jam/IV	Rita
	IV	18.02	Menganjurkan kepatuhan terhadap diet Hasil: a. Pasien mengatakan ia hanya makan makanan yang disediakan oleh rumah sakit	Rita
	IV	18.05	Mengajarkan pengelolaan diabetes Hasil: a. Perawat mengajarkan cara bagaimana menyuntikkan insulin dengan benar sesuai dengan jumlah unit yang diberikan b. Pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka mengerti apa yang diajarkan oleh perawat tentang pengelolaan diabetes	Rita
	IV	18.30	Mengkolaborasikan pemberian insulin Hasil: Apidra 4 Unit	Rita
	II	19.00	Membatasi jumlah pengunjung Hasil:	Rita

			Tampak keluarga mengunjungi pasien secara bergantian saat jam besuk pasien dan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
	II	19.03	Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar Hasil: Tampak pasien dan keluarga mengikuti cara cuci tangan dengan benar yang diajarkan oleh perawat	Rita
	I	20.00	Memberikan terapi obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: Ketoralac 30 mg/8 jam/IV	Rita
	II	20.30	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: a. Perawat menjelaskan tanda dan gejala infeksi seperti, teraba hangat pada sekitar luka dan suhu tubuh diatas normal.	Rita
	I	20.40	Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan setelah post op amputasi dan memberat saat digerakkan Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 8 T: Pasien mengatakan nyeri terus menerus	Rita
	I	20.45	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: a. Tampak wajah pasien meringis b. Tampak pasien gelisah	Rita
	I	21.00	Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Rita

Dinas Malam			<p>Hasil:</p> <p>a. Tampak pasien mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat</p> <p>b. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam</p>	
	I,II III, IV	21.30	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Tekanan darah: 173/88 mmHg</p> <p>b. Nadi: 80x/menit</p> <p>c. Suhu: 37,4°C</p> <p>d. Pernapasan: 20x/menit</p>	Perawat
	I	04.00	<p>Mengkolaborasikan pemberian obat analgetik</p> <p>Hasil:</p> <p>Ketorolac 30 mg/IV</p>	Perawat
	I,II III, IV	05.00	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <p>a. TD: 140/90 mmHg</p> <p>b. N : 90x/menit</p> <p>c. S: 37°C</p> <p>d. P: 22x/menit</p>	Perawat
	IV	05.45	<p>Mengkolaborasikan pemberian insulin</p> <p>Hasil:</p> <p>Apidra 4 unit</p>	Perawat
	II	06.00	<p>Mengkolaborasikan pemberian obat</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Cefoperazone 1 gr/IV</p> <p>b. Ranitidine 50 mg/IV</p>	Perawat
	I	06.55	<p>Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas</p> <p>Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Hasil:</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan setelah post op amputasi</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p>	Perawat

Rabu, 08 Juni 2022 Dinas Pagi	I	07.00	R: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 8 T: Pasien mengatakan nyeri terus menerus	Orpa
			Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: Tampak wajah pasien meringis	
	I	07.02	Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: a. Tampak pasien mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat b. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam	Orpa
	IV	09.00	Memonitor kadar gula darah Hasil: GDS: 109 g/dL	Orpa
	III	10.00	Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri Hasil: Pasien mengatakan masih merasa menjadi beban untuk anak-anak dan suaminya tetapi berkurang setelah mendengar penjelasan dokter tentang kaki palsu	Orpa
	III	11.00	Memonitor apakah pasien bisa melihat bagaian tubuh yang berubah Hasil: a. Tampak pasien masih belum siap untuk melihat kakinyanya yang sudah diamputasi b. Tampak pasien menutupi kakinya yang diamputasi dengan selimut	Orpa
	I	12.00	Mengkolaborasikan pemberian obat analgetik Hasil: Ketorolac 30 mg/8 jam/ IV	Orpa
	II	12.50	Mempertahankan teknik aseptik pada	Orpa

			pasien beresiko tinggi Hasil: Tampak perawat memakai APD saat melakukan tindakan medis kepada pasien	
	II	12.55	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: a. Tampak perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien b. Keluarga pasien mengatakan biasanya ia lupa mencuci tangan saat sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Orpa
	III	13.00	Menganjurkan keluarga dan pasien menggunakan alat bantu Hasil: Keluarga pasien mengatakan akan melakukan anjuran perawat untuk menggunakan alat bantu	Orpa
	III	13.10	Mendiskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Hasil: Pasien mengatakan cemas dengan penyakitnya sekarang, bagaimana kedepannya pasien sudah tidak bisa berjalan normal seperti dulu lagi karena kaki sebelah kiri telah diamputasi	Orpa
	IV	13.30	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil: a. Pasien mengatakan pasien masih sering merasa haus b. Pasien mengatakan pasien masih sering merasa lapar dan merasa lemas	Orpa
	IV	13.40	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri Hasil: Keluarga pasien mengatakan akan melakukan anjuran perawat jika pasien telah ulang dan dirawat dirumah meski nanti pasien mengalami lagi gula darah	Orpa

Dinas sore	I	13.50	<p>rendah keluarga akan tetap untuk mengecek gula darah pasien</p> <p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: P: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri dan memberat saat digerakkan Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk- tusuk R: Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri tempat luka operasi S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 7 T: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri namun dirasakan hilang timbul hilang timbul 8-9 detik</p> <p>a. Tampak wajah pasien mengantuk dan sering menguap b. Pasiin mengatakan tidur pasien terganggu akibat nyeri yang dirasakan pasien</p>	Orpa
	I	14.00	<p>Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: a. Tampak pasien mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat b. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam</p>	Orpa
	II	14.10	<p>Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: Tampak perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>	Rita
	II	14.20	<p>Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Hasil: Tampak perawat memakai APD saat</p>	Rita

			melakukan tindakan medis kepada pasien	
	II	14.25	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: a. Perawat menjelaskan tanda dan gejala infeksi seperti luka berbau busuk, teraba hangat pada tubuh pasien serta suhu tubuh pasien diatas normal b. Pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka mengerti apa yang di jelaskan oleh perawat tentang tanda dan gejala infeksi	Rita
	II	14.30	Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar Hasil: a. Pasien dan keluarga mengatakan mengerti apa yang diajarkan oleh perawat b. Pasien mengatakan masih jarang mencuci tangan karena tidak suka jika tangannya selalu basah c. Keluarga pasien mengatakan jarang mencuci tangan saat sebelum dan sesudah kontak dengan pasien karena tidak terbiasa sering mencuci tangan	Rita
	III	16.00	Memonitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Hasil: a. Pasien mengatakan ia belum siap melihat kakinya yang sudah diamputasi b. Pasien mengatakan jika ia melihat kakinya yang sudah diamputasi ia merasa sedih	Rita
	III	17.00	Menganjurkan menggunakan alat bantu Hasil: Pasien mengatakan ia akan selalu menggunakan pakaian yang panjang untuk menutupi bagian kaki yang sudah diamputasi.  Mendiskusikan persepsi pasien dan	Rita

	III	17.30	keluarga tentang perubahan citra tubuh Hasil: Pasien mengatakan dengan kondisi kaki kiri yang sudah diamputasi, pasien tidak bisa lagi beraktivitas seperti dulu lagi	Rita
	III	17.35	Menganjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh Hasil: Pasien mengatakan merasa sedih dengan kondisinya seperti sekarang ini dengan kaki kiri yang diamputasi	Rita
	II	17.40	Membatasi jumlah pengunjung Hasil: Tampak hanya dua orang keluarga yang mengunjungi pasien	Rita
	II	18.00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: a. Cefoperazone 1 gr/12 jam/IV b. Ranitidine 50 mg/12 jam/IV	Rita
	IV	18.05	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil: a. Pasien mengatakan ia sering haus b. Pasien mengatakan ia merasakan sering kencing meskipun memakai kateter c. Pasien mengatakan ia sering lapar dan mengantuk	Rita
	IV	18.10	Mengajarkan pengelolaan diabetes Hasil: a. Tampak perawat mengajarkan cara menyuntikkan insulin dengan benar b. Pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka mengerti apa yang diajarkan oleh perawat tentang pengelolaan diabetes	Rita
	IV	18.15	Menganjurkan kepatuhan terhadap diet Hasil: a. Pasien mengatakan ia hanya makan	Rita

			<p>makanan yang disediakan oleh rumah sakit</p> <p>b. Pasien mengatakan akan selalu patuh terhadap diet yang sudah dianjurkan</p>	
	IV	18.30	<p>Mengkolaborasikan pemberian insulin</p> <p>Hasil: Apidra 4 Unit</p>	Rita
	I	20.00	<p>Memberikan terapi obat sesuai dengan instruksi dokter</p> <p>Hasil: Ketorolac 30 mg/8 jam/IV</p>	Rita
	I, II, III IV	20.30	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil: a. Tekanan darah: 128/72 mmHg b. Nadi: 84x/menit c. Suhu: 37,2°C d. Pernapasan: 20x/menit</p>	Rita
	I	20.50	<p>Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas</p> <p>Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Hasil: P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah post op amputasi Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 7 T: Pasien mengatakan hilang timbul dengan durasi nyeri 7-8 detik</p>	Rita
	I	20.55	<p>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>Hasil: Tampak wajah pasien meringis</p>	Rita
	I	21.00	<p>Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Hasil: a. Tampak pasien mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat b. Pasien mengatakan nyeri sedikit</p>	Rita

Dinas Malam	I, II, III, IV	21.20	berkurang saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam  Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: a. Tekanan darah: 173/88 mmHg b. Nadi: 80x/menit c. Suhu: 37,4°C d. Pernapasan: 20x/menit	Perawat
	I	04.00	Mengkolaborasikan pemberian obat analgetik Hasil: Ketorolac 30 mg/8 jam/IV	Perawat
	I, II, III, IV	05.20	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: a. TD: 140/90 mmHg b. N : 90x/menit c. S: 37°C d. P: 22x/menit	Perawat
	IV	05.50	Mengkolaborasikan pemberian insulin Hasil: Apidra 4 unit	Perawat
	II	06.00	Mengkolaborasikan pemberian obat Hasil: a. Cefoperazone 1 gr/IV b. Ranitidine 50 mg/IV	Perawat
	I	06.30	Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan setelah post op amputasi Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 7 T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul	Perawat

Kamis, 09 Juni 2022 Dinas Pagi	I	06.40	dengan durasi 5-6 detik  Mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti apa yang diajarkan oleh perawat	Perawat
	II	07.30	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: Tampak perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Rita
	III	07.32	Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Hasil: Tampak perawat memakai APD saat melakukan tindakan medis kepada pasien	Rita
	III	07.42	Memonitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Hasil: Pasien mengatakan jika ia sudah bisa melihat kakinya yang sudah diamputasi meskipun hanya sesekali	Rita
	III	07.43	Mendiskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Hasil: Pasien mengatakan dengan kondisi kaki kiri yang sudah diamputasi, pasien tidak bisa lagi beraktivitas seperti dulu lagi	Rita
	III	09.00	Menganjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh Hasil: Pasien mengatakan meskipun kondisi kaki kiri sudah diamputasi ia tetap harus semangat  Menganjurkan menggunakan alat bantu	Rita

	III	09.05	Hasil: Pasien mengatakan ia akan selalu menggunakan pakaian yang panjang untuk menutupi bagian kaki yang sudah diamputasi.	Rita
	I	09.07	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: Tampak wajah pasien meringis	Rita
	I	09.15	Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: a. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam b. Tampak pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam	Rita
	I	09.20	Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah post op amputasi pada kaki sebelah kiri Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 6 T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 4-5 detik	Rita
	I, II, III IV	09.25	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: a. Tekanan darah: 126/80 mmHg b. Nadi: 80x/menit c. Suhu: 36,8°C d. Pernapasan: 20x/menit	Rita
	IV	10.00	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil: a. Pasien mengatakan iya sering haus	Rita

			<p>b. Pasien mengatakan iya sering kencing c. Pasien mengatakan ia sering lapar dan mengantuk</p>	
	IV	10.30	<p>Mengajarkan pengelolaan diabetes Hasil: a. Pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka mengerti apa yang diajarkan oleh perawat tentang cara menyuntikkan insulin dengan benar b. Keluarga pasien mengatakan sudah mengetahui cara menyuntikkan insulin dengan benar</p>	Rita
	IV	10.35	<p>Menganjurkan kepatuhan terhadap diet Hasil: a. Pasien mengatakan ia hanya makan makanan yang disediakan oleh rumah sakit b. Keluarga pasien mengatakan bahwa mereka akan selalu memantau makanan yang dikonsumsi oleh pasien saat pulang dirumah</p>	Rita
	II	11.00	<p>Membatasi jumlah pengunjung Hasil: Tampak keluarga secara bergantian menjenguk pasien</p>	Rita
	II	11.05	<p>Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka mengerti apa yang di jelaskan oleh perawat tentang tanda dan gejala infeksi</p>	Rita
	II	11.30	<p>Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar Hasil: a. Perawat mengajarkan cara cuci tangan dengan benar b. Tampak pasien dan keluarga mengikuti cara cuci tangan dengan benar yang diajarkan oleh perawat c. Pasien dan keluarga mengatakan</p>	Rita

			mengerti apa yang diajarkan oleh perawat dan sudah mengetahui cara cuci tangan dengan benar meskipun masih jarang mencuci tangan	
	I	12.00	Memberikan terapi obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: Ketorolac 30 mg/8 jam/IV	Rita
	I	13.00	Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah post op amputasi Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 6 T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 4-5 detik	Rita
	I	13.05	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: Tampak wajah pasien meringis	Rita
	I	13.10	Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: a. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam b. Tampak pasien mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat	Rita
	I, II, III	13.50	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: a. Tekanan darah: 130/88 mmHg b. Nadi: 80x/menit	Rita

Dinas Sore	IV		c. Suhu: 36,8°C d. Pernapasan: 20x/menit	
	I	14.00	Mengajarkan teknik non-farmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri Hasil: a. Tampak pasien melakukan yang diajarkan perawat melakukan teknik relaksi nafas dalam saat nyeri yang dirasakan timbul b. Pasien mengatakan teknik relaksasi nafas dalam sangat membantu setelah beberapa kali ia melakukan saat merasakan nyeri karena nyeri yang dirasakan berkurang	Orpa
	I	14.05	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri skala 6	Orpa
	III	15.00	Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri Hasil: a. Pasien mengatakan pasien harus bersemngat untuk sembuh agar pasien tidak jadi beban untuk anak dan suaminya karena pasien masi bisa melakukan segala sesuatu dengan alat bantu b. Pasien mengatakan cemas yang dirasakan sudah tidak ada tentang penyakitnya sekarang, dan bagaimana kedepannya karena pasien bisa berjalan dengan menggunakan alat bantu jika luka operasinya telah sembuh karena keluarga nya selalu mendukung dan semngatin pasien terutama pada saat luka bekas operasi sembuh pasien akan dipasangkan alat bantu seperti kaki palsu	Orpa
			Mengobservasi tanda-tanda vital	

I, II, III IV	16.00	Hasil: a. TD: 135/80 b. N: 88 x/menit c. S: 36,5°C d. P: 20 x/menit	Orpa
IV	16.30	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil: a. Pasien mengatakan pasien masih sering merasa haus meski banyak air yang pasien minum b. Pasien mengatakan pasien meminum air putih dari jam 14.00 sampe jam makan 21.00 ± 6 gelas (1000cc) c. Pasien mengatakan pasien masih sering merasa lapar dan merasa lemas	Orpa
IV	17.30	Kolaborasi pemberian insulin Hasil: Apidra 4 unit	Orpa
II	18.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil: a. Cefoperazone 1 gr/12 jam/IV b. Ranitidine 50 mg/12 jam/IV	Orpa
II	19.00	Kolaborasi mengganti verban pada luka operasi pasien Hasil: a. Tampak luka pasien mulai kering b. Tampak disekitar luka sedikit kemerahan c. Membersihkan daerah insisi menggunakan Nacl 0,9 % d. Kontrol dan ganti verban 3 hari kemudian	Orpa
II	19.20	Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik Hasil: a. Tampak luka operasi pasien mulai kering dan telah dilakukan ganti verban b. Tampak kerabat yang menjaga dan	Orpa

			menjenguk pasien masih telah mencuci tangan c. Suhu badan 36.5°C	
	II	19.25	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi kepada pasien dan keluarga Hasil: a. Keluarga mengatakan telah memahami penjelasan perawat jika adanya tanda gejala infeksi pada luka pasien, keluarga akan segera memeriksakan pasien ke rumah sakit b. Tampak tidak ada tanda dan gejala infeksi pada luka pada kaki bekas operasi, tidak ada nanah, suhu normal	Orpa
	III	19.35	Menganjurkan keluarga dan pasien menggunakan alat bantu Hasil: Keluarga pasien mengatakan akan melakukan anjuran perawat untuk menggunakan alat bantu, keluarga mengatakan pasien selagi luka operasi belum sembuh dokter menjelaskan baiknya menggunakan tongkat atau kursi roda dahulu, jika sembuh baru konsultasi mengenai kaki palsu	Orpa
	I	20.00	Mengkolaborasikan pemberian obat analgetik hasil: ketorolac 30mg/8jam/IV	Orpa
	I, II, III IV	20.10	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: a. Tekanan darah: 120/88 mmHg b. Nadi: 89x/menit c. Suhu: 36,8°C d. Pernapasan: 20x/menit	Orpa
	I	20.40	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan mengidentifikasi skala nyeri	Orpa

			<p>Hasil:  P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah post op amputasi dan memberat saat digerakkan  Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk- tusuk  R: Pasien mengatakan nyeri pada luka kaki sebelah kiri  S: Pasien mengatakan skala nyeri skala 6  T: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri namun dirasakan hilang timbul 4-5 detik</p>	
	I	20.45	<p>Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri  Hasil:  Pasien mengatakan mengerti apa yang diajarkan oleh perawat</p>	Orpa
	I	20.50	<p>Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal dan faktor memperberat nyeri  Hasil:  a. Tampak wajah pasien masih meringis  b. Tampak pasien masih gelisah  c. Pasien mengatakan nyeri diperberat jika pasien bergerak tetapi tidak trlalu nyeri seperti sebelumnya</p>	Orpa
	I	21.00	<p>Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri  Hasil:  Pasien mengatakan mengerti apa yang diajarkan oleh perawat</p>	Orpa
	I	21.05	<p>Mengidentifikasi skala nyeri  Hasil:  Pasien mengatakan nyeri pada skala 6</p>	Orpa

### G. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny.M / 67 Tahun

Ruang/Kamar : St.Bernadeth II/506

Tabel 3. 6 Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
<p>Selasa, 07 Juni 2022 (DP)</p>	<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 dirasaat saat setelah post op amputasi dan memberat saat digerakkan Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk- tusuk R: Pasien mengatakan nyeri pada luka kaki sebelah kiri S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 8 T: Pasien mengataka nyeri dirasakan terus-menerus</p> <p>b. Pasien mengatakan tidur masih terganggu karena nyeri yang terus menerus dirasakan</p> <p>O:</p> <p>a. Observasi TTV TD: 115/60 N: 80 x/menit S: 37,5°c P: 20 x/menit</p> <p>b. Tampak wajah pasien meringis</p> <p>c. Tampak pasien gelisah</p> <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <p>a. Identifikasi lokasi, kharateristik, durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri</p>	<p>Orpa</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Identikasi respon nyeri non verbal</li> <li>d. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>e. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>	
	<p>2. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D.0142)</p> <p>S:          Keluarga pasien mengatakan belum mengetahui cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak kerabat yang menjaga dan menjenguk pasien tidak mencuci tangan</li> <li>b. Tampak luka operasi pasien tertutup verban elastis</li> <li>c. Suhu badan 37.5°C</li> </ul> <p>A: Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P: lanjutkan Intervensi pencegahan infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematis</li> <li>b. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>c. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> </ul>	Orpa
	<p>3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur / bentuk tubuh (D.0083)</p> <p>S:          Pasien mengatakan dirinya hanya menjadi beban terutama suami dan anaknya untuk merawat dan membantunya karena sakitnya</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> <ul 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> <li>c. Anjurkan menggunakan alat bantu</li> </ul>	Orpa
	<p>4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas (D.0027)</p> <p>S:</p>	Orpa

	<p>a. Pasien mengatakan pasien sering merasa haus meski banyak air yang pasien minum</p> <p>b. Pasien mengatakan pasien merasa lapar dan merasa lemas</p> <p>c. Pasien mengatakan masih sering buang air kecil</p> <p>O:</p> <p>a. Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur</p> <p>b. GDS: 198 g/dL</p> <p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</li> <li>2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>3. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet</li> <li>5. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</li> </ol>	
(DS)	<p>1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan setelah post op amputasi</li> </ol> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 8</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Pasien mengatakan sering terbangun karena nyeri yang dirasakan</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak wajah pasien meringis</li> <li>b. Tampak pasien gelisah</li> </ol> <p>A: Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>d. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>e. Ajarkan teknik non farmakologis untuk</li> </ol>	Rita

	<p>mengurangi rasa nyeri</p> <p>f. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	
	<p>2. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D.0142)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga pasien mengatakan jarang mencuci tangan saat sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>b. Pasien dan keluarga mengatakan lupa cara mencuci tangan dengan benar yang sudah diajarkan oleh perawat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Suhu badan 37,6°C</li> <li>b. Teraba hangat pada sekitar luka operasi</li> </ul> <p>A: Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi Pencegahan infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis</li> <li>b. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> <li>e. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>f. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> </ul>	Rita
	<p>3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur / bentuk tubuh (D.0083)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan merasa sedih dengan kondisi kaki kiri yang sudah diamputasi</li> <li>b. Pasien mengatakan ia merasa tidak berguna lagi karena ia tidak dapat berjalan dengan kondisi kaki kiri sudah di amputasi</li> </ul> <p>O:</p> <p>Tampak pasien menutupi kaki yang sudah diamputasi dengan selimut</p> <p>A: Gangguan citra tubuh belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi promosi citra tubuh</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</li> <li>b. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> <li>c. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian</li> </ul>	Rita

	<p>tubuh yang berubah</p> <p>d. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>e. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>f. Anjurkan menggunakan alat bantu</p>	
	<p>4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas (D.0027)</p> <p>S:</p> <p>a. Pasien mengatakan ia sering merasa haus</p> <p>b. Pasien mengatakan ia sering merasa lapar</p> <p>c. Pasien mengatakan ia sering mengantuk</p> <p>d. Pasien mengatakan ia sering buang air kecil</p> <p>O:</p> <p>Tampak pasien terbaring lemah</p> <p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi Manajemen hiperglikemia</p> <p>a. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</p> <p>b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>c. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>d. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>e. Anjurkan kepatuhan terhadap diet</p> <p>f. Ajarkan pengelolaan diabetes</p> <p>g. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p>	Rita
Rabu, 08 Juni 2022 (DP)	<p>1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur (D.0077)</p> <p>S:</p> <p>a. P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah post op amputasi</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk- tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri tempat luka operasi</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan berkurang menjadi 7</p> <p>T: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri namun dirasakan hilang timbul 8-9 detik</p> <p>b. Pasien mengatakan tidurnya masih</p>	Orpa

	<p>terganggukarena nyeri yang dirasakan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien gelisah.</li> <li>b. Observasi TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>1) TD: 130/70</li> <li>2) N: 89 x/menit</li> <li>3) S: 36,8°</li> <li>4) P: 20 x/menit</li> </ul> </li> <li>c. Tampak wajah pasien masih meringis</li> </ul> <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, kharateristik, durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identikasi respon nyeri non verbal</li> <li>d. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>e. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>	
	<p>2. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D.0142)</p> <p>S:</p> <p>Keluarga pasien mengatakan ia biasanya lupa mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak luka operasi pasien masi tertutup tertutup verban elastis dan belum ganti verban</li> <li>b. Tampak kuku pasien panjang</li> <li>c. Suhu badan 36,8°C</li> </ul> <p>A: Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi pencegahan infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>b. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>c. Ajarkan cara mencuci tangan denganbenar</li> </ul>	Orpa
	<p>3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur / bentuk tubuh (D.0083)</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan cemas dengan penyakitnya</p>	Orpa

	<p>sekarang, bagaimana kedepannya pasien sudah tidak bisa berjalan normal seperti dulu lagi karena kaki sebelah kiri telah diamputasi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tampak pasien belum siap untuk melihat kakinya yang telah diamputasi</li> <li>Tampak pasien menutupi kakinya dengan selimut</li> </ol> <p>A: Gangguan citra tubuh belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi promosi citra tubuh</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social</li> <li>Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> <li>Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</li> <li>Anjurkan menggunakan alat bantu</li> </ol>	
	<p>4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas (D.0027)</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan pasien masih sering merasa haus</li> <li>Pasien mengatakan pasien masi sering merasa lapar dan merasa lemas</li> <li>keluarga pasien mengatakan akan melakukan anjuran perawat monitor kadar glukosa darah mandiri jika pasien telah pulang dan dirawat dirumah meski nanti pasien mengalami lagi gula darah rendah keluarga akan tetap untuk mengecek gula darah pasien</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tampak pasien tidak menghabiskan makanan yang disediakan rumah sakit</li> <li>GDS: 109 g/dL</li> </ol> <p>A: ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</li> <li>Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>Anjurkan kepatuhan terhadap diet</li> <li>Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</li> </ol>	Orpa
(DS)	1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Rita

	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah post op amputasi</li> <li>Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</li> <li>R: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri</li> <li>S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 7</li> <li>T: Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 7-8 detik</li> <li>b. Pasien mengatakan bahwa ia masih sering terbangun karena nyeri yang dirasakan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak wajah pasien meringis</li> <li>b. Tampak wajah pasien mengantuk</li> <li>c. Tanda-tanda vital: <ul style="list-style-type: none"> <li>1)Tekanan darah: 128/72 mmHg</li> <li>2)Nadi: 84x/menit</li> <li>3)Suhu: 37,2°C</li> <li>4)Pernapasan: 20x/menit</li> </ul> </li> </ul> <p>A: Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>d. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>e. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>f. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>	
	<p>2. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D.0142)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan masih jarang mencuci tangan karena tidak suka jika tangannya selalu basah</li> <li>b. Keluarga pasien mengatakan jarang mencuci tangan saat sebelum dan sesudah kontak dengan pasien karena tidak terbiasa sering mencuci tangan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Teraba hangat pada sekitar luka operasi</li> <li>b. Luka berbau busuk</li> </ul>	Rita

	<p>c. Tanda-tanda vital:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tekanan darah: 128/72 mmHg</li> <li>2) Nadi: 84x/menit</li> <li>3) Suhu: 37,2°C</li> <li>4) Pernapasan: 20x/menit</li> </ol> <p>A: Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>c. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> <li>d. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>e. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> </ol>	
	<p>3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur / bentuk tubuh (D.0083)</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan merasa sedih dengan kondisi kaki kiri yang sudah diamputasi</li> <li>b. Pasien mengatakan dengan kondisi kaki kiri yang sudah diamputasi, pasien tidak bisa lagi beraktivitas seperti dulu lagi</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien menutupi kaki dengan selimut yang sudah diamputasi</li> <li>b. Tanda-tanda vital: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tekanan darah: 128/72 mmHg</li> <li>2) Nadi: 84x/menit</li> <li>3) Suhu: 37,2°C</li> <li>4) Pernapasan: 20x/menit</li> </ol> </li> </ol> <p>A: Gangguan citra tubuh belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi promosi citra tubuh</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> <li>c. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</li> <li>d. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</li> <li>e. Anjurkan menggunakan alat bantu</li> </ol>	Rita
	<p>4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas (D.0027)</p>	Rita

	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan ia sering merasa haus</li> <li>b. Pasien mengatakan ia sering merasa lapar</li> <li>c. Pasien mengatakan ia sering mengantuk</li> <li>d. Pasien mengatakan ia sering buang air kecil</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien terbaring lemah</li> <li>b. Tanda-tanda vital: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tekanan darah: 128/72 mmHg</li> <li>2) Nadi: 84x/menit</li> <li>3) Suhu: 37,2°C</li> <li>4) Pernapasan: 20x/menit</li> </ol> </li> </ol> <p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</li> <li>b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>c. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>d. Anjurkan kepatuhan terhadap diet</li> <li>e. Ajarkan pengelolaan diabetes</li> <li>f. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</li> </ol>	
<p>Kamis, 09 Juni 2022 (DP)</p>	<p>1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah post op amputasi</li> </ol> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 6</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 4-5 detik</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak wajah pasien meringis</li> <li>b. Tampak wajah pasien mengantuk</li> <li>c. Tanda-tanda vital: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tekanan darah: 130/88 mmHg</li> <li>2) Nadi: 80x/menit</li> <li>3) Suhu: 36,8°C</li> <li>4) Pernapasan: 20x/menit</li> </ol> </li> </ol>	<p>Rita</p>

	<p>A: Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>d. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>e. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>f. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>	
	<p>2. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D.0142)</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan masih jarang mencuci tangan meskipun sudah tahu cara cuci tangan dengan benar karena tidak suka jika tangannya selalu basah</li> <li>b. Keluarga pasien mengatakan jarang mencuci tangan saat sebelum dan sesudah kontak dengan pasien karena tidak terbiasa sering mencuci tangan</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Teraba hangat pada sekitar luka operasi</li> <li>b. Luka berbau busuk</li> <li>c. Tanda-tanda vital: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tekanan darah: 130/88 mmHg</li> <li>2) Nadi: 80x/menit</li> <li>3) Suhu: 36,8°C</li> <li>4) Pernapasan: 20x/menit</li> </ol> </li> </ol> <p>A: Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>b. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> <li>e. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>f. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>g. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> </ol>	Rita
	3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan	Rita

	<p>perubahan struktur / bentuk tubuh (D.0083)</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan dengan kondisi kaki kiri yang sudah diamputasi, pasien tidak bisa lagi beraktivitas seperti dulu lagi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien menutupi kaki dengan selimut yang sudah diamputasi</li> <li>b. Tampak pasien selalu menatap perawat saat diajak berbicara</li> <li>c. Tanda-tanda vital: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tekanan darah: 130/88 mmHg</li> <li>2) Nadi: 80x/menit</li> <li>3) Suhu: 36,8°C</li> <li>4) Pernapasan: 20x/menit</li> </ol> </li> </ol> <p>A: Gangguan citra tubuh belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi promosi citra tubuh</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> <li>c. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</li> <li>d. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</li> <li>e. Anjurkan menggunakan alat bantu</li> </ol>	
	<p>4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas (D.0027)</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan ia sering merasa haus</li> <li>b. Pasien mengatakan ia sering merasa lapar</li> <li>c. Pasien mengatakan ia sering mengantuk</li> <li>d. Pasien mengatakan ia sering buang air kecil</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien terbaring lemah</li> <li>b. Tanda-tanda vital: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tekanan darah: 130/88 mmHg</li> <li>2) Nadi: 80x/menit</li> <li>3) Suhu: 36,8°C</li> <li>4) Pernapasan: 20x/menit</li> </ol> </li> </ol> <p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</li> </ol>	Rita

	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>c. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> <li>d. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>e. Anjurkan kepatuhan terhadap diet</li> <li>f. Ajarkan pengelolaan diabetes</li> <li>g. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</li> </ul>	
(DS)	<p>1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan pola tidur malam pasien sudah membaik meski sesekali terbangun karena masih merasakan nyeri</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah post op amputasi dan memberat saat digerakkan</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk- tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri tempat luka operasi</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri pada skala 6</p> <p>T: Pasien mengatakan masi merasakan nyeri namun dirasakan hilang timbul 4-5 detik</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Observasi TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>1) TD: 135/80</li> <li>2) N: 88 x/menit</li> <li>3) S: 36,5°c</li> <li>4) P: 20 x/menit</li> </ul> </li> <li>b. Tampak wajah pasien masih meringis</li> <li>c. Tampak pasien masih gelisah</li> <li>d. Tampak pasien melakukan yang diajarkan perawat melakukan teknik relaksi nafas dalam saat nyeri yang dirasakan timbul</li> </ul> <p>A: Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, kharateristik, durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identikasi respon nyeri non verbal</li> </ul>	Orpa

	<p>d. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>e. Kolaborasi pemberian analgetik</p>	
	<p>2. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D.0142)</p> <p>S:</p> <p style="padding-left: 40px;">Keluarga mengatakan mengerti tentang tanda dan gejala infeksi</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak luka pasien mulai kering</li> <li>b. Tampak disekitar luka sedikit kemerahan</li> <li>c. Tampak luka operasi pasien mulai kering dan telah dilakukan ganti verban</li> <li>d. Suhu badan 36,5°C</li> </ul> <p>A: Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi pencegahan infeksi</p> <p style="padding-left: 40px;">Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis</p>	Orpa
	<p>3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur / bentuk tubuh (D.0083)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan pasien harus bersemangat untuk sembuh agar pasien tidak jadi beban untuk anak dan suaminya karena pasien masih bisa melakukan segala sesuatu dengan alat bantu</li> <li>b. Pasien mengatakan cemas yang dirasakan sudah tidak ada tentang penyakitnya sekarang, dan bagaimana kedepannya karena pasien bisa berjalan dengan menggunakan alat bantu jika luka operasinya telah sembuh karena keluarganya selalu mendukung dan memberi semangat pasien terutama pada saat luka bekas operasi sembuh pasien akan dipasangkan alat bantu seperti kaki palsu</li> </ul> <p>O:</p> <p style="padding-left: 40px;">Tampak pasien sudah sering dan mau untuk melihat kakinya yang telah diamputasi</p> <p>A: Masalah gangguan citra tubuh teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi promosi citra tubuh</p>	Orpa
	<p>4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan</p>	Orpa

	<p>dengan disfungsi pankreas (D.0027)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Pasien mengatakan pasien masih sering merasa haus meski banyak air yang pasien minum</li><li>b. Pasien mengatakan pasien meminum air putih dari jam 14.00 sampe jam makan 21.00 ± 6 gelas (1000cc)</li><li>c. Pasien mengatakan pasien masih sering merasa lapar dan merasa lemas</li></ul> <p>O:</p> <p>Tampak pasien diberikan oleh keluarga insulin 4 unit sebelum makan pagi dan sore hari</p> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemia</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</li><li>b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li></ul>	
--	--	--

## H. Daftar Obat

### 1. Apidra

- a. Nama obat : Apidra
- b. Klasifikasi/golongan obat : Insulin
- c. Dosis umum : 10 unit
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 4 unit
- e. Cara pemberian obat : Subcutan
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Setelah di injeksi akan disekresikan kedalam sirkulasi darah bentuk bebas, kemudian menuju ke sel target. Dimana insulin bekerja sebagai transportasi glukosa ke sel.
- g. Alasan diberikan obat kepada pasien: Karena pasien memiliki Riwayat DM
- h. Kontra indikasi : Pasien dengan hiperglikemia
- i. Efek samping : Reaksi hipersensitif kemungkinan terjadi selama perawatan menggunakan insulin

### 2. Cefoperazone

- a. Nama obat : Cefoperazone
- b. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
- c. Dosis umum : 2-4 gr/hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr/12 jam
- e. Cara pemberian obat : Intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Meningkatkan dan memperluas spektrum aktivitas terhadap bakteri.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Terjadi infeksi di jaringan lunak
- h. Kontra indikasi : Hipersensivitas, gangguan fungsi hati
- i. Efek samping : Mual muntah, alergi pada kulit

### 3. Ketorolac

- a. Nama obat : Ketorolac
- b. Klasifikasi/golongan obat : Nonsteroid atau inflamatori drag
- c. Dosis umum : 10 mg dan 30 mg
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 30 mg/8 jam
- e. Cara pemberian obat : Intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ketorolac bekerja dengan memblokir produksi substansi yang dialami tubuh yang menyebabkan inflamasi. Efek ini dapat mengurangi bengkak nyeri atau demam
- g. Alasan diberikan obat: Pasien mengeluh nyeri pada luka post op amputasi kaki sebelah kiri
- h. Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap obat
- i. Efek samping : Nyeri dada, cemas, sesak, BAB hitam, batuk darah, demam, sakit tenggorokan dan sakit kepala

### 4. Ranitidine

- a. Nama obat : Ranitidine
- b. Klasifikasi/golongan obat : Antagonis reseptor histamin H<sub>2</sub>/antasida, antirefluks, dan antiulserasi
- c. Dosis umum : 50 mg, 150 mg
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 50 mg/12 jam
- e. Cara pemberian obat : Intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Menghambat secara kompetitif kerja reseptor histamin H<sub>2</sub>, yang sangat berperan dalam sekresi asam lambung. Penghambatan kerja reseptor H<sub>2</sub> menyebabkan produksi asam lambung menurun baik dalam kondisi istirahat maupun adanya rangsangan oleh makanan, histamin, pentagastrin, kafein, dan insulin
- g. Alasan diberikan obat: Karena pasien mendapatkan obat insulin

- h. Kontra indikasi : Alergi terhadap ranitidine
- i. Efek samping : Sakit kepala, konstipasi, mual, lemah

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

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

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang didapatkan pada pasien dalam menetapkan asuhan keperawatan pada Ny "M" dengan masalah gangguan sistem endokrin Diabetes mellitus tipe II di ruang perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang di lakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 7 Juni - 9 Juni 2022 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

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

Untuk memperoleh data dari pasien maka penulis melakukan pengkajian terhadap pasien dan keluarga. Adapun data-data sebagai berikut:

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien menderita penyakit diabetes mellitus sejak  $\pm$  10 tahun yang lalu dan rutin mengontrol kesehatannya serta mengonsumsi obat metformin. Pada tahun 2019 pasien jatuh saat memetik mangga sehingga mengakibatkan kaki pasien sebelah kiri patah tulang dan saat itu pasien hanya memakai tongkat sebagai alat bantu untuk berjalan dan pada bulan maret yang lalu pasien di instruksikan oleh dokter untuk stop minum obat metformin karena gula darah sudah stabil. Keluarga pasien mengatakan setelah tidak meminum obat pasien tidak kontrol makanannya dan muncul bisul pada kaki yang mengalami patah tulang, 2 minggu setelah bisul muncul, pasien dibawa ke RS karena pasien hampir tidak sadar, pada saat di IGD dilakukan pemeriksaan gula darah dan didapatkan gulah darah pasien saat itu 500 g/dL, dan pasien dirawat selama 2 minggu di RS dan diberi obat Apidra sebanyak 4 unit. Pada saat keluar dari

RS pasien di instruksikan memakai kursi roda karena kaki pasien tidak dapat di gunakan untuk menumpuh, dan pasien kontrol 2x sebulan. Pada saat pasien pergi kontrol bulan mei yang lalu, dokter menginstruksikan untuk dilakukan amputasi karena luka pada kaki pasien semakin melebar serta bengkak dan tidak dapat dipertahankan lagi. Namun saat itu pasien sempat menolak karena tidak tega melihat kakinya diamputasi. Pada saat kontrol berikutnya pasien sudah memutuskan bahwa iya sudah siap untuk dilakukan amputasi pada kaki sebelah kiri, sehingga pasien diberi surat pengantar untuk rawat inap dan pada tanggl 5 juni pasien masuk di IGD.

Pada tanggal 7 Juni 2022 dilakukan pengkajian, pasien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah post op amputasi kaki sebelah kiri dan memberat saat digerakkan, pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi kaki sebelah kiri, pasien mengatakan pada skala 8, pasien mengatakan nyeri terus menerus, 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 keluarga tidak mencuci tangan saat sebelum dan sesudah menjenguk pasien. Tanda-tanda vital: tekanan darah: 111/60 mmHg, nadi: 80x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu: 37,5°C. Pemeriksaan GDS tanggal 5 juni 2022: 202 g/dL, tanggal 6 juni 2022: 185 g/dL.

Pada tinjauan teoritis ada beberapa tanda dan gejala yang muncul pada diabetes melitus, yaitu poliuria, polidipsi, polifagia. Rasa lelah, kelemahan otot, peningkatan infeksi, kulit gatal-gatal, merasa kesemutan, luka atau bisul yang tidak sembuh-sembuh, dan pandangan kabur.

Pada dasarnya tanda dan gejala pada tinjauan teori sama dengan kasus nyata namun tidak semuanya sama seperti kulit gatal, polidipsi, poliuria, polifagia, rasa lelah, kelemahan otot tidak dialami oleh pasien, namun luka pada kaki yang tidak sembuh-sembuh terjadi pada pasien dikarenakan kurangnya kontrol diabetes mellitus selama bertahun-tahun yang sering memicu terjadinya kerusakan syaraf atau masalah sirkulasi yang serius yang dapat menimbulkan efek pembentukan luka diabetes melitus. Penyebab ulkus kaki diabetes secara umum yaitu neuropati merupakan kelainan urat syaraf akibat diabetes mellitus karena gula dalam darah yang tinggi yang bisa 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, badan terasa sakit semua. Pada penyebab angiopathy diabetik adalah penyempitan pembuluh darah pada penderita diabetes. Apabila terjadi sumbatan dipembuluh darah sedang/besar pada tungkai, maka tungkai akan mudah mengalami ganggren diabetik pada kaki yang merah kehitam atau berbau busuk. Anggeopathy menyebabkan asupan nutrisi, oksigen serta antibiotic terganggu sehingga menyebabkan kulit sulit sembuh.

Berdasarkan data yang ditemukan oleh penulis antara teori dan kasus nyata yang diperoleh saat pengkajian tidak terjadi kesenjangan dimana penyebab, tanda dan gejala serta pemeriksaan diagnostik secara teoritis juga terjadi pada pasien.

## 2. Diagnosis Keperawatan

- 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 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

Pada kasus nyata yang didapatkan penulis selama menerapkan asuhan keperawatan pada Ny "M" terdapat 4 diagnosa keperawatan yang di angkat yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederah fisik (D.0077)

Penulis mengangkat diagnosa ini karna pasien mengalami nyeri luka post op pada sebelah kiri dirasakan baik tidur maupun duduk, pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri dan memberat saat digerakkan, pasien mengatakan pada skala 8, pasien mengatakan nyeri terus menerus. Tampak pasien meringis, tampak pasien lemah, tekanan darah: 111/60 mmHg, nadi: 80x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu: 37,5°C.

- b. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D.0142)

Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui cara perawatan luka, pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui tanda dan gejala infeksi, pasien dan keluarga mengatakan tidak mengetahui cara merawat luka selesai operasi, tampak keluarga tidak mencuci tangan saat sebelum dan sesudah menjenguk pasien.

- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur atau bentuk tubuh (D.0083)

Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien juga mengatakan bahwa ia hampir putus asa saat setiap melihat kakinya yang sudah di amputasi. Pasien mengatakan merasa malu dengan kondisi kakinya yang sudah diamputasi dan selalu memikirkan apa yang akan digunakan untuk berjalan lagi. Pasien juga merasa bahwa ia menyulitkan suami dan anak karena sering merawat dan membantu karena sakitnya. pasien mengatakan merasa malu dengan kondisi kakinya yang sudah diamputasi. Tampak pasien menutupi kaki yang diamputasi dengan selimut, tampak pasien tidak menatap perawat saat diajak berbicara, tampak pasien tidak mau melihat kakinya yang sudah diamputasi.

- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas (D.0027)

Pada rencana manajemen diabetes, penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan keluarga pasien mengatakan bahwa pasien menderita penyakit diabetes mellitus sejak  $\pm$  10 tahun yang lalu dan rutin mengontrol kesehatannya serta mengonsumsi obat metformin. pada bulan maret yang lalu pasien di instruksikan oleh dokter untuk stop minum obat metformin karena gula darah sudah stabil. Keluarga pasien mengatakan setelah tidak meminum obat pasien tidak kontrol makanannya dan muncul bisul pada kaki yang mengalami patah tulang, 2 minggu setelah bisul muncul, pasien dibawa ke RS karena pasien hampir tidak sadar, pada saat di IGD dilakukan pemeriksaan gula darah dan didapatkan gulah darah pasien saat itu 500 g/dL, dan pasien dirawat selama 2 minggu di RS dan diberi obat Apidra sebanyak 4 unit. Pada saat keluar dari RS pasien di instruksikan memakai kursi roda karena kaki pasien tidak dapat di gunakan untuk menumpuh Pada saat pasien pergi kontrol bulan mei yang lalu,

dokter menginstruksikan untuk dilakukan amputasi karena luka pada kaki pasien semakin melebar serta bengkak dan tidak dapat dipertahankan lagi. Namun saat itu pasien sempat menolak karena tidak tega melihat kakinya diamputasi. Pada saat kontrol berikutnya pasien sudah memutuskan bahwa ia sudah siap untuk dilakukan amputasi pada kaki sebelah kiri. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien suka mengonsumsi makanan yang manis-manis dan tidak mengontrol makanannya meskipun rutin minum obat metformin. Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x sehari dengan menu, nasi, sayur, ikan, tempe, tahu dan sesekali makan daging. Pasien mengatakan bahwa ia juga biasanya minum air sebanyak 7 gelas/ hari (1400 cc/hari). Tampak hasil pemeriksaan GDS selama 3 hari. GDS: 198 g/d/L, GDS: 109 g/d/L.

Dari 6 diagnosa keperawatan yang terdapat pada tinjauan teori ada 2 diagnosa yang tidak di angkat yaitu:

- a. Gangguan integritas jaringan b/d neuropati perifer  
Alasan karena telah dilakukan tindakan amputasi pada pasien sehingga pada saat pengkajian tidak ditemukan masalah gangguan integritas jaringan pada pasien
- b. Resiko defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan  
Alasan karena pada saat dilakukan pengkajian berat badan pasien 50 kg dan IMT 20,8 kg/m<sup>2</sup> (berat badan normal)
- c. Hipervolemia b/d kelebihan asupan natrium  
Alasan karena pada pasien tidak ditemukan penumpukan cairan/udem pada ekstremitas

d. Gangguan mobilitas fisik b/d agen pencedera fisik

Alasannya karena pasien tidak memiliki penurunan kekuatan otot, dan sebagian aktivitas dilakukan secara mandiri dan sebagian dibantu oleh keluarga.

3. Perencanaan Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang di temukan. Perumusan perencanaan keperawatan disesuaikan kepustakaan yang meliputi tujuan, intervensi, rasional, dengan menggunakan format rencana keperawatan yang ditentukan. Perumusan suatu intervensi keperawatan disusun sesuai dengan prioritas tinjauan teoritis. Pada rencana tindakan, intervensi yang disusun mencakup tindakan keperawatan, tindakan observasi, penyuluhan dan tindakan kolaborasi. Perencanaan yang diisusun oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

b. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D.0142)

Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, Jelaskan tanda

dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh (D.0083)

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.

- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas (D.0027)

Monitor kadar glukosa darah, jika perlu, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet, ajarkan pengelolaan diabetes, kolaborasi pemberian insulin, jika perlu

#### 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.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi Tindakan keperawatan dilakukan setelah 3 hari perawatan yaitu sejak tanggal 7 - 9 Juni 2022.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik belum teratasi

- b. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif belum teratasi
- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh sudah teratasi
- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas belum teratasi

## **B. Pembahasan Penerapan EBN**

1. Judul EBN
  - a. Terdapat pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum di RSUD dr. Moewardi Surakarta
  - b. Pengaruh teknik relaksasi dan teknik distraksi terhadap perubahan intensitas nyeri pada pasien post operasi di ruang Irina A Atas RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manado
  - c. Penerapan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien post op ulkus DM
2. Diagnosa keperawatan  
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
3. Luaran yang diharapkan
  - a. Keluhan nyeri menurun
  - b. Meringis menurun
  - c. Gelisah
  - d. Kesulitan tidur
4. Intervensi prioritas  
Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN
  - a. Pengertian tindakan  
Teknik relaksasi nafas dalam adalah suatu aktivitas yang dilakukan dengan menarik nafas dalam, nafas

lambat(menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas dalam secara perlahan

b. Tujuan/rasional EBN pada kasus askep

Menarik napas dalam dan mengisi udara dalam paru-paru yang memungkinkan meningkatnya suplai oksigen ke jaringan dan dapat merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh insisi (trauma) jaringan pada saat pembedahan. Relaksasi otot-otot ini akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) sensasi nyeri.

Dari hasil intervensi yang kami lakukan selama tiga hari yaitu teknik relaksasi napas dalam pada pasien *post op transtibial amputation* dengan diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik berhasil dilakukan terbukti setelah dilakukan secara berulang selama tiga hari skala nyeri 8 yang didapatkan pada saat pengkajian satu hari setelah operasi selesai berkurang pada hari ke tiga menjadi skala 6 namun teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam tidak sepenuhnya membantu untuk mengurangi intensitas nyeri maka dari itu harus diimbangi dengan dilakukannya tindakan kolaborasi farmakologis dengan memberikan analgetik sampai intensitas nyeri yang dirasakan tidak terasa lagi. Hal ini sejalan dengan EBN yang dilakukan oleh Rampengan et al (2014) terdapat pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri, dalam penelitian ini intervensi teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi intensitas nyeri subjek penelitian diamati sebelum

dilakukan intervensi dan diamati lagi setelah intervensi dilakukan.

c. PICOT EBN (*Problem, Comparison, Outcome, dan Time*)

Tabel 4. 1 PICOT EBN

Jurnal	Pengaruh teknik relaksasi dan teknik distraksi terhadap perubahan intensitas nyeri pada pasien post operasi di ruang Irina A Atas RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manado (Rampengan et al., 2014)	Terdapat pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum di RSUD dr. Moewardi Surakarta (Agung et al., 2013)	Penerapan teknik relaksasi nafas dalam pada Ny. T dengan post op amputasi ulkus DM di Ruang Baitul Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang (Fahriza, 2019)
<i>Problem / Populasi</i>	<p>Dalam penelitian ini melihat pengaruh teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi di Irina A Atas RSUP. Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.</p> <p>a. Populasi Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien pasca operasi yang dirawat di ruangan Iriana A Atas RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado</p> <p>b. Sampel Responden dalam penelitian ini sebanyak 30 orang yang</p>	<p>Penelitian untuk mengetahui pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta</p> <p>a. Populasi Populasi dalam penelitian ini adalah pasien pasca operasi yang dirawat inap kelas III di RSUD Dr. Moewardi Surakarta</p> <p>b. Sampel Dalam penelitian ini, penulis menetapkan jumlah sampel penelitian sejumlah 30 orang.</p>	<p>Populasi dalam penelitian ini yaitu pasien Ny. T dengan post op amputasi ulkus DM di Ruang Baitul Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang</p>

<p>dibagi menjadi dua kelompok yang akan diberikan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi dengan masing-masing 15 responden.</p> <p>a. Intervensi teknik relaksasi nafas dalam ke-15 responden dengan intensitas nyeri sebelum diberikan teknik relaksasi:</p> <p>1) Tidak nyeri : 0  2) Sedikit nyeri : 2  3) Sedikit lebih nyeri : 4  4) Lebih nyeri : 6  5) Sangat nyeri : 3  6) Nyeri sangat hebat : 0</p> <p>b. Intervensi teknik distraksi ke-15 responden dengan intensitas nyeri sebelum diberikan teknik distraksi:</p> <p>1) Tidak nyeri : 0  2) Sedikit nyeri : 0  3) Sedikit lebih nyeri : 5  4) Lebih nyeri : 5  5) Sangat nyeri : 4  6) Nyeri sangat hebat : 1</p>	Skala nyeri	Kategori	frekuensi	Presentasi
	1	Ringan	0	0
	2	Ringan	0	0
	3	Ringan	0	0
	4	Sedang	4	13,3
	5	Sedang	7	23,3
	6	Sedang	15	50
	7	Berat	4	13,3
	8	Berat	0	0
	9	Berat	0	0
10	Sangat berat	0	0	

<i>Intervensi</i>	Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian “pre test-post test design” dimana intensitas nyeri subjek penelitian diamati sebelum dilakukan intervensi dan diamati lagi setelah intervensi dilakukan. Intervensi yang diberikan yaitu teknik relaksasi dan teknik distraksi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi.	Penelitian ini termasuk jenis penelitian <i>Pre Eksperiment</i> dengan rancangan <i>One Group Pre-Post Test</i> . dimana intensitas nyeri subjek penelitian diamati sebelum dilakukan intervensi dan diamati lagi setelah intervensi teknik relaksasi nafas dalam dilakukan.	Penulis melakukan tindakan intervensi teknik relaksasi nafas dalam pada Ny. T dengan post op amputasi ulkus DM dengan keluhan nyeri bagian kaki kiri setelah dilakukan operasi
Comparasion	Penelitian sebelumnya oleh Nurdin et al (2013) dengan judul pengaruh teknik relaksasi terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi fraktur di ruang irina A BLU RSUP Prof Dr. R. D Kandou Manado terdapat pengaruh teknik relaksasi terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi fraktur di ruang irina A BLU RSUP Prof Dr. R. D Kandou Manado dengan nilai P = 0,000.	Penelitian Dewi (2007) yang melakukan penelitian terhadap efektivitas pemberian teknik relaksasi nafas dalam yang dibandingkan dengan terapi musik, dengan hasil teknik relaksasi nafas dalam lebih efektif.	Tidak terdapat jurnal pembandingan
<i>Outcome</i>	a. Berdasarkan hasil penelitian setelah dilakukan teknik relaksasi kepada 15	Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam menunjukkan adanya penurunan skala intensitas nyeri pada pasien post	Hasil yang didapatkan penulis dari hari pertama sampai hari ketiga setelah dilakukan teknik

<p>responden didapatkan intensitas nyeri:</p> <p>1) Tidak nyeri : 2</p> <p>2) Sedikit nyeri : 8</p> <p>3) Sedikit lebih nyeri : 5</p> <p>4) Lebih nyeri : 0</p> <p>5) Sangat nyeri : 0</p> <p>6) Nyeri sangat hebat : 0</p> <p>b. Berdasarkan hasil penelitian setelah dilakukan teknik distraksi kepada 15 responden didapatkan intensitas nyeri:</p> <p>1) Tidak nyeri : 1</p> <p>2) Sedikit nyeri : 7</p> <p>3) Sedikit lebih nyeri : 5</p> <p>4) Lebih nyeri : 2</p> <p>5) Sangat nyeri : 0</p> <p>6) Nyeri sangat hebat : 0</p> <p>Berdasarkan hasil diatas tidak dapat dipastikan tindakan mana yang lebih efektif untuk mengatasi nyeri pasien, tetapi dapat dipastikan bahwa pemberian teknik relaksasi dan teknik distraksi sama-sama efektif untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi</p>	<p>operasi dengan anestesi umum</p> <p>Intensitas nyeri setelah diberikan teknik relaksasi:</p>				<p>relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri yaitu terdapat penurunan skala nyeri berkurang</p>
	Skala nyeri	Kategori	Frekuensi	Presentasi %	
	1	Ringann	0	0	
	2	Ringan	4	0	
	3	Ringan	14	13,3	
	4	Sedang	8	46,7	
	5	Sedang	4	26,7	
	6	Sedang	0	13,3	
	7	Berat	0	0	
	8	Berat	0	0	
	9	Berat	0	0	
10	Sangat berat	0	0		

<i>Time</i>	Penelitian ini dilaksanakan di Irina A Atas RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado pada tanggal 30 Juni - 19 Juli 2014	Penelitian ini dilaksanakan pada pasien rawat inap kelas III di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada bulan Juni sampai Juli 2011.	Penelitian ini dilaksanakan selama 3 hari pada bulan mei 2019
-------------	--	---	---

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Setelah pembahasan konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan dan tinjauan kasus pada pasien Ny "M" dengan penyakit Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang Perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny "M" ditemukan data sebagai berikut: Ny "M" berumur 67 tahun dengan jenis kelamin perempuan masuk dengan keluhan pasien menderita penyakit diabetes mellitus sejak  $\pm$  10 tahun yang lalu dan rutin mengontrol kesehatannya serta mengonsumsi obat metformin. Pada tahun 2019 pasien jatuh saat memetik mangga sehingga mengakibatkan kaki pasien sebelah kiri patah tulang dan saat itu pasien hanya memakai tongkat sebagai alat bantu untuk berjalan dan pada bulan maret yang lalu pasien diinstruksikan oleh dokter untuk stop minum obat metformin karena gula darah sudah stabil. Keluarga pasien mengatakan setelah tidak meminum obat pasien tidak kontrol makanannya dan muncul bisul pada kaki yang mengalami patah tulang, 2 minggu setelah bisul muncul, pasien dibawa ke RS karena pasien hampir tidak sadar, pada saat di IGD dilakukan pemeriksaan gula darah dan didapatkan gula darah pasien saat itu 500 g/dL, dan pasien dirawat selama 2 minggu di RS dan diberi obat Apidra sebanyak 4 unit. Pada saat keluar dari RS pasien diinstruksikan memakai kursi roda karena kaki pasien tidak dapat digunakan untuk menumpuh, dan pasien kontrol 2x sebulan. Pada saat pasien pergi kontrol bulan mei yang lalu, dokter menginstruksikan untuk dilakukan amputasi karena luka pada kaki pasien semakin melebar serta bengkak dan tidak dapat

dipertahankan lagi. Namun saat itu pasien sempat menolak karena tidak tega melihat kakinya diamputasi. Pada saat kontrol berikutnya pasien sudah memutuskan bahwa ia sudah siap untuk dilakukan amputasi pada kaki sebelah kiri, sehingga pasien diberi surat pengantar untuk rawat inap dan pada tanggal 5 juni pasien masuk di IGD. Pada tanggal 7 juni 2022 dilakukan pengkajian, pasien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah post op amputasi dan memberat saat digerakkan, pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kaki sebelah kiri, pasien mengatakan pada skala 8, pasien mengatakan nyeri terus menerus, pasien mengatakan sering terbangun saat tidur karena nyeri yang dirasakan. 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 kuku pasien panjang, tampak keluarga tidak mencuci tangan saat sebelum dan sesudah menjenguk pasien, tampak pasien menutupi kaki yang diamputasi dengan selimut. Tanda-tanda vital: tekanan darah: 111/60 mmHg, nadi: 80x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu: 37,5°C, pemeriksaan GDS tanggal 5 juni 2022: 202 g/dL, tanggal 6 juni 2022: 185 g/dL.

2. Dari hasil pengkajian yang didapat pada Ny "M" maka diagnosa keperawatan yang diangkat adalah:
  - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederah fisik (D.0077)
  - b. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D.0142)
  - c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh (D.0083)

d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas (D.0027)

3. Intervensi yang tersusun untuk mengatasi masalah keperawatan
- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederah fisik (D.0077)

Intervensi: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

- b. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D.0142)

Intervensi: monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.

- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh (D.0083)

Intervensi: 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.

- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas (D.0027)

Intervensi: monitor kadar glukosa darah, jika perlu, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk,

anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet, ajarkan pengelolaan diabetes, kolaborasi pemberian insulin, jika perlu

#### 4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacu pada perencanaan yang dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehingga tujuan dapat tercapai. Pada tahap pelaksanaan ini penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga dan perawat. Sebelum melakukan tindakan keperawatan, terlebih dahulu penulis menjelaskan tindakan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga. Dari keluhan yang ditemukan pada pasien masalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederah fisik dengan Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosis ini yaitu: Manajemen nyeri.
- b. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif dengan Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosis ini yaitu pencegahan infeksi
- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh dengan Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosis ini yaitu: Promosi citra tubuh
- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas dengan Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosis ini yaitu: manajemen hiperglikemia.

#### 5. Evaluasi keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederah fisik, setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan masalah ini belum teratasi karena pasien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah post op amputasi pasien mengatakan

- nyeri terasa seperti tertusuk- tusuk, pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri tempat luka operasi, pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan berkurang menjadi 5 setelah perawat menyebutkan skala 1 sampai 10, pasien mengatakan masih merasakan nyeri namun dirasakan hilang timbul 4-5 detik
- b. Resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasif, setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan masalah ini belum teratasi karena tampak disekitar luka sedikit kemerahan kemerahan, tampak kuku pasien panjang
  - c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh, setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan masalah ini sudah teratasi karena pasien mengatakan cemas yang dirasakan sudah tidak ada tentang penyakitnya sekarang, dan bagaimana kedepannya karena pasien bisa berjalan dengan menggunakan alat bantu jika luka operasinya telah sembuh karena keluarganya selalu mendukung dan memberi semangat pada pasien terutama pada saat luka bekas operasi sembuh pasien akan dipasangkan alat bantu seperti kaki palsu, tampak pasien sudah sering dan mau untuk melihat kakinya kakinya yang telah diamputasi
  - d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas, setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan masalah ini belum teratasi karena pasien mengatakan pasien masih sering merasa haus, pasien mengatakan pasien meminum air putih dari jam 14.00 sampai jam makan 21.00 ± 6 gelas (1000cc), pasien mengatakan pasien masih sering merasa lapar dan merasa lemas.

## B. Saran

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. M dengan penyakit *Diabetik Foot Post Transtibial Amputation*, dengan melihat kenyataan yang ada dalam uraian-uraian diatas, maka penulis akan mengajukan beberapa saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan derajat kesehatan, guna kemajuan keperawatan profesional dan meningkat derajat kesehatan dimasyarakat antara lain:

### 1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Diharapkan instansi Rumah Sakit dapat meningkatkan kualitas serta sarana dan prasarana dalam perawatan pasien serta menerapkan SOP perawatan luka untuk mencegah resiko infeksi khususnya pasien dengan *diabetik foot post transtibial amputation*

### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan intervensi yang diimplementasikan untuk mencapai tujuan pembelajaran asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar praktik keperawatan pada pasien dengan ulkus *diabetik foot* dan tindakan yang dilakukan harus berdasarkan EBN

### 3. Bagi Institusi Pendidikan.

Penulis mengharapkan agar institusi pendidikan menghasilkan lulusan mahasiswa/mahasiswi yang berkualitas agar kedepan menjadi perawat yang profesional, serta dilakukannya pembaharuan referensi-referensi yang ada dipustaka khususnya terkait penyakit pada sistem endokrin.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adawiyah, R. (2019). *Laporan pendahuluan amputasi*. 9–25
- Agung, S., Andaryani, A., & Sari, D. K. (2013). Terdapat pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri. *jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan*, 3(1), 52–60.
- Dinkes Makassar. (2017). *Pengendalian Diabetes Melitus Di Wilayah kota Makassar*. [https://sulselprov.go.id/pages/des\\_opd/dinas-kesehatan-provinsi-sulawesi-selatan](https://sulselprov.go.id/pages/des_opd/dinas-kesehatan-provinsi-sulawesi-selatan)
- Fahrica, A. (2019). Penerapan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien post op ulkus dm. *Universitas islam sultan agung semarang*.
- IDF. (2021). *IDF Diabetes Atlas IDF Diabetes Atlas*.
- Imelda, S. I. (2019). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya diabetes Melitus di Puskesmas Harapan Raya Tahun 2018. *Scientia Journal*, 8(1), 28–39. <https://doi.org/10.35141/scj.v8i1.406>
- Kasus, S. (2011). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diabetes melitus tipe 2 universitas diponegoro tahun 2011*. 2.
- Kemendes. (2020). Infodatin tetap produktif, cegah, dan atasi Diabetes Melitus 2020. In *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI* (hal. 1–10).
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Hari diabetes sedunia tahun 2018. In *Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*.
- Kerner, & Bruckel. (2019). Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes*, 127, S1–S7. <https://doi.org/10.1055/a-1018-9078>
- Lestari, S. R., N, Y. H., & Indriati, G. (2018). gambaran karakteristik komplikasi mikrovaskuler neuropati perifer pada penderita dm tipe ii. *jom fkp*, 7, 89–98.
- Menkes. (2020). *Pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana diabetes melitus tipe 2 dewasa*. 1–183.

- Musyayadah, R. (2017). *Faktor yang berhubungan dengan kejadian diabetes mellitus di rsup dr wahidin sudirohusodo dan rs universitas hasanuddin makassar tahun 2017.*
- Nurdin, S., Kiling, M., & Rottie, J. (2013). Pengaruh teknik relaksasi terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi fraktur di ruang irnina a blu rsup prof dr. R.d kandou manado. *keperawatan (e-Kp) Volume, 1*, 1–6.
- Osa. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ulkus Diabetikum Di RSUD Dr. Rasudin padang 2018.* file:///C:/Users/USER/Downloads/4781-19432-2-PB.pdf%09
- Pratama, Y. (2019). *Laporan pendahuluan diabetes melitus tipe 2.*
- Rahman, a. (2018). Asuhan keperawatan pada ny. T dengan ketidakstabilan gula darah di ruang bougenville rumah sakit umum daerah banyumas. *Bab ii Tinjauan teoritis, 2000*, 7–35.
- Rampengan, Stania F. Y.Rondonuwu, Rolly. Onibala, F. (2019). Pengaruh Teknik Relaksasi dan Teknik Distraksi. *Universitas Sam Ratulangi, 05*, 5.
- Ratnasari, P. M. D., Andayani, T. M., & Endarti, D. (2019). Analisis Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Berdasarkan Pola Peresepan Antidiabetik dan Komplikasi. *Jurnal manajemen dan pelayanan farmasi (Journal of Management and Pharmacy Practice)*, 9(4), 260. <https://doi.org/10.22146/jmpf.45862>
- Rianty, N. W. M. (2018). Laporan pendahuluan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus tipe 2. *הנוטע עלון, 66*(July), 37–39.
- Riskesdas. (2018). Laporan Provinsi Sulawesi Selatan Riskesdas 2018. In *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan* (Vol. 110, Nomor 9).
- Risqi, A. N. (2017). *Asuhan keperawatan pada klien ny. S dengan diagnosa medik diabetik foot post amputasi pedis sinistra di ruang dahlia rumah sakit umum daerah tarakan oleh:*
- Sakarya, T. H. E., & Of, J. (2018). *Tinjauan pustaka. 7*(2), 44–68.
- Sonia, p. M. (2019). *Hubungan diabetes melitus tipe-2 dengan terjadinya gangguan pendengaran. 1–19.*

Tampubolon, N. (2018). *Segala sesuatu yang harus anda ketahui tentang diabetes*. Program studi s1 kesehatan masyarakat fakultas kesehatan masyarakat universitas sumatera utara 2021. *Skripsi*, 1–89.

Tandra, H. (2017). Gramedia Pustaka Utama.

Utami, S. (2016). *Latihan 5 Jari Terhadap Nyeri Post Laparatomi menurut Data Tabulasi Nasional Departemen*. 61–73.

Wardani, E. M., Zahroh, C., & Ainiyah, N. (2019). Diabetic Foot Spa Implementation in Early Neuropathy Diagnosis Based on Blood Glucose Levels, Foot Sensitivity and the Ankle Brachial Index in Patients with Diabetes Mellitus. *Jurnal Ners*, 14(1), 106. <https://doi.org/10.20473/jn.v14i1.9950>

WHO. (2016). Global Report on Diabetes. *Isbn*, 978, 6–86.

WHO. (2017). Diabetes mellitus: A local and global public health emergency! *Oman Medical Journal*, 32(3), 177–179. <https://doi.org/10.5001/omj.2017.34>

## Lampiran 1

### RIWAYAT HIDUP

#### I. Identitas Pribadi

Nama : Orpa Papidunan  
Tempat / Tanggal Lahir : Tarakan, 27 Juli 1998  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen protestan  
Alamat : Jl. Juata Harapan Rt.09 No.32  
Kel. Karang Harapan,  
Kec. Tarakan Barat,  
Kalimanta Utara

#### II. Identitas orang tua

Ayah/Ibu : Marthen Papidunan / almh. Ottin Minggu  
Agama : Kristen protestan  
Pekerjaan : Wiraswasta  
Alamat : Jl. Juata Harapan Rt.09 No.32  
Kel. Karang Harapan,  
Kec. Tarakan Barat, Kalimantan  
Utara

#### III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 043 Tarakan : 2005-2010  
SMPN 2 Tarakan : 2011-2014  
SMAN 3 Tarakan : 2014-2017  
STIK Stella Maris Makassar Program SI Keperawatan : 2017-  
2021  
STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners : 2021-  
2022

## RIWAYAT HIDUP

### I. Identitas Pribadi

Nama : Rita  
Tempat Tanggal Lahir : Kondo, 13 Juni 1998  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen Protestan  
Alamat : Jln. Rajawali

### II. Identitas orang tua

Ayah/Ibu : Marthen/Yuliana Seno  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : Petani  
Alamat : Kondo

### III. Pendidikan yang telah ditempuh

SDN 297 Kondo : 2004-2010  
SMPN SATAP Pongsamelung : 2010-2013  
SMKN 1 Walenrang : 2013-2016  
STIK Stella Maris Makassar Program DIII : 2016-2019  
STIK Stella Maris Makassar Program S1 Keperawatan: 2019-  
2021  
STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners: 2021-2022

Lampiran 2

**LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR**

Nama dan NIM : 1. Nama : Orpa Papidunan  
 Nim : NS2114901115  
 2. Nama : Rita  
 Nim : NS2114901125

Program Studi : Profesi Ners  
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan  
*Diabetik Foot Post Transtibial Amputation* Di Ruang  
 St.Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing I : Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Pembimbing	Peneliti	
				I	II
1	07/06/2022	Konsul Kasus: Diabetik Foot			
2	07/06/2022	ACC Kasus : diabetik foot			
3	08/06/2022	Konsul diagnosis			
4	17/06/2022	keperawatan			
5	18/06/2022	Konsul bab 3 Revisi bab 3 dan revisi picot			
6	24/06/2022	Revisi pengkajian			
7	26/06/2022	Revisi diagnosis			
8	27/06/2022	Konsul revisi bab 3-5 - Pengetikkan - Pengaturan margin			
9	28/06/2022	Konsul revisi bab 3-5			
10	28/06/2022	Konsul revisi bab 3-5			
11	30/06/2022	Konsul keseluruhan Karya Ilmiah Akhir			
12	01/07/2022	Revisi Penulisan			
13	02/07/2022	Revisi Penulisan dan			
14	03/07/2022	PICOT EBN			

15	03/07/2022	Revisi Penulisan dan Bab 5 ACC Karya Ilmiah Akhir			
----	------------	---	--	---	---

## LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Nama dan NIM : 1. Nama : Orpa Papidunan  
 Nim : NS2114901115  
 2. Nama : Rita  
 Nim : NS2114901125

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA :Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan  
*Diabetik Foot Post Transtibial Amputation* Di Ruang  
 St.Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing II : Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Pembimbing	Peneliti	
				I	II
1	22/06/2022	Konsul Bab 1			
2	24/06/2022	Konsul revisi bab 1			
3	26/06/2022	Acc bab 1 dan konsul bab 2			
4	27/06/2022	Konsul bab 2			
5	29/06/2022	Revisi Bab 2 - Tambahkan referensi dari jurnal - Cara penulisan yang tepat - Dan masih ada beberapa yang perlu ditambahkan			
6	30/06/2022	Acc bab 2			

### Lampiran 3

#### **SATUAN ACARA PENYULUHAN MANAJEMEN NYERI**

Pokok Bahasan : Teknik Relaksasi Nafas Dalam  
Sasaran : Ny. Mantasia  
Waktu : 10-15 menit  
Hari/Tanggal : Selasa, 7 Juni 2022 - Kamis, 9 Juni 2022  
Jam : -  
Tempat : RS Stella Maris Makassar  
Penyuluh : Orpa Papidunan dan Rita

#### **A. Tujuan**

##### 1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan selama 10-15 menit pasien mampu mendemonstrasikan cara relaksasi tarik napas dalam.

##### 2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan, pasien mampu:

- a. Mengetahui pengertian relaksasi nafas dalam
- b. Mengetahui tujuan dan manfaat relaksasi nafas dalam
- c. Menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam
- d. Mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam

#### **B. Proses Kegiatan Penyuluhan**

No	Kegiatan	Metode	Media	Waktu
1.	Pembukaan a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Mejelaskan tujuan d. Melakukan kontrak waktu dengan peserta	Ceramah	Lisan	
2.	Kegiatan inti a. Menjelaskan pengertian relaksasi nafas dalam	a. Ceramah b. Diskusi	a. Lisan b. Leaflet	10 menit

	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi nafas dalam</li> <li>c. Menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>d. Mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul>			
3.	<p>Penutup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengajukan pertanyaan</li> <li>b. Menjawab pertanyaan pasien dan keluarga</li> <li>c. Melakukan evaluasi tentang materi yang disampaikan</li> <li>d. Menyampaikan kesimpulan</li> <li>e. Salam penutup</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ceramah</li> <li>b. Diskusi</li> </ul>	Lisan	5 menit

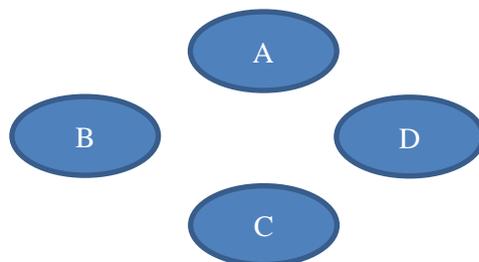
### C. Sasaran

Sasaran ditujukan pada pasien dan keluarga

### D. Strategi Pelaksanaan

1. Metode : Ceramah, Demonstrasi, Diskusi
2. Media : Leaflet

### E. Setting Tempat



Keterangan:

A : Penyuluh

B : Pembimbing Kampus/ PJ Bernadeth II

C : Keluarga Pasien

D : Pasien

## **F. Evaluasi**

1. Pasien mampu menjelaskan pengertian relaksasi nafas dalam
2. Pasien mampu menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi nafas dalam
3. Pasien mampu menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam
4. Pasien mampu mendemonstrasikan relaksasi nafas dalam

## **Materi**

### **Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

#### **A. Pengertian**

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru (Utami, 2016).

#### **B. Tujuan Dan Manfaat Teknik Relaksasi nafas dalam**

Tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu

menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. Sedangkan manfaat yang dirasakan oleh klien setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah dapat menghilangkan nyeri, ketentraman hati, dan berkurangnya rasa cemas (Utami, 2016).

### **C. Langkah-langkah Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Utami (2016) menyatakan bahwa adapun langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut :

1. Atur posisi yang nyaman dan lingkungan yang tenang
2. Usahakan rileks dan tenang
3. Menarik nafas dalam melalui hidung dengan hitungan 1,2,3 kemudian tahan sekitar 5-10 detik
4. Hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil membiarkan tubuh menjadi kendor dan merasakan betapa nyaman hal tersebut

## LEAFLET MANAJEMEN NYERI



**TEKNIK RELAKSASI NAFAS  
DALAM UNTUK MENGURANGI  
NYERI**



**NAMA :**  
**Orpa Papidunan (NS2114901115)**  
**Rita (NS2114901125)**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIK STELLA MARIS MAKASSAR  
TAHUN 2022**

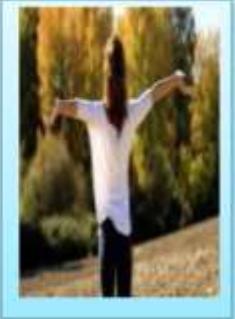
**Apa itu teknik  
relaksasi nafas dalam?**



Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

**Tujuan**

Tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.



## Manfaat

Sedangkan manfaat yang dirasakan oleh klien setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah dapat menghilangkan nyeri, ketentraman hati, dan berkurangnya rasa cemas.



## Langkah-langkah Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Atur posisi yang nyaman dan lingkungan yang tenang
2. Usahakan rileks dan tenang
3. Menarik nafas dalam melalui hidung dengan hitungan 1,2,3 kemudian tahan sekitar 5-10 detik
4. Hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil membiarkan tubuh menjadi kendor dan merasakan betapa nyaman hal tersebut.



Lampiran 5

## DOKUMENTASI

### 1. Mengajarkan Teknik Relaksasi Nafas Dalam



2. Kaki Sebelah Kiri Sebelum Amputasi



3. Kaki Sebelah Kiri Setelah Amputasi



15	03/07/2022	Revisi Penulisan dan Bab 5 ACC Karya Ilmiah Akhir			
----	------------	--	--	---	---

Lampiran 2

LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Nama dan NIM : 1. Nama : Orpa Papidunan  
Nim : NS2114901115  
2. Nama : Rita  
Nim : NS2114901125

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan  
*Diabetic Foot Post Transtibial Amputation* Di Ruang  
St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar