

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A DENGAN GANGGUAN  
SISTEM ENDOKRIN: POST OP POD 1 AMPUTASI TIBIA  
FIBULA ATAS INDIKASI ULKUS DIABETIKUM  
DI RUANG TOPAZ RSUD dr.SLAMET  
GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Disusun untuk memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar ahli madya kesehatan studi D-III keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

**Disusun Oleh :**

**RIKO FAUJI SALIM**

**KHGA20105**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
TAHUN 2023**

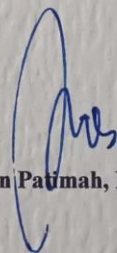
**LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG**

**JUDUL KTI :ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A DENGAN  
GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN: POST OP POD1  
AMPUTASI TIBIA FIBULA ATAS INDIKASI ULKUS  
DIABETIKUM DI RUANGTOPAZ RSUD dr.SLAMET  
GARUT**

**PENYUSUN : RIKO FAUJI SALIM  
NIM : KHGA20105**

KTI ini disetujui untuk disidangkan dihadapan tim penguji Program Studi  
D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023  
Menyetujui,  
Pembimbing



**Iin Patimah, M.Kep**

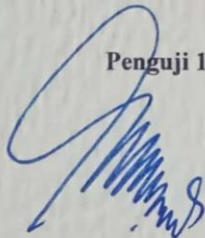
**LEMBAR PENGESAHAN**

**JUDUL KTI :ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN: POST OP PODI AMPUTASI TIBIA FIBULA ATAS INDIKASI ULKUS DIABETIKUM DI RUANGTOPAZ RSUD dr.SLAMET GARUT**

**PENYUSUN : RIKO FAUJI SALIM  
NIM : KHGA20105**

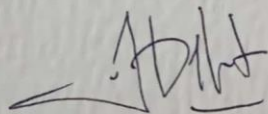
KTI ini disetujui untuk disidangkan dihadapan tim penguji Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut  
Garut, Juli 2023  
Menyetujui,

**Penguji 1**



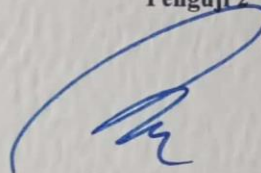
**H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes**

Mengetahui  
Ketuan Program Studi D-III Keperawatan  
STIKes Karsa Husada Garut



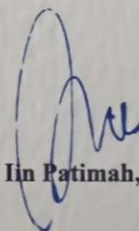
**K. Dewi Budiarti, M.Kep**

**Penguji 2**



**Elang M. Atoilah, S.Sos., M.Kes.**

Mengesahkan,  
Pembimbing



**Iin Patimah, M.Kep**

## **ABSTRAK**

### **Asuhan keperawatan pada Tn.a dengan gangguan sistem endokrin: post op pod 1 amputasi Tibia Fibula atas indikasi ulkus diabetikum di ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut**

Oleh:Riko Fauji Salim KHGA20105  
IV Bab, 90 Halaman, 11 Tabel, 4 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini berjudul Asuhan keperawatan pada Tn.A dengan gangguan sistem endokrin: post op amputasi atas indikasi ulkus diabetikum di ruang topaz rsud dr.slamet garut. Pembuatan KTI di latar belakang dengan Prevalensi penderita ulkus diabetik di Indonesia sekitar 15%. Pasien tersebut diketahui memiliki risiko amputasi sebesar 30% dan kematian sebesar 32%. Ulkus diabetikum adalah penyakit pada kaki penderita diabetes dengan karakteristik adanya neuropati sensorik, motorik, otonom dan atau gangguan pembuluh darah tepi. Tujuan dibuatnya karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko sosial dan spiritual pada pasien dengan gangguan sistem endokrin melalui pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Metode yang digunakan adalah deskriptip berupa studi kasus. Terdapat 4 masalah keperawatan yang ditemukan pada kasus tersebut yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah. Perencanaan yang dibuat dalam penelitian ini fokus ditujukan pada masalah kesehatan setiap orang dengan mengacu pada sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi menunjukkan dari 4 masalah yang muncul 1 teratasi sepenuhnya yaitu: gangguan mobilitas fisik dan 3 teratasi sebagian yaitu nyeri akut, resiko infeksi dan risiko tidak stabilan kadar glukosa darah. Adapun kesimpulan dalam karya tulis ini adalah sudah dilakukan asuhan keperawatan dimulai dari mengkaji, menentukan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Sistem Endokrin, Ulkus Diabetikum

Daftar Pustaka : 24 Buah (2013 – 2021) (Buku dan Jurnal)

## **KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT. yang mana telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul " asuhan keperawatan pada Tn.A dengan gangguan sistem endokrin: post op pod1 amputasi Tibia Fibula atas indikasi ulkus diabetikum di ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut" sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis tidak terlepas dari bantuan, dorongan dan bimbingan segala pihak, maka dengan penuh rasa hormat yang setinggi-tingginya penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A selaku ketua pembina Yayasan Dharma HusadaH Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, S. E., M. Si, selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Iin Patimah M.Kep, selaku pembimbing yang tidak kenal lelah dan penuh dengan kesabaran dalam memberikan arahan, bimbingan, dan motivasi selama penyusunan karya tulis ilmiah.

6. Seluruh staf dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga bagi penulis untuk masa yang akan datang.
7. Staf Administrasi dan Perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penulis selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
8. Bapak Asep Sopian, S.kep., Ners. selaku CI ruangan, beserta seluruh perawat Topaz yang telah memberikan bimbingan dan ilmu yang bermanfaat.
9. Tn.A yang telah bersedia bekerjasama dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan selama dirawat.
10. Kedua orang tua tercinta Bapak Kana dan Ibu Eulis sebagai motivator hidup yang telah membesarkan, mendidik, merawat dan memberikan do'a restu serta dukungan baik secara moril maupun materil, serta tiada henti-hentinya memberikan curahan kasih sayang dan pengorbanan yang tak ternilai harganya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan study ini.
11. Kakak tercinta Cecep yang selalu memberi dukungan, semangat, perhatian kasih sayang yang tak terhingga kepada penulis.
12. Teruntuk yang tersayang calonku Fitri Nayla yang senantiasa menemani dan membantu penulis selama penyusunan karya tulis ilmiah ini
13. Kepada teman-teman dirumah yang selalu menemani sampe larut pagi selama penyusunan terimakasih.
14. Untuk rekan-rekan kelas 3C DIII keperawatan yagn tak bisa di sebutkan satu-satu terimakasih selama 3 tahun ini kalian sudah menjadi teman seperjuangan,

banyak cerita canda tawa sedih duka dan lain-lain yang kita lewati selama di kelas

15. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa angkatan 27 prodi DIII keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan banyak kenangan yang akan selalu terukir di hati.
16. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu yang telah memberikan dukungan dan do'anya selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
17. *Last but not least, I wanna thank me for bealeving in me, I wanna thank me for doing all this hard work, I wanna thank me for having no days off, I wanna thank mefor never quitting, I wanna thank me for just being me all time.*

Semoga Allah SWT membalasnya dengan balasan yang lebih baik dan berlipat ganda. Demikian karya tulis ilmiah ini penulis susun, semoga bermanfaat bagi penulis khususnya dan pendidikan keperawatan pada umumnya.

Garut, Juli 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A.Latar Belakang.....	1
B.Tujuan Penulisan.....	5
C.Metode Telahan.....	7
D.Sistematik Penulisan.....	8
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS.....</b>	<b>3</b>
A.Konsep Dasar Penyakit .....	3
1.Definisi.....	3
2.Klasifikasi diabetes melitus .....	3
3.Etiologi.....	10
B.Ulkus Diabetikum .....	12
1.Definisi.....	12
2.Klasifikasi .....	13
3.Etiologi.....	14
4.Patofsiologi .....	15
5.Manifestasi Klinis .....	20
6.Komplikasi.....	20
7.Penatalaksanaan .....	21
8.Pemeriksaan Diagnostik .....	26
C.Konsep Amputasi.....	27
1.Definisi.....	27
2.Etiologi.....	28
3.Patofisiologi.....	28
4.Manifestasi klinis .....	29
5.Komplikasi.....	29



6.Penatalaksanaan .....	30
D.Konsep Asuhan Keperawatan.....	30
1.Pengkajian.....	30
2.Diagnosa keperawatan .....	34
3.Intervensi .....	36
4.Implementasi.....	41
5.Evaluasi.....	41
<b>BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>44</b>
A.Tinjauan Kasus .....	44
1.Pengkajian .....	44
2.Diagnosa Keperawatan.....	59
3.Intervensi, Implementasi dan Evaluasi .....	60
4.Catatan Perkembangan.....	66
B.PEMBAHASAN.....	72
1.Pengkajian.....	72
2.Diagnosa keperawatan .....	77
3.Intervensi.....	79
4.Implementasi keperawatan.....	82
5.Evaluasi .....	85
<b>BAB IV KESIMPULAN .....</b>	<b>87</b>
A.Kesimpulan.....	87
B.Rekomendasi .....	89
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>91</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 klasifikasi DM .....	3
Tabel 2. 2 Klasifikasi ulkus diabetik berdasarkan sistem wagner .....	14
Tabel 2. 3 Intervensi Nyeri akut.....	37
Tabel 2. 4 Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik .....	38
Tabel 2. 5 Intervensi Risiko Infeksi .....	39
Tabel 2. 6 Intervensi ketidakstabilan glukosa darah .....	40
Tabel 3. 1 pola aktivitas dan kebiasaan sehari-hari.....	55
Tabel 3. 2 laboratorium .....	56
Tabel 3. 3 Terapi Medis.....	57
Tabel 3. 4 Analisa Data .....	58
Tabel 3. 5 Intervensi.....	60
Tabel 3. 6 catatan perkembangan hari ke-1 .....	66
Tabel 3. 7 catatan perkembangan hari ke-2.....	69
Tabel 3. 8 catatan perkembangan hari ke-3 .....	71

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2. 1 Patofisiologi terkait amputasi .....	18
---	----

## DAFTAR LAMPIRAN

lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan (Sap) Pengendalian DM dan Diet DM.....	93
Lampiran 2 Leaflet Pengendalian Dm Dan Diet Dm.....	103
Lampiran 3 Lembar Bimbingan.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup.....	105

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

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

Penyakit diabetes melitus (DM) adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh gangguan dalam penyerapan glukosa (gula darah) oleh tubuh, karena adanya peningkatan kadar glukosa darah yang disebabkan oleh kekurangan insulin (Sutanto, 2017).

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolic yang di tandai dengan sekresi insulin adalah hormone yang mengatur keseimbangan kadar gula darah. Kemudian menyebabkan konsentrasi glukosa di dalam darah (Juwita & Febrina, 2018). Kelainan pada kerja insulin di pancreas dapat mengakibatkan suatu kondisi yaitu meningkatnya kadar gula darah yang dapat menimbulkan risiko terjadinya kerusakan makrovaskuler dan mikrovaskuler. Diabetes suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (Perkeni, 2015). Pada diabetes militus didapatkan defisiensi insulin absolut atau relatif dan gangguan fungsi insulin. Diabetes melitus diklasifikasikan ata DM tipe 1, DM tipe 2, DM tipe lain, dan pada kehamilan (Decroli, 2019)

DM sering menyebabkan komplikasi makrovaskuler dan mikrovaskuler. Komplikasi makrovaskuler adalah komplikasi yang dapat mengganggu pembuluh darah besar yaitu, pembuluh darah otak, pembuluh darah koroner, dan pembuluh darah perifer. Sedangkan mikrovaskuler adalah komplikasi diabetes yang menyerang kapiler retinopati (salah satu penyebab dari kebutaan), nefropati diabetik (salah satu penyebab penyakit ginjal), neuropati (terjadinya kerusakan pada sistem syaraf di kaki) neuropati adalah komplikasi yang sering terjadi yang beresiko tinggi terjadi ulkus diabetikum, komplikasi neuropati inilah yang dapat mempengaruhi perburukan kualitas hidup (Sari et al, 2021).

Ulkus diabetikum adalah penyakit pada kaki penderita diabetes dengan karakteristik adanya neuropati sensorik, motorik, otonom dan atau gangguan pembuluh darah tepi (Decroli, 2019). Ulkus diabetikum adalah salah satu komplikasi serius diabetes melitus yang harus segera ditangani. Keadaan ini ditandai oleh adanya luka yang mengeluarkan cairan dengan bau yang tidak sedap (Hinchilife, 2016) Gejala ulkus diabetikum umumnya meliputi bengkak, rasa hangat pada luka, cairan berbau tidak sedap yang keluar dari luka, serta nyeri dan kekakuan saat luka disentuh. (Budiman et al., 2020). Ulkus diabetikum yang tidak terkontrol dapat menyebabkan komplikasi, diantaranya infeksi, gangrene, dan osteomyelitis (Setiorini et al, 2019). Kondisi luka ulkus kaki diabetik kalau tidak segera mendapatkan perawatan, maka akan mudah terjadi infeksi yang segera

meluas dan kondisi tersebut merupakan penyebab paling sering dilakukannya amputasi (Setiorini et al., 2019)

Amputasi merupakan tindakan bedah untuk menyelamatkan kaki yang sehat dengan membuang jaringan kaki dan tulang yang telah rusak untuk mencegah penyebaran infeksi. Masalah keperawatan yang biasa muncul pada klien ulkus diabetik post operasi amputasi adalah nyeri akut, resiko infeksi, dan kurang pengetahuan pada perawatan luka di rumah. Dari masalah 3 yang muncul resiko infeksi merupakan masalah yang paling sering didapatkan pada klien ulkus diabetik post op amputasi. (Susanti, 2018)

Menurut *international Diabetes Federation* (2015), kasus diabetes melitus sebesar 8,3% dari seluruh penduduk dunia dan mengalami peningkatan 378 juta kasus. Indonesia merupakan negara ke 7 penderita Diabetes Melitus terbesar di dunia setelah Cina, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia, dan Mexico dengan 8,5 juta penderita pada kategori dewasa. Jawa Barat memiliki prevakensi total diabetes sebanyak 1,3% dimana Jawa Barat berada di urutan 14 dari 33 provinsi yang ada di Indonesia. Penderita penyakit DM di kabupaten Garut sebanyak 3.258 orang dan untuk prevalensi penderita DM di puskesmas Kota Garut menunjukkan bahwa ada penderita Diabetes Melitus berjumlah 924 orang dan menjadi urutan kedua terbanyak (Dinkes, 2018).

Prevalensi penderita ulkus diabetikum di dunia pada tahun 2014 sebanyak 15-20% dan beresiko dilakukan amputasi 15-46 kali lebih tinggi dibandingkan dengan penderita non DM. Sedangkan Prevalensi penderita

ulkus diabetik di Indonesia sekitar 15%. Pasien tersebut diketahui memiliki risiko amputasi sebesar 30% dan kematian sebesar 32%. Ulkus diabetik merupakan penyebab terbesar perawatan di rumah sakit sebanyak 80%.prevalensi ulkus diabetikum di Jawa barat pada tahun 2016 naik dari 1,3% menjadi 1,7 (Kemenkes RI, 2018).

RSUD dr, Slamet Garut merupakan rumah sakit umum daerah. Pendekatan intervensi keperawatan di ruang rawat umum tidak hanya mencakup perawatan fisik, melainkan perawatan pemberi asuhan keperawatan yang holistik sehingga tercapai asuhan keperawatn yang tepat untuk pasien. Ruang Topaz merupakan ruang rawat penyakit bedah. Garut adalah salah satu kota di Jawa Barat yang memiliki sekitar 10 % penduduknya mengidap penyakit Diabetes Melitus. Dari data Medical Record di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut, dalam periode Januari-Desember 2022, terdapat 118 pasien Diabetes Melitus yang dirawat di Ruang Rawat Inap. Dari jumlah tersebut, sebanyak 13 pasien laki-laki, 28 perempuan, usia 2-17 terdapat 1 pasien, 18 usia 18-50 th dan 41 usia >50 th.

Peran perawat disini adalah melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien ulkus diabetik dengan melalui pendekatan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Tujuan dilakukannya proses keperawatan komprehensif adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi yang timbul akibat operasi. Maka untuk menghindari komplikasi dari ulkus diabetik dan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia, perlu penanganan dan tindakan perawatan



intensif baik pada saat pre operasi atau post operasi, disinilah peran perawat sangat diperlukan dan harus memberikan perawatan yang komprehensif, kesinambungan dan teliti. Penanganan pada pasien pos op amputasi ulkus diabetikum adalah untuk memandirikan pasien dalam mengatur pola makan, meningkatkan kesadaran untuk perawatan diri, meningkatkan pemantauan gula darah, dan meningkatkan pengetahuan pasien tentang diabetes dan pencegehannya.

Berdasarkan pada hal tersebut, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan yang berupa laporan studi kasus dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.A DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN: POS OP AMPUTASI ATAS INDIKASI ULKUS DIABETIKUM DI RUANG TOPAZ RSUD dr.SLAMET GARUT”**

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan umum**

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psikologis,spirituan pada Tn.A dengan Gangguan Sistem endokrin :Diabetes melitus dengan ulkus diabetikum di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut 2023.

### **2. Tujuan khusus**

Pada tujuan khusus dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini agar penulis Mampu melakukan beberapa hal antaranya :

- 1) Mampu melaksanakan pengkajian dengan lengkap dan menyeluruh pada Tn.A dengan gangguan sistem endokrin : Diabetes Melitus dengan ulkus diabetikum di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut.
- 2) Mampu menegakan diagnosa keperawatan dengan tepat sesuai dengan standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI) pada Tn.A dengan gangguan sistem endokrin: Diabetes Melitus dengan ulkus diabetikum di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut.
- 3) Mampu menyusun perencanaan asuhan keperawatan dengan tepat dan sesuai standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) kondisi yang dialami klien pada Tn.A dengan gangguan sistem endokrin: Diabetes Melitus dengan ulkus diabetikum di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut.
- 4) Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah di rencanakan dan di sesuaikan dengan kondisi klien pada Tn.A dengan gangguan sistem endokrin: Diabetes Melitus dengan ulkus diabetikum di Ruang Topas RSUD dr.Slamet Garut.
- 5) Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan dengan tepat selama proses asuhan keperawatan pada Tn.A dengan gangguan sistem endokrin : Diabetes Melitus dengan ulkus diabetikum di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut.

### C. Metode Telahan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah penulis menggunakan metode deskriptif yaitu menggambarkan atau menjelaskan suatu keadaan kondisi berdasarkan data dan fakta yang di peroleh melalui pendekatan proses asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian,diagnosa keperawatan meliputi prioritas masalah,perencanaan,pelaksanaan dan evaluasi (Koerniawan et al., 2020).

#### a. Wawancara

Selama pemeriksaan penulis mengumpulkan data dengan cara menyanyakan atau membuat tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien biasanya juga disebut dengan anamnesa

#### b. Observasi

Penulis melakukan pengamatan secara langsung perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien.

#### c. Studi Dokumentasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status dan hasil laboratorium untuk melengkapi data yang diperlukan selama proses asuhan keperawatan.

#### d. Studi Kepustakaan

Penulis membaca sebagai literatur untuk mendapatkan keterangan dasar yang berhubungan dengan kasus yang dialami klien yaitu penyakit diabetes melitus dengan ulkus diabetikum.

e. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara langsung kepada klien dengan menggunakan proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Christina et al., 2019).

#### **D. Sistematik Penulisan**

Untuk memberikan gambaran tentang penyusunan karya tulis ini penulis menggunakan sistematik penulisan sebagai berikut :

Bab I merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan teknik pengumpulan data sistematik penulisan. Bab II merupakan tinjauan teoritis yang membahas tentang konsep dan pendekatan proses asuhan keperawatan secara teoritis pada klien dengan masalah penyakit Diabetes melitus dengan ulkus diabetik.

Bab III menguraikan tentang tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, serta pembahasan yang berisi tentang kesenjangan – kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antar teoritis dengan kenyataan di lapangan.

Bab IV menguraikan kesimpulan, penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk perbaikan karya tulis ilmiah.

## BAB II

### TINJAUAN TEORITIS

#### A. Konsep Dasar Penyakit

##### 1. Definisi

Diabetes melitus adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami kumpulan gejala disebabkan oleh peningkatan kadar gula dalam darah. Diabetes terjadi karena adanya masalah dalam produksi hormon insulin oleh pankreas, baik itu karena tidak diproduksi dalam jumlah yang cukup, atau karena tubuh dapat menggunakan insulin dengan baik (Manurung, 2018).

##### 2. Klasifikasi diabetes melitus

**Tabel 2. 1 klasifikasi DM menurut (Febrinasari et al., 2020).**

Klasifikasi	keterangan
Diabetes melitus tipe 1	<ul style="list-style-type: none"><li>- Terjadi karena sel beta di pankreas mengalami kerusakan, sehingga memerlukan insulin ekstrogen seumur hidupnya.</li><li>- Umumnya muncul pada usia muda</li><li>- Penyebabnya bukan karena faktor keturunan melainkan faktor autoimun</li></ul>
Diabetes melitus tipe 2	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tipe diabetes umum, lebih banyak penderitanya di bandingkan tipe 1</li><li>- Munculnya saat usia dewasa</li><li>- Disebabkan beberapa faktor seperti obesitas dan keturunan</li><li>- Dapat menyebabkan terjadinya komplikasi apabila tidak dikendalikan</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- timbul saat kehamilan</li> <li>- penyebab riwayat diabetes melitus dari keluarga, obesitas, usia ibu saat hamil. Riwayat melahirkan bayi besar dan riwayat penyakit lainnya..</li> <li>- gejalanya sama seperti diabetes melitus pada umumnya</li> <li>- jika tidak ditandai secara dini akan beresiko komplikasi pada persalinan, dan menyebabkan bayi lahir dengan berat bda &gt; 4000 gram serta kematian bayi dalam kandungan</li> </ul>
Diabetes melitus tipe lain	<ul style="list-style-type: none"> <li>- terjadi karean kelainan kromosom dan mitokondria DNA</li> <li>- disebabkan karena infeksi dari <i>rubella congenitak</i> dan <i>cytomegalovirusI</i></li> <li>- penyakit eksikrin pankreas ( fibrosis kistik, pankreatitis</li> <li>- disebabkan oleh obat obat atau zat kimia ( misalnya penggunaan <i>glukokortikoid</i> pada terapai HIV/AIDS atau setelah tranplantasi organ)</li> <li>- disebabkan sindrom genetik lain yang berkaitan dengan diabetes melitus</li> </ul>

### 3. Etiologi

Menurut (Damayanti, 2015) faktor-faktor risiko terjadinya Diabetes Melitus antara lain :

#### a. Faktor Keturunan (Genetik)

Riwayat keluarga dengan diabetes melitus meningkatkan risiko menderita Diabetes Melitus sebesar 15% dan risiko mengalami intoleransi glukosa sebesar 30%. Faktor genetik dapat secara langsung mempengaruhi sel beta pankreas dan mengubah kemampuannya dalam

mengenal dan merespon rangsang sekresi insulin. Diabetes melitus memiliki faktor genetik, yang berarti ada hubungan antara diabetes melitus dengan faktor keturunan. Seseorang yang memiliki kedua orang tua dengan diabetes melitus memiliki risiko terserang diabetes melitus.

#### b. Obesitas

Obesitas terjadi ketika tubuh mengalami penumpukan jaringan lemak yang berlebihan. Pada individu obesitas, kadar asam lemak bebas darah cenderung tinggi karena peningkatan pemecahan trigliserida (lipolisis) dalam jaringan lemak. Kadar asam lemak bebas yang tinggi berkontribusi terhadap resistensi insulin, baik pada otot, hati, maupun pankreas.

#### c. Usia

Usia merupakan faktor yang tidak dapat dimodifikasi atau diubah. Seorang yang berusia 40 tahun memiliki risiko tertentu untuk mengembangkan diabetes melitus. Risiko ini meningkat seiring dengan bertambahnya usia, terutama pada diabetes tipe 2.

#### d. Tekanan Darah

Hipertensi atau tekanan darah tinggi ( $\geq 140/90$  mmHg) meningkatkan risiko seseorang untuk mengembangkan diabetes melitus. Hipertensi sering kali terjadi pada individu dengan diabetes melitus.

#### e. Gaya Hidup yang Salah

Gaya hidup dapat berperan dalam meningkatkan risiko seseorang untuk mengembangkan diabetes melitus. Hal ini terkait dengan pola

makan dan tingkat aktivitas fisik. Kesadaran rendah terhadap pola makan yang sehat sering kali terlihat pada gaya hidup modern saat ini.

## **B. Ulkus Diabetikum**

### **1. Definisi**

Ulkus diabetik merupakan salah satu komplikasi kronik dari Diabetes Melitus. Ulkus diabetik penyakit pada kaki penderita Diabetes dengan karakteristik adanya neuropati sensorik, motorik, otonom dan atau gangguan pembuluh darah tungkai.(Decroli, 2019).

Luka diabetik adalah luka yang terjadi pada pasien diabetik yang melibatakan gangguan pada saraf peripheral dan autonomik. Luka diabetik adalah luka yang terjadi karena adanya kelainan pada saraf, kelainan pembuluh darah dan kemudian adanya infeksi. Bila infeksi tidak diatasi dengan baik, hal itu akan berlanjut menjadi pembusukan bahkan dapat diamputasi.

Ulkus adalah luka terbuka pada permukaan kulit atau selaput lendir dan ulkus merupakan kematian jaringan yang luas dan disertai invasif kuman saprofit. Adanya kuman saprofit tersebut menyebabkan ulkus menjadi berbau, ulkus diabetikum juga merupakan salah satu gejala klinik dan perjalanan penyakit Diabetes Melitus dengan neuropati perifer.(Wijaya & Putri, 2013)



## 2. Klasifikasi

Menurut Nusdin (2020) Klasifikasi berdasarkan warna luka dapat diuraikan sebagai berikut :

### 1) Red/Merah

Merupakan luka bersih, dengan banyak vaskularisasi, karena mudah berdarah. Tujuan perawatan luka dengan warna dasar merah adalah mempertahankan lingkungan luka dalam keadaan lembab dan mencegah terjadinya trauma dan perdarahan.

### 2) Yellow/kuning

Luka dengan warna dasar kuning atau kuning kehijauan adalah jaringan nekrosis. Tujuan perawatannya adalah dengan meningkatkan sistem autolisis debridement agar luka berwarna merah, absorb eksudate, menghilangkan bau tidak sedap dan mengurangi kejadian infeksi.

### 3) Black/hitam

Luka dengan warna dasar hitam adalah jaringan nekrosis, merupakan jaringan avaskularisasi. Tujuan perawatannya adalah sama dengan warna dasar kuning yaitu warna dasar luka menjadi merah.

**Tabel 2. 2 Klasifikasi ulkus diabetik berdasarkan sistem wagner menurut (Decroli, 2019)**

Tingkat	Lesi
0	<i>(no open lesion)</i> Tidak ada lesi terbuka: dapat berupa deformitas atau selulitis
1	<i>(superficial ulcer)</i> Ulkus superfisial (luka ke efermis)
2	<i>(deep ulser)</i> Ulkus dalam hingga ke tendon atau kapsul sendi
3	<i>(abscess osteomyelitis)</i> Ulkus dalam dengan abses, osteomielitis, atau sepsis sendi
4	<i>(ganggren forefoott)</i> Ganggren lokal-pada kaki depan atau tumit
5	<i>(ganggren whole foot)</i> Ganggren pada semua kaki

### 3. Etiologi

Ulkus diabetikum dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk neuropati, iskemia, dan infeksi. Neuropati perifer pada akhirnya menyebabkan penurunan persarafan otot dan atrofi otot, yang dapat mengakibatkan tonjolan dan lengkungan pada kaki. Tekanan statis dan dinamis yang tinggi pada kaki juga dapat terjadi sebagai akibat dari neuropati. Namun, karena gangguan sensorik yang disebabkan oleh neuropati, peningkatan tekanan pada kaki mungkin tidak terdeteksi. Neuropati perifer juga berperan dalam mengurangi sekresi keringat, yang menyebabkan kulit kering, hiperkeratosis, dan pembentukan kalus, yang cenderung retak dan menyebabkan ulserasi. Faktor kedua adalah penyakit arteri perifer, yang mengurangi oksigenasi jaringan dan menghambat penyembuhan luka. Pasien diabetes juga memiliki risiko tinggi terhadap infeksi, terutama karena gangguan sistem imun seluler dan humoral yang lebih sering terjadi pada kasus hiperglikemia kronis yang parah.

Bioavailabilitas faktor pertumbuhan juga terpengaruh oleh gangguan ini, terutama sebagai akibat dari glikasi non-enzimatik faktor pertumbuhan yang disebabkan oleh hiperglikemia. Semua faktor ini secara bersama-sama berkontribusi terhadap terjadinya ulkus diabetikum pada pasien diabetes (Putri & Sriwidodo, 2016).

#### **4. Patofisiologi**

Patofisiologi diabetes menurut (Brunner, 2014) adalah sebagai berikut :

##### **a. Diabetes melitus tipe 1**

Diabetes melitus tipe 1 ditandai oleh ketidakmampuan pankreas untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas yang bertanggung jawab menghasilkan insulin telah dihancurkan melalui proses autoimun, jika kadar glukosa dalam darah sangat tinggi, ginjal tidak dapat menyerap semua glukosa yang terfilte, sehingga glukosa muncul dalam urin (glukosuria). Akibat kehilangan cairan yang berlebihan, penderita akan mengalami peningkatan frekuensi buang air kecil (polyuria) dan rasa yang berlebihan (polydipsia). Kekurangan insulin juga mengganggu metabolisme protein dalam lemak, menyebabkan penurunan berat badan. Penderita juga mungkin mengalami peningkatan nafsu makan (polifagia) karena tubuh mencoba untuk menggantikan kekurangan kalori, Gejala lainnya meliputi kelemahan dan kelelahan.

## b. Diabetes melitus 2

Pada diabetes melitus tipe 2, terdapat dua masalah utama terkait dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin pada diabetes tipe 2 ditandai dengan penurunan respons sel terhadap insulin. Akibatnya, insulin menjadi kurang efektif dalam merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan tubuh. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah peningkatan kadar glukosa dalam darah, pankreas harus menghasilkan lebih banyak insulin. Pada individu dengan toleransi glukosa terganggu, ini dapat menyebabkan sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa tetap normal atau sedikit meningkat. Namun, jika sel-sel beta pankreas tidak dapat menyesuaikan peningkatan kebutuhan insulin, kadar glukosa dalam darah akan meningkat dan diabetes melitus 2 akan terjadi.

Neuropati dan penyakit vaskuler perifer adalah faktor utama yang menyebabkan terjadinya luka. Masalah luka yang terjadi pada pasien diabetes adanya pengaruh dari saraf yang berada pada kaki dan biasanya dikenal dengan neuropati perifer. Gangguan sirkulasi darah berhubungan dengan penyakit vaskuler perifer, efek sirkulasi inilah menyebabkan kerusakan pada saraf.

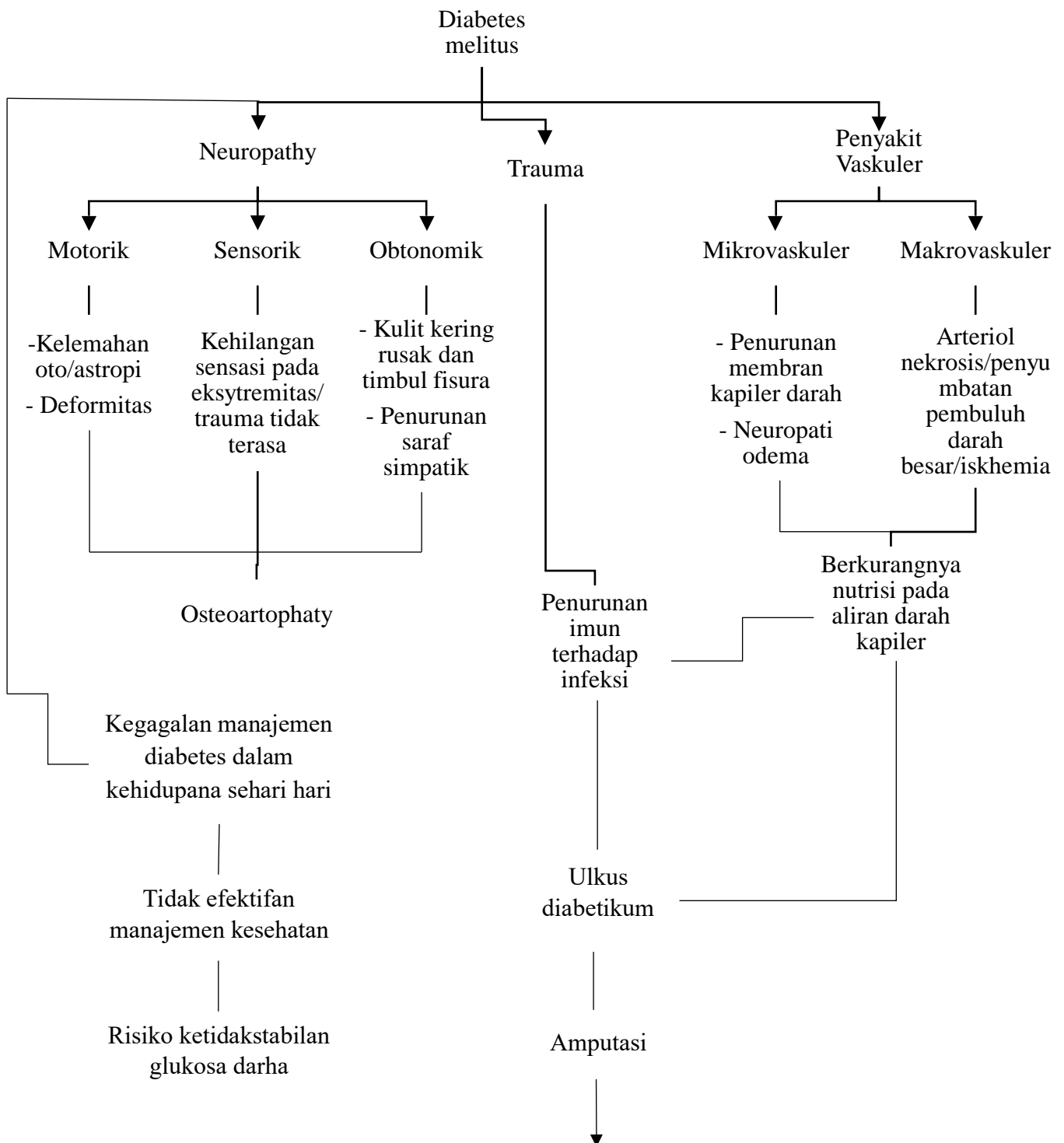
Hal ini berdampak pada neuropati autonomik yang mengontrol otot-otot halus, kelenjar dan organ viseral. Dengan adanya gangguan pada saraf autonomi pengaruhnya adalah terjadinya tonus otot sehingga menyebabkan abnormalnya aliran darah. Sehingga mengakibatkan kebutuhan akan nutrisi,

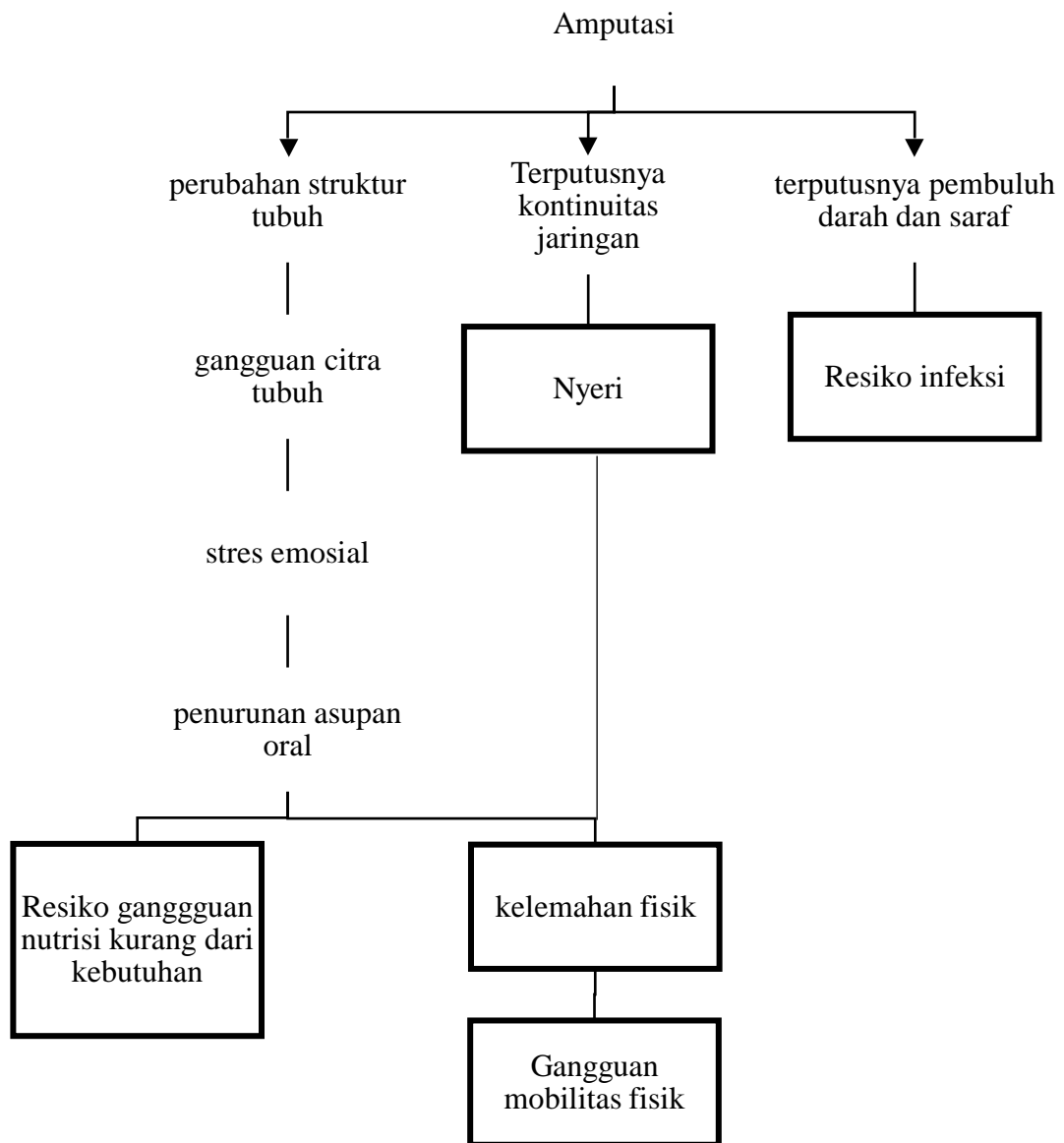
oksigen dan antibiotik maupun metabolisme tidak mencukupi ke jaringan perifer.

Efek neuropati autonomi akan menimbulkan kulit menjadi kering, retak-retak, anhidrosis yang menyebabkan kulit menjadi rusak dan luka yang sukar sembuh sehingga menyebabkan infeksi dan ganggren. Dampak lain karena adanya neuropati perifer sensori dan motorik yang menyebabkan hilangnya sensori rasa nyeri, tekanan, dan perubahan temperatur. Keterlambatan penyembuhan luka bisa menimbulkan kerentanan terhadap terjadinya infeksi. Infeksi inilah yang memperburuk keadaan dan menimbulkan ganggren, seringkali bisa mengakibatkan kematian atau resiko tinggi dilakukan amputasi.

penyakit vaskular perifer atau adanya penyakit pada pembuluh darah, kecelakaan tumor ganas seperti osteosarkoma atau tumor tulang dan kongenital atau bawaan sejak lahir seringkali menjadi faktor di lakukannya amputasi. Terputusnya pembuluh darah dan saraf ini menimbulkan rasa nyeri yang sering kali menyebabkan resiko infeksi pada luka yang ada dan hambatan mobilitas fisik yang dapat menimbulkan resiko kontraktur fleksi pinggul (Deni, n.d.). Dimana akibat dari amputasi tersebut akan timbul nyeri, resiko infeksi, gangguan hambatan mobilitas fisik dan resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan.

**Bagan 2. 1 Patofisiologi terkait amputasi**





(Sumber : Keperawatan Medikal Bedah, 2017)

## 5. Manifestasi Klinis

Ulkus diabetik akibat mikroangiopatik disebut juga ulkus padan karena walaupun nekrosis, daerah akral itu tampak merah dan terasa hangat oleh peradangan, dan biasanya teraba pulsasi arteri di bagian distal. Biasanya terdapat ulkus diabetik pada telapak kaki. Proses angiopati menyebabkan sumbatan pembuluh darah, sedangkan secara akut emboli akan memberikan gejala klinis 5 P, yaitu :

- a. Pain (nyeri)
- b. Paleness (kepucatan)
- c. Paresthesia (parestesia dan kesemutan)
- d. Pulselessness (denyut nadi hilang)
- e. Paralysis (lumpuh)

Bila terjadi sumbatan kronik, akan timbul gambaran klinis enurut pola dari fontaine :

- a. Stadium I : asimtomatis atau gejala tidak khas (kesemutan)
- b. Stadium II : Terjadi klaudikasio intermiten

## 6. Komplikasi

Menurut (Sukmana et al., 2020) komplikasi utama dari ulkus diabetikum yang parah dan tidak terkontrol adalah infeksi yang dapat memburuk, sepsis, amputasi, dan bahkan kematian. Berikut ini adalah penjelasan lebih rinci tentang komplikasi-komplikasi tersebut:



- 1) Infeksi yang memburuk: Ulkus diabetikum yang tidak sembuh atau tidak diobati dengan baik rentan terhadap infeksi bakteri. Infeksi ini dapat menyebar ke jaringan sekitarnya dan memburuk menjadi infeksi yang lebih dalam dan serius.
- 2) Sepsis: Infeksi yang tidak terkendali dapat menyebabkan sepsis, yaitu infeksi yang menyebar ke seluruh tubuh melalui aliran darah. Sepsis adalah kondisi yang sangat serius dan dapat mengancam nyawa, karena sistem kekebalan tubuh bereaksi secara berlebihan terhadap infeksi dan menyebabkan peradangan sistemik yang merusak organ-organ vital.
- 3) Amputasi: Jika ulkus diabetikum tidak diobati dengan baik dan infeksi merusak jaringan dan tulang yang luas, amputasi mungkin diperlukan untuk menghentikan penyebaran infeksi dan menyelamatkan nyawa penderita. Amputasi ini dapat melibatkan sebagian atau seluruh bagian kaki atau kaki bawah.
- 4) Kematian: Jika infeksi dari ulkus diabetikum tidak terkontrol dengan baik dan menyebabkan sepsis atau komplikasi serius lainnya, kondisi ini dapat berakibat fatal dan menyebabkan kematian

## **7. Penatalaksanaan**

### **1. Pengobatan**

Pengobatan dari gangren diabetik sangat dipengaruhi oleh derajat dan dalamnya ulkus, apabila dijumpai ulkus yang dalam harus dilakukan pemeriksaan yang seksama untuk menentukan kondisi ulkus dan besar kecilnya debridement yang akan dilakukan. Dari penatalaksanaan perawatan

luka diabetik ada beberapa tujuan yang ingin dicapai menurut (Wijaya & Putri, 2013). antara lain:

- 1) Mengurangi atau menghilangkan faktor penyebab
  - 2) Optimalisasi suasana lingkungan luka dalam kondisi lembab
  - 3) Dukungan kondisi klien atau host (nutrisi, kontrol diabetes mellitus dan kontrol faktor penyerta)
  - 4) Meningkatkan edukasi klien dan keluarga.
2. Perawatan luka diabetik

- 1) Mencuci luka

Merupakan hal pokok untuk meningkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka serta menghindari kemungkinan terjadinya infeksi. Proses pencucian luka bertujuan untuk membuang jaringan nekrosis, cairan luka yang berlebihan, sisa balutan yang digunakan dan sisa metabolik tubuh pada permukaan luka.

Cairan yang terbaik dan teraman untuk mencuci luka adalah yang non toksik pada proses penyembuhan luka (misalnya NaCl 0,9%). Penggunaan hidrogenperoksida, hypochlorite solution dan beberapa cairan debridement lainnya, sebaliknya hanya digunakan pada jaringan nekrosis / slough dan tidak digunakan pada jaringan granulasi. Cairan antiseptik seperti provine iodine sebaiknya hanya digunakan saat luka terinfeksi atau tubuh pada keadaan penurunan imunitas, yang kemudian dilakukan pembilasan kembali dengan saline.

## 2) Debridement

Debridement adalah pembuangan jaringan nekrosis atau slough pada luka. Debridement dilakukan untuk menghindari terjadinya infeksi atau selulitis, karena jaringan nekrosis selalu berhubungan dengan adanya peningkatan jumlah bakteri. Setelah debridement, jumlah bakteri akan menurun dengan sendirinya yang diikuti dengan kemampuan tubuh secara efektif melawan infeksi. Secara alami dalam keadaan lembab tubuh akan membuang sendiri jaringan nekrosis atau slough yang menempel pada luka (peristiwa autolysis).

Autolysis adalah peristiwa pecahnya atau rusaknya jaringan nekrotik oleh leukosit dan enzim lyzomatik. Debridement dengan sistem autolysis dengan menggunakan Occlusive dressing merupakan cara teraman dilakukan pada klien dengan luka diabetik. Terutama untuk menghindari resiko infeksi.

## 3) Terapi Antibiotika

Pemberian antibiotika biasanya diberikan peroral yang bersifat menghambat kuman gram positif dan gram negatif. Apabila tidak dijumpai perbaikan pada luka tersebut, maka terapi antibiotika dapat diberikan perparenteral yang sesuai dengan kepekaan kuman.

## 4) Nutrisi

Faktor nutrisi merupakan salah satu faktor penting yang berperan dalam penyembuhan luka. Penderita dengan gangren diabetik biasanya diberikan

diet B1 dengan nilai gizi: yaitu 60% kalori karbohidrat, 20% kalori lemak, 20% kalori protein

#### 5) Pemilihan jenis balutan

Tujuan pemelihan jenis balutan adalah memilih jenis balutan yang dapat mempertahankan suasana lingkungan luka dalam keadaan lembab, mempercepat proses penyembuhan hingga 50%, absorpsi eksudat/cairan luka yang keluar berlebihan, membuang jaringan nekrosis / slough (support autolysis), kontrol terhadap infeksi / terhindar dari kontaminasi, nyaman digunakan dan menurunkan rasa sakit saat mengganti balutan dan menurunkan jumlah biaya dan waktu perawatan (cost effective). Jenis balutan: absorbent dressing, hydroactive gel, hydrocoloi

Selain pengobatan dan perawatan diatas, perlu juga pemeriksaan Hb dan albumin minimal satu minggu sekali, karena adanya anemia dan hipoalbumin akan sangat berpengaruh dalam penyembuhan luka. Diusahakan agar Hb lebih 12 g/dl dan albumin darah dipertahankan lebih 3,5 g/dl. Dan perlu juga dilakukan monitor glukosa darah secara ketat, karena bila didapatkan peningkatan glukosa darah yang sulit dikendalikan, ini merupakan salah satu tanda memburuknya infeksi yang ada sehingga luka sukar sembuh.

Untuk mencegah timbulnya gangren diabetik dibutuhkan kerja sama antara dokter, perawat dan penderita sehingga tindakan pencegahan, deteksi dini beserta terapi yang rasional bisa dilaksanakan dengan harapan biaya

yang besar, morbiditas penderita gangren dapat ditekan serendah-rendahnya. Upaya untuk pencegahan dapat dilakukan dengan cara penyuluhan dimana masing-masing profesi mempunyai peranan yang saling menunjang.

Dalam memberikan penyuluhan pada penderita ada beberapa petunjuk perawatan kaki diabetikum :

- 6) Gunakan sepatu yang pas dan kaos kaki yang bersih setiap saat berjalan dan jangan bertelanjang kaki bila berjalan.
  - a) Cucilah kaki setiap hari dan keringkan dengan baik serta memberikan perhatian khusus pada daerah sela-sela jari kaki.
  - b) Janganlah mengobati sendiri apabila terdapat kalus, tonjolan kaki atau jamur pada kuku kaki.
  - c) Suhu air yang digunakan untuk mencuci kaki antara 29,5-30 derajat celsius dan diukur dulu dengan thermometer.
  - d) Janganlah menggunakan alat pemanas atau botol berisi air panas.
  - e) Langkah-langkah yang membantu meningkatkan sirkulasi pada ekstremitas bawah yang harus dilakukan, yaitu : hindari kebiasaan merokok, hindari bertumpang kaki duduk, lindungi kaki dari kedinginan, hindari merendam kaki dalam air dingin, gunakan kaos kaki atau stoking yang tidak menyebabkan tekanan pada tungkai atau daerah tertentu, periksalah kaki setiap hari dan laporkan bila terdapat luka, bullae kemerahan atau tanda-tanda radang, sehingga segera dilakukan tindakan awal dan jika kulit kaki kering gunakan pelembab atau krem.

## 8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada ulkus diabetikum menurut (Wijaya & Putri, 2013) adalah:

### a. Pemeriksaan fisik

#### 1) Inspeksi

Denervasi kulit menyebabkan produktivitas keringat menurun, sehingga kulit kaki kering, pecah, rabut kaki/jari (-), kalus, claw toe ulkus tergantung saat ditemukana (0-5)

#### 2) Palpasi

- a) Kulit kering, pecah-pecah, tidak normal
- b) Klusi arteri dingin, pulsasi (-)
- c) Ulkus : kalus tebal dan keras

### b. Pemeriksaan vaskuler

Tes vaskuler noninvasif : pengukuran oksigen transkutaneus, ankle brachial index (ABI). Absolute toe systolic pressure. ABI : tekanan betis dengan tekanan sistolik lengan.

c. Pemeriksaan radiologi : gas subkutan, benda asing, osteomyelitis.

d. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah :

#### 1) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah meliputi : GDS > 200 mg/dl, gula sarah puasa > 120 mg/dl dan dua jam post prandial > 200 mg/dl.

## 2) Urin

Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine, pemeriksaan dilakukan dengan cara benedict (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna pada urine : hijau (+), kuning (++), Merah (+++), dan merah beta (++++).

## 3) Kultur pus

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman

### **C. Konsep Amputasi**

#### **1. Definisi**

Amputasi berasal dari kata “amputare“ yang kurang lebih diartikan “pancung“. Amputasi dapat diartikan sebagai tindakan memisahkan bagian tubuh sebagian atau seluruh bagian ekstremitas. Tindakan ini merupakan tindakan yang dilakukan dalam kondisi pilihan terakhir manakala masalah organ yang terjadi pada ekstremitas sudah tidak mungkin dapat diperbaiki dengan menggunakan teknik lain atau manakala kondisi organ dapat membahayakan keselamatan tubuh klien secara utuh atau merusak organ tubuh yang lain seperti dapat menimbulkan komplikasi infeksi. Kegiatan amputasi merupakan tindakan yang melibatkan beberapa sistem tubuh seperti sistem integumen, sistem persarafan, sistem muskuloskeletal dan sistem kardiovaskuler (Yanti & Leniwita, 2019)

## 2. Etiologi

Penyakit vaskular perifer progresif (sering terjadi sebagai gejala sisa diabetes militus). Ganggren, trauma (cedera remuk, luka bakar), deformitas kongenital, atau tumor ganas. Penyakit vaskular perifer merupakan penyebab tinggi amputasi ekstremitas bawah. mengemukakan alasan diperlukan amputasi terjadi pada penyakit vaskular perifer, trauma, neoplasma malignan (misalnya steosarkoma), infeksi (misalnya infeksi akut: gangren, infeksi kronik, osteomilitis ), deformitas, dan paralisis. Secara umum penyebab amputasi adalah kecelakaan, penyakit, dan gangguan kongenital. Berdasarkan pendapat diatas, dapat disimpulkan penyebab amputasi adalah vaskuler perifer, infeksi, trauma, deformitas, tumor ganas dan paralisis. Indikasi utama bedah amputasi adalah karena :

- a. Iskemia karena penyakit reskularisasi perifer, biasanya pada orang tua, seperti klien dengan arteriosklerosis, Diabetes Mellitus.
- b. Trauma amputasi, bisa diakibatkan karena perang, kecelakaan, thermal injury seperti terbakar, tumor, infeksi, gangguan metabolisme seperti Paget's disease dan kelainan kongenital (Yanti & Leniwita, 2019)

## 3. Patofisiologi

Amputasi dilakukan sebagian kecil sampai dengan sebagian besar dari tubuh dengan metode:

- a. Metode terbuka (guillotine amputasi). Metode ini digunakan pada klien dengan infeksi yang mengembang. Bentuknya benar-benar terbuka dan



dipasang drainage agar luka bersih, dan luka dapat ditutup setelah tidak terinfeksi.

- b. Metode tertutup (flap amputasi) Pada metode ini, kulit tepi ditarik pada atas ujung tulang dan dijahit pada daerah yang diamputasi.
- c. Tidak semua amputasi dioperasi dengan terencana, klasifikasi yang lain adalah karena trauma amputasi (Yanti & Leniwita, 2019)

#### **4. Manifestasi klinis**

Ketika bagian tubuh tertentu mengancam bagian tubuh lain, misalnya karena infeksi atau rusak. Tindakan amputasi merupakan jalan keluar yang disarankan oleh dokter setelah melakukan berbagai pertimbangan.

Manifestasi klinik yang dapat ditemukan pada pasien dengan post operasi amputasi antara lain :

- a. Nyeri akut
- b. Keterbatasan fisik
- c. Pantom syndrome
- d. Pasien mengeluhkan adanya perasaan tidak nyaman

Adanya gangguan citra tubuh, mudah marah, cepat tersinggung, pasien cenderung berdiam diri (Yanti & Leniwita, 2019)

#### **5. Komplikasi**

Komplikasi amputasi meliputi perdarahan, infeksi dan kerusakan kulit. Perdarahan dapat terjadi akibat pemotongan pembuluh darah besar dan dapat menjadi masif. Infeksi dapat terjadi pada semua pembedahan dengan peredaran darah yang buruk atau adanya kontaminasi serta dapat terjadi

kerusakan kulit akibat penyembuhan luka yang buruk dan iritasi penggunaan protesis (Yanti & Leniwita, 2019)

## **6. Penatalaksanaan**

Tujuan utama pembedahan adalah mencapai penyembuhan luka amputasi dan menghasilkan sisa tungkai (puntung) yang tidak nyeri tekan dengan kulit yang sehat . pada lansia mungkin mengalami kelembatan penyembuhan luka karena nutrisi yang buruk dan masalah kesehatan lainnya. Percepatan penyembuhan dapat dilakukan dengan penanganan yang lembut terhadap sisa tungkai, pengontrolan edema sisa tungkai dengan balutan kompres lunak (rigid) dan menggunakan teknik aseptik dalam perawatan luka untuk menghindari infeksi (Yanti & Leniwita, 2019)

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan langkah utama dan dasar utama dari proses keperawatan yang mempunyai dua kegiatan pokok,yaitu :

#### **a. Pengumpulan data**

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita, mengidentifikasikan, kekuatan dankebutuhan penderita yang dapat diperoleh melalui anamnesa,pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratotium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

1) Identitas penderita

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

2) Keluhan utama

Adanya rasa kesemutan pada kaki/ tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Berisi tentang kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.

4) Riwayat kesehatan dahulu

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

5) Riwayat kesehatan keluarga

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

6) Riwayat psikososial

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

b. Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

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

2) Kepala dan leher

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

3) Sistem integumen

Turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembapan dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan gangren, kemereahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

4) Sistem pernafasan

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

## 5) Sistem kardiovaskuler

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

## 6) Sistem gastrointestinal

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran lengan atas, obesitas.

## 7) Sistem urinary

Poliuri, retensi urine, inkontinensi urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.

## 8) Sistem muskuloskeletal

Penyebaran lemak, penyebaran mata otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangren di ekstremitas.

## 9) Sistem neurologis

Terjadi penurunan sensori, parasthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kebingungan mental, disorientasi.

## c. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah:

## 1) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah meliputi : GDS > 200 mg/dl, gula darah puasa > 120 mg/dl dan dua jam post prandial > 200 mg/dl.

## 2) Urin

Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine, pemeriksaan dilakukan dengan cara benedict (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna pada urine : hijau (+), kuning (++) , Merah (+++), dan merah beta (++++).

## 3) Kultur pus

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/ masalah kesehatan. Aktuan atau potensi dan kemungkinan dan membutuhkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien ulkus diabetik menurut (Wijaya & Putri, 2013) adalah sebagai berikut :

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

Gejala dan tanda mayor

DS :

- 1) Mengeluh nyeri

DO :

- 1) Tampak meringgis
- 2) Bersikap protektik (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat

5) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

DO :

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola napas berubah
- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berpikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri
- 7) Diaforesis

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Gejala dan tanda mayor

DS :

- 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

DO :

- 1) Kekuatan otot menurun
- 2) Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan minor

DS :

- 1) Nyeri saat bergerak

- 2) Enggan melakukan pergerakan
- 3) Merasa cemas saat bergerak

DO :

- 1) Sendi kaku
  - 2) Gerakan tidak terkoordinasi
  - 3) Gerakan terbatas
  - 4) Fisik lemah
- c. Risiko infeksi (sepsis) berhubungan dengan efek prosedur invasif

DO :

- 1) Terdapat luka, luka kemerahan, ada jahitan
- d. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
- 1) Pola makan tidak teratur dan manajemen makan kesehatan tidak baik

### **3. Intervensi**

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis yang mencapai luaran yang diharapkan. Klasifikasi intervensi adalah sebuah sistem pengelompokan berdasarkan hierarki dari yang bersifat umum ke khusus atau dari yang tinggi ke yang rendah. Tujuan dari pengklasifikasikan untuk memudahkan penelusuran intervensi keperawatan, memudahkan untuk



memahami. Sistem klasifikasi standar intervensi keperawatan Indonesia terdiri dari 5 (lima) kategori dan 14 (empat belas) subkategori (PPNI 2018).

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (D.0077)

**Tabel 2. 3 Intervensi Nyeri akut**

Diagnos	Perencanaan keperawatan	
	Kriteria hasil	intervensi
Nyeri akut D.0077 Definsi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintermiten ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan	Tingkat nyeri L.08066 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria Hasil : – Keluhan nyeri cukup menurun – Meringgis menurun – Gelisah menurun – Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri L.08238 Observasi – Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri – Identifikasi skala nyeri – Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik – Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Edukasi – Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi – Kolaborasi pemberian analgetik

## 2. Gangguan mobilitas fisik b.d kelemahan dan adanya luka pada ekstremitas

**Tabel 2. 4 Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik**

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan	
	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan Mobilitas Fisik D.0054 Definsi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari suatu atau lebih ekstremitas secara mandiri	Mobilitas Fisik L.05042 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat. Kriteria Hasil: 1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat 2. Kekuatan otot cukup meningkat 3. Nyeri cukup menurun 4. Kaku sendi cukup menurun 5. Gerakan terbatas cukup menurun 6. Kelemahan fisik cukup menurun	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)

## 3. Risiko infeksi (sepsis) b.d efek prosedur invasif

Tabel 2. 5 Intervensi Risiko Infeksi

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan	
	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Risiko Infeksi D.0142 Definisi : beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	Tingkat infeksi L.14137 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam glukosa derajat infeksi menurun. Kriteria Hasil : 1. Demam cukup menurun 2. Kemerahan cukup menurun 3. Nyeri cukup menurun 4. Bengkak cukup menurun 5. Kadar sel darah putih cukup membaik	Pencegahan Infeksi I.14539 Observasi 1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada daerah edema 3. Cuci tangan sebelum dan setengah kontak dalam pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pasien beresiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda gejala infeksi 2. Ajarkan cara memeriksa luka 'anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemeberian imunisasi <i>jika perlu</i>

4. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

**Tabel 2. 6 Intervensi ketidakstabilan glukosa darah**

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan	
	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah D.0038 Reiko terhadap variasi kadar glukosa darah dari rentang normal	<p>Status nutrisi</p> <p>L.03030</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan kesetabilan kadar glukosa darah membaik. Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat cukup meningkat</li> <li>2. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat cukup meningkat</li> <li>3. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat cukup meningkat</li> </ol>	<p>Manajemen hiperglikemia I.031115</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>2. Monitor kadar glukosa darah</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>2. Ajarkan pengelolaan diabetes</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian insulin</li> </ol> <p>Edukasi diet I.12369</p> <p>Obeservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</li> <li>3. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</li> <li>4. Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapkan materi, media dan alat</li> </ol>

		<p>2. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>3. Berikan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>2. Informasikan makanan yang diperbolehkan</p> <p>3. Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</p> <p>2.</p>
--	--	--

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil. Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan terdiri dari tiga jenis yaitu independent implementations, interdependen/collaboratif dan dependent implementations (Leniwita & Anggraini, 2019).

#### 5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Leniwita & Anggraini, 2019). Evaluasi

dilakukan untuk mengevaluasi sejauh mana tujuan perawatan telah tercapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode, seperti teknik komunikasi SBAR dan pendekatan SOAP.

Evaluasi Proses atau Formatif: Evaluasi ini dilakukan setelah tindakan keperawatan selesai dilaksanakan. Tujuannya adalah untuk mengevaluasi proses perawatan yang telah dilakukan. Dalam evaluasi ini, perawat menilai keefektifan tindakan yang telah dilakukan, mengidentifikasi masalah atau hambatan yang muncul selama proses perawatan, dan memperbaiki rencana perawatan jika diperlukan.

Evaluasi Hasil atau Sumatif: Evaluasi ini dilakukan dengan membandingkan respon klien terhadap tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan dalam perencanaan keperawatan. Perawat menilai apakah tujuan perawatan telah tercapai, sejauh mana perubahan terjadi pada kondisi klien, dan apakah ada perubahan atau masalah baru yang perlu ditangani. Evaluasi hasil digunakan untuk mengevaluasi efektivitas asuhan keperawatan secara keseluruhan.

Pendekatan SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) juga dapat digunakan dalam proses evaluasi keperawatan. Berikut adalah penjelasan singkat mengenai setiap komponen dalam pendekatan SOAP:

S (Subjective): Merupakan respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Informasi ini didapatkan melalui

wawancara dengan klien atau keluarga mengenai perasaan, keluhan, atau perubahan yang dirasakan oleh klien.

O (Objective): Merupakan respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Informasi ini diperoleh melalui pengamatan langsung oleh perawat, seperti hasil pemeriksaan fisik, data laboratorium, atau hasil tes diagnostik.

A (Assessment): Merupakan analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk mengevaluasi apakah masalah yang ada masih tetap atau muncul masalah baru. Perawat juga mengevaluasi apakah ada data yang kontradiktif dengan masalah yang telah diidentifikasi sebelumnya.

P (Plan): Merupakan perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien. Perawat merumuskan rencana perawatan yang baru atau memodifikasi rencana perawatan yang sudah ada.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Tinjauan Kasus**

##### **1. Pengakajian**

###### **a. Identitas**

###### 1) Identitas pasien

Nama : Tn.A  
Umur : 55 Th  
Jenis Kelamin : Laki-Laki  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Wiraswasta  
Suku bangsa : Sunda  
Status perkawinan : Kawin  
Alamat : Kp.citangtu Desa citangtu kec.Pangatikan  
Kab. Garut  
Tanggal masuk : Kamis, 30-04-2023  
Tanggal pengkajian : 04-05-2023  
Diagnosa medis : Ulkus Diabetikum

###### 2) identitas penanggung jawab

Nama : Ny.E  
Umur : 30 thn  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga



Agama : islam  
Pendidikan : SMA  
Hubungan dengan pasien : Anak  
Alamat : Kp.citangtu Desa citangtu  
kec.Pangatikan Kab. Garut

**b. Riwayat Kesehatan**

1) Keluhan utama

Nyeri pada luka post op amputasi ekstremitas kiri Tibia Fibula

2) Riwayat kesehatan sekarang

Keluarga klien mengatakan pada tanggal 30 Maret 2023 pukul 16.40 pasien datang ke RSUD dr.Slamet rujukan dari RS Medina dengan kelainan luka di kaki sebela kiri sejak 1 minggu. Awalnya hanya luka k ecil namun lama-kelamaan membesar kaki menjadi bengkak, berair dan bernanah, di ibu jari kaki kanan ada luka kecil namun kering.

Saat pengakjian pada hari selasa 04 April 2023 Pod 1 amputasi pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri bekas amputasi pasien mengatakan nyeri di rasakan saat bergerak seperti di tusuk-tusuk di daerah kaki kiri bekas amputasi Skala 7 (0-10) dan nyeri hilang timbul . Pasien juga mengatakan sulit untuk mengerakan kakinya karena nyeri pada luka, pasien tampak meringgis menahan nyeri, keluarga pasien juga mengatakan pola makannya tidak teratur dan Kadar glukosa darah :439 mg/dl

### 3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penurutan pasien, sebelumnya pasien belum pernah dirawat dengan penyakit yang sama. Menurut pengakuan pasien dirinya mempunyai riwayat Diabete Melitus sejak 5 tahun yang lalu. Juga pasien mempunyai riwayat hipertensi waktu dulu.

### 4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut penurutan pasien, dalam keluarganya terdapat anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama dengan dirinya, yaitu ayahnya yang sama-sama mempunyai penyakit diabetes melitus. Di dalam keluarga pasien tidak mempunyai riwayat penyakit menular.

## c. Pemeriksaan fisik

### 1) Keadaan umum

Penampilan umum psien lemah, kesadaran compos mentis, nilai GCS 15 (E4 M6 V5), klien dapat menjawab dengan baik setiap pertanyaan yang diajukan oleh perawat maupun mahasiswa dan pasien dapat mengenal tempat,waktu dan orang.

### 2) Tanda-Tanda vital

- a) Tekanan Darah : 120/90 mmHg (Normal)
- b) Nadi : 88 x/menit (Normal)
- c) Respirasi : 22 x/menit (Normal)
- d) Suhu : 36 C (Normal)
- e) SPo2 : 98 % (Normal)

### 3) Pemeriksaan fisik per sistem

#### a) Sistem integumen

Kulit pasien berwarna sawo matang, kulit teraba hangat, turgor kulit <1 detik, terdapat luka post operasi amputasi pada ekstremitas kiri tepatnya pada tibia fibula. Luka pada post operawasi amputasi ekstremitas kiri tibia fibula dengan panjang luka 10 cm, 8 jahitan . Luka pasien kemerahan, kulit sekitar luka tampak kemerahan, keadaan sekitar luka tidak bengkak, terdapat rembes darah pada bagian luka ujung jahitan, kerapatan luka jahitan rapat tidak ada jahitan yang terlepas.

#### b) Sistem Endokrin

Tidak adanya pemebesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat pembengkakan kelenjar getah bening, tidak terdapat diaforesi, tidak terdapat hipermentasi kulit, tidak teraba adanya nyeri pada daerah kelenjar tiroid dan paratiroid.

#### c) Sistem persyarafan

##### (1) Status Mental

Orientasi klien terhadap orang, waktu, dan tempat baik, terbukti pasien mampu menyebutkan bahwa yang menunggu dirinya adalah keluarganya, Tingkat Kesehatan

(2) Tes Fungsi Nervus karnial

(a) Nervus I (Olfaktorius)

Penciuman Pasien baik dapat membedakan bau minyak kayu putih dan minyak wangi.

(b) Nervus II (Optikus)

Ketajaman penglihatan pasien baik terbukti pasien mampu membaca papn nama pemeriksa pada jarak 30cm.

(c) Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Trochlear, Trigeminus)

Pasien dapat menggerakkan bola mata keatas, kebawah dan kesamping, pupil konstriksi saat diberi rangsang cahaya, bentuk pupil isokor, lapang pandang normal, terbukti pasien mampu melihat jari telunjuk pemeriksa pada semua sisi/sudut.

(d) Nervus V (Trigeminus)

Fungsi mengunyah pasien baik, pergerakan otot masetter dan temporalis simetris, pasien dapat merasakan sentuhan pilihan kapas yang disuapkan pada daerah wajah dengan kedua mata tertutup, pasien mengedip secara spontan dan dapat menggerakkan rahangnyya.

(e) Nervus VII (Fasialis)

Klien dapat menerutkan dahi, tersenyum dengan kedua bibir simetris, klien dapat membedakan rasa manis, asam, asin pada anterior lidah.

(f) Nervus VIII (Auditorius)

Klien dapat mendengar bisikan perawat dan detakan jarum jam pada jarak 30 cm.

(g) Nervus IX (Glosofaringeus)

Pasien dapat merasakan rasa pahit pada posterior lidah dan terdapat reflek muntah saat pangkal lidah ditekan dengan tongue spatel.

(h) Nervus X (Vagus)

Gerakan uvula simetris saat pasien mengatakan kata “ah”  
refleks menelan baik.

(i) Nervus X (Assesorius)

Pasien dapat melawan tahanan pada saat menoleh kesamping dan mengakat bahu.

(j) Nervus XII (Hypoglosus)

Pasien dapat menggerakkan lidah dan menjulurkannya ke segala arah.

d) Sistem Penglihatan

Bentuk dan ukuran mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, tidak ada nyeri tekan pada kelopak mata, reflek pupil terhadap cahaya (+), diameter pupil isokor, mata dapat digerakan ke atas, bawah, kanan, kiri, fungsi penglihatan baik terbukti pasien dapat membaca papan nama mahasiswa.

e) Sistem Pendengaran

Bentuk dan ukuran telinga kanan dan kiri simetris, ujung daun telinga sejajar dengan sudut mata. Daun telinga elastic tidak ada nyeri tekan dan tidak terdapt serumen, fungsi pendengaran pasien baik terbukti saat di beri pertanyaan dapat merespon dengan baik.

f) Sistem Pernafasan

Hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada skret atau polip yang mengalangi pernafasan, tidak terdapat pembesaran kelenjar, posisi trachea simetris. Bentuk dada simetris, compliance dan rocoil paru simetris, tidak terdapt retrasik intercosta, tidak terdapat penggunaan otot bantu nafas, frekuensi nafas 22 x/menit, getaran dinding sama, perkusi dada resonan/sonor, bunyi nafas vesikuler.

g) Sistem Kardiovaskuler

Konjungtiva tidak anemis, tidak dema, tidak terdapt peningkatan JVP (*Jugularis vebous pressure*), bunyi jantung

murni reguler, tanpa bunyi tambahan, CRT (*capillary refilling time*) pada jari tangan kembali dalam 1 detik. Nadi 88 x/menit dengan irama teratur, tekanan darah 120/90 mmHg, akral hangat dan tidak terdapat sisanosis.

h) Sistem pencernaan

Bentuk simetria berwarna merah kehitaman, mukosa lembab, berwarna merah muda, tidak terdapt stomattis, tidak dapat pendarahan, menelan baik tidak ada nyeri tekan, jumlah gigi lengkap. Abdomen berbentuk cembung dan lembut, tidak ada lesi maupun asites, bunyi bising usus 10 x/menit, tidak terdapat bruit's sign, tidak teraba benjolan, pada abdomen dan tidak terdapat nyeri tekan, tidak pembesaran hepar dan lien, dan perkusi abdomen timpani.

i) Sistem perkemihan

Tidak terdapat edema periorbital ataupun edema ekstremitas tidak terdengar adanya bruit's sign, tidak ada nyeri tekan pada daerah pinggang, tidak teraba adanya distensi abdpmen, tidak terdapat nyeri ketuk pada daerah pinggang, suaa perkusi kandung kemih terdengar timpani.

j) Sistem muskuloskeletal

(a) Ekstremitas Atas

Pada ekstremitas atas tangan tampak simetris, tidak terdapat lesi, tangan sebelah kiri terpasang infus Nacl 20

tetes/menit, ekstremitas atas dapat di gerakan secara normal dan mengikuti perintah, tonus otot baik, tidak ada kontraktur, tidak ada devormitas, tidak ada krepitasi, tidak terdapat atrofi/pegecilan otot pada ekstremitas atas, kekuatan otot ekstremitas atas kiri dan kanan 5/5, tidak terdapat nyeri tekan maupun edema pada kedua ekstremitas atas.

(b) Ekstremitas Bawah

Bentuk dan ukuran kedua dua tidak simetris , kaki kanan simetris dan terdapat luka pada ibu jari dengan keadaan kering, dan pada kaki kiri tidak simetris karena ada post operasi amputasi atas indikasi ulus diabetikum, terdapat luka di baluti kasa dengan kekuatan otot 5//2, rentang gerak meneurun dan gerakan pasien terlihat terbatas Dengan panjang luka 10 cm dan jahitan 8 tidak terdapat bau pada luka.

**d. Data Psikologis**

1) Status emosi

Emosi pasien stabil, pasien tampak gelisah saat dilakukan wawancara dengan perawat.

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri/*Body image*



Pasien menyekai seleruh tubuh anggota tubuhnya walaupun terdapat bekas amputasi pada kaki kiri. Pasien mengatakan bahwa semua anggota tubuhnya merupakan pemberian dari Allah SWT.

b) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan sepat pulang dan menjalani kegitan seperti biasa di rumah walapun bakalan terbatas kativitas karena kaki di amputasi.

c) Identitas Diri

Pasien seorang laki-laki dan merasa puas dengan jenis kelaminnya.

d) Harga Diri

Pasien tidak merasa malu ataupun rendah diri terhadap apa yang dideritanya sekarang walaupun kakinya di amputasi. Pasien menerima keadaan dirinya dengan segala kelebihan dan kekurangan.

e) Peran Diri

Pasien berperan sebagai seorang suami dan ayah dari empat anaknya, pasien merasa peranya sebagai seorang kepala rumah tangga tidak terganggu karena keadaanya sekarang.

### 3) Pola Koping

Pasien mengatakan jika dirinya mempunyai masalah, pasien selalu mencertakan kepada istrinya, karean menurut dirinya hal tersebut lebih baik daripada memendamnya.

### 4) Gaya Komunikasi

Pasien berbicara cukup jelas, psaien sehari-hari menggunakan bahasa unda dan bahasa indonesi, pasien mampu berkomunikasi dengan baik.

### 5) Kecemasan

Pasien tampak gelisah keadaan sekarang karena kakinya di amputasi

## e. **Data sosial**

Pasien mampu berinteraksi dan berhubungan baik dengan orang lain (Dokter,perawat,mahasiswa, dan pasien lain) terbuk saat dilakukan penkajian dan tindakan keperawatan oleh mahasiswa dapat berinteraksi dengan baik dan terbuka.

## f. **Data Spiritual**

### 1) Falsafah Hidup

Pasien percaya terhadap adanya sakit dan sehat, karean itu sudah merupakan ketentuan yang diatur oleh yang maha kuasa.

### 2) *Sense of Trasendense*

Pasien merasa optimis bahwa yang diderinya sekarang akan baik abik saj dengan perawatan dan pengobatan dibarengi dengan berdo'a kepada Allah SWT untuk kesembuhan penyakitnya.

### 3) Konsep Ketuhanan

Pasien mengatakan bahwa pasien beragama islam dan saat sehat selalu menjalankan ibadah shalat 5 waktu, namun saat sakit dan keadaan sekarang pasien hanya mampu berdoa akan kebaikannya, pasien yakin bahwa penyakit adalah cobaan dari Allah SWT.

#### g. Pola Aktivitas dan Kebiasaan Sehari-Hari

**Tabel 3. 1 pola aktivitas dan kebiasaan sehari-hari**

No.	Jenis Aktivitas	Dirumah	Dirumah sakit
1	Nutrisi a. Makan Frekuensi Jenis Porsi Keluhan b. Minum Frekuensi Jumlah Jenis	3-4 x Nasi, sayur, lauk 1 porsi Tidak ada 7-10 x 1 gelas Air Putih	3 x Bubur 1 porsi Tidak ada 5-6 x 1 gelas Air putih
2	Eleminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi b. BAK Frekuensi Warna	1 x Padat 4-6 x Khas urine	Belum pernah 1 x
3	Istirahat tidur Siang Malam Keluhan	1-2 jam 7-8 jam Tidak ada	1 jam 5-6 Suka bangun tengah malam
4	Personal hygiene Mandi Gosok gigi keramas	1 x 1x 1x	Di spon Belum pernah Belum pernah
5	Aktivitas	Kerja	Tidak bisa melakukan aktivitas

### h. Data Penunjang

Nama : Tn. A

No. cm : 1355254

Umur : 55 thn

Alamat : Kp.citangtu

**Tabel 3. 2 laboratorium**

Pemeriksaan	Hasil			Nilai Normal
	RS medina 30 Maret 2023 11:44	RS dr.Slamet 30 Maret 2023 17:06	RS dr.Slamet 31 Maret 2023 10:14	
<b>Hematologi</b>				
<b>Hematologi Rutin</b>				
Hemoglobin	<b>10.7 gr/dl</b>		<b>10.0 gr/dl</b>	12-18
Hemotrokit	<b>33 %</b>		<b>28 %</b>	40-52
lekosit	<b>23.700/mm<sup>3</sup></b>		<b>17,400 /mm<sup>3</sup></b>	3.800-10.600
Trombosit	312.000/mm <sup>3</sup>		256,000 /mm <sup>3</sup>	150.000- 440,000
Eritrosit			3.42 Juta/mm <sup>3</sup>	4.5-6.5
<b>Kimia klinik</b>				
Glukosa Darah Sewaktu	<b>605 mg/dl</b>	<b>522 mg/dl</b>		<140
Ureum	<b>82.3 mg/dl</b>	<b>90 mg/dl</b>		20-40
Kreatinin	<b>1.15 mg/dl</b>	<b>1.51 mg/dl</b>		0.7-1.3
SGOT		18 U/L		0-37
SGPT		19 U/L		<50
<b>Paket Elektrolit</b>				
Natrium		<b>126 mEq/L</b>		135-145
Kalium		4.8 mEq/L		3.6-5.5
Clorida		<b>96 mEq/L</b>		98-108
Calsium		4.29 mg/dl		4.7-5.2
<b>Antigen Sars Cov.2</b>	Negatif			

## i. Terapi Medis

Tabel 3. 3 Terapi Medis

Nama Obat	Dosis	Rute Pemberian	Golongan Obat	Fungsi Obat
NaCL 0,9%	20 tpm	Intravena (IV)	Sodium chloride	Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi
Ceftriaxone	2x1 gr	Intravena (IV)	Antibiotik golongan sefalosfori	Menangani infeksi bakteri
Omeprazole	1x40 mg	Intravena (IV)	Proton pump inhibitor (obat keras)	Unruk menurunkan produksi asam lambung berlebih pada lambung
keterolac	2x1 mg	Intravena (IV)	Obat anti inflamasi non steroid (OAINS)	Meredakan peradangan dan nyeri
Paracetamol Tablet	3x1 mg	Per Oral	Analgetik antipeiretik	Untuk menghilangkan rasa nyeri demam
Pletaal	1x1 mg	Per Oral	Anti paltelet,antikoagulan (obat keras)	Untuk terapi khususnya mengurangi gejala dari klaudikasio intermiten yaitu gejala nyeri otot yang terjadi pada aktivitas ringan
Humalog	3x8 IU/ml	Injeksi Subkutan	Insulin (obat keras)	Untuk menggantikan peran hormon insulin di tubuh untuk menurunkan gula darah pada pasien diabetes
Sansulin	0-0-24 IU/ml	Injeksi subkutan	Preparat insulin (obat keras)	Membantu penyerapan glukosa dalam darah sel-sel tubuh untuk mengendalikan kadar gula darah

j. **Analisa Data****Tabel 3. 4 Analisa Data**

No.	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian bekas op amputasi ekstremitas kiri tibia fibula</li> <li>2. Nyeri di tasakan hilang timbul</li> <li>3. Nyeri bertambah saat di gerakan</li> </ol> <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak gelisah</li> <li>2. Pasien tampak meringgis</li> <li>3. Skala nyeri 7(0-10)</li> </ol>	<p>Seorang pasien dengan Ulkus diabetikum mengalami komplikasi serius lalu dilakukan tindakan Amputasi akibat dari tindakan amputasi terjadi Terputusnya kontinuitas jaringan pada area luka dan akan mengalami <b>nyeri akut</b> yang intens di area tersebut</p> <p style="text-align: center;"><b>Nyeri akut</b></p>	Nyeri akut
2	<p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kakinya</li> <li>2. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak</li> </ol> <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot menurun 2</li> <li>2. Rentang gerak menurun</li> <li>3. Gerakan terbatas fisik lemah</li> </ol>	<p>Seorang pasien dengan Ulkus diabetikum mengalami komplikasi serius lalu dilakukan tindakan Amputasi akibat dari tindakan amputasi terjadi Terputusnya kontinuitas jaringan pada area luka dan akan mengalami <b>nyeri akut</b> yang intens di area tersebut akibat dari nyeri pasien mengalami Kelemahan fisik karena itu gerakana terbatas terjadilah</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	Gangguan mobilitas fisik
3	<p>DS</p> <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka di baluti kasa</li> <li>2. Terdapat luka di kaki kiri dengan keadaan kulit sekitar luka kemerahan tidak terdapat bengkak pada area luka terdapat rembes darah pada luka bagian ujung jahitan</li> </ol>	<p>Kondisi ulkus tersebut telah mencapai tingkat yang parah dan mengancam anggota tubuh pasien. Oleh karena itu, keputusan untuk melakukan amputasi diambil sebagai tindakan terakhir untuk menghentikan penyebaran infeksi pasien menjalani operasi amputasi untuk</p>	Risiko infeksi

	kerapan luka jahitan rapat dengan panajng luka 10 cm dan 8 jahitan	memisahkan bagian tubuh yang terkena ulkus diabetikum yang parah. Selain terputusnya jaringan, operasi ini juga mengakibatkan terputusnya pembuluh darah dan saraf yang terhubung dengan area tersebut. Setelah amputasi dilakukan, pasien memiliki risiko infeksi yang lebih pada luka bekas operasi Risiko infeksi	
4	DS – Keluarga mengatakan pola makan pasien tidak teratur  DO 1. kadar glukosa darah 439 mg/dl	Pasien dengan diabetes melitus menghadapi tantangan dalam manajemen penyakit mereka sehari-hari. Kegagalan dalam mengelola diabetes dapat menyebabkan risiko ketidakstabilan glukosa darah	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (D.0077)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)
- d. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0038)

### 3. Intervensi, Implementasi dan Evaluasi

**Tabel 3. 5 Intervensi**

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi		
1	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (D.0077)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada bagian bekas op amputasi ekstremitas kiri tibia fibula</li> <li>- Nyeri di tasakan hilang timbul</li> <li>- Nyeri bertambah saat di gerakan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak meringgis</li> <li>- Skala nyeri 7(0-10)</li> </ul>	<p>Tingkat nyeri L.08066</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri cukup menurun dari 7 menjadi 3</li> <li>- Meringgis menurun</li> <li>- Gelisah cukup menurun</li> <li>- Kesulitan tidur menurun</li> </ul>	<p>Manajemen nyeri L.08238</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologi untuk manguangi rasa nyeri</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri : didapatkan nyeri daerah pos op amputasi tibia fibula, nyeri hilang timbul, seperti di tusuk-tusuk.</li> <li>- Mengobservasi skala nyeri : skala nyeri 7 dari (1-10)</li> <li>- Mengobservasi faktor yang memperberat dan memperingan : didapatkan nyeri di rasakan saat bergerak dan mempringan saat di istirahatkan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan teknik nonfarmakologi : pasien mengerti</li> </ul>	<p>07 April 2023</p> <p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari 7 menjadi 4</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sudah tampak tenang tidak terlihat gelisah lagi</li> <li>- Pasien sudah tidak meringgis lagi</li> <li>- Skala nyeri 4</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>



				teknik relaksasi nafas dalam Kolaborasi – Berkolaborasi dengan dokter pemberian keterolac 1mg jam 09.00	
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)  DS – Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kakinya – Pasien mengatakan nyeri saat bergerak  DO – Kekuatan otot menurun 5/2 – Rentang gerak menurun – Gerakan terbatas fisik lemah	Mobilitas Fisik  L.05042 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat. Kriteria Hasil: – Kekuatan otot cukup meningkat dari 2 menjadi 4 – Kaku sendi cukup menurun – Gerakan terbatas cukup menurun – Kelemahan fisik cukup menurun	Dukungan Mobilisasi  I.05173 Observasi – Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya – Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan  Terapeutik – Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu – Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan  Edukasi – Anjurkan melakukan mobilisasi dini	Observasi – Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik : didapatkan nyeri di daerah pos op amputasi tibia fibula dan kakinya merasa kaku – Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan: didapatkan pasien kurang bergerak  Terapeutik – Menganjurkan keluarga untuk membantu pasien dalam mobilisasi : didapatkan keluarga suka membantu setiap pasien mau mobilisasi	S – Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya – Pasien mengatakan sudah tidak kaku lagi sendinya  O – Kekuatan otot pasien sudah meningkat menjadi 4 dari 2 – Pasien terlihat sudah bisa menggerakkan kakinya – Gerakan terbatas pasien sudah tampak menurun – Kelemahan fisik pasien sudah cukup menurun  A : masalah teratasi P : hentikan intervensi

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)</li> </ul>	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Mengajarkan pasien dalam melakukan mobilisasi dini : pasien paham dan mengerti terhadap yang di ajarkan</li> </ul>	
3	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)</p> <p>DS :</p> <p>DO : Luka di baluti kasa Terdapat luka di kaki kiri dengan keadaan kulit sekitar luka kemerahan tidak terdapat bengkak pada area luka terdapat rembes darah pada luka bagian ujung jahitan kerap luka jahitan rapat dengan panajng</p>	<p>Tingkat infeksi L.14137 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam glukosa derajat infeksi menurun. Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemerahan cukup menurun</li> <li>- Kerusakan jaringan cukup menurun</li> <li>- Leukosit dalam batas normal</li> </ul>	<p>Pencegahan Infeksi I.14539</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi jumlah pengunjung</li> <li>- Berikan perawatan kulit pada daerah edema</li> <li>- Cuci tangan sebelum dan setengah kontak dalam pasien dan lingkungan pasien</li> <li>- Pertahankan teknik aseptik pasien beresiko tinggi</li> </ul> <p>Edukasi</p>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda dan gejala infeksi : tidak terdapat tanda tanda infeksi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan pasien selalu bersih dan rajin mencuci tangan : pasien paham apa yang di ajarkan oleh penulis</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tanda gejala infeksi : pasien mengerti apa yang dijelaskan</li> </ul>	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka pos amputasi sudah menurun</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan luka baik tidak tercium bau menyengat pada luka</li> <li>- Tidak terlihat rembes pada jahitan luka</li> <li>- Kemerahan sekitar luka sudah menurun</li> <li>- Kerusakan jaringan pada luka pasien sudah cukup menurun</li> </ul> <p>A:Masalah teratasi sebagian P:Lanjutkan intervensi</p>

	luka 10 cm dan 8 jahitan		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda gejala infeksi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> <p>Perawatan luka L.14564</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor karakteristik luka</li> <li>- Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bersihkan dengan cairan NaCL</li> <li>- Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor karakteristik luka : luka tampak kering namun ada rembes di ujung jahitan, disekitar kulit tampak merah keadaan jahitan rapat</li> <li>- Memonitor tanda infeksi : tidak terdapat adanya tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan perawatan luka</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berkolaborasi dengan dokter pemberian ceftriaxone 1 mg jam 09.00</li> </ul>	
4	<p>Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0038)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pola makan</li> </ul>	<p>Status nutrisi L.03030</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan kesetabilan kadar glukosa darah membaik. Kriteria Hasil:</p>	<p>Manajemen hiperglikemia I.031115</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>- Monitor kadar glukosa darah</li> <li>-</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia : keluarga pasien mengatakan pola makannya tidak teratur</li> </ul>	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa mengatur pola makan yang sehat</li> <li>- Pasien mengatakan sudah mengetahui minuman yang baik</li> </ul>

	<p>pasien tidak terarur</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kadar glukosa darah 439 mg/dl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat cukup meningkat</li> <li>- Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat cukup meningkat</li> <li>- Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat cukup meningkat</li> <li>- Kadar glukosa dalam darah cukup membaik dari 439 mg/dl menjadi 200 mg/dl</li> </ul>	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>- Ajarkan pengelolaan diabetes</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian insulin</li> </ul> <p>Edukasi diet</p> <p>I.12369</p> <p>Obeservasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>- Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</li> <li>- Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</li> <li>- Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Siapkan materi, media dan alat</li> <li>- Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor kadar glukosa darah : didapatkan GDS 439 mg</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajukan pasien untuk memonitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>- Mengajarkan pengelolaan diabetes</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berkolaborasi dengan dokter pemberian insulin 24 UI Malam</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penkes diet makanan untuk pasien penderita DM</li> </ul>	<p>untuk penderita penyakit DM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak terlalu sering makan makanan yang cepat saji dan mengurangi makanan yang banyak mengandung gula, mengandung lemak, mengandung natrium</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sudah bisa mengatur pola makanan yang sehat</li> <li>- Kadar glukosa darah : 439 mg/dl</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>- Ajarkan pengelolaan diabetes</li> </ul>
--	---	---	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>- Berikan pasien dan keluarga bertanya</li></ul> Edukasi <ul style="list-style-type: none"><li>- Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</li><li>- Informasikan makanan yang di perbolehkan</li><li>- Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Kolaborasi pemberian insulin</li><li>- Edukasi diet</li></ul>
--	--	--	---	--	---

#### 4. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 6 catatan perkembangan hari ke-1

Dx	Tanggal dan Jam	Catatan perkembangan	paraf
1	05 April 2023 09.10	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih nyeri</li> <li>- Pasien mengatakan suka bangun tengah malam</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringgis</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Skala nyeri 6 (0-10)</li> <li>- TD : 120/90</li> <li>- N : 88</li> <li>- Spo2:98%</li> <li>- S 36.6</li> <li>- R : 22 x/menit</li> </ul> <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologi</li> <li>- Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik</li> </ul> <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>- Mengidentifikasi memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Mengajarkan teknik nonfarmakologi</li> <li>- Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat Keterolac 1 ampul</li> </ul> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 5</li> <li>- Nyeri dirasakan saat digerakan</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat memahami apa yang di ajarkandan bisa mempraktekan</li> </ul> <p>R</p> <p style="text-align: center;">Lanjutkan intervensi</p>	
2	05 April 2023	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sulit untuk digerakan kakinya karena nyeri</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah dan menahan nyeri, pasien tampak di bantu dengan keluarga dalam aktivitas</li> </ul> <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan pasien untuk melakukan pergerakan sederhana</li> <li>- Anjurkan keluarga untuk membantu pasien dlaam mobilisasi</li> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> </ul> <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan pasien untuk mobilisasi sederhana</li> <li>- Menganjurkan keluarga untuk membantu pasoen dalam mobilisasi</li> <li>- Menjelaskan tujuan mobilisasi</li> <li>- Mengidentifikasi kekuatan otot</li> </ul> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat menggerakan kaki secara sederhana</li> <li>- Keluarga tampak suka membantu dalam mobilisasi</li> <li>- Pasien mnegerti apa yang di jelaskan , kekuatan otot 3</li> </ul> <p>R</p> <p>Anjurkan mobilisasi sederhana</p>	
3	05 April 2023	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakn nyeri pada luka post OP</li> </ul> <p>O</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka tertutup balutan</li> <li>- Luka tidak ada bau menyengat</li> <li>- Luka tidak ada rembes luka</li> </ul> <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan perawatan luka</li> <li>- Bersihkan luka</li> <li>- Ganti perban luka</li> <li>- Anjurkan selalu tetap bersih</li> <li>- Jelaskan tanda gejala infeksi</li> </ul> <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membersihkan luka dan mengganti balutannya</li> <li>- Menjelaskan tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan luka berish dan kering tidak terdapaat nanah/berair tapi darah keluar dari ujung luka saat di bersihkan, sekitar luka kemerahan, kerapatan luka rapat tidak jahitan yagn terbuka, ukuran luka sekitar 10 cm dan jahitan 8</li> <li>- Pasien tampak selalu menjga agar tetap bersih</li> <li>- Pasien paham apa yang dijelaskan</li> </ul> <p>R</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi tanda infeksi</li> <li>- Perawatan luka</li> </ul>	
4	05 April 2023	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan selalu makan cepat saji dan pola makan tidak teratur</li> <li>- Pasien mengatakan belum tahu cara mengatur pola makanan yang baik untuk yang punya penderita DM</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat selalu minta makanan yang cepat saji pada keluarganya</li> </ul> <p>A ;Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kadar glukosa darah</li> <li>- Anjurkan pengelolaan diabetes</li> <li>- Edukasi diet tentang pola makan teratur, makanan yang boleh dimakan untuk penderita DM</li> </ul> <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor kadar glukosa darah</li> <li>- Menganjurkan pengelolaan diabetes</li> <li>- Preskripsi tentang pola makan diabetes, makanan yang tidak boleh dimakan untuk penderita DM</li> </ul> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kadar glukosa darah 398 mg/dl</li> <li>- Pasien mengerti apa yang dianjurkan</li> <li>- Pasien mengerti apa yang dijelaskan perawat</li> </ul> <p>R</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan monitor kadar glukosa darah</li> </ul>	
--	--	---	--

**Tabel 3. 7 catatan perkembangan hari ke-2**

<b>1</b>	06 April 2023 21.10	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri cukup menurun</li> <li>- Pasien mengatakan tidur sudah nyenyak</li> <li>- Pasien mengatakan masih meringgis</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringgis</li> <li>- Skala nyeri 5</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Berkolaborasi pemberian obat dengan dokter</li> </ul> <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>- Berkolaborasi pemberian obat dengan dokter Keterolac</li> </ul> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 4</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri menurun, gelisah menurun</li> </ul> <p>R: Lanjutkan intervensi</p>	
----------	---------------------------	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Kolaborasi pemberia obat dengan dokter</li> <li>- Anjarkan teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul>	
2	06 April 2023 21.20	<p><b>S</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak kaku lagi pada sendinya</li> </ul> <p><b>O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot pasien sudah meningkat 4 dari 2</li> <li>- Pasien terlihat sudah bisa menggerakkan kakinya</li> <li>- Gerakan terbatas pasien sudah tampak menurun</li> <li>- Kelemahan fisik pasien sudah cukup menurun</li> </ul> <p>A:Masalah teratasi P:Pertahankan intervensi</p>	
3	06 April 2023 21.30	<p><b>S</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah menurun</li> </ul> <p><b>O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak tercium bau menyengat pada luka pos OP amputasi</li> <li>- Luka tertutup balutan kasa dengan keadaan bersih</li> <li>- Kerusakan jaringan sudah menurun</li> <li>-</li> </ul> <p>A: pertahankan intervensi P:Pertahanakan intervensi</p>	
4	06 April 2023 21:35	<p><b>S</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang makananan yang sehat untuk penderita DM</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa mengatur pola makan yang baik dari mulai tentang pilihan minum dan tentang standar nutrisi</li> </ul> <p><b>O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sudah mengetahui tentan diet makanan dan minuman yang baik untuk penderita DM</li> <li>- Kadar glukosa darah:398</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kadar glukosa darah</li> <li>- Berkolaborasi pemberian obat insulin dengan dokter 24 UI</li> </ul> <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor kadar glukosa darah</li> <li>- Memberikan obat insulin</li> </ul> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kadar glukosa darah 365</li> </ul>	
--	--	--	--

**Tabel 3. 8 catatan perkembangan hari ke-3**

1	07 April 2023 08:12	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah cukup menurun</li> <li>- Pasien mengatakan meringgis sudah tidak ada</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tenang</li> <li>- Pasien tampak tidak meringgis</li> <li>- Skala nyeri 4</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>	
4	07 April 2023 08:15	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak terlalu sering makan makanan yang cepat saji dan mengurangi makanan yang banyak mengandung gula, mengandung lemak, mengandung natrium</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sudah paham tentang mengatur pola makansan yang sehat</li> <li>- Kadar glukosa darah :325 mg/dl</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : pertahankan intervensi</p>	

## B. PEMBAHASAN

Setelah melakukan asuhana keperawatan pada Tn.A dengan gangguan sistem endrokrin: post OP amputasi atas indikasi ulkus diabetikum di ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut mulai tanggal 04 sampai 07 April 2023. Penulis akan melaksanakan langkah-langkah proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian ,diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Penulis akan membandingkan dari kajian teoritis dengan kasus di lapangan melalui tahap pengakjian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Berikut uraian hasil dari asuhan keperawatan yang di lakukan oleh penulis kepada Tn,A mulai dari pengkajian dampai dengan evaluasi.

### 1. Pengkajian

Tahap ini merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana penulis melakukan suatu pendekatan terlebih dahulu kepada keluarga dan menjelaskan maksud dan tujuan dilakukannya asuhan keperawatan. Klien Tn.A dengan gangguan system endokrin pos OP amputasi atas indikasi ulkus diabetik derusia 55 tahun, maka penulis dapat mewawancarai dan mengobservasi klien secara partisifasif. Pada tahap pengumpulan data dilaksanakan melalui wawanacara secara langsung kepada klien untuk memperoleh data subjeksif dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data objektif dari klien.

Ber dasarkan hasil pengkajian Tn.A dengan usia 55 tahun mengeluh nyeri setelah tindakan post operasi amputasi pada ekstremitas kiri Tibia Distal, nnyeri bertambah ketika Tn.A digerakan dan berkurang ketika di

istirahatkan, nyeri seperti di tusuk tusuk, nyeri terasa pada area luka pos OP amputasi ekstremitas kiri Tibia fibula dengan skala nyeri 7 (1-10) dan nyeri di rasakan hilang timbul.

Nyeri dirasakan pada pasien dengan post amputasi Pada saat terjadi respons inflamasi, mediator inflamasi, seperti sitokin, bradikinin, dan prostaglandin, dilepaskan pada jaringan yang mengalami kerusakan, akibatnya nyeri nosiseptif dirasakan. Selain itu, respons inflamasi menyebabkan terjadinya perubahan plastisitas reversibel pada reseptor nosiseptor yang membuat ambang rangsang reseptor nosiseptor menurun. Hal tersebut menyebabkan sensitivitas terhadap nyeri meningkat pada daerah yang mengalami kerusakan jaringan, sehingga rangsangan ringan saja dapat menimbulkan nyeri (Suseno, 2017)

Selain itu pasien mengeluh susah untuk mengerjakan kakinya karena nyeri. Pasien tampak terlihat meringgis menahan nyeri gerakan pasien terbatas, kekuatan otot menurun pada pasien 5/2.

Penurunan kekuatan otot menyebabkan Tn. A tidak bisa mengerjakan kaki kiri post operasi amputasi yang menyebabkan Neuromuskular berupa sistem otot, skeletal, sendi, ligamen, tendon, kartilago, dan saraf sangat mempengaruhi mobilisasi. Gerakan tulang diatur otot skeletal karena adanya kemampuan otot berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Tipe kontraksi otot ada dua, yaitu isotonik dan isometrik. Peningkatan tekanan otot menyebabkan otot memendek pada kontraksi

isotonik Selanjutnya, pada kontraksi isometrik menyebabkan peningkatan tekanan otot atau kerja otot. Tonus otot sendiri merupakan suatu keadaan tegangan otot yang seimbang. Kontraksi dan relaksasi yang bergantian melalui kerja otot dapat mempertahankan ketegangan. Immobilisasi menyebabkan aktivitas dan tonus otot menjadi berkurang sehingga menjadi gangguan hambatan mobilitas fisik (yusuf, 2021)

Pada pemeriksaan fisik tanda-tanda vital pasien tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 88 x/menit, respirasi 22 x/menit, suhu tubuh 36 C dan SPO<sub>2</sub> 98 %. Pada pemeriksaan fisik didapatkan luka post OP amputasi pada ekstremitas kiri Tibia Distal dengan keadaan sekitar luka kemarahan tepian luka tidak terdapat bengkak pada luka terdapat rembes di ujung jahitan dan kerapata luka jahitan rapat tidak ada yang putus. panjang luka 10 cm, 8 jahitan keadaa luka bersih tidak terdapat bau menyengat tidak terdapat nanah.

Pada luka Tn.A menyebabkan Proses inflamasi ini terbagi ada 2 fase yaitu fase awal (hemostasis) dan fase inflamasi akhir. Pada inflamasi awal (hemostasis) saat jaringan luka mengalami pendarahan, reaksi tubuh pertama sekali yaitu berusaha untuk menghentikan pendarahan dengan mengaktifkan faktor koagulasi intrinsik dan ekstrinsik, yang mengarah ke agregasi platelet dan formasi slot vasokonstriksi, pengerutan ujung pembuluh darah yang putus (retraksi) dan reaksi hemostasis. Saat reaksi hemostasis akan terjadi karena darah yang keluar dari kulit yang terluka akan memicu kontak dengan kolagen dan matriks ekstraseluler, hal ini akan menyebabkan pengeluaran platelet atau dikenal juga dengan trombosit dengan mengekspresi glikoprotein pada

membran sel, sehingga trombosit dapat beragregasi menempel satu sama lain dan membentuk massa (clotting). Massa ini akan mengisi cekungan luka dan membentuk matriks provisional sebagai scaffold untuk migrasi sel-sel radang pada fase inflamasi luka itu risiko infeksi (Landén, Li, & Ståhle, 2016).

Selain itu pasien juga tidak bisa mengatur pola makan sehat dan mengakibatkan kadar glukosa darahnya tinggi 439 mg/dl

Pada Tn.A Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dapat terjadi karena tubuh tidak mampu menggunakan dan memproduksi insulin dengan adekuat. Keadaan ini bisa disebabkan karena banyak faktor, misalnya faktor keturunan, kurang olahraga, obesitas, gaya hidup yang tidak sehat, makan secara berlebihan. Pada kasus diabetes mellitus terdapat dua masalah yang berhubungan dengan insulin yaitu resistensi dan gangguan resistensi. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. sebagai terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Dengan demikian insulin tidak efektif untuk menstimulus pengambilan glukosa oleh jaringan. Akibat intoleransi glukosa yang langsung melambat dan progresif maka diabetes mellitus dapat terjadi tanpa terdeteksi. Diabetes mellitus membuat gangguan komplikasi melalui kerusakan pada pembuluh darah diseluruh tubuh disebut angiopati diabetik, penyakit tersebut berjalan kronis dan dibagi dua yaitu gangguan pada pembuluh darah besar (makrovaskuler) disebut makroangiopati dan

pembuluh darah halus disebut (mikrovaskuler) disebut mikroangiopati (Tunjung Kusuma Bintari et al., 2021)

Menurut (Yanti & Leniwita, 2019), pada pasien post OP amputasi biasanya akan timbul dengan keluhan utama keterbatasan aktivitas, gangguan sirkulasi, rasa nyeri dan gangguan neurosensory lalu pada riwayat kesehatan dahulu pasien mengalami kelainan muskuloskeletal (jatuh,infeksi,trauma dan fraktu) dan penyakit DM. pada pasien post OP amputasi akan ditemukan keadaan integumen (kulit dan kuku), kardivaskuler ( hipertensi dan takikardi), neurologis (spasme otot dan kebas atau kesemutan), dan keadaan ekstremitas rentang gerak dan adanya kontraktur, dan sisa tungkai (kondisi dan fungsi).

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis menemukan adanya kesesuaian antara teori dengan data penulis yang ditemukan pada pasien saat pengkajian, yaitu adanya keluhan nyeri,penurunan kekuatan otot pada ekstremitas tapi ada yang tidak kesesuaian terhadap teori dan data yaitu hipertensi, takikardi pada pasien.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian (Yanti & Leniwita, 2019) pada pasien post OP amputasi akan timbul nyeri akibat prosedur pembedahan,keterbatasan aktivitas dan yang tidak sesuai yaitu perubahan tanda tanda vital (peningkatan tekanan darah,takikardi).

Setelah dilakukan pengkajian didapatkan hasil analisa data masalah yang muncul pada Tn.A antara lain:



- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencetus fisiologi ditandai dengan pasien mengeluh nyeri skala 7 (1-10)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan pasien mengeluh tidak bisa mneggerakan kaki kirinya akibat nyeri
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan terdapat luka post OP amputasi ekstremitas kiri tibia fibula dengan panjang luka 10 cm dan 8 jahitan.
- d. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin di tandai dengan pola makan tidak teratur,glukosa darah 439 mg/dl

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan atau risiko masalah kesehatan yang dihadapi oleh individu, keluarga, atau komunitas. Hal ini dilakukan melalui pengumpulan data subjektif (pengalaman/respon individu) dan objektif (temuan klinis) serta analisis terhadap informasi tersebut. Diagnosis keperawatan merupakan langkah penting dalam asuhan keperawatan karena membantu perawat dalam menentukan intervensi yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Setelah diagnosis keperawatan ditetapkan, perawat dapat merumuskan rencana perawatan yang tepat dan fokus pada pemenuhan kebutuhan klien serta penanganan masalah kesehatan yang diidentifikasi (PPNI,2017)

Menurut (Yanti & Leniwita, 2019) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post OP amputasi adalah :

- a. Nyeri berhubungan dengan luka amputasi, pasca pembedahan
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, kulit yang terluka
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kehilangan anggota ekstremitas
- d. Gangguan citra tubuh diri berhubungan dengan kehilangan anggota tubuh
- e. Gangguan pemenuhan ADL: personal hygiene kurang berhubungan dengan kurangnya kemampuan dalam merawat diri.

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.A berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencetus fisiologi ditandai dengan pasien mengeluh nyeri skala 7 (1-10)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan pasien mengeluh tidak bisa mneggerakan kaki kirinya akibat nyeri
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan terdapat luka post OP amputasi ekstremitas kiri tibia distal dengan panjang luka 10 cm dan 8 jahitan.
- d. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin di tandai dengan pola makan tidak teratur,glukosa darah

Berdasarkan teori yang di keukan oleh (Yanti & Leniwita, 2019) , ada lima masalah keperawatan yang muncul pada pasien post OP amputasi. Disini penulis menemukan tiga masalah keperawatan yang muncul dan sesuai dengan teori dan dua masalah keperawatan yang tidak sesuai yaitu gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan anggota tubuh dan gangguan pemenuhan ADL berhubungan dengan kurangnya kemampuan dalam merawat diri dan Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin di tandai dengan pola makan tidak teratur,glukosa darah 439

Masalah keperawatan tyang muncul berkaitan adanya keluhan nyeri, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi dan risiko tidakstabilan kadar glukosa . Secara garis besar dianosa keperawatan yang muncul pada Tn.A sesuai dengan teori tapi ada satu yang tidak sesuai yaitu risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dan ketentuan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

### 3. Intervensi

Perencanaan keperawatan adalah proses dimana perawat menggunakan pengetahuan dan penilaian klinis untuk merencanakan intervensi yang sesuai guna mencapai luaran (outcome) yang diharapkan bagi klien. Dalam perencanaan keperawatan, perawat mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh klien berdasarkan diagnosis keperawatan. Kemudian, perawat merumuskan tujuan atau luaran yang spesifik dan dapat

diukur yang ingin dicapai oleh klien. Tujuan tersebut harus realistis, relevan, dan dapat dicapai dalam waktu yang ditentukan (PPNI, 2018).

Pada tahap ini, penulis menyusun Perencanaan dengan langkah – langkah yaitu menentukan masalah, menentukan tujuan, dan rencana tindakan untuk menanggulangi masalah, perencanaan dalam mengatasi masalah keperawatan. Berikut susunan diantaranya:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencetus fisiologi

Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil keluhan nyeri cukup menurun, eringgis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) .

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 4) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 6) Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas cukup meningkat, kekuatan otot cukup meningkat, nyeri cukup menurun, kaku sendi cukup menurun, gerakan terbatas cukup menurun, kelemahan fisik cukup

menurun. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 5) Terapeutik
- 6) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- 7) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 8) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)

c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kemerahan menurun, nyeri cukup menurun. Gelisah cukup menurun. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu :

- 1) Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik
- 2) Batasi jumlah pengunjung
- 3) Berikan perawatan kulit pada daerah edema
- 4) Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dalam pasien dan lingkungan pasien

- 5) Pertahankan teknik aseptik pasien beresiko tinggi
  - 6) Jelaskan tanda gejala infeksi
  - 7) Ajarkan cara memeriksa luka ‘anjurkan meningkatkan asupan cairan
  - 8) Kolaborasi pemberian imunisasi *jika perlu*
- d. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Tujuan yang ingin di capai Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan kesetabilan kadar glukosa darah membaik. Kriteria Hasil: Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat cukup meningkat, Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat cukup meningkat Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat cukup meningkat, Kadar glukosa dalam darah cukup membaik Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu :

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- 2) Monitor kadar glukosa darah
- 3) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- 4) Ajarkan pengelolaan diabetes
- 5) Kolaborasi pemberian insulin
- 6) Edukasi diet

#### 4. Implementasi keperawatan

perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan yang mencakup rasional, kriteria struktur, kriteria hasil (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 4-7 April 2013. Pada tahap ini penulis melaksanakan implementasi asuhan keperawatan pada Tn.a berdasarkan perencanaan yang telah disusun berdasarkan SLKI dan SIKI.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencetus fisiologi

Implementasi yang dilakukan

- 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Mengidentifikasi skala nyeri
- 3) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri
- 4) Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 5) Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 6) Berkolaborasi pemberian analgetik jika perlu

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

- 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 5) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- 6) Mengajarkan melakukan mobilisasi dini
- 7) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)

- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
- 1) Memonitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik
  - 2) Membatasi jumlah pengunjung
  - 3) Memberikan perawatan kulit pada daerah edema
  - 4) Mencuci tangan sebelum dan setelah kontak dalam pasien dan lingkungan pasien
  - 5) Mempertahankan teknik aseptik pasien beresiko tinggi
  - 6) Menlaskan tanda gejala infeksi
  - 7) Mengajarkan cara memeriksa luka ‘anjurkan meningkatkan asupan cairan
  - 8) Berkolaborasi pemberian imunisasi *jika perlu*
- d. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
- 1) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
  - 2) Memonitor kadar glukosa darah
  - 3) Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
  - 4) Mengajarkan pengelolaan diabetes
  - 5) Berkolaborasi pemberian insulin
  - 6) Perkenaln Edukasi diet



## 5. Evaluasi

Pada tahap ini, penulis mengevaluasi masalah keperawatan pada setiap tindakan yang telah dilakukan. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada Tn.A penulis secara langsung melakukan observasi terhadap perkembangan pasien.

### a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencetus fisiologi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari. Nyeri akut dapat teratasi sebagian indikator luaran yang teratasi adalah keluhan meringgis sudah tidak ada, pasien sudah tidak gelisah, kesulitan tidur pasien sudah membaik adapun yang belum terasai adalah keluhan nyeri skala nyeri 7 (1-10), dan berkurang menjadi 4 dari (1-10)

### b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari gangguan mobilitas fisik dapat teratasi indikator luaran yang teratasi adalah, pasien mengatkan sudah bisa menggerakkan kakinya, gerakan terbatas pasien sudah menurun, kaku pada sendi pasien sudah cukup menurun, kelemahan pada pasien sudah sudah menurun dan kekuatan otot pasien meningkat menjadi 4 dari 2.

### c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari resiko infeksi teratasi sebagian indikator luaran yang teratasi adalah kemerahan sekitar luka pasien sudah menurun, kerusakan jaringan pada luka pasien sudah cukup menurun adapun yang belum teratasi yaitu keadaan leukosit.

d. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian indikator luaran yang teratasi adalah pengetahuan pasien tentang pilihan makanan yang sehat untuk penderita DM sudah mengetahui, pengetahuan tentang memilih minuman yang baik dan sehat sudah tahu dan pengetahuan asupan tentang standar supana nutrisi yang tepat sudah tahu adapun yang belum teratasi adalah kadar glukosa darah :325 mg/dl.

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn,A dengan gangguan sistem endokrin : post OP amputasi atas indikasi ulkus diabetikum di ruang topaz rumah sakit dr.Slamet tanggal 04 April 2023 s/d 04 April 2023 dengan penggunaan proses keperawatan yagn terdiri dari 5 tahap yakni : pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yagn mencakup berbagai aspek bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya di dokumentasi dalam bentuk karya tulis. Maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

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

Pada tahap pengkajian penulis mampu menemukan data-data dari Tn.A dengan penyakit post OP amputasi diantaranya yaitu: pasien mengeluh nyeri di rasakan saat bergerak seperti di tusuk-tusuk di daerah kaki kiri bekas amputasi Skala 7 (0-10) dan nyeri hilang timbul . Pasien juga mengatakan sulit untuk mengerjakan kakinya karena nyeri pada luka, pasien tampak meringgis menahan nyeri, keluarga pasien juga mengatakan pola makannya tidak teratur dan Kadar glukosa darah :439 mg/dl.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Pada kausus ini ditemukan 3 diagnosa keperawatan prioritas yang muncul pada Tn.A dengan pos OP amputasi yaitu: Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Risiko infeksi berhubungan dengan efek

prosedur invasif , Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

### 3. Perencanaan

Perencanaan sudah dilakukan berdasarkan SDKI dengan memunculkan intervensi utama yaitu: manajemen nyeri, dukungan mobilisasi, pencegahan infeksi, perawatan luka, manajemen hiperglikemia, edukasi diet.

### 4. Pelaksanaan

Implementasi sudah dilakukan berdasarkan SLKI. Ada implementasi yang dikembangkan untuk nyeri kolaborasi analgetik yaitu keterolak 2x1 mg lalu untuk untuk masalah nyeri nonfarma kologinya pada waktu implmentasi menggunakan teknik relaksasi nafas dalam. Untuk risiko infeksi kolaborasi antibiotik yaitu ceftriaxone 2x1 lalu untuk lukanya dilakukan perawatan luka. Dan untuk risiko ketikdak stabilan kadar glukosa dalam darah implementasi yang di kembangkan untuk hiperglikemia kolaborasi insulin 24 UI

### 5. Evaluasi

Dalam melaksanakan evaluasi dengan melihat perkembangan kondisi pasien dihubngkan dengan kriteria yang telah ditetapkan, dari masalah keperawatan Tn.A dengan post OP amputasi atas indikasi ulkus diabetikum ada empat masalah keperawatan tersebut 1 teratasi dan 3 teratasi sebagian evaluasi untuk masalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot teratasi sepenuhnya sedangkan untuk masalah

Nyeri akut, Risiko infeksi, Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah evaluasinya teratasi sebagian.

## B. Rekomendasi

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan post OP amputasi atas indikasi ulkus diabetikum maka penulis dapat memberikan rekomendasi diantaranya:

1. Untuk perawatan dan pihak rumah sakit
  - a. Dapat memberikan pelayanan pada pasien dengan optimal dan meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dengan baik.
  - b. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Hendaknya mampu berinteraksi secara terapeutik dan bukan hanya memusatkan pada aspek fisik dan keterampilan saja agar pelayanan yang diberikan optimal
  - c. Hendaknya setiap prosedur yang dilakukan terhadap pasien terlebih dahulu diberikan penjelasan secara benar dan cermat sehingga lebih dapat meningkatkan hubungan interpersonal antara perawat dan pasien atau keluarga yang dapat menunjang kelancaran proses keperawatan dan mempercepat tujuan dari asuhan keperawatan.

## 2. Untuk institusi pendidikan

Dikarenakan dalam penyusunan karya tulis memerlukan buku sumber, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan mutu pendidikan diharapkan perpustakaan dilengkapi bahan perbandingan di lapangan dan sebagai literature.

### 3. Untuk pasien dan keluarga

Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan pasien dan keluarga lebih memerhatikan untuk mencegah terjadinya kembali penyakit ulkus diabetikum dan mempelajari cara mengatur pola makan yang baik dan sehat untuk penderita DM agar lebih mengerti, memahami, dan jika ada yang mengalmi penyakit ulkus diabetikum dapat melakukan pertolongan pertama sebelum dibawa ke rumah sakit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Brunner, S. (2014). Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12. *Jakarta: EGC*.
- Budiman, M. E. A., Yusuf, A., & Suhardiningsih, A. S. (2020). Hubungan Ulkus Diabetik Dengan Citra Tubuh Klien Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Penelitian Kesehatan "SUARA FORIKES" (Journal of Health Research "Forikes Voice")*, 11(3), 283. <https://doi.org/10.33846/sf11312>
- Christina, P., Indracahyani, A., & Yatnikasaria, A. (2019). Analisis Ketidaksinambungan Dokumentasi Perencanaan Asuhan Keperawatan: Metode Ishikawa. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 12(2). <https://doi.org/10.48144/jiks.v12i2.166>
- Damayanti, S. (2015). Diabetes mellitus dan penatalaksanaan keperawatan. *Yogyakarta: Nuha Medika*.
- Decroli, E. (2019). *DIABETES MELITUS TIPE 2*.
- Deni, Y. (n.d.). Nursiswati, & Rosyidah, A.(2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Diagnosis NANDA-1 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*.
- Febrinasari, R. P., Sholikah, T. A., Pakha, D. N., & Putra, S. E. (2020). *Buku saku diabetes melitus untuk awam* (Issue November).
- Hinchilife, R. J. (2016). IWGD guidance on the diagnosis, prognosis and management of peripheral artery disease in patients with foot ulcers in diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 32(30), 13–23. <https://doi.org/10.1002/dmrr>
- Juwita, L., & Febrina, W. (2018). *MODEL PENGENDALIAN KADAR GULA DARAH PENDERITA* (Vol. 3, Issue 1, pp. 102–111).
- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Leniwita, H., & Anggraini, Y. (2019). Modul dokumentasi keperawatan. *Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia*, 1–182. [http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/694/1/MODUL\\_AJAR\\_DOKUMENTASI\\_KEPERAWATAN.pdf](http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/694/1/MODUL_AJAR_DOKUMENTASI_KEPERAWATAN.pdf)
- Manurung, N. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Konsep Mind Mapping dan NANDA NIC NOC Solusi Cerdas Lulus UKOM Bidang Keperawatan Jilid 1*.
- Perkeni. (2015). Konesnsus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di indonesia. *Global Initiative for Asthma*, 1–75. [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).
- Putri, D. E. D., & Sriwidodo. (2016). Peranan epidermal growth factor pada penyembuhan luka pasien ulkus diabetes. *Farmaka*, 14(4), 61–69.

- Sari, citra windani mambang, Lestari, T., & pebrianti, sandra. (2021). *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*. 6(3).
- Setiorini, H., Pahria, T., & Sutini, T. (2019). Gambaran Harga Diri Pasien Diabetes Melitus Yang Mengalami Ulkus Diabetik Di Rumah Perawatan Luka Bandung. *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*, 5(2), 118–126. <https://doi.org/10.33755/jkk.v5i2.136>
- Sukmana, M., Sianturi, R., Sholichin, S., & Aminuddin, M. (2020). Pengkajian Luka Menurut Meggit-Wagner dan Pedis Pada Pasien Ulkus Diabetikum. *Jurnal Kesehatan Pasak Bumi Kalimantan*, 2(2), 79–88. <http://e-journals.unmul.ac.id/index.php/JKPBK/article/view/3463>
- Susanti, H. (2018). *Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Kesehatan Bhakti Kencana Bandung*.
- Suseno, E. (2017). Pencegahan nyeri kronis pasca operasi. *Majalah Kedokteran Andalas*, 40(1), 40. <https://doi.org/10.22338/mka.v40.i1.p40-51.2017>
- Sutanto, T. (2017). *Deteksi, Pencegahan, Pengobatan Diabetes*. Yogyakarta: *Buku Pintar*.
- Tunjung Kusuma Bintari, C., Yunida Triana, N., & Tri Yudono, D. (2021). Studi Kasus Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah pada Tn. R dengan Diabetes Mellitus di Desa Sokawera Kecamatan Patikraja Kabupaten Banyumas. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 539–546.
- Wijaya, andra saferi, & Putri, Y. M. (2013). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*.
- Yanti, A., & Leniwita, H. (2019). Modul Keperawatan Medikal Bedah II. *Keperawatan*, 1–323. <http://repository.uki.ac.id/2750/1/fmodulKMB2.pdf>



## **SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

### **Pengendalian DM dan Diet DM**

Tema	: Diet Diabetes Melitus
Pokok Pembahasan	: Pengendalian DM dan Diet DM
Sub Pokok Pembahasan	:  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pengaturan Makan</li><li>2. Olahraga</li><li>3. Pengobatan</li><li>4. Pemeriksaan Gula Darah</li><li>5. Diet DM</li><li>6. Komposisi Makan</li></ol>
Sasaran	: Pasien dan Keluarga
Hari/Tanggal	: Rabu, 05 April 2023
Waktu	: 09.00 WIB - Selesai
Tempat	: RSUD dr.Slamet Ruang Topaz
Penyuluh	: Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

#### **A. Tujuan**

##### **1. Tujuan Umum**

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit, diharapkan pasien dan keluarga mampu melakukan pengendalian DM dan diet DM

## 2. Tujuan Umum

- a. Mengetahui pengaturan makan
- b. Mengetahui cara olahraga DM
- c. Mengetahui cara pengobatan DM
- d. Mengetahui pemeriksaan Gula Darah
- e. Mengetahui cara Diet DM
- f. Mengetahui komposisi makan untuk DM

## **B. Materi**

(Terlampir)

## **C. Metode**

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

## **D. Media Penyuluhan**

Media : Leaflet

### E. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Materi	Kegiatan	
			Penyuluh	Sasaran
1	5 menit	pendahuluan	Pembukaan : 1. Perkenalan 2. Menjelaskan tujuan 3. Melakukan kontrak waktu 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan	Menyambu salam dan mendengarkan
	20 menit	pelaksanaan	Menjelaskan : 1. Menggali pengetahuan pasien tentang pengendalian DM dan diet DM 2. Menjelaskan pengaturan makan 3. Menjelaskan cara olahraga DM 4. Menjelaskan cara pengobatan DM 5. Menjelaskan pemeriksaan Gula Darah 6. Menjelaskan cara Diet DM 7. Menjelaskan komposisi makan untuk DM	mendengarkan
	7 menit	Penutup	Evaluasi : 1. Menanyakan kepada sasaran tentang materi yang telah diberikan 2. Beri pujian kepada sasaran bila dapat menjawab 3. Mengucapkan terimakasih kepada sasaran dan mengucapkan salam	1. Menjawab pertanyaan yang diajukan oleh penyaji 2. Merasa senang jika diberi pujian 3. Menjawab salam

### F. Sumber

Decroli, E. (2019). *DIABETES MELITUS TIPE 2*.

Febrinasari, R. P., Sholikhah, T. A., Pakha, D. N., & Putra, S. E. (2020). *Buku saku diabetes melitus untuk awam* (Issue November).

## **MATERI**

### **PENGENDALIAN DM DAN DIET DM**

#### **A. pengaturan makan**

Pengaturan makan atau diet pada penderita DM prinsipnya hampir sama dengan pengaturan makanan pada masyarakat umumnya yaitu dengan mempertimbangkan jumlah kebutuhan kalori serta gizi yang seimbang. Penderita DM ditekankan pada pengaturan dalam 3 J yakni keteraturan jadwal makan, jenis makan, dan Buku Untuk Awam 16 Ratih Puspita Febrinasari, Tri Agusti Sholikah, Dyonisa Nasirochmi Pakha, Stefanus Erdana Putra jumlah kandungan kalori. Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari karbohidrat yang tidak lebih dari 45-65% dari jumlah total asupan energi yang dibutuhkan, lemak yang dianjurkan 20-25% kkal dari asupan energi, protein 10-20% kkal dari asupan energi

#### **B. Olahraga**

Olahraga atau latihan jasmani seharusnya dilakukan secara rutin yaitu sebanyak 3-5 kali dalam seminggu selama kurang lebih 30 menit dengan jeda latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Kegiatan sehari-hari atau aktivitas sehari-hari bukan termasuk dalam olahraga meskipun dianjurkan untuk selalu aktif setiap hari<sup>2</sup>. Olahraga selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan guna untuk memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga dapat mengedalikan kadar gula darah. Olahraga yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti: jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan

berenang. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kebugaran jasmani. Kegiatan yang kurang gerak seperti menonton televisi perlu dibatasi atau jangan terlalu lama<sup>1</sup>. Apabila kadar gula darah < 100 mg/dl maka pasien DM dianjurkan untuk makan terlebih dahulu, dan jika kadar gula darah > 250 mg/dl maka latihan harus ditunda terlebih dahulu. Kegiatan fisik sehari-hari bukan dikatakan sebagai latihan jasmani

### **C. Pengobatan**

Pengobatan pada penderita DM diberikan sebagai tambahan jika pengaturan diet serta olahraga belum dapat mengendalikan gula darah. Pengobatan disini berupa pemberian obat hiperglikemi oral (OHO) atau injeksi insulin. Dosis pengobatan ditentukan oleh dokter

### **D. Pemeriksaan Gula Darah**

Pemeriksaan gula darah digunakan untuk memantau kadar gula darah. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan kadar gula darah puasa dan glukosa 2 jam setelah makan yang bertujuan untuk mengetahui keberhasilan terapi. Selain itu pada pasien yang telah mencapai sasaran terapi disertai dengan kadar gula yang terkontrol maka pemeriksaan tes hemoglobin terglikosilasi (HbA1C) bisa dilakukan minimal 1 tahun 2 kali. Selain itu pasien DM juga dapat melakukan pemeriksaan gula darah mandiri (PGDM) dengan menggunakan alat yang sederhana serta mudah untuk digunakan (glukometer). Hasil pemeriksaan gula darah menggunakan alat ini dapat dipercaya sejauh kalibrasi dilakukan dengan baik dan teratur serta pemeriksaan menggunakan sesuai dengan standar yang telah dianjurkan (Febrinasari et al., 2020).

## E. Diet DM

Ada beberapa cara untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan penyandang diabetes. Cara yang paling umum digunakan adalah dengan memperhitungkan kebutuhan kalori basal yang besarnya 25-30 kalori/kgBB ideal (BBI), ditambah atau dikurangi dengan beberapa faktor koreksi. Faktor koreksi ini meliputi jenis kelamin, umur, aktivitas, dan berat badan.

Perhitungan berat badan Ideal (BBI) dilakukan dengan menggunakan rumus Brocca yang dimodifikasi yaitu:

$$\text{Berat badan ideal} = 90\% \times (\text{TB dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$$

Bagi pria dengan tinggi badan di bawah 160 cm dan wanita di bawah 150 cm, rumus dimodifikasi menjadi :

$$\text{Berat badan ideal (BBI)} = (\text{TB dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg.}$$

Faktor-faktor yang menentukan kebutuhan antara lain :

### 1. Jenis Kelamin

Kebutuhan kalori pada wanita lebih kecil dibandingkan kebutuhan kalori pada pria. Kebutuhan kalori wanita sebesar 25 kal/kg BBI dan pria sebesar 30 kal/kg BBI.

### 2. Umur

Untuk pasien usia di atas 40 tahun: kebutuhan kalori dikurangi 5% (untuk dekade antara 40 dan 59 tahun), dikurangi 10% (untuk usia 60 s/d 69 tahun), dan dikurangi 20% (untuk usia di atas 70 tahun).

### 3. Aktivitas Fisik

Kebutuhan kalori dapat ditambah sesuai dengan intensitas aktivitas fisik.

Penambahan 10% dari kebutuhan kalori basal diberikan pada pasien dalam keadaan istirahat total, penambahan 20% dari kebutuhan kalori basal diberikan pada pasien dengan aktivitas fisik ringan, penambahan 30% dari kebutuhan kalori basal diberikan pada pasien dengan aktivitas fisik sedang, dan penambahan 50% dari kebutuhan kalori basal diberikan pada pasien dengan aktivitas fisik sangat berat.

### 4. Berat Badan

Pada pasien dengan obesitas, kebutuhan kalori dikurangi sekitar 20- 30% dari kebutuhan kalori basal (tergantung pada derajat obesitas yaitu apakah obes I atau obes II). Pada pasien dengan underweight, kebutuhan kalori ditambah sekitar 20-30% dari kebutuhan kalori basal (sesuai dengan kebutuhan untuk meningkatkan BB).

Dari hasil perhitungan kalori total yang didapatkan dengan menggunakan rumus Brocca dan memperhitungkan faktor koreksi, kalori total ini dibagi dalam 3 porsi besar untuk waktu makan utama yaitu makan pagi(20%), siang (30%), dan sore (25%), serta 2-3 porsi makanan ringan (10- 15%). Sisanya, dibagi untuk waktu makan selingan di antara tiga waktu makan utama tersebut. Untuk meningkatkan kepatuhan pasien, sedapat mungkin perubahan porsi dan pola makan ini dilakukan sesuai dengan kebiasaan pasien sebelumnya.

Untuk pasien diabetes yang mengidap penyakit lain, terapi nutrisi disesuaikan dengan penyakit penyertanya (Decroli, 2019).

#### **F. Komposisi makan**

Persentase asupan karbohidrat yang dianjurkan untuk pasien DM2 adalah sebesar 45-65% dari kebutuhan kalori total. Persentase asupan lemak yang dianjurkan adalah sekitar 20-25% dari kebutuhan kalori total (Decroli, 2019).

Asupan lemak ini tidak diperkenankan melebihi 30% dari kebutuhan kalori total. Persentase asupan lemak jenuh yang dianjurkan adalah kurang 7 % dari kebutuhan kalori total. Persentase asupan lemak tidak jenuh ganda yang dianjurkan adalah kurang 10 % dari kebutuhan kalori total (Decroli, 2019).

Bahan makanan yang perlu dibatasi adalah bahan makanan yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak trans antara lain : daging berlemak dan susu penuh (whole milk). Anjuran konsumsi kolesterol adalah kurang 300 mg/hari. Persentase asupan protein yang dianjurkan adalah sebesar 10 – 20% dari kebutuhan kalori total. Sumber protein yang baik adalah seafood (ikan, udang, cumi, dll), daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu, dan tempe. Pada pasien dengan DM2 perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kgBB perhari atau sekitar 10% dari kebutuhan kalori total (Decroli, 2019).

Anjuran asupan natrium untuk penyandang diabetes sama dengan anjuran asupan natrium untuk masyarakat umum yaitu tidak lebih dari 3000 mg atau sama dengan 6-7 g (1 sendok teh) garam dapur. Pada pasien DM2 dengan hipertensi, pembatasan asupan natrium diperlukan yaitu tidak lebih dari 2,4g



garam dapur. Sumber natrium antara lain adalah garam dapur, vetsin, soda, dan bahan pengawet seperti natrium benzoat dan natrium nitrit. Seperti halnya masyarakat umum penderita diabetes dianjurkan mengonsumsi cukup serat dari kacang-kacangan, buah dan sayuran serta sumber karbohidrat yang tinggi serat, karena mengandung vitamin, mineral, serat, dan bahan lain yang baik untuk kesehatan. Anjuran konsumsi serat adalah sekitar 25 g/1000 kkal/hari (Decroli, 2019).

Pemanis dikelompokkan menjadi pemanis bergizi dan pemanis tak bergizi. Pemanis bergizi meliputi gula alkohol dan fruktosa. Gula alkohol antara lain isomalt, lactitol, maltitol, mannitol, sorbitol, dan xylitol. Dalam penggunaannya, pemanis bergizi perlu diperhitungkan kandungan kalornya. Fruktosa tidak dianjurkan digunakan pada penyandang diabetes karena dapat mempengaruhi kadar lemak darah. Pemanis tak bergizi seperti aspartam, sakarin, acesulfame potassium, sukralose, dan neotame (Decroli, 2019).

## PENGATURAN MAKANAN

Bahan makanan	Dianjurkan	Dibatasi	Dihindari
<b>Sumber Karbohidrat</b>		Sumber Karbohidrat dibatasi: nasi, bubur, roti, mie, kentang, singkong, ubi, sagu, gandum, pasta, jagung talas, haverhout, sereal, ketan, makaroni.	
<b>Sumber Protein Hewani</b>	Ayam tanpa kulit, ikan, telur rendah kolesterol atau putih telur, daging tidak berlemak	hewani tinggi lemak jenuh (kornet, sosis, sarden, otak, jeroan, kuning telur)	keju, abon, dendeng, susu full cream
<b>Sumber Protein Nabati</b>	Tempe, tahu, kacang hijau, kacang merah, kacang tanah, kacang kedelai		
<b>Sayuran</b>	Sayur tinggi serat: kangkung, daun kacang, oyong, ketimun, tomat, jambu air, kembang kol, lobak, sawi, selada, seledri,	bayam, buncis, daun melinjo, labu silam, daun singkong, daun ketela, jagung muda, kapri, kacang panjang, pare, wortel, daun katuk.	
<b>Buah-Buahan</b>	Jeruk, apel, pepaya, jambu air, salak, belimbing (sesuai kebutuhan)	nanas, anggur, mangga, sirsak, pisang, alpukat, sawo, semangka, nagka masak.	Buah-buahan yang manis dan diawetkan : durian, nagka, alpukat, kurma, manisan buah
<b>Minuman</b>			Minuman yang mengandung alkohol, susu kental manis, soft drink, es krim, yoghurt

## LEAFLET PENGENDALIAN DM DAN DIET DM

Bahan makanan	Dianjurkan	Dibatasi	Dihindari
<b>Sumber Karbohidrat</b>		Sumber Karbohidrat dibatasi: nasi, bubur, roti, mie, kentang, singkong, ubi, sagu, gandum, pasta, jagung talas, havermout, sereal, ketan, makaroni.	
<b>Sumber Protein Hewani</b>	Ayam tanpa kulit, ikan, telur rendah kolesterol atau putih telur, daging tidak berlemak	hewani tinggi lemak (kornet, sosis, sarden, otak, jeroan, kuning telur)	keju, abon, dendeng, susu full cream
<b>Sumber Protein Nabati</b>	Tempe, tahu, kacang hijau, kacang merah, kacang tanah, kacang kedelai		
<b>Sayuran</b>	Sayur tinggi serat: kangkung, daun kacang, oyong, ketimun, tomat, jambu air, kembang kol, lobak, sawi, selada, seledri,	bayam, buncis, daun melinjo, labu silam, daun singkong, daun ketela, jagung muda, kapri, kacang panjang, pare, wortel, daun katuk.	
<b>Buah-Buahan</b>	Jeruk, apel, pepaya, jambu air, salak, belimbing (sesuai kebutuhan)	nanas, anggur, mangga, sirsak, pisang, alpukat, sawo, semangka, nagka masak.	Buah-buahan yang manis dan diawetkan : durian, nagka, alpukat, kurma, manisan buah
<b>Minuman</b>			Minuman yang mengandung alkohol, susu kental manis, soft drink, es krim, yoghurt
<b>Lain-Lain</b>		makanan yang digoreng dan yang menggunakan santan kental, kecap, saus tiram	Gula pasir, gula merah, gula batu, madu, makanan/minuman yang manis, cake, kue-kue manis, dodol, tarcis, sirup, selai manis, coklat, permen, tape, mayonaise



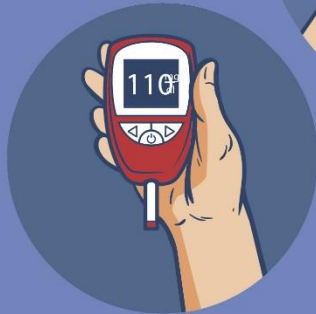
### PENGENDALIAN DM DAN DIET DM

Nama : Riko fauji salim  
NIM : KHGA20105  
D -3 KEPERAWATAN



## pengaturan makan

Pengaturan makan atau diet pada penderita DM prinsipnya hampir sama dengan pengaturan makanan pada masyarakat umumnya yaitu dengan mempertimbangkan jumlah kebutuhan kalori serta gizi yang seimbang. Penderita DM ditekankan pada pengaturan dalam 3 J yakni keteraturan jadwal makan, jenis makan, dan Untuk Awam 16 jumlah kandungan k a l o r i



## Olahraga

Olahraga atau latihan jasmani seharusnya dilakukan secara rutin yaitu sebanyak 3-5 kali dalam seminggu selama kurang lebih 30 menit dengan beda latihan tidak lebih dari 2 berturut-turut.

## Pengobatan

Pengobatan pada penderita DM diberikan sebagai tambahan jika pengaturan diet serta olahraga belum dapat mengendalikan gula darah.

## Pemeriksaan Gula Darah

Pemeriksaan gula darah digunakan untuk memantau kadar gula darah. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan kadar gula darah puasa dan glukosa 2 jam setelah makan yang bertujuan untuk mengetahui keberhasilan terapi.



### LEMBAR BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Riko Fauji Salim

NIM : KHGA20105


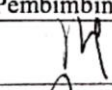
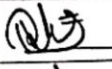
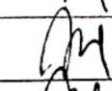

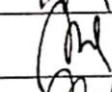

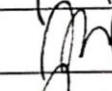



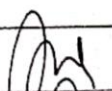

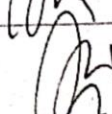
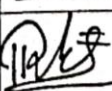
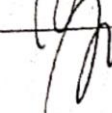
Pembimbing : Iin Patimah, M.Kep

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn.A dengan gangguan sistem

Endokrin: Post OP pod I Amputasi Tibia Fibula atas

indikasi Ulkus Diabetikum di ruangan Topaz RSUD

dr.Slamet Garut

No	Tanggal	Materi Yang Diajukan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Pembimbing
1	26 Mei 2023	BAB I	Penentuan Topik KTI		
2	31 Mei 2023	BAB I	Perbaiki Alur Kalimat		
3	06 Juni 2023	BAB I	Perbaiki Kalimat		
4	13 Juni 2023	BAB II BAB III	Perbaiki Data, Typo, Tata Naskah, Didraf		
5	16 Juni	BAB III	Perbaiki Tabel, Intervensi Keperawatan Dan Perbaiki Evaluasi Harus Melihat Kriteria Hasil, Lanjut Abstrak		
6	22 Juni 2023	BAB III	Perbaiki Penulisan, Lengkapi Draf		
7	22 Junin	Abstrak	Perbaiki Tata Naskah, Lengkapi Draf		
8	04 Juli 2023	BAB I BAB II BAB III	ACC Sidang KTI		

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



### **A. IDENTITAS**

Nama : Riko Fauji Salim

Jenis Kelamin : Laki – Laki

Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 29 November 20001

Alamat : Kp. Cicapar Pasir RT/RW 03/05, Desa Sukahurip,  
Kec. Pangatikan, Kab. Garut

Agama : Islam

### **B. RIWAYAT PENDIDIKAN**

1. SDN Sukahurip 1 (2008 – 2014)
2. SMPN 2 Sukahurip (2014 – 2017)
3. SMK Plus Sukaraja (2017 – 2020)
4. STIKes Karsa Husada Garut (2020 – 2023)

“Tantangan dalam membuat KTI adalah bagian dari perjalanan menuju keunggulan. Jangan takut untuk menghadapinya dan berusaha mengatasi setiap hambatan karena Setiap halaman yang Anda tulis adalah langkah maju menuju kesuksesan. Teruslah menulis dan jangan berhenti sampai Anda mencapai tujuan.”

فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا

Fa-inna ma'al 'usri yusran

“Karena sesungguhnya, sesudah kesulitan itu ada kemudahan,”

–(QS.94:5)

إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا

Inna ma'al 'usri yusran

“Sesungguhnya, sesudah kesulitan itu ada kemudahan.”

(QS.94:6)