

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS
DENGAN AMPUTASI DI RUANGAN BEDAH RSUP DR.
M.DJAMIL PADANG**



**RESTI FUTRI ZULARMI
223110269**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS
DENGAN AMPUTASI DI RUANGAN BEDAH RSUP DR.
M.DJAMIL PADANG**

*Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Padang Sebagai Syarat Untuk Melakukan Penelitian*



RESTI FUTRI ZULARMI

NIM: 223110269

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

TAHUN 2025

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG JURUSAN
KEPERAWATAN KEMENKES POLTEKKES PADANG TAHUN 2025

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tesis Mahasiswa "Asuhan Keperawatan Pada pasien Diabetes Mellitus Dengan
Amputasi Di Ruangan Bedah RSUP Dr M Djamil Padang"

Dituliskan oleh

NAMA : Rusti Fatin Zulserri
NIM : 223110269

tersebut disetujui oleh pembimbing pada tanggal:
10 Juni 2025

Pembimbing Utama:



Ns. Hj. Della Rara S.Kep, M.Biomed
NIP. 197305031995032002

Menyertai,

Pembimbing Pendamping:



Ns. Nenti S.Kep, M.Pd, M.Kep
NIP. 196510171989032001

Padang, 10 Juni 2025
Ketua Prodi Diploma 3 Kepersalinan Padang


Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP. 19750121 199903 2 005

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

"Analisa Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Amputasi Di Ruangum Bedah RSUP Dr M Djamil Padang"

Disusun Oleh

NAMA : Resti-Futri Zulami

NIM : 223110269

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Pengaji

Pada tanggal 19 Juni 2025

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua

NAMA : Ns. Sila Dewi Anggremi

NIP : 197003271993032002

Anggota

NAMA : Ns. Yessi Suryaningsi M.Kep, Sp.Kep,MB

NIP : 198010232002122002

Anggota

NAMA : Ns Delfia Roza, S.Kep, M.Biomed

NIP : 107305031995032002

Anggota

NAMA : Ns Netti S.Kep, M.Kep, M.Pd

NIP : 196510171989032001

Padang, 19 Juni 2025

Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang

Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP : 19750121 199903 2 005

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun d引juk telah pesehri nyatakan dengan benar

Nama : Resti Putri Zulamri
NIM : 223110269

Tanda Tangan :



Tanggal : 19 Juni 2025

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang beranda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap	: Reni Fari Zuharni
NIM	: 223110269
Tempat/Tanggal Lahir	: Batunungku, 08 November 2003
Tahun Masuk	: 2022
Nama PA	: Ns Delima, S.Pd, M.Kes
Nama Pembimbing Utama	: Ns Defis Rina S.Kep, M.Biomed
Nama Pembimbing Pendamping	: Ns Neni, S.Kep, M.Pd, M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Tulis Ilmiah saya, yang berjudul : **Akuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Amputasi Di Ruangan Bedah RSUP Dr. M Djamil Padang.**

Jika ada kesalahan hari ini saya di temukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Bersikap surat pernyataan ini saya luar dengan sebaiknya benaranya.

Padang, 19 Juni 2025



RENI FARI ZUHARNI
NIM - 223110269

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Resti Futri Zularmi
Nim : 223110269
Tempat/Tanggal Lahir : Batusangkar, 08 November 2003
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Menikah
Nama Orang Tua
Ayah : Zulkarnaini
Ibu : Arminalis
Alamat : TPI Rambatan, Kec Rambatan, Kota Batusangkar
Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat pendidikan	Tahun
1.	TK	TK Al- Aamin Batusangkar	2009 – 2010
2.	SD	SD Negri 03 Rambatan	2010 – 2016
3.	SMP	SMP Negri 1 Rambatan	2016 – 2019
4.	SMA	SMA Negri 1 Rambatan	2019 - 2022
5.	D – III Keperawatan	Kemenkes Poltekkes Padang	2022 - Sekarang

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, Juni 2025

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus dengan Amputasi
Di Ruangan Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang.**

ABSTRAK

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit metabolismik kronis yang dapat menimbulkan berbagai komplikasi serius, salah satunya amputasi ekstremitas bawah akibat ulkus diabetikum yang tidak tertangani dengan baik. Di RSUP Dr M Djamil Padang pada tahun 2020 – 2024 terdapat 79 kasus pasien yang DM Type 2 yang mengalami amputasi. Tujuan Penelitian ini mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Amputasi Di RSUP Dr M.Djamil Padang Tahun 2025.

Jenis Penelitian deskriptif dengan menggunakan studi kasus. Waktu Penelitian di mulai bulan Oktober 2024 – Juni 2025. Penelitian ini dilakukan di Irna Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang. Populasi dalam penelitian berjumlah 5 orang pasien DM tipe 2 dengan Amputasi di Irna Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang, Sampel dalam Penelitian ini 1 orang yang di ambil berdasarkan *purposive sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien Diabetes Mellitus Type 2 dengan Amputasi di lakukan Pengkajian Selama 5 hari, dengan keluhuhan kaki kiri terasa nyeri bengkak dan bernanah, Hb 9,8 pasien merasa lemah dan sering merasa haus, dan di dapatkan diagnosis keperawatan, ketidakstabilan glukosa darah b.d hiperglikemia, perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut b.d agen pencegahan fisik. Implementasi yang dilakukan sesuai intervensi keperawatan yaitu menajemen sensasi perifer dan manajemen nyeri. Evaluasi dilakukan 5 hari di dapatkan bahwa masalah keperawatan yang muncul belum teratasi dan intervensi di lanjutkan di rumah.

Hasil studi ini diharapkan menjadi masukan bagi pimpinan dan perawat RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk mengajarkan kembali kepada pasien sebelum pulang teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri dan mengjarkan cara mobilisasi dini kepada pasien DM dengan amputasi.

Isi : x + 79 Halaman + 2 Tabel + 10 Lampiran

Kata Kunci: Diabetes Melitus, Amputasi, Asuhan Keperawatan, Ulkus Diabetikum, Proses Keperawatan.

Daftar Pustaka: 47 (2013-2025)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yakni Allah SWT yang telah melimpahkan berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini dengan judul **”Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Amputasi Di Ruangan Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang”**. Penulisan Tugas akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai Gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma 3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang. Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari **Ibu Ns.Hj. Defia Roza,S.Kep,M.Biomed** selaku pembimbing utama dan **Ibu Ns.Netti S.Kep,M.Pd,M.Kep** selaku pembimbing pendamping serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Peneliti pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Ibu Renidayati,S.Kp.M.Kep.Sp Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang
2. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas,Sp.OG(K) selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang
3. Bapak Tasman,M.Kep,Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti,S.Kep,M.Kep selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang
5. Ibu Ns. Delima,S.Pd,M.Kes Selaku Dosen Pembimbing Akademik yang sudah membimbing dan membantu selama perkuliahan.
6. Kedua orang tua dan keluarga yang sangat berjasa dalam hidup penulis. Terima kasih atas limpahan kasih sayang dan cinta yang

tulus, doa yang tidak pernah putus, materi, motivasi, kepercayaan, semangat, perhatian dan segala bentuk dukungan yang telah diberikan selama menyelesaikan tugas akhir ini.

Akhir kata, peneliti berharap berkenan membals segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, 19 Juni 2025

Resti Futri Zularmi

DAFTAR ISI

	Halaman
KARYA TULIS ILMIAH	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan	8
D. Manfaat	9
BAB II	10
TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Konsep Diabetes Melitus	10
1. Pengertian	10
2. Klasifikasi	11
3. Etiologi	12
4. Manifestasi klinis	14
5. Patofisiologi	16
6. WOC	19
7. Dampak Masalah	20
8. Penatalaksanaan	22
B. Konsep Asuhan Keperawatan	25
1. Pengkajian Keperawatan	25
2. Diagnosis Keperawatan	32

3. Intervensi Keperawatan	33
4. Implementasi Keperawatan	33
5. Evaluasi keperawatan	34
BAB III METODE PENELITIAN.....	44
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	44
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	44
C. Populasi dan Sampel.....	44
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data.....	45
E. Teknik Pengumpulan Data	46
F. Jenis-Jenis Data	47
G. Analisis Data.....	47
BAB IV.....	48
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	48
Deskripsi lokasi Penelitian	48
Deskripsi Kasus	48
1. Pengkajian Keperawatan	48
2. Diagnosa Keperawatan.....	50
3. Intervensi Keperawatan	52
4. Implementasi keperawatan	55
5. Evaluasi Keperawatan	57
PEMBAHASAN.....	58
1. Pengkajian Keperawatan	58
2. Diagnosa keperawatan	63
3. Intervensi Keperawatan	67
4. Implementasi Keperawatan	72
5. Evaluasi Keperawatan	75
BAB V	78
PENUTUP	78
Kesimpulan	78
SARAN.....	79
1. Bagi Peneliti Selanjutnya.....	79
2. Bagi Rumah Sakit.....	79
DAFTAR PUSTAKA	80

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pre Amputasi.....

Tabel 2.2 Intervensi keperawatan Post Amputasi

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Ganchart Penelitian

Lampiran 2 Lembar Konsultasi Pemimbing 1

Lampiran 3 Lembar Konsultasi Pemimbing 2

Lampiran 4 Surat Persetujuan Menjadi Responden (Informed Consent)

Lampiran 5 Surat Izin Pegambilan Data dari Kemnkes Poltekkes Padang

Lampiran 6 Surat Survey Awal dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

Lampiran 7 Format Asuhan Keperawatan Dasar (Pengkajian-Evaluasi)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Tidak Menular (PTM) merujuk pada penyakit yang tidak bisa ditularkan antar individu, yang perkembangannya berjalan perlahan dalam jangka waktu panjang (kronis). Penyakit tidak menular juga dikenal sebagai penyakit kronis, cenderung berlangsung lama dan merupakan hasil kombinasi faktor genetik, fisiologis, lingkungan dan perilaku. Ada empat jenis utama PTM, yaitu penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit pernapasan kronis, dan juga diabetes.¹

Diabetes mellitus (DM) salah satu penyakit tidak menular. Diabetes mellitus merupakan gangguan metabolismik jangka panjang yang ditandai dengan kadar gula darah yang tinggi (hiperglikemia), yang disebabkan oleh masalah dalam sekresi insulin dan resistensi insulin. Diabetes melitus dapat dibagi menjadi beberapa jenis, termasuk DM tipe 1, DM tipe 2, DM gestasional, dan DM spesifik lainnya.²

Diabetes mellitus yang paling umum adalah DM tipe 2, yang sering terjadi pada orang dewasa, dan disebabkan oleh resistensi tubuh terhadap insulin atau ketidakmampuan tubuh untuk menghasilkan insulin dalam jumlah yang cukup. Diabetes melitus juga dikenal sebagai penyakit yang kompleks dan memerlukan perawatan jangka panjang dengan pendekatan pengurangan risiko yang melibatkan berbagai faktor, di luar pengendalian glikemik. Penanganannya membutuhkan pengelolaan gula darah yang baik, yang mencakup pola makan sehat, aktivitas fisik, dan pengobatan yang sesuai.³

Secara teori tanda dan gejala DM yaitu munculnya trias poli DM yang terdiri dari mudah lapar (polifagi), mudah haus (polidipsi) dan sering BAK (poliuri) juga disertai mudah lelah. Saat terjadi proses eksresi urine, tubuh akan merasakan kekurangan cairan. Untuk menyelesaikan gangguan tersebut lalu tubuh akan menciptakan keinginan untuk minum yang membuat penderita ingin selalu

meminum air dengan kondisi dingin, berasa manis, terasa segar, dan dengan air dalam jumlah yang cukup banyak (polidipsi). Meningkatnya nafsu untuk makan dalam jumlah yang banyak dan sering serta merasa lemah. Terjadinya gangguan pada Insulin adalah hal yang dialami Diabetesi sehingga jumlah gula yang masuk ke dalam sel-sel tubuh menjadi berkurang dan energi yang tercipta dari hasil tersebut pun menjadi tidak cukup. Hal ini merupakan alasan kenapa Diabetesi sering merasa lemas (polifagia).

DM tipe 2 banyak disebabkan oleh berbagai faktor resiko, kualitas dan kuantitas tidur yang buruk, kebiasaan merokok, penyakit kardiovaskular, dislipidemia, hipertensi, riwayat keluarga diabetes, kurangnya aktivitas fisik, dan obesitas. Ketidakseimbangan kalori akibat pola makan yang tidak sehat, berkurangnya aktivitas fisik, dan peningkatan kegiatan yang menghabiskan sedikit energi dapat menyebabkan penumpukan lemak tubuh, yang akhirnya memicu akumulasi jaringan adiposa dan obesitas. Jika kadar glukosa dalam darah terlalu tinggi dapat terjadi kerusakan saraf dapat mengurangi sensitivitas pada kaki, sehingga luka tidak terdeteksi lebih awal. Neuropati meningkatkan risiko terjadinya ulkus diabetik.³

Ulkus kaki diabetikum merujuk pada luka atau lesi non-traumatis yang terjadi pada kulit kaki penderita diabetes, yang dapat melibatkan sebagian atau seluruh lapisan kulit. Luka ini seringkali disebabkan oleh kombinasi faktor, termasuk tekanan berulang pada kaki akibat penggunaan sepatu yang tidak tepat atau berjalan dengan beban berat, serta adanya gangguan terkait diabetes, seperti neuropati perifer (kerusakan saraf) dan penyakit arteri perifer (gangguan sirkulasi darah). Penyembuhan ulkus kaki diabetikum seringkali lebih rumit karena adanya infeksi yang berkembang, serta gangguan pada sistem kekebalan tubuh dan kemampuan tubuh untuk sembuh dengan baik. Infeksi pada luka ini bisa mengarah pada komplikasi serius, termasuk amputasi jika tidak ditangani dengan tepat.⁴

Komplikasi makrovaskuler melibatkan penyumbatan pada pembuluh darah besar, seperti yang terjadi pada jantung dan otak, yang sering kali berujung pada

kematian, serta penyumbatan pada pembuluh darah besar di ekstremitas bawah yang dapat menyebabkan gangren pada kaki, sehingga banyak penderita diabetes yang harus menjalani amputasi. Sementara itu, komplikasi mikrovaskuler terjadi ketika pembuluh darah kecil tersumbat, seperti yang terjadi di ginjal, yang dapat menyebabkan gangguan fungsi ginjal, atau di mata, yang bisa menyebabkan gangguan penglihatan bahkan kebutaan.⁷

Amputasi merujuk pada kondisi di mana individu yang menderita diabetes mengalami komplikasi serius yang mengharuskan dilakukan amputasi pada bagian tubuh tertentu. Hal ini umumnya terjadi akibat perkembangan ulkus kaki diabetes, gangguan sirkulasi, dan neuropati (kerusakan saraf), yang meningkatkan risiko infeksi yang sulit sembuh. Jika infeksi ini menjadi parah atau menyebar, amputasi mungkin diperlukan untuk mencegah penyebaran infeksi ke bagian tubuh lainnya amputasi pada kaki diabetik merupakan tantangan nyata bagi penderita diabetes.⁵

Peningkatan prevalensi DM juga diikuti dengan peningkatan komplikasi, seperti ulkus diabetikum yang dapat berujung pada amputasi. Risiko amputasi pada penderita diabetes melitus bisa 15 hingga 40 kali lebih tinggi dibandingkan dengan individu tanpa diabetes. Selain itu, angka kematian setelah amputasi pada pasien diabetes berkisar antara 39% hingga 80% dalam lima tahun. Amputasi menyebabkan perubahan pada citra tubuh, kehilangan produktivitas, serta peningkatan biaya perawatan untuk ulkus kaki diabetik. Penelitian Cahyono & Purwanti (2019) menyebutkan bahwa amputasi pada kaki diabetik disebabkan oleh komplikasi yang umumnya menyerang organ-organ vital tubuh.⁵

Penelitian yang dilakukan oleh Febrianto et al. pada tahun 2023 menyatakan bahwa risiko amputasi pada penderita ulkus kaki diabetik disebabkan oleh perawatan luka yang tidak memadai serta pengendalian gula darah yang buruk. Dalam studi tersebut, ditemukan satu kasus seorang pasien wanita berusia 83 tahun yang telah mengidap diabetes melitus selama 30 tahun. Pasien tersebut tidak rutin mengonsumsi obat diabetes dan tidak menjaga pola makan, sehingga pemeriksaan fisik menunjukkan adanya luka kehitaman pada jari kaki. Pasien tersebut

didiagnosis dengan perfusi vaskular distal yang buruk, sehingga tindakan yang diambil adalah amputasi pada jari yang terinfeksi.⁵

Dampak yang muncul pada amputasi dapat meliputi dampak fisik seperti rasa nyeri pada anggota tubuh yang mengalami amputasi maupun pada anggota tubuh yang tidak teramputasi, dampak pada aktivitas seperti penurunan mobilitas, ambulasi, perawatan tubuh, kemampuan untuk melakukan tugas sehari-hari, dan dampak pada psikologis seperti stres yang berkaitan dengan keberadaan fisik.⁶ Amputasi juga dapat memengaruhi persepsi tubuh pada penderitanya. Persepsi tubuh dapat diartikan sebagai gabungan dari pengalaman psikososial, penyesuaian diri, perasaan, dan sikap yang berkaitan dengan bentuk, fungsi, penampilan, serta keinginan terhadap tubuh seseorang, yang dipengaruhi oleh faktor individu dan lingkungan. pada penderita DM yang di amputasi kualitas hidup yang terganggu yaitu aspek fisik, aspek fisiologis, aspek sosial dan aspek ekonomi.⁷

Sebagai salah satu akibat dari luka pada kaki orang diabetes melitus, amputasi ekstremitas bawah tercatat sebagai salah satu komplikasi yang paling menakutkan dan menjadi bencana bagi pasien. Secara global, 80% amputasi ekstremitas bawah disebabkan oleh luka pada kaki, sementara di Indonesia, kasus amputasi ekstremitas bawah pada penderita luka kaki pada orang diabetes melitus mencapai 30%, dengan lebih dari satu juta orang kehilangan salah satu kakinya akibat amputasi.⁸

Nyeri phantom adalah sensasi nyeri yang dirasakan di bagian tubuh yang telah diamputasi. Pada pasien yang mengalami amputasi, nyeri phantom dapat menjadi masalah yang signifikan. Nyeri phantom dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk perubahan dalam sistem saraf pusat dan perifer setelah amputasi. Pada pasien DM, kerusakan saraf akibat neuropati diabetik dapat memperburuk kondisi ini. Nyeri phantom dapat bervariasi dari rasa nyeri yang tajam, terbakar, hingga sensasi tidak nyaman lainnya di area yang telah diamputasi.⁸

Menurut World Health Organization (WHO) 2020, melaporkan bahwa jumlah penderita ulkus diabetikum terus meningkat, dengan 122 juta orang dewasa di dunia menderita kondisi ini. Peningkatan ini terutama terlihat di negara-negara dengan status ekonomi menengah dan rendah. Selain itu, diperkirakan ada sekitar 2,2 juta kematian yang disebabkan oleh ulkus diabetikum pada usia di bawah 70 tahun, dan jumlah ini diperkirakan akan meningkat menjadi 600 juta orang pada tahun 2035. Pencegahan dan pengelolaan ulkus kaki diabetikum sangat penting untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Penanganan yang tepat, seperti pengendalian gula darah, perawatan luka yang baik, dan pemantauan rutin untuk mengidentifikasi tanda-tanda infeksi, dapat mengurangi risiko amputasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien diabetes.⁴

Menurut laporan International Diabetes Federation (IDF) edisi ke-10 pada tahun 2021, sebanyak 537 juta orang di seluruh dunia menderita diabetes melitus, yang mencakup 10,5% dari populasi dewasa berusia 20-79 tahun. Jumlah ini diperkirakan akan terus meningkat dan mencapai 643 juta pada tahun 2030.⁹

Di Indonesia, di negara ini menempati urutan kelima dalam jumlah penderita diabetes tertinggi di Dunia dengan 19,465 juta orang, yang mengalami peningkatan 10,6% dibandingkan tahun 2011. Di Jawa Tengah, kasus diabetes melitus (DM) menduduki posisi kelima terbanyak di Indonesia, setelah DKI Jakarta (2,6%), dengan jumlah penderita DM sebanyak 618.546 orang, sekitar 90-95% di antaranya adalah penderita DM tipe 2.⁹ Angka kejadian amputasi indonesia memiliki tingkat diabetes tertinggi di antara sepuluh negara terbesar pada tahun 2019 dan Indonesia berada di peringkat ketujuh dari mereka, dengan prevalensi pasien ulkus diabetik sebesar 15%, tingkat amputasi sebesar 30%, dan tingkat kematian 14,8%.¹⁰ Kasus amputasi nontraumatik sekitar 50%-70% terjadi pada penderita diabetes dan penyebab paling umum dari amputasi akibat infeksi luka diabetes.⁷

Di Sumatera Barat angka kejadian DM berada di urutan 22 dari 35 Provinsi dengan prevalensi pasien DM 1,2% dan mengalami peningkatan 2,2% tahun 2018

Menurut laporan dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, pada tahun 2019 ditemukan penderita Diabetes Melitus sebanyak 17,017 orang, jumlah penderita Diabetes Melitus (DM) di provinsi ini terus mengalami kenaikan, dan selama pandemi COVID-19 terhitung Maret sampai dengan Juni 2020, terjadi penambahan yang signifikan yaitu sebanyak 1223 kasus Diabetes Melitus Pada tahun 2021, tercatat ada 39.922 penderita DM, angka ini naik menjadi 48.616 orang pada tahun 2022, dan kembali meningkat menjadi 52.355 orang pada tahun 2023. Laporan tersebut juga menyebutkan bahwa Kota Padang memiliki jumlah kasus DM tertinggi dibandingkan dengan kabupaten dan kota lainnya di Sumatera Barat.¹¹

Pada tahun 2021, Dinas Kesehatan Kota Padang melaporkan bahwa jumlah perkiraan pasien diabetes melitus yang berusia ≥ 15 tahun mencapai 13.519 orang, dengan 12.552 orang (92,8%) di antaranya menerima layanan kesehatan. Selama periode 2020 hingga 2021, diabetes melitus tipe 2 tercatat sebagai salah satu penyakit dengan jumlah kunjungan terbanyak di Puskesmas seluruh Kota Padang, dengan 11.148 penderita diabetes melitus tipe 2 yang mengalami komplikasi, sementara 608 orang tanpa komplikasi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Indah (2022) mengenai Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 dengan amputasi di RS Tk III Dr Resodiwiryo Padang, seorang pasien datang dengan keluhan luka pada jari kelingking kaki kiri yang tidak kunjung sembuh. Luka tersebut basah, mengeluarkan nanah, dengan warna merah kehitaman, kuning kecoklatan, dan putih, sementara cairan luka berwarna kehijauan. Ukuran luka adalah 4x3 cm dengan kedalaman 3 cm. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan untuk pasien ini mencakup ketidakstabilan kadar glukosa darah yang berhubungan dengan hiperglikemia, perfusi perifer yang tidak efektif karena hiperglikemia, nyeri akut akibat cedera fisik, gangguan integritas kulit atau jaringan terkait dengan neuropati perifer, dan hipervolemia yang disebabkan oleh gangguan mekanisme regulasi. Intervensi yang diberikan adalah perawatan luka. Setelah 5 hari perawatan,

evaluasi menunjukkan bahwa pasien mengeluhkan luka yang masih menghitam dan terasa nyeri, kulit di sekitar ulkus terlihat kehitaman, luka tidak berbau, dan jaringan nekrosis sedikit berkurang.

Untuk masalah keperawatan terkait ketidakstabilan kadar glukosa darah, tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi pengukuran kadar glukosa darah serta pemantauan tanda dan gejala hiperglikemia. Untuk diagnosis risiko perfusi perifer yang tidak efektif, tindakan yang dilakukan meliputi pengecekan adanya kebas atau kesemutan pada kaki, pemeriksaan kemungkinan adanya iritasi, retak, lesi, kapalan, kelainan bentuk, edema, serta pemantauan kelembaban kaki. Untuk diagnosis Nyeri akut Tindakan keperawatan yang dilakukan berikan obat non-farmakologis, untuk diagnosis Resiko pendarahan lakukan obat penghenti pendarahan serta memberikan edukasi kepada pasien.¹²

Di RSUP Dr M Djamil Padang merupakan rumah sakit tipe A yang berada di kota padang,di ketahui bahwa pasien diabetes melitus dengan amputasi merupakan penyakit yang cukup tinggi angka kasusnya,pada tahun 2020 sebanyak 24 pasien pasien amputasi,pada tahun 2021 sebanyak 46 pasien amputasi,pada tahun 2022 sebanyak 52 pasien amputasi,pada tahun 2023 sebanyak 69 pasien amputasi,pada tahun 2024 terdapat 79 orang pasien diabetes melitus yang di amputasi.¹³

Berdasarkan survey awal dilakukan di ruangan bedah RSUP dr.Mdjamil Padang, pada tanggal 6 Desember 2024,di dapatkan 7 orang pasien diabetes melitus dengan amputasi yang sedang di rawat di ruangan tersebut, 1 orang pasien diabetes melitus tipe 2 dengan amputasi,dengan diagnosa medis, *post foreguater amputation + NIDDM + Hiperglikemia + Debridement*. Hasil wawancara pada pasien, Tn H mengatakan setiap sesudah makan Tn H sering tertidur,dan juga sering berlebihan dalam mengonsumsi makanan manis, Tn H juga mempunyai Riwayat keturunan dari ayahnya. Keluhan Tn H saat di lakukan pengkajian, Tn H merasakan nyeri pada kaki sebelah kanan, nafsu makan menurun,Tn H merasa badannya lemas, merasa sering haus,dan sulit tidur karna nyeri pada kaki kanan post op,saat ini pasien terpasang infus di Tutosol pada tangan sebelah kanan, pasien sudah di rawat

selama 4 hari dengan diagnosa sebelumnya *hiperglikemia + nyeri akut + gangguan perfusi jaringan + deficit nutrisi.*, dan beberapa pasien lainnya yang di rawat di ruangan bedah dengan kondisi post operation, dan ada yang mengalami perdarahan pada bagian yang di amputasi dan di diagnosa *Resiko Hipovolemia + hiperglikemia +nyeri akut.*

Berdasarkan uraian data dan fenomena di atas , maka peneliti telah melakukan penelitian dengan judul ”Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Amputasi Di Ruangan Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2025”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah peneliti yang di uraikan diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Amputasi Di Ruangan Bedah RSUP dr. M Djamil Padang tahun 2025.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan amputasi di ruangan Bedah RSUP Dr. M Djamil Padang tahun 2024. dengan menggunakan metode proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan amputasi di ruangan Bedah RSUP Dr. M Djamil Padang tahun 2025.
- b. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan amputasi di ruangan Bedah RSUP Dr. Mdjamil Padang tahun 2025.
- c. Mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan amputasi di ruangan Bedah RSUP Dr. Mdjamil Padang tahun 2025.

- d. Mendeskripsikan rencana tindakan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan amputasi di ruangan Bedah RSUP Dr. Mdjamil Padang tahun 2025.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan amputasi di ruangan Bedah RSUP Dr. Mdjamil Padang tahun 2025.

D. Manfaat

1. Peneliti

Dapat Menambah Pengetahuan dan Wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Amputasi serta melatih kemampuan dalam melakukan penelitian keperawatan

2. RSUP Dr Mdjamil Padang

Di harapkan hasil penelitian dapat menjadi bahan masukan bagi petugas kesehatan dalam meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan amputasi

3. Institusi Kemenkes Poltekkes Padang

Diharapkan dapat dijadikan bahan perbandingan oleh mahasiswa program studi DIII Keperawatan Padang Untuk Penelitian

2. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat menambah wawasan pengetahuan, pengalaman, dan dapat mengaplikasikan ilmu serta kemampuan peneliti dalam kenyataan Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Amputasi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Diabetes Melitus

1. Pengertian

Diabetes mellitus (DM) adalah suatu penyakit atau gangguan metabolisme jangka panjang dengan berbagai penyebab, yang ditandai oleh tingginya kadar glukosa darah serta gangguan metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein akibat ketidakmampuan fungsi insulin. DM merupakan kelompok penyakit metabolismik yang ditandai dengan hiperglikemia, yang terjadi karena gangguan dalam sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. DM adalah penyakit kronis yang ditandai oleh kadar glukosa darah yang secara konsisten melebihi batas normal (hiperglikemia). Hiperglikemia terjadi ketika kadar glukosa darah puasa lebih dari 126 mg/dl dan kadar glukosa darah sewaktu lebih dari 200 mg/dl.¹⁴

Diabetes Mellitus (DM) tipe 2, yang sebelumnya dikenal dengan istilah diabetes yang tidak bergantung pada insulin (NIDDM) atau diabetes pada orang dewasa, adalah kondisi di mana terjadi peningkatan kadar gula darah meskipun insulin yang diperlukan tetap ada. Pada DM tipe 2, terjadi resistensi terhadap insulin serta defisiensi insulin yang relatif. Walaupun jumlah insulin dalam tubuh bisa normal atau bahkan lebih tinggi, jumlah reseptor insulin di permukaan sel tubuh cenderung berkurang.¹⁴

Amputasi menurut KBBI adalah tindakan pemotongan anggota tubuh, khususnya pada tangan atau kaki, yang dilakukan untuk menyelamatkan nyawa seseorang. Amputasi juga merujuk pada prosedur bedah untuk mengangkat bagian tubuh yang rusak akibat cedera atau penyakit.

Ulkus kaki diabetik (UKD) adalah salah satu komplikasi kronis yang sering ditemukan pada penderita diabetes mellitus tipe 2. UKD merujuk pada gangguan pada kaki penderita diabetes yang ditandai dengan adanya neuropati sensorik, motorik, otonom, dan/atau masalah pada pembuluh darah kaki. UKD menjadi salah satu penyebab utama penderita diabetes dirawat di rumah sakit. Komplikasi serius seperti ulkus, infeksi, gangren, amputasi, dan kematian memerlukan perawatan intensif serta biaya yang tinggi. Luka diabetes yang tidak sembuh meningkatkan risiko infeksi dan menjadi penyebab utama amputasi dan kematian. Namun, para ahli diabetes memperkirakan bahwa antara $\frac{1}{2}$ hingga $\frac{3}{4}$ kasus amputasi dapat dicegah dengan perawatan kaki yang tepat.¹⁵

2. Klasifikasi

Menurut Nur Aini (2016), Klasifikasi Diabetes Foot terbagi menjadi enam tingkat, yaitu:

1. Derajat 0: Tidak ditemukan luka terbuka, meskipun ada beberapa deformitas atau selulitis.
2. Derajat 1: Ulkus diabetes superfisial (baik parsial maupun penuh) yang belum melibatkan jaringan lebih dalam.
3. Derajat 2: Ulkus yang mencapai ligamenta, tendon, kapsul sendi, atau fasia dalam tanpa adanya abses atau osteomielitis.
4. Derajat 3: Ulkus dalam yang disertai abses, osteomielitis, atau infeksi pada sendi.
5. Derajat 4: Gangren yang terbatas pada bagian depan kaki atau tumit.
6. Derajat 5: Gangren yang meluas hingga mencakup seluruh kaki.

Gangren pada kaki terbagi menjadi dua kategori, yaitu:

1. Kaki Diabetik Akibat Iskemia (KDI)

Kondisi ini disebabkan oleh penurunan aliran darah ke tungkai akibat makroangiopati (aterosklerosis) yang mempengaruhi

pembuluh darah besar di tungkai, terutama pada pembuluh darah betis.

Gejala klinis KDI meliputi:

- a. Penderita merasa nyeri
- b. Kaki terasa dingin saat diraba
- c. Pulsasi pembuluh darah terasa lemah
- d. Terdapat ulkus hingga gangren.

2. Kaki Diabetik Akibat Neuropati (KDN)

Kondisi ini menyebabkan kerusakan pada saraf somatik dan otonom tanpa gangguan sirkulasi darah. Kejadian ini sering terlihat pada kaki yang kering, hangat, terasa kesemutan, mati rasa, dan bengkak, dengan pulsasi pembuluh darah di kaki yang masih teraba baik.

3. Etiologi

Penyebab diabetes mellitus tipe 2 (DM tipe 2) terkait dengan peran penting hormon insulin dan reseptornya di dalam sel tubuh manusia. Ada dua faktor utama yang menyebabkan terjadinya DM tipe 2. Pertama, penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin), yang berarti meskipun kadar insulin cukup, insulin tidak dapat bekerja dengan baik untuk menurunkan kadar glukosa darah akibat kerusakan pada reseptor insulin di sel. Kedua, penurunan produksi insulin oleh sel beta pankreas. Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko resistensi insulin dan gangguan produksi insulin oleh sel beta pankreas, yang menyebabkan hiperglikemia yang tidak dapat dikendalikan oleh insulin dari dalam tubuh.

Faktor antara lain:

- a. Obesitas
- b. Dislipidemia
- c. Ras
- d. Pre-diabetes

- e. Gaya hidup sedentary atau jarang melakukan aktivitas
- f. Riwayat keluarga atau herediter
- g. Sindrom ovarium polikistik
- h. Ibu dengan riwayat diabetes gestasional
- i. Penderita hipertensi.¹⁶

Faktor resiko terjadinya ulkus diabetikum pada penderita penyakit DM tipe 2 yaitu:

- a) Jenis kelamin

Laki-laki lebih pdominan berhubungan dengan terjadinya ulkus pada DM

- b) Lamanya penyakit DM

Penyakit diabetes melitus (DM) yang berlangsung lama menyebabkan hiperglikemia yang berlangsung dalam waktu yang cukup panjang. Hiperglikemia yang terus-menerus ini memicu terjadinya hiperglisolia, kondisi di mana sel-sel tubuh kelebihan glukosa. Hiperglisolia kronis dapat mengubah keseimbangan biokimia dalam sel, yang berpotensi memicu perubahan mendasar yang menyebabkan timbulnya komplikasi kronik pada DM.

- c) Neuropati

Neuropati mengakibatkan gangguan pada saraf motorik, sensorik, dan otonom. Gangguan motorik dapat menyebabkan atrofi otot, deformitas pada kaki, perubahan dalam biomekanika kaki, serta gangguan distribusi tekanan pada kaki, yang pada gilirannya meningkatkan risiko terjadinya ulkus diabetikum. Neuropati perifer juga menempatkan orang yang mengalami diabetes beresiko amputasi. Pada neuropati perifer, kehilangan sensasi sering kali menyebabkan cedera yang tidak diketahui dan infeksi. Infeksi yang tidak ditangani dapat menyebabkan gangrene dan perlu untuk dilakukan amputasi¹⁷. terjadi pada pasien penyakit DM sering tidak diketahui. Gangguan otonom menyebabkan

bagian kaki mengalami penurunan eksresi keringat sehingga kulit kaki menjadi kering dan mudah terbentuk fissura. Saat terjadinya mikrotrauma keadaan kaki yang mudah retak dan meningkatkan risiko terjadinya ulkus diabetikum. Menurut Boulton AJ pasien penyakit DM dengan neuropati meningkatkan risiko terjadinya ulkus diabetikum tujuh kali dibanding dengan pasien penyakit DM tidak neuropati.

d) Peripheral Artery Disease

Penyakit arteri perifer merupakan penyakit penyumbatan arteri di ekstremitas bawah yang disebabkan oleh arteriosklerosis.

e) Perawatan kaki

Edukasi perawatan kaki harus diberikan secara rinci pada semua orang dengan ulkus maupun neuropati perifer atau peripheral Artery disease (PAD).¹⁸ Penyebab amputasi umumnya adalah penyakit vaskuler perifer.

Faktor umum terjadinya PVD antara lain:

- a. Hipertensi
- b. Diabetes
- c. Merokok
- d. Dan hyperlipidemia

Neuropati perifer juga meningkatkan risiko amputasi bagi penderita diabetes. Pada kondisi ini, kehilangan sensasi sering kali mengakibatkan cedera yang tidak terasa dan infeksi. Jika infeksi tersebut tidak ditangani, dapat berkembang menjadi gangren yang memerlukan tindakan amputasi.¹⁷

4. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala Ulkus Diabetikum antara lain sering merasakan kesemutan, nyeri pada kaki saat istirahat, berkurangnya sensasi, kerusakan jaringan (nekrosis), nyeri pada pergelangan kaki dan jari kaki akibat penekanan atau kerusakan saraf yang menuju ke tumit dan telapak

kaki, serta akral yang terasa dingin . Menurut Supartondo dalam buku ¹⁹ terdapat beberapa gejala DM tipe 2 dengan Ulkus Diabetikum yang sering ditemukan pada lansia.

- a. Katarak
- b. Galukoma
- c. Retinopati
- d. Gatal seluruh badan
- e. Pruritus vulvae
- f. Infeksi bakteri kulit
- g. Infeksi jamur di kulit
- h. Dermatopati
- i. Neuropati perifer
- j. Neuropati visceral
- k. Amiotropi
- l. Ulkus neutropatik
- m. Penyakit ginjal
- n. Penyakit pembuluh darah perifer
- o. Penyakit krorner
- p. Penyakit pembuluh darah otak
- q. Hipertensi

Penyakit pembuluh darah perifer dapat menyebabkan iskemia pada jaringan distal, seperti pada tungkai dan kaki, yang berisiko menyebabkan gangren dan amputasi. Beberapa tanda gangguan sirkulasi arteri perifer pada kaki antara lain:

- a. Penurunan denyut nadi perifer
- b. Nyeri atau parestesia
- c. Warna kulit yang pucat
- d. Ekstremitas terasa dingin
- e. Penurunan pertumbuhan rambut. ²⁰

5. Patofisiologi

Pengendalian kadar gula darah yang buruk atau fluktuatif dalam jangka panjang dapat merusak dinding pembuluh darah. Hal ini menyebabkan peradangan pada endotel pembuluh darah, yang kemudian meningkatkan pembentukan plak atheroma secara progresif. Akibatnya, terjadi penyempitan lumen vaskuler yang mengganggu aliran darah ke jaringan perifer. Saat kadar glukosa darah tinggi, viskositas darah juga meningkat, yang memperlambat aliran darah ke jaringan. Peningkatan viskositas ini menghambat sirkulasi darah ke perifer, yang sering kali menyebabkan masalah pada kaki seperti ulkus, infeksi, gangren, dan amputasi.²¹

Hiperglikemia yang berlangsung sangat lama dapat menyebabkan arterosklerosis, penebalan membran basalis, dan perubahan pada saraf perifer yang berujung pada gangren (HR & Suprapto, 2019). Kejadian arterosklerosis pada ekstremitas bawah penderita diabetes melitus (DM) tiga kali lebih tinggi, dengan pembuluh darah pada bagian betis biasanya yang paling terpengaruh. Kondisi iskemik ini juga dapat menyebabkan ulkus berkembang menjadi gangren. Penyakit pembuluh perifer menghambat proses penyembuhan luka dan meningkatkan risiko amputasi.²²

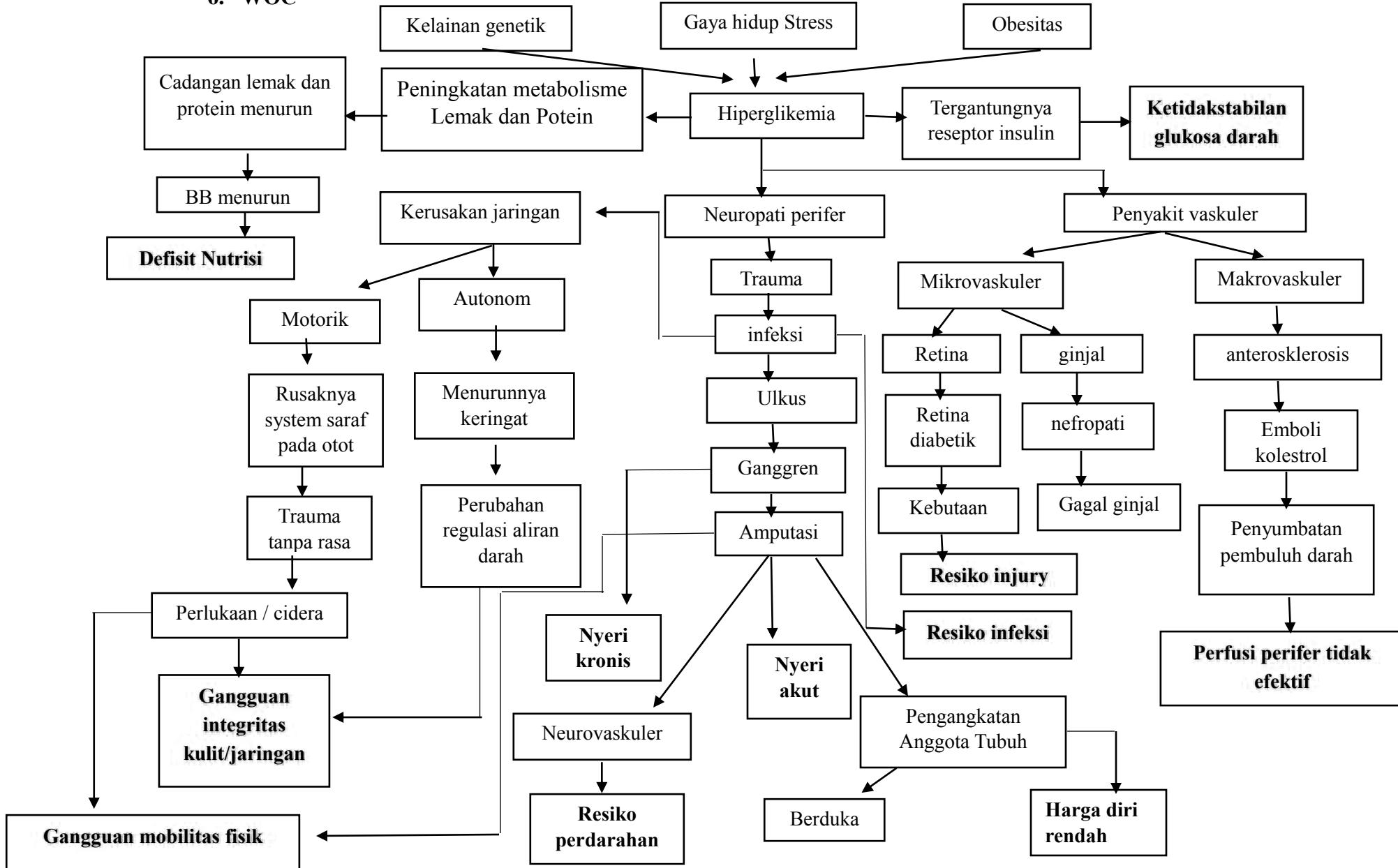
Ulkus diabetikum biasanya dimulai dengan komplikasi kronik yang dialami oleh pasien diabetes melitus (DM), seperti diabetik ketoasidosis, hiperglikemia, dan hipoglikemia. Komplikasi kronik ini berkontribusi pada peningkatan angka morbiditas dan mortalitas pada pasien. Komplikasi kronik dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu komplikasi mikrovaskuler (seperti retinopati, neuropati, dan nefropati) dan komplikasi makrovaskuler (seperti penyakit arteri koronaria, penyakit pembuluh darah perifer, dan penyakit pembuluh darah otak). Penyebab utama ulkus diabetikum adalah neuropati perifer dan iskemia akibat penyakit pembuluh darah perifer.²²

Neuropati pada ulkus diabetikum tercermin dalam gangguan pada komponen motorik, otonom, dan sensorik sistem saraf. Kerusakan pada innervasi saraf yang mengendalikan otot-otot kaki menyebabkan ketidakseimbangan antara gerakan fleksi dan ekstensi kaki. Hal ini berujung pada deformitas anatomi kaki, menciptakan penonjolan tulang yang tidak normal serta penekanan pada titik tertentu, yang akhirnya merusak kulit dan menyebabkan ulserasi ²². Neuropati otonomik mengakibatkan penurunan fungsi kelenjar minyak dan kelenjar keringat, yang menyebabkan kaki kehilangan kemampuan alami untuk melembabkan kulit, sehingga kulit menjadi kering dan lebih mudah robek, yang pada gilirannya meningkatkan risiko infeksi. ²²

Ulkus kaki diabetik (DFU) ditandai dengan tiga gejala utama, yaitu neuropati, iskemia, dan infeksi. Karena adanya gangguan metabolisme pada diabetes melitus (DM), risiko infeksi meningkat, dan penyembuhan luka menjadi buruk akibat penurunan respons seluler dan faktor pertumbuhan, berkurangnya aliran darah perifer, serta penurunan angiogenesis lokal. Oleh karena itu, kaki sering mengalami penyakit pembuluh darah perifer, kerusakan saraf perifer, ulserasi, dan gangren. Kerusakan saraf pada otot kaki mempengaruhi gerakan fleksi dan ekstensi, yang secara perlahan menyebabkan perubahan anatomi kaki dan deformitas. Deformitas ini menciptakan tonjolan tulang yang tidak normal dan titik-titik tekanan yang dapat memicu terbentuknya ulkus, yang umumnya terjadi pada ibu jari dan tumit ²³. Ulkus diabetikum biasanya ditandai dengan luka yang tidak sembuh-sembuh dan kadar gula darah tinggi. Luka yang tidak sembuh disebabkan oleh peningkatan viskositas darah, yang memperlambat aliran darah dan menghambat proses penyembuhan.²²

Pada Penyakit Pembuluh Darah Perifer (Peripheral Vascular Disease), kelompok otot yang terlibat, biasanya otot betis, tidak menerima pasokan darah arteri yang cukup akibat adanya obstruksi atau penyumbatan. Pada penderita diabetes melitus tipe 2, kekurangan pasokan darah ini disebabkan oleh arterosklerosis. Kekurangan aliran darah ini menyebabkan iskemia yang bersifat irreversible. Dalam kasus trauma, untuk menyelamatkan anggota tubuh, amputasi menjadi satu-satunya pilihan jika cedera pembuluh darah tidak dapat diperbaiki.²⁴

6. WOC



7. Dampak Masalah

Ulkus diabetikum dapat menyebabkan banyak komplikasi, Diantaranya ²⁵

- a. Selulitis
- b. Gangren
- c. Sepsis
- d. Abses
- e. Limfangitis asendens
- f. Osteomielitis
- g. Iskemia tungkai
- h. Amputasi

Adanya ulkus diabetik dapat mempengaruhi kehidupan individu dan keluarga. Beberapa dampak yang dapat terjadi meliputi ²⁶.

- a) Pada individu:

1. Pola persepsi dan pengelolaan hidup sehat

Pada pasien dengan gangren kaki diabetik, terjadi perubahan persepsi dan cara mengelola hidup sehat akibat kurangnya pengetahuan mengenai dampak gangren, yang mengarah pada pandangan negatif terhadap diri sendiri dan kecenderungan untuk tidak mengikuti prosedur pengobatan serta perawatan jangka panjang.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Karena produksi insulin yang tidak memadai atau defisiensi insulin, kadar gula darah tidak dapat dikendalikan, menyebabkan keluhan seperti sering buang air kecil, rasa lapar yang berlebihan, banyak minum, penurunan berat badan, dan mudah lelah. Hal ini berujung pada gangguan nutrisi dan metabolisme yang mempengaruhi status kesehatan penderita.

3. Pola eliminasi

Hiperglikemia menyebabkan diuresis osmotik, yang mengarah pada poliuri (sering buang air kecil) dan glukosuria (keberadaan glukosa dalam urine).

4. Pola tidur dan istirahat

Penderita mengalami gangguan tidur dan istirahat akibat poliuri, nyeri pada kaki yang terluka, serta situasi rumah sakit yang ramai, yang mengganggu waktu tidur dan pola istirahat mereka.

5. Pola aktivitas dan latihan

Luka gangren dan kelemahan otot pada tungkai bawah menyebabkan penderita tidak mampu menjalankan aktivitas sehari-hari dengan optimal dan mudah merasa lelah.

6. Pola hubungan dan peran

Luka gangren yang sulit sembuh dan berbau menyebabkan penderita cenderung menarik diri dari pergaulan sosial.

7. Pola sensori dan kognitif

Pasien dengan gangren sering mengalami neuropati atau mati rasa pada luka, sehingga mereka tidak merasakan adanya trauma pada area tersebut.

8. Pola persepsi dan konsep diri

Perubahan fungsi dan struktur tubuh dapat menyebabkan gangguan pada gambaran diri pasien. Luka yang sulit sembuh, perawatan yang lama, serta biaya perawatan dan pengobatan yang tinggi dapat menimbulkan kecemasan dan mengganggu peran pasien dalam keluarga (self-esteem).

b) Dampak pada Keluarga

Ketika salah satu anggota keluarga sakit dan dirawat di rumah sakit, berbagai reaksi psikologis dapat muncul dari anggota keluarga lainnya, karena masalah kesehatan yang dialami oleh satu individu akan memengaruhi seluruh keluarga. Lamanya proses perawatan dan biaya

yang besar dapat memengaruhi kondisi ekonomi keluarga, serta menyebabkan perubahan peran dalam keluarga, karena salah satu anggota tidak dapat menjalankan perannya seperti biasa.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pengendalian diabetes melitus (DM) berdasarkan 5 pilar meliputi: diet, pengobatan farmakologi, latihan fisik, edukasi, dan pemantauan gula darah. Terapi insulin dengan metode sliding scale dapat meningkatkan risiko hipoglikemia berat dibandingkan dengan penggunaan insulin tipe basal/prandial. Sementara itu, penggunaan insulin basal/prandial cenderung memiliki risiko hipoglikemia yang lebih rendah. Metode sliding scale melibatkan penggunaan insulin kerja pendek yang diberikan dengan dosis yang meningkat secara bertahap, disesuaikan dengan kadar glukosa darah. Insulin umumnya diberikan secara subkutan, meskipun di beberapa fasilitas kesehatan, pemberian intravena juga dapat dilakukan.²⁷

Penatalaksanaan ulkus diabetikum menurut⁸ mencakup:

- a. Mengurangi atau menghilangkan faktor penyebab luka
- b. Mengoptimalkan perawatan luka dalam kondisi lembab atau basah
- c. Memberikan dukungan kepada penderita melalui pemberian nutrisi, pengendalian diabetes, menjaga gula darah dalam batas normal (<100 mg/dl), serta mengontrol faktor penyebab diabetes
- d. Meningkatkan edukasi pada pasien dan keluarga
- e. Melakukan senam kaki untuk penderita DM

Penatalaksanaan ulkus diabetikum sangat dipengaruhi oleh tingkat keparahan dan kedalaman ulkus. Jika ditemukan ulkus yang dalam, perlu dilakukan pemeriksaan mendalam untuk menentukan kondisi luka dan besarnya tindakan debridemen yang diperlukan. Beberapa tujuan penatalaksanaan yang ingin dicapai antara lain:

1. Mengurangi atau menghilangkan faktor penyebab luka
2. Mengoptimalkan kondisi lingkungan luka dalam keadaan lembab
3. Mendukung kondisi klien melalui nutrisi dan kontrol diabetes

4. Meningkatkan edukasi kepada pasien dan keluarga

Beberapa penatalaksanaan ulkus diabetikum menurut Nur Aini (2016) adalah sebagai berikut:

1. Terapi tekanan negatif dan terapi oksigen hiperbarik
Penggunaan terapi tekanan negatif dapat membantu dalam perawatan ulkus diabetikum dengan cara mengurangi edema, menghilangkan produk bakteri, dan mendekatkan tepi luka, yang pada akhirnya mempercepat proses penyembuhan luka.
2. Perawatan luka
Penggunaan balutan yang tepat dan efektif merupakan langkah penting dalam memastikan penanganan ulkus diabetikum secara optimal.
3. Debridemen
Debridemen adalah prosedur untuk mengangkat jaringan nekrotik, kalus, dan jaringan fibrotik yang ada di sekitar luka, dengan menghapusnya sekitar 2-3 mm dari tepi luka menuju jaringan sehat.
4. Amputasi
Amputasi adalah penghilangan sebagian atau seluruh bagian ekstremitas. Tindakan ini dapat dilakukan sebagai akibat dari proses akut, seperti trauma, atau kondisi kronis, seperti penyakit pembuluh darah perifer atau diabetes melitus ¹⁷. Amputasi dilakukan sebagai pilihan terakhir ketika kondisi ekstremitas tidak dapat diperbaiki dengan metode lain, atau jika keadaan tersebut dapat membahayakan keselamatan tubuh secara keseluruhan atau menyebabkan kerusakan pada organ tubuh lain, seperti infeksi yang mengancam. Ketika infeksi merusak fungsi kaki atau mengancam nyawa pasien, amputasi diperlukan untuk mengendalikan infeksi dan memungkinkan proses penyembuhan luka lebih lanjut.

Amputasi dilakukan pada bagian ekstremitas yang paling distal yang masih dapat sembuh dengan sukses. Lokasi amputasi ditentukan oleh dua faktor utama: sirkulasi darah dan manfaat fungsional (misalnya, kesesuaian untuk penggunaan prostesis). Penilaian status sirkulasi ekstremitas dilakukan melalui pemeriksaan fisik dan diagnostik.

Penyakit pembuluh darah perifer menyebabkan iskemia pada jaringan distal seperti tungkai dan kaki, yang pada gilirannya dapat menyebabkan gangren dan memerlukan amputasi. Beberapa tanda dan gejala yang biasa muncul dan dapat menyebabkan amputasi antara lain ²⁰

- a) Penurunan denyut nadi perifer
- b) Nyeri atau parestesia
- c) Warna kulit pucat
- d) Ekstremitas dingin
- e) Penurunan distribusi rambut

5. Indikasi untuk melakukan amputasi mencakup penyakit vaskuler perifer yang tidak dapat diperbaiki dengan rekonstruksi, nyeri iskemik atau infeksi yang tidak bisa ditoleransi lagi, infeksi yang meluas dan tidak merespons terapi konservatif, tumor yang tidak merespons terapi nonoperatif, serta trauma yang cukup luas sehingga tidak memungkinkan perbaikan ²⁴.

6. Tujuan utama dilakukannya amputasi adalah:

- a. Menyelamatkan jiwa (live saving), contohnya pada trauma yang mengancam jiwa seperti perdarahan dan infeksi
- b. Menyelamatkan anggota tubuh (limb saving), seperti pada kelainan kongenital atau keganasan, dengan memaksimalkan fungsi ekstremitas yang tersisa ²⁴.

Hematoma, perdarahan, dan infeksi adalah komplikasi yang mungkin terjadi setelah operasi, termasuk osteomielitis kronis (infeksi yang menetap), serta nyeri terbakar (causalgia).

Komplikasi lainnya meliputi perdarahan, infeksi, kerusakan kulit, phantom limb, dan kontraktur sendi. Perdarahan massal bisa terjadi akibat terputusnya pembuluh darah utama. Infeksi merupakan risiko yang terkait dengan semua prosedur bedah, dan risikonya meningkat jika luka pasca-amputasi terkontaminasi⁶.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan pendekatan ilmiah dalam menangani masalah keperawatan dengan cara mengidentifikasi masalah, merencanakan tindakan secara sistematis, serta melaksanakan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan²⁸.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal yang penting dalam keperawatan, dilakukan dengan cermat untuk menggali informasi mengenai masalah yang dihadapi oleh klien. Hal ini bertujuan agar perawat dapat memberikan arahan yang tepat dalam pelaksanaan tindakan keperawatan²⁶.

a) Pengumpulan Data

Pengumpulan data secara sistematis membantu dalam menentukan status kesehatan pasien, pola pertahanan, serta mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan pasien melalui anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan penunjang lainnya (Karisma, 2018).

1. Identifikasi klien mencakup informasi seperti nama, tempat/tanggal lahir, jenis kelamin, status pernikahan, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, serta diagnosis medis.
2. Identifikasi penanggung jawab mencakup nama, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan klien.
3. Riwayat Kesehatan:
 - 1) Riwayat Kesehatan Sekarang
 - a) Keluhan Utama:

Pasien melaporkan adanya sensasi kesemutan pada kaki atau tungkai bawah, luka yang sulit sembuh, bau luka yang sangat kuat, serta nyeri pada area luka (Karisma, 2018).

b) Keluhan Saat Dikaji (PQRST):

Selama pengkajian, informasi yang biasanya dikumpulkan meliputi durasi klien menderita DM, bagaimana pengelolaannya, jenis terapi insulin yang diterima, cara pengobatan (apakah teratur atau tidak), dan langkah-langkah yang telah diambil pasien untuk menangani kondisi tersebut. Keluhan yang sering dilaporkan termasuk nyeri pada luka, luka yang tidak kunjung sembuh, rasa haus berlebihan, kelelahan, dan penurunan berat badan²⁹.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit DM atau kondisi lain yang berkaitan dengan defisiensi insulin, seperti penyakit pankreas, penyakit jantung, obesitas, serta prosedur medis yang pernah dijalani pasien. Selain itu, riwayat hipertensi, anemia megaloblastik (AML), kebas atau kesemutan pada ekstremitas, ulkus kaki yang lama sembuh, takikardi, dan perubahan tekanan darah juga perlu dipertimbangkan²⁹.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut Padila (2019), penting untuk mengetahui apakah ada anggota keluarga yang mengalami kondisi serupa dengan yang diderita klien. Informasi ini dapat diperoleh melalui genogram keluarga, yang dapat menunjukkan adanya riwayat penyakit serupa dalam keluarga. Salah satu anggota keluarga yang menderita DM atau penyakit keturunan lainnya²⁹.

4. Pola aktifitas sehari-hari (ADL) :

a) Pola nutrisi

Biasanya pasien DM tidak mengikuti diet, terjadinya penurunan berat badan, sering haus, mual muntah dan penggunaan diuretic.²⁹

b) Pola eliminasi :

Biasanya pasien mengalami perubahan pola berkemih (poliuri, nokturia, anuria) dan diare.²⁹

c) Pola tidur dan istirahat :

Sering muncul perasaan tidak enak yang dirasakan oleh pasien karena adanya gangguan efek tidur (insomnia), pasien sering bangun yang disebabkan adanya peningkatan frekuensi BAK pada malam hari.²⁷

d) Pola aktivitas dan Latihan

Pasien biasanya merasakan letih, lemah, sulit bergerak/berjalan, kram otot, dan terjadinya tonus otot menurun.²⁹

e) Pola bekerja

Biasanya pasien tidak dapat bekerja dalam keadaan seperti ini sehingga pekerjaan pasien hanya dapat diabntu oleh keluarga

b) Pemeriksaan Fisik

Menurut Wahid (2013). pemeriksaan fisik dapat dibagi menjadi dua kategori: pemeriksaan umum untuk memperoleh gambaran keseluruhan kondisi pasien, dan pemeriksaan lokal untuk memeriksa bagian-bagian tertentu.

a) Status Kesehatan Umum

Pemeriksaan ini mencakup pengamatan terhadap keadaan umum pasien, tingkat kesadaran, cara berbicara, tinggi badan, berat badan, serta tanda vital. Biasanya, kondisi ini akan berada

dalam rentang normal, kecuali jika ada infeksi pada luka yang dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh.²⁸

b) Pemeriksaan Head to Toe

1. Kepala

Pada pemeriksaan kepala, data yang biasanya dikaji meliputi kondisi kulit kepala dan bentuk wajah. Ekspresi wajah yang gelisah atau pucat, kondisi rambut (bersih atau tidak bersih, rontok atau tidak), serta apakah ada nyeri tekan pada area kepala. Selain itu, bentuk kepala harus simetris dan rambut harus dalam keadaan bersih. Pasien diabetes dapat mengalami sakit kepala yang disebabkan oleh fluktuasi kadar gula darah, dehidrasi, atau efek samping dari obat-obatan.

2. Mata

Pada mata, pemeriksaan akan mencakup konjungtiva untuk melihat apakah ada tanda-tanda anemia, serta apakah mata kanan dan kiri simetris. Lensa mata akan diperiksa untuk melihat apakah ada kekaburan.²⁹ kondisi Mata Pada Pasien DM, penglihatan kabur, munculnya bintik-bintik hitam, dan penurunan penglihatan pada malam hari adalah tanda-tanda kerusakan pada kapiler retina yang sering ditemukan pada pasien diabetes melitus tipe 1 dan tipe 2. Sekitar 80% pasien diabetes melitus tipe 2 mengalami komplikasi retinopati diabetik. Retinopati diabetik menduduki peringkat ke-4 sebagai penyebab kebutaan secara global setelah katarak, glaukoma, dan degenerasi makula. Deteksi dini yang tepat dapat sangat membantu dalam penanganan retinopati diabetik.³⁰

3. Telinga

Pada pemeriksaan telinga, akan dicatat apakah pendengaran pasien baik atau tidak, apakah ada benjolan

pada daun telinga, dan apakah pasien menggunakan alat bantu dengar. Diabetes dapat menyebabkan kerusakan saraf, termasuk saraf yang berfungsi dalam pendengaran. Neuropati pendengaran dapat mengakibatkan penurunan kemampuan mendengar.

4. Hidung

Pemeriksaan hidung akan mencakup pencarian polip, sekresi, radang, atau benjolan pada hidung, serta apakah fungsi penghidu berfungsi dengan baik. Biasanya, tidak ada pernapasan yang terjadi di sekitar cuping hidung dan tidak ada sianosis. Diabetes dapat menyebabkan dehidrasi dan mengurangi kelembapan pada mukosa hidung, yang dapat menyebabkan hidung kering dan iritasi.

5. Mulut dan Gigi

Pada mulut, biasanya mukosa bibir akan terasa lembab. Lidah mungkin terasa tebal, air liur menjadi kental, dan gusi bisa mudah bengkak serta berdarah.

6. Leher

Pemeriksaan leher mencakup pemeriksaan adanya pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran kelenjar getah bening, dan pembesaran vena jugularis.

7. Jantung

Pada pemeriksaan jantung, biasanya tidak ditemukan kelainan kecuali jika pasien mengalami komplikasi penyakit kardiovaskular.

- a. Inspeksi: Ictus cordis biasanya tidak terlihat.
- b. Palpasi: Ictus cordis dapat teraba.
- c. Perkus: Bunyi jantung terdengar pada RIC 1 di kanan dan kiri, serta bunyi jantung 2 pada RIC 4-5 di garis mid klavikula.

d. Auskultasi: Terdengar bunyi jantung yang mungkin disertai murmur.

8. Paru-paru

a. Inspeksi: Paru-paru biasanya simetris antara kiri dan kanan, tanpa tarikan dinding dada.

b. Palpasi: Perimetus pada kedua sisi kiri dan kanan biasanya sama.

c. Perkusi: Bunyi paru-paru biasanya sonor.

d. Auskultasi: Bunyi napas yang terdengar adalah vesikuler.

9. Abdomen

a. Inspeksi: Abdomen biasanya tampak simetris, meskipun terdapat pelebaran pada lingkar abdomen, seperti yang terlihat pada pasien obesitas.

b. Palpasi: Pembengkakan atau massa abdomen dapat teraba jika ada gangguan.

c. Perkusi: Biasanya bunyi yang terdengar adalah timpani.

d. Auskultasi: Bising usus akan terdengar.

10. Ekstremitas

Pada ekstremitas, biasanya terjadi penurunan turgor kulit, adanya luka atau bekas luka dengan warna kehitaman, serta kelembapan dan kemerahan pada kulit sekitar luka. Tekstur rambut dan kuku juga perlu diperhatikan. Faktor penting yang harus diperhatikan pada pasien dengan ukus diabetikum adalah ukuran luka, kedalaman luka, keberadaan saluran sinus yang menyelidik hingga ke tulang, serta jumlah drainase yang keluar dari luka tersebut.

11. Genitalia

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

c) Pemeriksaan Diagnostik**1) Pemeriksaan Diagnostik**

- a) Glukosa darah sewaktu
- b) Kadar glukosa darah puasa
- c) Tes toleransi glukosa

Menurut HR & Suprato (2019), ada beberapa kriteria diagnostic menurut WHO untuk penderita DM yang dilakukan setidaknya dua kali pemeriksaan.

- a. Glukosa plasma sewaktu lebih dari 200 mg/dl (11,1 mmol/L)
- b. Glukosa plasma puasa lebih dari 140 mg/dl (7,8 mmol/L)
- c. Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam setelah mengonsumsi 75 gram karbohidrat (2 jam post-prandial) kurang dari 200 mg/dl

2) Pemeriksaan Laboratorium

Menurut O.S. Putri (2018), beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan antara lain:

- a) Pemeriksaan Darah: HDS lebih dari 200 mg/dl, gula darah puasa lebih dari 120 mg/dl, dan 2 jam post-prandial lebih dari 200 mg/dl.
- b) Pemeriksaan HbA1C : HbA1C adalah ikatan molekul glukosa pada hemoglobin yang terjadi secara non-enzimatik melalui proses glikasi pasca-translasi. Hemoglobin yang terglikasi terlihat dalam beberapa jenis asam amino HbA, yang meliputi HbA1a, HbA1b, dan HbA1C. Komponen utama dari glikasi hemoglobin dalam penyakit Diabetes Melitus adalah HbA1C. Parameter ini digunakan sebagai acuan utama untuk pengendalian Diabetes Melitus, karena HbA1C mencerminkan kadar gula darah dalam periode waktu 1 hingga 3 bulan, sesuai

dengan usia sel darah merah yang terikat glukosa, yaitu sekitar 120 hari.³¹

- c) Urine: Pemeriksaan urine dilakukan untuk mendeteksi adanya glukosa dalam urine, menggunakan metode Benedict (reduksi). Hasilnya bisa berupa perubahan warna pada urine: hijau (+), kuning (++) , merah (+++), dan merah bata (+++).
- d) Kultur Pus: Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui jenis kuman yang ada pada luka dan menentukan antibiotik yang tepat sesuai dengan jenis kuman tersebut.

2. Diagnosis Keperawatan

- a. Diagnosis Keperawatan pada Pasien DM Tipe 2 Pre Amputasi Berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI, 2019), beberapa diagnosis keperawatan yang relevan adalah:
 - a) Ketidak Stabilan Glukosa Darah berhubungan dengan hiperglikemia
 - b) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer
 - c) Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis
 - d) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia
 - e) Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (DM) dan ketidakcukupan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)
 - f) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolism
 - g) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi yang diterima
 - h) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif terkait dengan ketidakmampuan mengatasi masalah Kesehatan

1. Diagnosis Keperawatan pada DM Tipe 2 Pasca Amputasi

Berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI, 2019), diagnosis keperawatan yang dapat ditetapkan adalah:

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah yang berhubungan dengan hiperglikemia
- 2) Gangguan integritas kulit yang disebabkan oleh agen pencedera fisik
- 3) Nyeri akut yang disebabkan oleh agen pencedera fisik
- 4) Perfusi Perifer tidak efektif yang berkaitan dengan hiperglikemia
- 5) Risiko infeksi yang ditandai dengan prosedur invasif, ketidakcukupan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit), dan ketidakcukupan pertahanan tubuh sekunder (penurunan daya tahan tubuh)
- 6) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan
- 7) Gangguan mobilitas fisik yang disebabkan oleh masalah musculoskeletal
- 8) Berduka terkait dengan anticipasi kehilangan bagian tubuh
- 9) Harga diri rendah kronis yang berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi masalah kehilangan

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan pada DM Tipe 2 Pre Amputasi Intervensi ini dibuat berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang sudah dilakukan dengan pasien bertujuan untuk memenuhi kebutuhan secara optimal, Implementasi keperawatan terhadap pasien di berikan secara urut sesuai yang telah di prioritas masalah yang sudah di buat dalam

rencana Tindakan asuhan keperawatan, termasuk di dalamnya nomor urut dan waktu di tegakkannya suatu pelaksanaan keperawatan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah Tindakan penilaian terhadap pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi menilai respon dari pasien mulai dari subjektif,objektif assemen dan planing. Adapun indikator evaluasi yang di harapkan dari diagnosis keperawatan ketidakstabilan glukosa dalam darah sebagai berikut : lelah dan lesu menurun,mulut kering menurun, rasa haus dan lapar menurun dan kadar glukosa dalam membaik.

Tabel 2.1

Diagnosa Keperawatan dan Intervensi Keperawatan DM Tipe 2 pre Amputasi Berdasarkan (SDKI 2017), (SLKI 2019), dan (SIKI 2018)

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan Diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran meningkat 2. Lelah/lesu menurun 3. Kadar glukosa dalam darah membaik 4. Kadar glukosa dalam darah membaik 5. umlah urin membaik 	<p>Manajemen Hiperglikemia</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situas yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. Monitor kadar glukosa darah, 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia(mis.Polyuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan kepatuhan terhadap diit dan olahraga 2. Ajarkan pengelolaan diabetes (penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan

			<p>professional kesehatan Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi pemberian insulin
2.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Penyembuhan luka meningkat 4. Turgor kulit membaik 5. Nekrosis menurun 	<p>Manajemen sensasi perifer</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab Perubahan sensasi 2. Identifikasi penggunaan alat pengikat, sepatu dan pakaian 3. Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul 4. Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin 5. Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda 6. Monitor perubahan kulit <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi pemberian Analgesik 2. Kolaborasi pemberian Kortikosteroid <p>Edukasi Perawatan Kaki</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi tingkat pengetahuan dan keterampilan perawatan kaki

			<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan brosur informasi tingkat risiko cedera dan perawatan kaki <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> jelaskan factor risiko luka pada kaki (mis. Panas, dingin, penipisan, kapalan) jelaskan hubungan antara neuropati, cedera, dan penyakit vaskuler dan risiko ulserasi dan amputasi ekstremitas bawah Ajarkan pemeriksaan seluruh bagian kaki setiap hari (mis. Luka, kemerahan, bengkak, hangat, kering, maserasi) Anjurkan mengeringkan secara menyeluruh setelah mencuci kaki, terutama di antara jari kaki Anjurkan menghubungi tenaga profesional kesehatan jika ada luka, infeksi atau jamur Anjurkan memakai sepatu bertumit rendah dan sesuai bentuk kaki Anjurkan memakai kaos kaki yang berbahan menyerap keringat Anjurkan memeriksa sepatu bagian dalam sebelum dikenakan
3.	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskulskletal kronis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Meringis menurun 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, kharakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala Nyeri

		<p>3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik</p>	<p>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi Nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
4.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. perfusi jaringan meningkat 2. kerusakan jaringan menurun 3. kerusakan lapisan kulit menurun 4. Nyeri menurun 5. kemerahan menurun 6. nekrosis menurun 7. suhu kulit membaik 	<p>Perawatan luka</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka(misalnya drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda- tanda nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan Cairan NaCl atau Pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan 3. bersihkan Jaringan nekrotik 4. berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 5. pasang balutan sesuai jenis luka 6. pertahankan teknik steril saat melakukan 7. ganti balutan sesuai

Tabel 2.2

Diagnosa Keperawatan dan Intervensi Keperawatan DM Tipe 2 Post Amputasi Berdasarkan (SDKI 2017), (SLKI 2019), dan (SIKI 2018)

No	Diagnosis Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (SDKI, Hal. 71)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil: 1. kesadaran meningkat 2. lelah/lesu menurun 3. keluhan lapar menurun 4. mulut kering menurun 5. kadar glukosa dalam darah membaik 6. kadar glukosa dalam urin membaik 7. jumlah urin membaik (SLKI, Hal. 43)	Manajemen Hiperglikemia Observasi : 1. Identifikasi Kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah 3. Monitor tanda dan Gejala hiperglikemia 4. Monitor intake dan output cairan Terapeutik : 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi : 1. Anjurkan Memonitor kadar Glukosa darah secara mandiri 2. Anjurkan kepatuhan terhadap diit dan olahraga Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian insulin,jika perlu 2. kolaborasi pemberian cairan (SIKI, Hal. 180)
2	Nyeri Akut berhubungan dengan agen Pencidera Fisik (SDKI Hal,172)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:	Manajemen nyeri Observasi : 1. Identifikasi lokasi, kharakteristik,

		<p>1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik (SLKI, Hal 145)</p>	<p>durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. faktor yang memperberat dan memperringan nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Berikan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetic jika perlu. (SIKI, Hal. 201).</p>
3	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer (SDKI, Hal. 282)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1. perfusi jaringan</p> <p>Perawatan luka</p> <p>2. kerusakan lapisan kulit menurun</p> <p>3. Nyeri menurun</p> <p>4. kemerahan menurun</p> <p>5. nekrosis menurun</p> <p>6. suhu kulit membaik (SLKI. Hal. 333)</p>	<p>Perawatan luka</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Monitor karakteristik luka(misalnya drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>2. Monitor tanda- tanda infeksi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>2. Bersihkan dengan Cairan NaCl atau Pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan</p> <p>3. bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>4. berikan salep yang sesuai</p>

			<p>ke kulit/lesi, jika perlu</p> <p>5. pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>6. pertahankan teknik steril saat melakukan</p> <p>7. ganti balutan Sesuai Kolaborasi;</p> <p>1.Kolaborasi prosedur debridement (mis, pemberian anti biotik.</p>
4	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>1.Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>2.Kekuatan otot meningkat</p> <p>3.nyeri menurun</p> <p>4.gerakan terbatas menurun</p> <p>5.kelemahan fisik menurun</p>	<p>Dukungan Ambulasi</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2.identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</p> <p>3.Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</p> <p>4. monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1.fasilitas aktifitas ambulasi dengan alat bantu (mis,Tingkat,kruk)</p> <p>2.fasilitas melakukan mobilitas fisik,jika perlu</p> <p>3.libatkan keluarga untuk membantu paien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi:</p> <p>1.Jelaskan tujuan prosedur ambulasi</p> <p>2.anjurkan melakukan ambulasi dini</p> <p>3.Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis,berjalan ke tempat tidur ke kursi roda)</p>
5	Risiko infeksi	Setelah dilakukan	Manajemen nyeri

	<p>ditandai dengan penyakit kronis (DM), (SDKI, Hal. 304)</p> <p>tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Bengkak menurun 4. Cairan berbau Busuk menurun 5. Kultur area luka membaik (SLKI, Hal :139) 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, kharakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. faktor yang memperberat dan memperringan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Kolaborasi pemberian analgetic jika perlu. (SIKI, Hal. 201). <p>Perawatan Amputasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya edema pada stump 2. Monitor Nyeri Phantom pada tungkai (mis, rasa terbakar, berdenyut, kram, rasa remuk atau kesemutan) 3. Monitor masalah psikologis (mis, depresi atau kecemasan) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi berprestasi dalam memutuskan amputasi, jika
--	--	--

		<p>memungkinkan</p> <p>2.posisikan stump (punting/bagian ujung amputasi)</p> <p>3.Hindari meletakkan stump pada posisi menggantung untuk menurunkan eema dan ststis vaskuler.</p> <p>4. Lakukan Pereda nyeri non farmakologis (mis,TENS,phonophoresis Pemijatan,sesuai kebutuhan</p> <p>Edukasi</p> <p>1.Jelaskan bahwa nyeri phantom pain dapat terjadi beberapa minggu setelah pembedahan dan dapat dipicu oleh tekanan pada daerah lain</p> <p>2.Anjurkan mengindari duduk dalam waktu lama</p> <p>3.Ajarkan latihan pasca operasi (mis, latihan rentang Gerak,latihan napas,dan miring kiri,kanan</p> <p>4.Ajarkan perawatan diri setelah pulang dari rumah sakit</p> <p>5.Ajarkan tanda dan gejala untuk dilaporkan kefasilitas Kesehatan (mis,sakit kronis kerusakan kulit,denyut nadi tidak teraba,suhu kulit dingin)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.Rujuk ke layanan spesialis untuk modifikasi atau perawatan komplikasi protesis.</p>
--	--	---

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif dengan desain studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan variabel independen tanpa melakukan perbandingan atau hubungan dengan variabel lain. Tujuannya adalah untuk memberikan gambaran yang tepat mengenai sifat individu, kondisi, gejala, atau kelompok tertentu dan untuk menentukan frekuensi atau distribusi gejala tersebut ³². Sementara itu, studi kasus adalah penelitian yang dilakukan secara mendalam terhadap suatu entitas tunggal yang dibatasi oleh ruang dan waktu ³³.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di ruangan Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang, dari bulan Oktober tahun 2024 Sampai Juni Tahun 2025. Asuhan keperawatan ini dilakukan pada tanggal 17 – 21 Maret 2025.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini terdiri dari seluruh pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 yang menjalani amputasi di ruangan Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Jumlah populasi saat penelitian 5 orang

2. Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah 1 orang pasien Diabetes Mellitus dengan Amputasi Di ruangan Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang. Apabila ditemukan lebih dari 1 sampel yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan, maka peneliti akan mengambil sampel dengan memakai teknik *simple random sampling*, yaitu pengambilan sampel secara acak. Sampel penelitian adalah satu orang pasien Diabetes Mellitus dengan Amputasi, dan dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria Inklusi, merupakan kriteria sampel yang dipilih peneliti berdasarkan tujuan penelitian.³⁴

Kriteria inklusi dari pasien yang akan diteliti, yaitu:

- 1) Pasien yang bersedia menjadi responden
- 2) Pasien yang dirawat dengan keadaan yang kooperatif
- 3) Pasien dengan kesadaran compos mentis.

b. Kriteria Eksklusi, merupakan kriteria khusus yang mengakibatkan calon responden yang memenuhi kriteria inklusi harus dikeluarkan dari kelompok penelitian.³⁴

Populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel penelitian yaitu:

- 1) Pasien yang masa rawatannya kurang dari lima hari atau pasien yang meninggal dunia sebelum diberikan asuhan keperawatan
- 2) Pasien dengan komplikasi berat seperti CKD,CHF.

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mempermudah proses pengumpulan data dan menghasilkan informasi yang lebih akurat ³⁵. Dalam penelitian ini, instrumen yang digunakan mencakup format pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah

mencakup identitas pasien, penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, ekonomi sosial, spiritual, lingkungan tempat tinggal, hasil pemeriksaan laboratorium, dan terapi pengobatan.

2. Format Analisa Data

mencakup nama pasien, nomor rekam medis, serta data masalah dan etiologi.

3. Format Diagnosis Asuhan Keperawatan

mencakup nama pasien, nomor rekam medis, diagnosis keperawatan, tanggal, serta tanda tangan penanggung jawab dalam penemuan dan pemecahan masalah.

4. Format Rencana Asuhan Keperawatan

mencakup nama pasien, nomor rekam medis, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan berdasarkan SLKI dan SIKI.

5. Format Implementasi Keperawatan

mencakup nama pasien, nomor rekam medis, tanggal dan hari, diagnosis keperawatan, serta implementasi keperawatan yang dilakukan.

6. Format Evaluasi Keperawatan

mencakup nama pasien, nomor rekam medis, tanggal dan hari, evaluasi keperawatan, serta tanda tangan penanggung jawab.

E. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan observasi, wawancara, dokumentasi, dan pengukuran untuk sumber data yang sama. Wawancara atau anamnesis dan pemeriksaan fisik dilakukan menggunakan format pengkajian keperawatan medikal bedah sebagai pedoman penelitian.

1. Observasi

Metode observasi partisipatif digunakan untuk mengumpulkan data dengan cara mengamati secara langsung subjek penelitian.

2. Wawancara

Wawancara dilakukan untuk mengumpulkan informasi mengenai identitas pasien, keluhan, riwayat kesehatan, serta pola aktivitas sehari-hari pasien

3. Pengukuran

Pengukuran dilakukan dengan alat-alat pemeriksaan fisik, seperti pengukuran nadi, suhu tubuh, tekanan darah, dan kadar gula darah.

4. Dokumentasi

Dokumentasi adalah pencatatan atau rekaman mengenai kejadian yang telah berlalu. Dalam penelitian ini, dokumentasi yang digunakan berupa rekam

medis pasien, yang mencakup asesmen dokter dan perawat, catatan keperawatan, serta hasil pemeriksaan penunjang²⁷.

F. Jenis-Jenis Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari responden melalui pengkajian, seperti identitas pasien dan keluarga, riwayat kesehatan, gejala seperti luka ulkus dan kesemutan pada kaki, hasil pemeriksaan fisik, serta informasi terkait pola aktivitas pasien, penurunan berat badan, peningkatan nafsu makan, sering merasa haus, dan buang air kecil.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga pasien dan rekam medis di Ruang Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang, seperti hasil laboratorium yang menunjukkan kadar gula darah pasien dan terapi pengobatan yang diberikan oleh dokter.

G. Analisis Data

Data yang diperoleh selama pengkajian akan dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosis keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan. Analisis selanjutnya membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien kelolaan dengan teori dan penelitian terdahulu.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang yaitu di Ruang isolasi, Bedah Wanita, Irna Bedah di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang bersebelahan dangan Ruang HCU Bedah. Penelitian ini dilakukan oleh peneliti di Ruangan yang memiliki kapasitas tempat tidur pasien sebanyak 2 tempat tidur. Ruangan Bedah Wanita dipimpin oleh seorang Kepala Ruangan dan dibantu oleh Ketua Tim setiap shifnya. Dibawah Ketua Tim terdapat perawat pelaksana yang dibagi menjadi 3 shif yaitu pagi, siang, dan malam.

B. Deskripsi Kasus

Penelitian yang dilakukan di Irna Bedah terdapat 4 orang partisipan yang memiliki diagnosa medis DM Tipe 2 dengan Amputasi. Partisipanannya adalah Ny. M. Penelitian ini dilakukan selama 5 hari, dimulai pada tanggal 17-21 Maret 2025.

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian yang didapatkan oleh peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi pada partisipan tersebut adalah sebagai berikut :

Ny M (Perempuan) berusia 45 tahun masuk RSUP Mdjamil Padang Melalui IGD Pada tanggal 8 maret 2025 pada pukul 13.00 WIB, merupakan rujukan dari RSUD Dharmasraya dengan keluhan kaki kiri Ny M semakin membengkak mulai dari telapak kaki, kakinya mulai menghitam dan bernanah hingga di bawah lutut, bagian kaki yang bernanah sudah tidak berasa, pada bagian kaki kanan masih terbalut perban karna luka masih basah, kaki kanan pasien post amputasi pada maret 2022, pasien sering merasa haus mual dan pusing, nafas terasa sesak badan terasa lemah dan letih.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 maret 2025 pukul 11.00 WIB. Pasien mengatakan terasa nyeri ,nyeri pada kakinya terasa hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, kaki sulit digerakkan pasien mengatakan terasa lemah, letih, dan kurang nafsu makan, pasien sering merasa haus, pasien mengatakan hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan dari porsi yang diberikan,pasien mengatakan sulit tidur karna nyeri pada kakinya, keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur karna nyeri, pasien juga sering gelisah setelah di lakukan amputasi, pada kaki sebelah kanan pasien juga sudah pernah di amputasi sebelumnya pada tahun 2022 di RSUD Dharmasraya pada bagian metatarsalnya.

Pasien mengatakan sudah menderita DM selama 10 tahun yang lalu,pasien awalnya tahu kalau dirinya menderita DM karna sering merasa lelah dan merasa haus, dan juga setiap bagian ekstremitas terluka sembuhnya cukup lama, pasien juga sering merasa haus, kaki sebelah kanan nya terluka karna kayu runcing yang terkena ke bagian ujung jari-jari nya,lalu kaki pasien tersebut membengkak dan mengandung nanah lalu dilakukan amputasi pada tahun 2022 di RSUD Dharmasraya, sekarang kaki bagian kananya sudah membaik dan luka post amputasi sudah mengering, pasien mengatakan gula darahnya jarang di cek dan masih sering minum-minuman manis seperti teh, pola makannya tidak terkontrol, dan pasien juga jarang olahraga.

Pasien mengatakan Pasien mengatakan ibunya mempunyai riwayat penyakit DM type 2,dan tidak ada penyakit lainnya seperti hieprtensi atau peyakit menular.

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien didapatkan keadaan umum pasien, kesadaran compos mentis cooperatif, tekanan darah: 130/83 mmHg, HR: 87x/i RR: 22 x/i S: 37,3°, BB: 74 kg TB: 160 cm. Pasien terpasang infus Asering dengan pemberian 8 jam /kolf di tangan kanan. Pada ekstremitas bawah, terdapat luka Amputasi di kaki sebelah kiri. Luka masih basah dan berwarna merah, luka tertutup menggunakan perban elastis. CRT > 3

detik, pasien mengatakan nyeri pada bagian amputasi, kaki sulit digerakkan, nyeri terasa ditusuk-tusuk, nyeri muncul hilang timbul dan skala nyeri 4.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 08 maret 2025 WIB didapatkan: Hemoglobin menurun yaitu 8,9 g/dL (normal : 12-14 g/dL), nilai APTT 30,8 detik (nilai normal APTT : 24,36-31,76 detik), GDS didapatkan 345 mg/dL (normal gula darah puasa 100-200 mg/Dl), hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 17 maret 2025 didapatkan gula darah 2 jam PP 363 mg/dl. Pasien mendapatkan program pengobatan yaitu Tutosol 500 cc/8 jam inj, Ranitidine 2x50mg inj, Gentasimin 2x80mg inj, Metronidazole 3x500mg inj, Keterolak 3x 30mg advice TS IPD inj, Ampisilin Sulbactam 4x1,5 gr, asetil sistein 3x200 mg inj, Novarapid 3x8, IVFD NaCl 0,9 500 cc/8 jam drip fentanil 300mg dalam 24 jam.

2. Diagnosa Keperawatan

(pre Amputasi)

Berdasarkan hasil pegkajian didapatkan 4 diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien pre amputasi. diagnosis pertama yaitu **ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia** ditandai dengan pasien mengatakan badan terasa lemah, pusing dan mual, sering haus, nafsu makan berkurang, hasil pemeriksaan gula darah sewaktu diatas nilai normal 345 mg/dl.

Diagnosis kedua **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** ditandai dengan pasien tampak pucat, dan terasa pusing, akral teraba dingin, terdapat luka post amputasi, luka berwarna merah, hasil HB: 8,9 g/dL, GDS: mg/dL

Diagnosa ketiga **Nyeri Kronis berhubungan dengan Kondisi Muskoleskeletal kronis** di tandai dengan pasien mengatakan nyeri nya yang tidak kunjung hilang selama beberapa bulan ini sejak luka pada kakinya

membesar,kakinya terdapat odema dan pasien meringis saat kakinya di lakukan redresing.

Diagnosa keempat **Gangguan integritas kulit/Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer** di tandai dengan pasien mengatakan luka di kakinya semakin membesar,terciptam bau tidak sedap dan tampak infeksi hingga bagian bawah lutut pasien,tampak luka mulai menghitam dan bernanah.

(post Amputasi)

Berdasarkan hasil pegkajian didapatkan 5 diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien. diagnosis pertama yaitu **ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia** ditandai dengan pasien mengatakan badan terasa lemah, pusing dan mual, sering haus, nafsu makan berkurang, hasil pemeriksaan gula darah sewaktu diatas nilai normal 320 mg/dl.

Diagnosis kedua **perfusi perifer tidak efektif berhubungan Penurunan konsentrasi hemoglobin** ditandai dengan pasien mengatakan badan terasa lemah, dan terasa pusing, akral terasa dingin, terdapat luka post amputasi, luka berwarna merah, hasil HB: 10,9 g/dL, GDS: mg/dL

Diagnosa ketiga **nyeri akut berhubungan dengan agen pencegahan fisik** ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada luka amputasi pada kaki kiri setinggi femur, nyeri terasa ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dan kaki sulit digerakkan, skala nyeri 4. Pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah.

Diagnosa keempat yaitu **resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif** ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada kaki yang di amputasi, kaki sulit digerakkan, terdapat luka amputasi pada kaki kiri pasien, luka masih basah dan berwarna merah, Nilai APTT: 30,8 detik.

Diagnosa kelima yaitu **Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang** di tandai dengan pasien mengatakan tidak bisa lagi berjalan setelah dilakukan amputasi, pasien mengatakan takut jatuh dan harus belajar menggunakan alat bantu berjalan.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan oleh peneliti, intervensi yang dirancang untuk mengatasi masalah pada diagnosa pertama, yaitu **ketidakstabilan kadar glukosa darah yang berkaitan dengan hiperglikemia**, meliputi: pengelolaan hiperglikemia melalui identifikasi kemungkinan penyebabnya, mengenali situasi yang meningkatkan kebutuhan insulin (seperti adanya penyakit tambahan), memantau kadar glukosa darah serta asupan dan keluaran cairan, berkonsultasi dengan tenaga medis jika gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, menganjurkan kepatuhan terhadap pola makan dan aktivitas fisik, serta berkolaborasi dalam pemberian insulin. Intervensi keperawatan kedua yang direncanakan adalah edukasi mengenai diet. Langkah-langkah yang dilakukan antara lain: menilai kemampuan pasien dan keluarganya dalam menerima informasi, mengevaluasi pola makan saat ini dan di masa lalu, memahami persepsi mereka terhadap diet yang dianjurkan, mengidentifikasi keterbatasan ekonomi dalam penyediaan makanan, menyiapkan materi serta media dan alat bantu edukasi, menentukan waktu yang tepat untuk menyampaikan informasi kesehatan, memberikan kesempatan bagi pasien dan keluarga untuk bertanya, menjelaskan pentingnya kepatuhan terhadap diet dalam mendukung kesehatan, menyampaikan jenis makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi, menjelaskan kemungkinan interaksi antara makanan dan obat, serta menganjurkan penggantian bahan makanan sesuai dengan pedoman diet yang telah ditentukan.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosa ke dua yaitu **perfusi perifer tidak efektif yang berkaitan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin**, mencakup manajemen sensasi perifer. Tindakan yang dilakukan antara lain: mengidentifikasi penyebab gangguan sensasi, mengevaluasi penggunaan alat seperti pembalut, prostesis, sepatu, dan pakaian yang digunakan, menilai kemampuan pasien dalam mengenali lokasi dan tekstur suatu objek, memantau munculnya parestesia, serta mengamati perubahan kondisi kulit. Selain itu, pasien dianjurkan untuk menghindari penggunaan benda dengan suhu ekstrem (terlalu panas atau dingin), disarankan menggunakan sepatu yang lembut dan bertumit rendah, serta melakukan kolaborasi dalam pemberian analgesik dan kortikosteroid jika diperlukan. Rencana tindakan selanjutnya adalah edukasi mengenai perawatan kaki, yang meliputi penilaian tingkat pengetahuan dan keterampilan pasien dalam merawat kaki, serta pemberian materi edukasi seperti brosur tentang risiko cedera yang mungkin terjadi.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosa ketiga **Nyeri kronis berhubungan dengan muskoleskeletal kronis** yaitu manajemen nyeri: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,intensitas nyeri mengidentifikasi skala nyeri identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri berikan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosa ke empat **Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer** yaitu perawatan luka: Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) monitor tanda- tanda nyeri lepaskan balutan dan plester secara perlahan bersihkan dengan cairan NaCl atau Pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan bersihkan Jaringan nekrotik berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu

pasang balutan sesuai jenis luka pertahankan teknik steril saat melakuka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainese.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosa ke lima **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik** yaitu manajemen nyeri: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, berikan terpai non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosa ke enam **Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif** yaitu: Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptic pada pasien resiko tinggi, jelaskan tanda dan gejalan infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa luka atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, dan anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosa ke tujuh **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang** yaitu: monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna,ukuran, bau) meonitor tanda- tanda nyeri, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan,cairan NaCl atau Pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan,bersihkan Jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu.

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan oleh peneliti untuk diagnosis utama yaitu **Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia** yaitu memonitor tanda dan gejala hiperglikemia polidipsi polifagia poliuria, mengukur gula darah sewaktu pasien (345 mg/dL), memberikan insulin sesuai indikasi 8 unit, memberikan edukasi makanan yang boleh dimakan dan harus dihindari, memonitor intake dan output cairan. intervensi keperawatan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan peneliti untuk diagnosis **kedua Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin** yaitu megidentifikasi penyebab perubahan sensasi, memonitor perubahan bentuk kulit, menganjurkan untuk menghindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya, memberikan tranfusi darah sebanyak 4 kantong ntervensi keperawatan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan peneliti untuk diagnosis ke tiga **Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskoleskeletal kronis** yaitu mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri mengidentifikasi skala nyeri identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri berikan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, memberikan terapi dengan cara relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri dan memberika obat analgetik berupa ketorolac secara injeksi intravena sebanyak sekali pemberian 30 mg dan selanjutnya diberikan oleh perawat ruangan dengan total dosis 3x30 mg. Intervensi keperawatan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan peneliti untuk diagnosis ke empat **Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer** yaitu: Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) monitor tanda- tanda nyeri lepaskan balutan dan plester secara perlahan bersihkan dengan cairan NaCl atau Pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan bersihkan Jaringan nekrotik berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu pasang balutan sesuai jenis luka pertahankan teknik steril saat melakuka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainese.

Tindakan keperawatan yang dilakukan peneliti untuk diagnosis ke lima **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik** yaitu mengidentifikasi lokasi nyeri yaitu pada luka amputasi kaki kiri pasien, untuk durasi nyeri pasien merasakan nyeri ketika bergerak, nyeri hilang timbul, mengidentifikasi skala nyeri yaitu didapatkan skala nyeri sebelum diberikan teknik relaksasi nafas dalam pasien 3, setelah diberikan turun menjadi 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan melihat pasien dan tampak perubahan pada ekspresi wajah yaitu pasien tampak meringis saat nyeri muncul, memberikan terapi dengan cara relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri dan memberika obat analgetik berupa ketorolac secara injeksi intravena sebanyak sekali pemberian 30 mg dan selanjutnya diberikan oleh perawat ruangan dengan total dosis 3x30 mg. Intervensi keperawatan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan peneliti pada diagnosis keempat **Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif** yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi, mengatur posisi nyaman pasien dengan semi fowler, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, meganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. Intervensi keperawatan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan peneliti pada diagnosis kelima **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang** monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) meonitor tanda-tanda nyeri, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau Pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, bersihkan Jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama lima hari, maka didapatkan hasil kesehatan pasien yaitu : TD : 128/83 mmHg, N: 85 x/menit, RR: 19, S: 36,5°C. Diagnosis utama **Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia** didapatkan evaluasi keperawatan di hari kelima dengan hasil, Pasien mengatakan sering haus dan minum sebanyak 8-9 gelas dalam sehari, nafsu makan sudah ada kemajuan, Pasien tampak menghabiskan 2/3 porsi makan yang diberikan, Gula darah sewaktu pasien 287 mg/dL. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan di rumah.

Diagnosis kedua **Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin** didapatkan evaluasi keperawatan di hari kelima dengan hasil Pasien mengatakan badan terasa sudah tidak terlalu lemah, Pasien tampak sudah tidak pucat lagi. Akral membaik, turgor kulit membaik, CRT < 3 detik. Hasil Hb terakhir 11,4 g/dl, GDS: 287 mg/dL. Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi dan intervensi dilanjutkan dirumah.

Diagnosis ketiga **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik** didapatkan evaluasi keperawatan di hari kelima masalah teratasi dan intervensi dilanjutkan di rumah, ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri sudah

berkurang, hanya terasa sedikit ngilu, nyeri hanya terasa saat menggerakkan kaki, skala nyeri 2. Nafsu makan sudah ada peningkatan, Pasien tampak sudah tenang, tanda-tanda vital pasien yaitu TD : 128/83 mmHg, N : 85x/I, RR: 19x/I, T: 36,5°C.

Diagnosis keempat **Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif** didapatkan evaluasi keperawatan di hari kelima dengan hasil Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, pasien mengatakan hanya terasa ngilu pada kaki amputasi, Pasien tampak tenang,luka amputasi mulai membaik, Masalah resiko infeksi teratasi dan intervensi dilanjutkan di rumah.

Diagnosa kelima **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang** di dapatkan evaluasi keperawatan bahsa pasien sudah mulai belajar beraktifitas duduk,dan akan belajar berjalan dengan alat bantu berjalan saat di rumah, intervensi dilanjutkan dirumah.

C. PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan hasil penelitian tentang asuhan keperawatan DM tipe 2 dengan Amputasi. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, merumuskan diagnosis keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dengan cara mengumpulkan data-data akurat dari pasien sehingga akan diketahui masalah yang ada, dalam hal ini diperlukan ketelitian dalam mengumpulkan data untuk

mendapatkan informasi terhadap masalah-masalah pasien. Sehingga dapat memberikan arahan terhadap tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

a. Identitas Pasien

Ny. M berumur 45 tahun dengan jenis kelamin perempuan yang menderita penyakit DM Tipe 2 dengan Amputasi. Pasien menderita DM sejak 10 tahun yang lalu, Menurut penelitian (Indah Lufisa, 2022) hasil pengkajian identitas pasien didapatkan perbedaan jenis kelamin, usia, riwayat penyakit DM, Tn. H berumur 50 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, menderita penyakit DM Tipe 2 dengan Ulkus Diabetikum, pasien menderita penyakit DM sejak 4 tahun yang lalu.²⁵

Menurut teori Rudi haryono 2019, risiko usia mengalami DM tipe 2 meningkat seiring bertambahnya usia, terutama yang menginjak usia 45 tahun ke atas. Hal ini dikarenakan orang yang berumur 45 tahun ke atas cenderung tidak atau kurang melakukan aktivitas fisik, kehilangan massa otot dan adanya peningkatan pada berat badan seiring bertambahnya usia.

Pada teori (Pratiwi, Amatria & Yamin, 2016) hasil penelitian menunjukkan pasien perempuan lebih banyak yang menderita DM yaitu sebanyak 57,89 % dibandingkan dengan pasien laki-laki yaitu sebanyak 42,11%. Peningkatan kejadian DM pada perempuan cenderung rentan terhadap stress disbanding laki-laki.

b. Keluhan Utama

Berdasarkan data pengkajian yang peneliti dapatkan dari Ny. M (45 tahun), Pasien masuk RSUP Dr. M.Djamil Padang dengan keluhan kaki kiri bekas amputasi 1 bulan yang lalu semakin menghitam dan bernanah. Kaki kiri terasa nyeri, kaki sulit digerakkan, badan terasa lemah, pusing, mual.

Menurut penelitian (Indah Lufisa, 2022) tentang asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Ulkus Diabetikum pada pengkajian keluhan utama terdapat data luka yang tidak sembuh-sembuh sejak 2 bulan yang lalu, ukuran luka 4x3 cm dengan kedalaman luka 3 cm. dan ada kesamaan pada keluhan utama dengan peneliti yaitu badan terasa lemah, pusing dan mual. Menurut teori, pada pasien DM luka yang timbul secara spontan ataupun karena trauma menyebabkan luka terbuka yang mampu menghasilkan gas gangren kemudian berakibat terjadi osteomyelitis. Gangren menjadi penyebab utama dilakukan amputasi kaki nontraumatik pada penderita DM.²⁵

Menurut teori (Asyifa a 2024), sekitar 15% pasien diabetes diperkirakan akan mengembangkan ulkus kaki diabetik, yang merupakan langkah awal menuju gangren jika tidak ditangani dengan baik. Kejadian yang mengalami ulkus kaki, sekitar 14-24% dapat berkembang menjadi gangren dan memerlukan amputasi.³⁶

c. Keluhan saat di kaki

Pasien sudah 2 kali dilakukan tindakan amputasi selama diarawat di RSUP Dr. M Djamil Padang, amputasi yang pertama yaitu pada bagian metatarsal yang di lakukan pada bulan februari 2025.

Saat di lakukan pengkajian pada Senen 17 Maret 2025 pukul 11.00 WIB pasien mengatakan,luka pada kaki kirinya semakin membesar dan membengkak,terasa nyeri di bawah lutut dan terdapat nanah, pasien masih sering merasa haus dan badan merasa lemah, mual tidak ada muntah dan pusing,pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi dari makan yang di berikan,pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karna kakinya nyeri, skala nyeri 5 dan hasil pemeriksaan GDS 345 mg/dl.

Menurut hasil pengkajian (Lestari 2024) , ditemukan data yang serupa pada keluhan pasien, yaitu pasien mengungkapkan merasa lemas, mual, dan pusing. Secara fisik, pasien tampak lemah dan pucat. Pasien juga mengeluhkan hilangnya nafsu makan serta merasakan nyeri dan gatal pada kaki. Pada kaki kanan terlihat adanya luka yang dibalut perban. Luka tersebut tampak kering, berwarna merah pucat, dan terdapat bagian yang menghitam.³⁷

Menurut penelitian (Endra Cita 2024) Sensitivitas kaki merupakan rangsangan di daerah telapak kaki yang dipengaruhi oleh saraf dan menyebabkan masalah yang disebut neuropati angka kejadian sensitivitas kaki pada penderita diabetes melitus tipe 2 lebih dari 50%. Sensitivitas yang dialami pada kaki penderita berupa gangguan sensorik motoric, otonom dan neuropati sensorik dengan perasaan kebal (paresthesia), kurang berasa (hipestesia) terutama pada kaki perifer baik terhadap rasa panas, dingin maupun sakit. Penyebab sensitivitas kaki berkaitan dengan lama pasien menderita diabetes melitus tipe 2.³⁸

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien Mengatakan sudah menderita DM Type 2 sejak 10 tahun yang lalu dan tidak terkontrol, pada tahun 2022 seluruh jari kaki kanan di lakukan amputasi yang disebabkan luka yang tidak kunjung sembuh hingga akirnya membusuk, 1 bulan yang lalu (februari 2025) ke 5 jari kaki kiri juga di amputasi di RSUD Dharmasraya satu bulan yang lalu, dan gaya hidup pasien yang tidak baik.

Menurut penelitian (Lestari 2024) pada pengkajian riwayat kesehatan dahulu didapatkan data yaitu pasien mengatakan memeliki riwayat pernyakit DM sejak 5 tahun yang lalu. Sudah 4 kali dirawat di rumah sakit dan sudah 3 kali dilakukan tindakan operasi, awalnya timbul luka di

kaki sebelah kanan dan diberikan tindakan operasi yang pertama, setelah 15 hari semenjak operasi yang pertama luka pada kaki kanan tidak kunjung sembuh hingga dilakukan operasi yang kedua, sesudah operasi yang kedua kedaan kaki pasien makin memburuk hingga akhirnya dilakukan operasi yang ketiga. Terdapat kesamaan dengan peneliti yaitu luka yang berulang.³⁷

c. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien didapatkan keadaan umum pasien, kesadaran compos mentis cooperatif, tekanan darah: 130/83 mmHg, HR: 87x/I, S: 37,3°, RR: 22x/I BB 74: , TB: 160 Kg. Pasien terpasang infus Asering dengan pemberian 8 jam /kolf di tangan kiri. Pada ekstremitas bawah, terdapat luka Amputasi pada kaki kiri dan kanan di bagian jari jari kaki. luka ditutup menggunakan perban . CRT >3 detik, pasien mengatakan nyeri pada bagian amputasi, nyeri terasa ditusuk – tusuk, nyeri muncul hilang timbul, kaki sulit digerakkan, skala nyeri 5. GDS: 345 mg/dL

Penelitian (Dewi et al 2024) menunjukkan bahwa gangguan pada ekstremitas bawah (kaki) dapat mengakibatkan perubahan aktivitas fisik, memperpanjang durasi perawatan di rumah sakit, serta meningkatkan biaya pengobatan. Kondisi ini juga berisiko menimbulkan infeksi sebesar 40% hingga 80% dan amputasi antara 14% hingga 20%. Risiko tersebut berkaitan erat dengan keterlambatan pasien dalam mencari pengobatan ke rumah sakit, penanganan yang kurang tepat, serta luasnya kerusakan jaringan kulit yang terjadi.³⁹

Menurut analisa peneliti dalam pemeriksaan fisik yang telah dilakukan, ditemukan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien dibuktikan dengan hasil GDS 345 mg/dL

d. Hasil Pemeriksaan laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 08 Maret 2025 didapatkan: Hemoglobin menurun yaitu 8,9 g/dL (normal : 12-14 g/dL), nilai APTT 30,8 detik (nilai normal APTT : 24,36-31,76 detik), GDS didapatkan 345 mg/dL (normal gula darah puasa 100-200 mg/Dl), hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 17 Maret 2025 didapatkan gula darah puasa dan 2 jam PP 310 mg/dL, nilai albumin pada pasien 1,9 g/dl.

Menurut penelitian (Indah Lufisa, 2022) pada hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan data yang sama yaitu nilai HB menurun, nilai GDS dan GD 2 jam PP meningkat. HB: 5, 8 g/dl, (normalnya < 200 mg/dl), GDP:185 (normalnya 70-199 mg/dl), GDS: 285 mg/dl, GD 2 jam PP: 210 mg/dl.²⁵

2. Diagnosa keperawatan

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia dapat ditegakkan karena data yang diperoleh dari hasil pengkajian Pasien mengatakan badan terasa lemah, pusing, sering haus dan minum \pm 7-8 gelas dalam sehari, mual, nafsu makan berkurang dan hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi, GDS: 345 mg/dL.

Berdasarkan penelitian oleh (Gita Ningsih 2022), pada diagnosis keperawatan pertama, terdapat kesamaan diagnos Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia ditegakkan karena data yang diperoleh dari pengkajian pasien mengatakan badannya terasa lemah, sering haus dan minum \pm 3-6 gelas dalam sehari sebelum masuk rumah sakit dan jika di rumah sakit minum \pm 4-5 gelas dalam sehari. Pasien juga mengungkapkan bahwa ia kerap merasa lelah setelah melakukan aktivitas.

Sementara itu, data objektif menunjukkan bahwa pasien tampak lelah, dan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu pada 12 Januari 2022 pukul 08.55 WIB menunjukkan kadar sebesar 290 mg/dL.

Hal ini sesuai dengan teori SDKI (2017) ketidakstabilan kadar glukosa darah didefinisikan variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal. Penyebab hiperglikemia adalah disfungsi pankreas, resistensi insulin, gangguan toleransi glukosa darah, gangguan glukosa darah puasa.

- 2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia dapat ditegakkan karena dapat dilihat dari keadaan pasien yang meliputi, pasien mengatakan badan terasa lemah dan pusing, pasien tampak lemah, bibir tampak pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, CRT>3 detik, pemeriksaan Hb terakhir 8,9 g/dL, GDS: 345 mg/dL

Berdasarkan Penelitian (Arifahyuni 2024) pada diagnosis keperawatan kedua, terdapat kesamaan diagnosa Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemolobin, dari data – data yang didapat dari pasien Ny. P tersebut, maka penulis menegakkan masalah keperawatan diagnosa Perfusi Jaringan Perifer tidak Efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Data subjektif pasien tanggal 21 Juni 2022 pasien mengatakan kaki kesemutan, pasien mengatakan kadang untuk jalan sering terasa sakit.⁴⁰

Hal ini dipertegas berdasarkan teori dan tan gejala mayor/minor SDKI (2017) yaitu pengisian kapiler > 3 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, nyeri ekstremitas skala 3.

- 3) Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskoleskeletal kronis dapat di tegakkan karna di lihat dari keadaan pasien yang meliputi, pasien mengatakan luka pada kakinya yang menimbulkan nyeri beberapa bulan yang lalu dan tidak kunjung hilang, pasien tampak, meringis skala nyeri 5.

Menurut penelitian (Indah Lufisa, 2022) pada diagnosis ketiga yang diangkat terdapat kesamaan yaitu Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskoleskeletal kronis dapat ditegakkan dengan adanya data dari pasien luka di jari kelingking sebelah kiri yang tidak sembuh-sembuh, pasien tampak meringis, nyeri hilang timbul seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 4.²⁵

Hal ini dipertegas berdasarkan teori SDKI (2017) gejala dan tanda mayor/minor dapat ditegakkan bila pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah.

- 4) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer dapat di tegakkan karna di lihat dari kondisi pasien yang meliputi, pasien mengatakan bengkak pada kaki kiri, terdapat luka dengan pus dan menghitam, dan mengeluarkan bau yang tidak sedap.

Menurut penelitian (Diva Noor Malita 2021) Dari hasil pengkajian yang didapatkan penulis terdapat dua tanda/gejala pada pasien yaitu kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit dan kemerahan karena pada saat dikaji pasien mengeluhkan terdapat luka dibagian punggung kaki kanan, terdapat pus pada luka, warna luka merah dengan panjang luka 9 cm, lebar 4 cm dan kedalaman luka 1 mm. Proses terjadinya gangguan integritas

kulit/jaringan pada pasien diabetes melitus diakibatkan adanya neuropati perifer dan perubahan sirkulasi.⁴¹

Hal ini dipertegas berdasarkan teori SDKI (2017) gejala dan tanda mayor/minor dapat ditegakkan bila pasien mengatakan pada bagian luka terdapat perubahan pada warna kulit, mengeluarkan bau yang tidak sedap dan terdapat pus bagian luka.

- 5) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dapat ditegakkan karena pada data ditemukan pasien mengatakan nyeri pada kaki yang diamputasi, nyeri terasa hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 3, kaki sulit digerakkan. Pasien tampak meringis, dan pasien tampak gelisah.

Menurut penelitian (Gusrina 2022) pada diagnosis ketiga yang diangkat terdapat kesamaaan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dapat ditegakkan dengan adanya data dari pasien luka di jari kelingking sebelah kiri yang tidak sembuh-sembuh, pasien tampak meringis, nyeri hilang timbul seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 3.⁴²

Hal ini dipertegas berdasarkan teori SDKI (2017) gejala dan tanda mayor/minor dapat ditegakkan bila pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

- 6) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dapat ditegakkan karena didapatkan data yaitu pasien mengatakan nyeri pada

kaki amputasinya, sulit menggerakkan kakinya, terdapat luka amputasi pada kaki kiri

Hal ini sesuai dengan teori (Keperawatan Medikal Bedah 2017) bahwa komplikasi dari amputasi terjadinya infeksi karena adanya kontaminasi. Menurut (LeMone, Priscilla, 2016) bahwa pasien yang menjalani amputasi juga beresiko mengalami infeksi luka apabila pengenalan awal infeksi seperti terapi dini dan serta mencegah dehisensi luka tidak dilakukan.

Menurut penelitian (Putri , 2022) diagnosa kelima yang diangkat berbeda dengan peneliti yaitu hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Ditegakkan karena ditemukan data pasien mengatakan tangan dan punggung kaki bengkak, badan terasa lemah, pasien tampak oedema derajat II dengan kedalaman 3-5 mm, CRT > 3 detik, HB: 6,9 g/dl, ureum 71,3 mg/dl, kreatinin 8,56 mg/dl.⁴²

- 7) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditegakkan karena dapatkan data yaitu pasien mengatakan sulit beraktifitas karna kakinya yang sudah di amputasi, dan memiliki ketergantungan pada keluarga, terdapat luka post amputasi pada kaki kiri tranfemoral.

Menurut penelitian (Kusmawati 2024) pada diagnosa ke tujuh terdapat kesamaan yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang pasien mengatakan luka kakinya terasa nyeri saat digerakkan, pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan selalu dibantu anaknya, keluarga mengatakan pasien enggan melakukan pergerakan.⁴³

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan pada kasus yang ditemukan. Intervensi keperawatan tersebut terdiri dari standar intervensi Keperawatan Indonesia, (2019).

- a) Diagnosa 1 : Ketidak stabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia dengan kriteria hasil yaitu, letih lesu menurun, kadar glukosa dalam darah membaik, jumlah urin membaik.

Rencana intervensi yaitu manajemen hiperglikemia, rencana aktivitas yang dilakukan yaitu identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar glukosa darah, monitor intake dan output cairan, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, dan anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan, informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang, informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan.

Menurut penelitian (Burhan, 2022) intervensi yang dilakukan pada diagnosa pertama terdapat kesamaan yaitu manajemen hiperglikemia, dengan rencana tindakan yaitu identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar glukosa darah jika perlu, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, dan anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri.⁴⁴

- b) Diagnosa 2 : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dengan kriteria hasil yaitu, denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, turgor kulit membaik

Rencana intervensi yaitu manajemen sensasi perifer dengan rencana aktivitas yang diakukan adalah identifikasi penyebab perubahan sensasi, identifikasi penggunaan alat pengikat, sepatu dan pakaian, periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda, monitor perubahan kulit, hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (panas/dingin) dan anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah, kolaborasi pemberian analgesic dan kortikosteroid.

Menurut penelitian (Indah 2022) intervensi yang dilakukan pada diagnosa kedua terdapat kesamaan dengan peneliti yaitu manajemen sensasi perifer dengan rencna tindakan yaitu, idnetifikasi penyebab perubahan sensasi, identifikasi penggunaan alat pengikat, sepatu dan pakaian, periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda, dan anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah.²⁵

- c) Diagnosa 3 : Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskoleskeletal kronis dengan kriteria hasil yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik

Rencana intervensi yaitu manajemen nyeri dengan mengidentifikasi lokasi, kharakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.

Menurut Penelitian (Ridlo 2022) intervensi yang di lakukan pada diagnosa ke 3 terdapat kesamaan management nyeri diantaranya yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, ferekuensi, kualitas, intensitas

nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan tekniknon farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri anjurkan memonitor secara mandiri, pemberian obat analgetik.⁴⁵

- d) Diagnosa 4 : Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer dengan kriteria hasil yaitu perfusi jaringan meningkat kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, nekrosis menurun, suhu kulit membaik.

Rencana intervensi yaitu perawatan luka monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) monitor tanda- tanda nyeri, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau Pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan bersihkan jaringan nekrotik berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu pasang balutan sesuai jenis luka pertahankan teknik steril saat melakukan ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase kolaborasi pemberian antibiotik untuk mengatasi dan mencegah infeksi bakteri.

Menurut Penelitian (Diva Noor 2021) intervensi yang di , lakukan pada diagnosa ke 4 terdapat kesamaan perawatan luka yang meliputi monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, dan bau) untuk menilai luka apakah ada perbaikan atau perburukan pada luka tersebut, melakukan perawatan luka dengan tetap mempertahankan teknik steril agar tidak terjadinya infeksi atau mencegah terjadinya infeksi, ajarkan prosedur perawatan luka kepada pasien dan keluarga agar mampu melakukan bagaimana cara perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotik untuk mengatasi dan mencegah infeksi bakteri.⁴¹

- e) Diagnosa 5: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik.

Rencana intervensi yaitu manajemen nyeri, Identifikasi lokasi, kharakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, berikan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Menurut penelitian (Nugraha et al 2022) intervensi yang dilakukan pada diagnosa ke 5 terdapat kesamaan yaitu terdapat kesamaan pada intervensi yang dilakukan pada diagnosis ketiga yaitu manajemen nyeri, dengan rencana tindakan Identifikasi lokasi, kharakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, identifikasi

respon nyeri non verbal, berikan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.⁴⁶

- f) Diagnosa 6 : Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dengan kriteria hasil demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun kultur darah membaik, kultur area luka membaik

Rencana intervensi yaitu pencegahan infeksi, monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala

infeksi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Menurut penelitian (Diva Noor 2021) intervensi yang di lakukan pada diagnosa ke 6 yaitu pencegahan infeksi, monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan anjurkan meningkatkan asupan cairan.⁴¹

- g) Diagnosa 7: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dengan kriteria hasil Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, kaku sendi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

Rencan intervensi yaitu dukungan mobilisasi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis,pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakkan, anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan,anjurkan mobilisasi dini.

Menurut penelitian (Diva Noor 2021) intervensi yang dilakukan pada diagnosa ke 7 terdapat kesamaan yaitu mobilisasi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis,pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakkan, anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan,anjurkan mobilisasi dini.

4. Implementasi Keperawatan

Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun dalam intervensi keperawatan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI 2019) peneliti melakukan pelaksanaan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.

- a) implementasi yang dilakukan peneliti pada diagnosis utama ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia adalah memonitor kadar glukosa darah pasien, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia: poliuri, polidipsi dan poliphagia, mengukur gula darah sewaktu pasien (345 mg/dL), memberikan insulin sesuai indikasi 8 unit, memberikan edukasi makanan yang boleh dimakan dan harus dihindari, memonitor intake dan output cairan. Intervensi keperawatan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.
- b) Implementasi yang dilakukan peneliti pada diagnosis kedua perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia yaitu manajemen sensasi perifer dan edukasi perawatan kaki dengan tindakan mengidentifikasi perubahan sensasi, memonitor perubahan bentuk kulit, menganjurkan untuk menghindari pemakaian benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin), memberikan obat analgesic berupa ketorolac sekali pemberian sebanyak 30 mg secara injeksi intravena dan selanjutnya diberikan oleh perawat ruangan dengan total dosis 3x30 mg, memberikan transfusi darah 4 kantong memberikan edukasi tentang perawatan kaki. Intervensi keperawatan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.

- c) Implementasi yang dilakukan peneliti di diagnosis ke tiga nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskoleskeletal kronis yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri pada pasien 5, pasien akan dilakukan amputasi.
- d) Implementasi yang dilakukan peneliti di diagnosis ke empat yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer yaitu, monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau), kondisi kaki pasien terlihat memerah dan tercium ada bau, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau Pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan bersihkan jaringan nekrotik berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, pemberian albumin pada pasien yang berfungsi untuk membantu pemulihan pada luka post amputasi, pasien akan dilakukan amputasi.
- e) Implementasi keperawatan yang dilakukan peneliti pada diagnosis kelima yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan tindakan mengidentifikasi lokasi nyeri yaitu pada luka amputasi di transfemoral kaki kiri, karakteristik nyeri seperti ditusuk, untuk durasi nyeri pasien merasakan nyeri hilang timbul dan sulit bergerak. Mengidentifikasi skala nyeri didapatkan skala nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien 3 dan setelah dilakukan nyeri menurun menjadi 2, mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan melihat pasien dan tampak perubahan pada ekspresi wajah yaitu pasien tampak meringis ketika nyeri muncul dan mengajarkan terapi nonfarmakologis yaitu teknik nafas dalam saat nyeri muncul untuk mengurangi rasa nyeri, memberikan obat analgetik berupa ketorolac secara injeksi intravena sebanyak sekali pemberian 30 mg x 3 sehari.

Menurut Astuti (2020) Tindakan keperawatan dengan penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan berupa teknik relaksasi nafas dalam yang merupakan penatalaksanaan secara non farmakologi. Manfaat relaksasi nafas dalam yaitu mendapatkan perasaan yang tenang dan nyaman, mengurangi rasa nyeri, melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejemuhan yang biasanya menyertai nyeri, melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejemuhan yang biasanya menyertai nyeri, mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri dan relaksasi napas dalam mempunyai efek distraksi atau pengalihan perhatian, terapi relaksasi efektif dapat menurunkan nyeri kronis dan nyeri operasi.⁴⁷

- f) Implementasi yang dilakukan peneliti pada diagnosis keenam resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif yaitu pencegahan infeksi dengan tindakan memonitor tanda dan gejala infeksi, mengatur posisi nyaman pasien dengan semi fowler, memonitor bentuk, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, menganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. Intervensi keperawatan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.
- g) Implementasi yang di lakukan peneliti pada diagnosis ketujuh gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis,pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakkan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi menggunakan metode SOAP dan sesuai dengan format asuhan keperawatan. Berdasarkan kriteria inklusi peneliti tidak mendapatkan hambatan dalam melakukan asuhan keperawatan, karena terjalinnya kerja sama antara peneliti dan perawat diruangan, dan peneliti juga dapat menjalin dan mendapatkan kepercayaan dari pasien.

- a) Pada diagnosis utama yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, S : Pasien mengatakan masih sering haus, minum 8-9 gelas dalam sehari, nafsu makan pasien sudah ada kemajuan, O: pasien tampak sudah menghabiskan 2/3 porsi makan yang di berikan, GDS pasien 287 mg/dl, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan di rumah.
- b) Pada diagnosis kedua yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, S: Pasien mengatakan badan terasa sudah tidak terlalu lemah lagi , pasien mengatakan nyeri pada kaki masih terasa hilang timbul, O: Pasien tampak tenang, pasien tampak sudah tidak lemah, pasien tampak sudah tidak pucat TD 128/83 mmHg, N : 85x/i, RR: 19x/i, S: 36,5°C, HB terakhir : 11,4 g/dl, A: Hb meningkat, P: intervensi dilanjutkan di rumah.
- c) Pada diagnosa ketiga yaitu nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskoleskeletal kronis, S : pasien mengatakan nyeri pada kakinya sudah berkurang, O: pasien sulit menggerakkan kakinya, odema pada kaki tampak sudah berkurang, tampak luka post amputasi, A: pasien telah dilakukan amputasi, P: intervensi di berhentikan.
- d) Pada diagnosa ke empat yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer yaitu, S: pasien mengatakan sudah tidak tercium bau pada kakinya, pasien mengatakan sulit menggerakkan kakinya, O: odema pada kaki pasien sudah mulai berkurang, TD : 130/

82, N: 90x/i RR: 20x/i, S: 37 °C, A: pasien telah di lakukan amputasi, P: Intervensi di berhentikan.

- e) Pada diagnosa ke lima yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, S: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang hanya terasa sedikit ngilu, pasien mengatakan nafsu makan sudah ada peningkatan, pasien mengatakan mampu menerapkan teknik relaksasi nafas dalam saat terasa nyeri pada kaki, O: Pasien tampak sudah tenang, TD : 128/83 mmHg, N : 85x/i, RR: 19x/i, S: 36,5°C, skala nyeri 2 A: masalah nteri teratasi, P: intervensi di lanjutkan di rumah.
- f) Pada diagnosa keenam yaitu resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, S: Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang, pasien mengatakan ngilu pada kaki amputasi O: pasien tampak tenang, A: masalah teratasi, P: intervensi dilanjutkan di rumah.
- g) Pada diagnosa ke tujuh yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, S: Pasien mengatakan susah untuk beraktifitas setelah di amputasi, pasien mengatakan badannya tidak seimbang, O: Pasien tampak sulit melakukan aktifitas sendiri, pasien tidak bisa berjalan lagi setelah amputasi, A : masalah belum teratasi, P: intervensi di lanjutkan di rumah.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah peneliti lakukan pada Pasien DM Tipe dengan Amputasi di Irna Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang. Maka penelit dapat memberikan kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian keperawatan : pasien DM tipe 2 dengan post amputasi terdapat luka amputasi di kaki sebelah kiri bagian transfemoral. akral teraba dingin, mukosa bibir kering, CRT>3 detik, pasien mengatakan luka pada kaki yang diamputasi terasa nyeri, skala nyeri 4. badan terasa lemah, pusing, mual, sering haus, dan nafsu makan menurun. Hasil Hb: 8,9 g/dL, GDS : 345 mg/dL.
2. Diagnosis keperawatan : ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskoleskeletal kronis, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan tindakan Invansive, gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.
3. Intervensi keperawatan : intervensi keperawatan yang direncanakan berdasarkan masalah yang ditemukan peneliti saat melakukan penelitian sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu manajemen hiperglikemia, manajemen sensasi perifer, manajemen nyeri, perawatan luka, pencegahan infeksi, dukungan mobilisasi.
4. Implementasi keperawatan: implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai perencanaan yang telah disusun yaitu manajemen hiperglikemia, manajemen sensasi perifer, manajemen nyeri, perawatan luka, pencegahan infeksi, dukungan mobilisasi, Implementasi mulai dilakukan mulai pada tanggal 17-21 Maret 2025.

5. Evaluasi keperawatan : Hasil evaluasi yang peneliti dapatkan selama 5 hari interaksi dengan pasien adalah masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia belum teratasi pada hari ke 5 dan intervensi dilanjutkan di rumah, masalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia teratasi di hari ke 5 maka intervensi dilanjutkan di rumah, masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi pada hari ke 5 intervensi dilanjutkan di rumah, masalah resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif teratasi di hari ke 5 dan intervensi dilanjutkan di rumah, masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang belum teratasi, intervensi dilanjutkan di rumah.

B. SARAN

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Agar dapat melakukan penelitian dengan melihat faktor-faktor lain dalam asuhan keperawatan dan dapat menjadikan sebagai data dasar perbandingan untuk penelitian selanjutnya khususnya pada Pasien DM Type 2 dengan Amputasi dan mengamplifikasikan ilmu serta teori yang diperoleh di bangku perkuliahan.

2. Bagi Rumah Sakit

Bagi perawat Ruangan RSUP Dr. M. Djamil agar dapat mengajarkan kembali kepada pasien sebelum pulang tentang teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri dan mengajarkan mobilisasi dini pada pasien Diabetes Mellitus post amputasi, dan semoga penelitian ini bermanfaat bagi rumah sakit dan bagi pasien serta dapat menerapkan pendidikan kesehatan mengenai pentingnya perawatan kaki .

DAFTAR PUSTAKA

1. Masitha IS, Media N, Wulandari N, Tohari MA. Sosialisasi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Kampung Tidar. *Jurnal.umj.ac.id*. Published online 2021:1-8.
2. Suwinawati E, Ardiani H, Ratnawati R. Hubungan Obesitas Dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 Di Posbindu PTM Puskesmas Kendal Kabupaten Ngawi. *J Heal Sci Prev*. 2020;4(2):79-84. doi:10.29080/jhsp.v4i2.388
3. Putu Adi Suputra. Diabetes Melitus Tipe 2: Faktor Risiko, Diagnosis, Dan Tatalaksana. *Ganesha Med*. 2021;1(2):114. doi:10.23887/gm.v1i2.40006
4. Rima Berti Anggraini. Factors Related To the Occurrence of Diabetic Ulcuses in Patients With Diabetes Melitus. *Indones J Nurs Heal Sci*. 2019;4(2):85-94.
5. Armanto Makmun. Gambaran Penderita Amputasi Diabetes Melitus di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar Tahun 2019-2023. *Fakumi Med J J Mhs Kedokt*. 2023;3(8):573-580. doi:10.33096/fmj.v3i8.341
6. Artika Nurrahima. Strategi Koping Pasien Diabetes Melitus Pasca Amputasi (Studi Fenomenologi). *J Ilmu dan Teknol Kesehat*. 2020;4(1):86-96.
7. Sadikin LM, Subekti EM. Coping stres pada penderita diabetes mellitus pasca amputasi. *J Psikol kinis dan Kesehat Ment*. 2019;2(3):17-23.
8. Oktalia et al 2021. Pengalaman Psikologis Pasien Diabetes Melitus Dengan Dfu (Diabetic Foot Ulcer) Pasca Amputasi. *J Ners*. 2021;7(1):32-39. doi:10.31004/jn.v7i1.9223
9. (Dinkes jateng 2021). Penerapan Terapi Kombinasi terhadap Sensitivitas Kaki Lansia Diabetes Mellitus di Pucangsawit Surakarta. *Calory J Med Lab J*. 2021;2(3):83-94. doi:10.57213/caloryjournal.v2i3.361

10. Febiyani AD, Julianto E, Puspasari fd. gambaran gel aloe vera sebagai dressing pada luka diabetes mellitus di wilayah kecamatan kejobong description of aloe vera gel as a dressing for diabetes meliitus wounds in kejobong district Published online 2025:322-333.
11. Alisa F, Andika M, Refti Y, et al. Pengaruh Active Lower Range of Motion Terhadap Nilai Ankle Branchial Index (ABI) Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II. *J Keperawatan Muhammadiyah*. 2022;7(2):82-88.
12. Anggraini D, Widiani E, Budiono. Gambaran Tanda Gejala Diabetes Mellitus Tipe II pada Pasien Sebelum dan Sesudah Pemberian Terapi Air Putih (Hydrotherapy): Study Kasus. *Indones J Nurs Heal Sci*. 2023;4(2):131-140.
13. Padang RMRDMD. No Title. Published online 2024.
14. sulastrri, SKp, M K. *Perawatan Diabetes Melitus.*; 2022.
15. Haskas, Ihsan IR. Evaluasi Ragam Metode Perawatan Luka Pada Pasien Dengan Ulkus Diabetes: Literature Review. *J Keperawatan Prior*. 2021;4(2):12-28.
16. Subiyanto Paulus, Lucia Dianawuri HP. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Endokrin*. Pustaka Baru Press.; 2019.
17. LeMone P. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Ed. 5, Vol.4. EGC.; 2015.
18. Afriant. Faktor Resiko terjadinya Ulkus Diabetikum pada Pasien Diabetes mellitus. *J Kesehat Andalas*. Published online 2015.
19. Suprapto H&. *Patologi Dan Patofisiologi Penyakit.*; 2019.
20. Saklani D. Anti-oxidant and anti-diabetic activities of ethanolic extract of primula denticulata flowers. *Indones Pharm*. Published online 2019.
21. Rudi H. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Endrokin.*; 2019.

22. Tarwoto. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin.*; 2013.
23. Nur Aini LMA. *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Endokrin Dengan Pendekatan NANDA NIC NOC.* Salemba Medika.; 2016.
24. Daniel, R & Nicoll L. *Contemporary Medical Surgical Nursing (2nd Ed).* Cengage Learning.; 2013.
25. Lufisa I. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Ulkus Diabetikum.*; 2022.
26. Bararah Taqiyah MJ. *Asuhan Keperawatan: Panduan Lengkap Menjadi Perawat Professional.* Prestasi Pustakaraya.; 2013.
27. Kurniawan W. *Metodologi Penelitian Kesehatan Dan Keperawatan.*; 2021.
28. Wahid. *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal.* CV Sanggung Seto.; 2013.
29. Padila. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.* Nuha Medika.; 2019.
30. Raflin Sinaga MB, Dharma S. Volume 2 Nomor 10 Oktober 2023 pengaruh kendali glukosa darah, hipertensi, dan dislipidemia terhadap komplikasi retinopati diabetik pada penderita diabetes mellitus 2. *J Multidisiplin Indones.* 2023;2(10):3304-3319. <https://jmi.rivierapublishing.id/index.php/rp>
31. Amran P, Rahman. Ensiklopedia Keperawatan Edisi Bahasa Indonesia. *J Media Anal Kesehat.* 2018;9(2):149-155. <https://doi.org/10.32382/mak.v9i2.686>
32. Abubakar HR. *Pengantar Metodologi Penelitian.* UIN Sunan Kalijaga Press.; 2021.
33. Sayidah. *Metodologi Penelitian Disertai Dengan Contoh Penerapannya Dalam Penelitian.*; 2018.
34. Untari DT. *Metodologi Penelitian.*; 2018.

35. Tersiana. *Metode Penelitian. Start Up.*; 2018.
36. Prodi P, Kediri K, Rs D, Syifa A, Kediri K. Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Kala II Memanjang. 2024;10(2):26-29.
37. Lestari P, Apriza. Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Pneumonia di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang. *Sci Indones J Sci.* 2024;1(2):153-165.
38. Devi HM, Endra Cita E, Malo MM. Pengaruh Kadar Gula Darah Puasa, Lama Menderita Dan Tingkat Stres Terhadap Sensitivitas Kaki Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Posyandu Permadi Kelurahan Tlogomas Kecamatan Lowokwaru Kota Malang. *Natl Converence Nurs.* 2024;1(01).
39. Ginting MB, Khairani AI, Dewi RS, Sinuraya E. Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Melitus Tipe Ii Dengan Tindakan Perawatan Luka Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau Medan. *SENTRI J Ris Ilm.* 2024;3(4):1868-1875. doi:10.55681/sentri.v3i4.2560
40. Arifahyuni A, Retnaningsih D. Penerapan Senam Kaki terhadap Risiko Perfusi Jaringan Perifer Tidak Efektif pada Pasien DM Tipe 2. *J Manaj Asuhan Keperawatan.* 2024;8(1):9-17. doi:10.33655/mak.v8i1.178
41. Sari DNM, Mukhamad M. Gambaran Pengelolaan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan pada Pasien Post Op Debridement atas Indikasi Ulkus Dm Pedis Dextra di Desa Lungge Kabupaten Temanggung. *Indones J Nurs Res.* 2021;4(2):99-105.
42. Putri GK. Asuhan Keperawatan Pada Pasien TN. M dan TN. B Dengan Diagnosa Diabetes Mellitus Tipe II di Rumah Sakit Wilayah Jakarta Selatan. *Indones J Nurs Sci.* 2022;2(1):18-25. doi:10.58467/ijons.v2i1.16
43. Rani N, Kusumawati N. Asuhan Keperawatan Pada Ny . Y Dengan Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Komplikasi Luka Kaki Diabetes Di Ruang Khadijah RSUD Bangkinang Kabupaten Kampar. 2024;3:456-464.

44. Renaldi HA, Susanto A, Burhan A. Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Glukosa Darah Pada Pasien Tn. D Dengan Diabetes Melitus Tipe II Di Rsi Banjarnegara. *J Inov Penelit.* 2022;3(6):6787-6792. <https://stp-mataram.e-journal.id/JIP/article/view/2143/1667>
45. Ridlo M. Asuhan Keperawatan Pada Tn.S dan Tn.A Dengan Diabetes Mellitus Diruang Penyakit Dalam Di RSU Kota Tangerang Selatan. *Indones J Nurs Sci.* 2022;2(2):11-19. doi:10.58467/ijons.v2i2.29
46. Siti Padilah N, Suhanda, Nugraha Y, Fitriani A. Intervensi Kompres Hangat Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Gastritis: Sebuah Studi Kasus. *Indogenius.* 2022;1(1):23-33. doi:10.56359/igj.v1i1.58
47. Astuti MT, Sukes N. Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menurunkan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea. *J Manaj Asuhan Keperawatan.* 2020;1(2):37-43. doi:10.33655/mak.v1i2.19

LAMPIRAN

JADWAL PENELITIAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELLITUS DENGAN AMPUTASI DI RUANGAN BEDAH
RSUP DR.M.DJAMIL PADANG

NO	KEGIATAN	WAKTU																									
		November			Desember			Januari			Februari			Maret			April			Mei			Juni				
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyusunan dan konsultasi proposal																										
2	Pendaftaran sidang proposal																										
3	Sidang proposal																										
4	Revisi Proposal																										
5	Penelitian dan penyusunan																										
6	Pendaftaran ujian KTI																										
7	Sidang KTI																										
8	Revisi KTI																										
9	Pengumpulan perbaikan KTI																										
10	Publikasi																										

Pembimbing Utama,

H.L.Na Defia Riza S.Kep, M.Biomed
NIP: 197305031995032002

Pembimbing Pendamping,

Ns. Netti S.Kep, M.Pd, M.Kep
NIP: 19651017 198903 2 001

Padang, 06 Januari 2025

Mahasiswa

Resti Furti Zularmi
223110269

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG

Nama : Resti Fitri Zularmi
 NIM : 223110269
 Pembimbing I : Hj. Dafia Riza, S.Kep, M.Biomed
 Judul : Analisa Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Amputasi di Ruang Bedah RSUP DR. M. Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	2 Januari 2024	Konsultasi mengenai judul penelitian dan ACC Judul penelitian. Arahan perbaikan BAB 1,2,3	
2	3 Januari 2025	Konsultasi BAB 1 dan Perbaikan	
3	4 Januari 2025	Konsultasi BAB 1 Perbaiki latar belakang, perbaiki aspek disesuaikan dengan intervensi, perbaiki kriteria sampel dan WOC	
4	5 Januari 2025	Konsultasi BAB 1 Perbaiki aspek	
5	6 Januari 2025	Bimbingan BAB 2 Lanjut BAB 3	
6	7 Januari 2025	Perbaiki BAB 2 (Intervensi & Diagnosa) Lanjut BAB 3 Daftar pustaka	
7	8 Januari 2025	Perbaiki BAB 3 Lengkapi kata pengantar, daftar isi dan lampiran	
8	9 Januari 2025	ACC SIDANG PROPOSAL	
9	26 Maret 2025	Perbaiki analisa data penelitian Mohon dilihat lagi implementasi Perbaikan hasil penelitian	



Kemenkes
Poltekkes Padang

Kementerian Kesehatan
Pulauak Padang
Jalan Simpang Puncak Kep. Naggaris
Padang, Sumatra Barat 25146
0711 7098128
<http://poltekkes-pdg.ac.id>

10	2 Juni 2025	Perbaiki implementasi Lanjut BAA 4 & 5	
11	5 Juni 2025	Perbaiki pembahasan	
12	10 Juni 2025	ACC SIDANG HASIL	

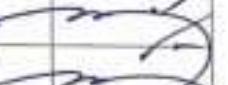
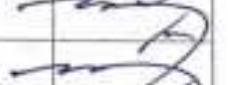
Mengenali
Ketua Prodi D-III Kependidikan Padang
Kemenkes Poltekkes Padang

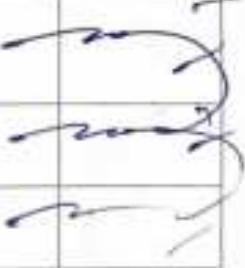
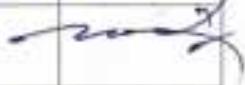


Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP: 19790121 199903 2 005

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG

Nama : Resti Futri Zularmi
Nim : 223110269
Pembimbing I : Ns. Netti, S.Kep,M.Pd,M.Kep
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Amputasi di Ruangan Bedah RSUP DR. M. Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	2 Januari 2024	Konsultasi mengenai judul penelitian dan ACC Judul penelitian ,Arahan pembuatan BAB I,II,III	
2	3 Januari 2025	Konsultasi BAB I dan Perbaikan letak, penulisan,kerapihan,dan pengambilan sumber	
3	4 Januari 2025	Konsultasi BAB I Perbaiki latar belakang, perbaikan tata letak,pengutipan	
4	5 Januari 2025	Konsultasi BAB II, perbaiki aspek disesuaikan dengan intervensi	
5	6 Januari 2025	Bimbingan BAB II, perbaiki kriteria sampe dan WOC Lanjut BAB III	
6	7 Januari 2025	Perbaiki BAB I II III (Intervensi & Diagnosa) Lanjut Daftar pustaka	
7	8 Januari 2025	Perbaiki BAB I II III Lengkapi kata pengantar, daftar isi dan lampiran	
8	9 Januari 2025	ACC SIDANG PROPOSAL	
9	21 Mei 2025	Perbaiki analisa data penelitian Mohon dilihat lagi implementasi Konsultasi hasil penelitian Perbaikan hasil penelitian	

10	23 Mei 2025	Perbaiki implementasi Perbaikan diagnosa Lanjut BAB IV & V	
11	5 Juni 2025	Perbaiki pembahasan konsul revisi bab IV & V lampiran	
12	10 Juni 2025	ACC SIDANG HASIL	

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

Kemenkes Poltekkes Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep

NIP: 19750121 199903 2 005



Kementerian Kesehatan

• Jalan Simpang Paudok Korp. Nagyai
Padang Sumatra Barat 25148
• (0751) 2658328
• <http://poltekkes-pdg.ac.id>

Nomor : PP.03.01/XXXIX/V/276/2024

18 November

Perihal : Izin Survey Awal (Studi Pendahuluan)

Kepada Yth. :

Kepala Rumah Sakit Umum Pusat Dr Mdjamil Padang

Dik.

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang Semester Ganjil TA. 2024/2025, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Awal (Studi Pendahuluan) di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI	Waktu Survey Awal
1	RESTI FUTRI ZULARMI	223110269	Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Amputasi di ruangan Bedah Rsup Dr.Mdjamil Padang	20 November - 25 Desember 2024

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesedian Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.



Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jhwa



Kementerian Kesehatan
RS M. Djamil
• Izin Periksa Kemandekan Padang
• (0751) 6856688
• <https://rsdjamil.sos.id>

NOTA DINAS

Nomor: DP.04.03/D.XVI.2.3/ 1340 /2024

Yth. : 1. Ka. Instalasi Rekam Medis
 2. Ka. Instalasi SIM -RS

Dari : Asisten Manager Penelitian
Hal : Izin Survei Awal
Tanggal : 04 Desember 2024

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuanmu untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama : Resti Fitri Zularmi
NIM/BP : 223110269
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapakibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Amputasi di Ruangan Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang "

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Dr. Ns. Afifri, M.Kep, So.MB, FISQur, CHAE

INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden : Muadah Festari

Umur/Tgl. Lahir : 15-01-1990

Penanggung Jawab : Istri

Hubungan : Suami

Setelah mendapatkan penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Resti Festi Zularmi NIM 223110269, Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Kersenkes Poltekkes Padang.

Demikian surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, 17 Maret 2025

Responden



(Muadah Festari)



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PADANG

JLN. SIMP. PONDOK KOPI SITEBA NANGGALO PADANG TELP. (0751) 7051300 PADANG 25146



FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

NAMA MAHASISWA : Resti Futri Zularmi
NIM : 223110269
RUANGAN PRAKTIK :

A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA

1. Identitas Klien

Nama : Ny M
Umur : 45 tahun 2 bulan 3 hari
Jenis Kelamin : Perempuan
Pendidikan : SMA
Alamat : Dharmasraya

2. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Tn B
Pekerjaan : Petani
Alamat : Dharmasraya
Hubungan : Suami

3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : 8 Maret 2025
No. Medical Record : 01.25.4xxx
Ruang Rawat : Bedah Wanita (CW)

Diagnosa Medik : Ulkus pedis bilateral + DM tipe 2 + Anemia

Yang mengirim/merujuk : RSUD Dharmasraya

Alasan Masuk : kak kiri terasa nyeri, membengkak dan bernanah.

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

- Keluhan Utama Masuk :

Pasien masuk melalui IGD RSUP Dr M Djamil Padang pada tanggal 8 Maret 2025 pukul 13.00 WIB merupakan rujukan dari RSUD Dharmasraya dengan keluhan kaki kiri Ny M semakin membengkak mulai dari telapak kaki, kakinya mulai menghitam dan bernanah hingga di bawah lutut, bagian kaki yang bernanah sudah tidak berasa, pada bagian kaki kanan masih terbalut perban karna luka masih basah,kaki kanan pasien post amputasi,pasien sering merasa haus mual dan pusing,nafas terasa sesak badan terasa lemah dan lelah.

- Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian) :

Saat di lakukan pengkajian pada Senen 17 Maret 2025 pukul 11.00 WIB pasien mengatakan, luka pada kaki kirinya semakin membesar dan membengkak,terasa nyeri di bawah lutut dan terdapat nanah, pasien masih sering merasa haus dan badan merasa lemah, mual tidak ada muntah dan pusing, sekarang pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur, pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karna kakinya nyeri.

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

Pasien Mengatakan sudah menderita DM Type 2 sejak 10 tahun yang lalu dan tidak terkontrol, pada tahun 2022 seluruh jari kaki kanan di lakukan amputasi yang disebabkan luka yang tidak kunjung sembuh hingga akirnya membusuk, 1 bulan yang lalu (februari 2025) ke 5 jari kaki kiri juga di amputasi di RSUD Dharmasraya,dan gaya hidup pasien yang tidak baik,

c. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Pasien mengatakan ibunya mempunyai riwayat penyakit DM type 2, dan tidak ada penyakit lainnya seperti hipertensi atau penyakit menular.

5. Kebutuhan Dasar

a. Makan

Sehat: Pasien makan 3x/ hari, dengan porsi sedang dengan menu makan sayur, tempe, dan ikan terkadang ditambah dengan buah dan di habiskan, pasien mengatakan saat sehat sering merasa lapar dan mengkonsumsi makanan tinggi gula.

Sakit: pasien makan 3x/hari, porsi makan hanya dihabiskan $\frac{1}{2}$ porsi, dengan sayur dan buah, diet yang di berikan yaitu diet MBDD (makanan biasa diet diabetes) 1700 kkal / hari.

b. Minum

Sehat : pasien minum air putih kurang lebih hanya 1,5 - 2 liter/hari,

Sakit : saat sakit pasien minum 6-7 gelas / hari

c. Tidur

Sehat jam/hari : Durasi tidur pasien saat sehat 7-8

Sakit : Durasi tidur pasien saat sakit 5-6 jam/hari, pasien sering terbangun karena nyeri pada bagian kaki

d. Mandi

Sehat : Saat sehat pasien mandi 1-2 x/hari, secara mandiri

Sakit : Saat sakit pasien di mandikan oleh keluarga perawat ruangan

e. Eliminasi

Sehat : Saat dulu sebelum mempunyai penyakit DM pasien BAB 4-5 x/ hari, dan BAB 1-2 kali sehari

Sakit :Saat di diagnosa penyakit DM pasien BAK 6-8 kali sehari, BAB 1-2 kali sehari, saat di rawat pasien BAK menggunakan kateter,dan BAB hanya 1 kali sehari memakai pempers.

f. Aktifitas pasien

Sehat :Saat Sehat aktifitas pasien di lakukan secara mandiri

Sakit :Saat sakit aktifitas pasien di bantu keluarga

6. Pemeriksaan Fisik

- Tinggi / Berat Badan : 160 cm / 74 kg
- Tekanan Darah : 130/83 mmHg
- Suhu : 37,3 °C
- Nadi : 87 x / Menit
- Pernafasan : 22 x / Menit
- Rambut : rambut hitam sedikit beruban dan mudah rontok
- Telinga : bersih, tidak ada luka dan tidak menggunakan alat bantu dengar
- Mata : konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik

- Hidung : terpasang nasal kanul 3L/ menit
- Mulut : bibir tampak pucat dan kering, tidak ada pendarahan di mukosa mulut
- Leher : tidak ada pembengkakan tiroid dan vena jugularis

- Toraks : I : tampak menggunakan otot bantu nafas,simetris kiri dan kanan
P: fremitus kiri sama dengan kanan
P: sonor
A: rongkhi (-) ,wheezing (-)

 - Jantung : I : ictus cordis tidak terlihat
A: s1 s2 reguler, murmur negatif
P: kardiomegali negatif
P: redup

 - Abdomen : I : distensi abdomen tidak ada
A: bising usus positif (12x/menit)
P : nyeri tekan negatif
P : timpani

 - Kulit : tampak pucat dan kering
- Ekstremitas
- Pre amputasi 17 Maret 2025
- Atas : CRT < 3 detik, terpasang infus triway di bagian tangan kiri
 - Bawah :kaki kanan tampak luka post amputasi dan terbalut perban,dan kaki kiri pre amputasi di bagian jari jari kaki,di balut perban hingga bagian yang infeksi di betis.
- Post Amputasi 18 Maret 2025

Atas	: CRT < 3 detik, Terpasang infus triway sebelah kanan
Bawah	: kaki kanan post amputasi di balut perban, dan kaki kiri post amputasi di balut perban hingga bagian atas lutut.
7. Data Psikologis	
Status emosional	: pasien tampak kooperatif, mampu bicara 2 arah, pasien tidak menunjukan sikap marah atau menolak dan menatap lawan bicaranya saat berbicara
Kecemasan	
	:pasien tampak cemas karna post amputsi,pasien mengatakan cemas karna kondisinya yang sudah tidak normal lagi seperti biasa
Pola coping	
	:pasien menerima kondisi tubuhnya yang mengalami perubahan saat ini, pasien juga mengatakan selama sakit pasien merasa ketergantungan dan meminta bantuan kepada perawat dan keluarga.
Gaya komunikasi	
	: pasien menggunakan bahasa minang untuk berkomunikasi dan menjawab pertanyaan dengan jelas
Konsep Diri	: pasien tampak menerima kondisi tubuhnya dan mengatakan ingin sembuh walaupun tidak normal seperti biasa dan akan menjalani semua proses pengobatan.

8. Data Ekonomi Sosial : pasien tidak memiliki hambatan ekonomi dan memiliki hubungan sosial yang baik dengan keluarga dan kerabatnya
9. Data Spiritual : Pasien beragama islam, dan melaksanakan ibadahnya selama sakit di atas tempat tidur, pasien juga mengatakan selalu berdoa untuk kesembuhannya
10. Lingkungan Tempat Tinggal
- | | |
|---------------------------|---|
| Tempat pembuangan kotoran | : tempat pembuangan kotoran pasien di keluarga di jamban/wc |
| Tempat pembuangan sampah | : di bank sampah |
| Pekarangan | : perkarangan selalu di sapu dan di bersihkan |
| Sumber air minum | : sumber air minum dari sumur |

11. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
08 Maret 2025	Eritrosit	3,43	10'6/ μ L	4,00-4,50
	Hematokrit	28	%	37,0-43,0
	Hemoglobin	8,9	g/dl	12,0-14,0
	Leukosit	28,71	10'3/mm'3	5,0-10,0
	Esinofil	0,00	%	1-3
	APTT	30,8	detik	20,6 – 28,6
10 Maret 2025	Trombosit	622	10'3/mm'3	50-400
	MCH	26	Pg	127,0 - 31,0
	Limfosit	5	%	20,0 - 40,0

	MCV RWD-CV	81 18.4	F1 %	82.0 - 92.0 11.5-14.5
17 Maret 2025	Gula Darah 2 jam PP GDP Albumin	363 310 1.9	Mg/dl Mg/dl g/dl	< 140 70,8 – 99,0 3.8 – 5.0

12. Program Terapi Dokter

- Nasal kanul 3 L / menit
- Inj. Tutosol 500cc/8 jam
- Inj albumin 100 ml / 2 jam
- Inj Ranitidin 2x50 mg
- Inj gentasimin 2x 80 mg
- Inj metronidazole 3x 500 mg
- Inj ketorolac 3x30 mg
- Inj ampisilin sulbactam 4x1,5 gr
- Asetil sistein 3x200 mg
- Inj novarapid 3x8 mg
- IVFD NaCL 0,9 500
- Cc/8 jam drip fentanil 300 mg dalam 24 jam

ANALISIS DATA

NAMA PASIEN :Ny M
NO MR : 01.25.4xxx

Pre Amputasi

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah,pusing,dan mual 2. Pasien mengatakan nafsu makan berkurang 3. Pasien mengatakan sering haus dan minum 6-7 gelas / hari,minum sedikit sedikit tapi sering. <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pasien tampak lemah 2. Bibir tampak pucat 3. GDS 345 mg/dl 	Hiperglikemia	Ketidak stabilan glukosa darah
2.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pasien mengatakan lemah dan pusing <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pasien tampak lemah 2.Akral teraba dingin 3.CRT > 3 detik 4.Terdapat luka post Amputasi Transfemoral 5. Bibir tampak pucat 6. Konjungtiva anemis 7. HB 8,9 	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi Perifer Tidak Efektif

3.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kaki terasa nyeri sejak beberapa bulan terakhir 2. Pasien mengatakan nyeri tersa di tusuk 3. Pasien mengatakan nyeri terasa hilang timbul dan kaki sulit di gerakkan <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka infeksi di kaki kiri hingga bagian bawah lutut 3. Pasien tampak meringis 4. Pasien tampak gelisah 5. Skala nyeri 5 <p>p: infeksi pada kaki pasien q: nyeri terasa seperti di tusuk tusuk r: nyeri terasa di bagian atas lutut s: skala nyeri yang di rasakan 5 t: nyeri terasa secara terus menerus</p>	Kondisi Muskoleskeletal kronis	Nyeri Kronis
4.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan luka nya tidak kunjung membaik 2. Pasien mengatakan lukanya yang kecil semakin membesar 3. Pasien mengatakan mencium bau tidak sedap dari kakinya 	Neuropati Perifer	Gangguan integritas kulit/jaringan

	<p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kaki pasien tampak bernanah dan sudah infeksi hingga bagian bawah lutut2. Tercium bau tidak sedap dari kaki pasien yang infeksi3. Tamapk luka menghitam, membengkak dan bernanah		
--	--	--	--

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Ny M
 NO. MR : 01.25.4xxx

Post Amputasi

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah, pusing, dan mual 2. Pasien mengatakan nafsu makan berkurang 3. Pasien mengatakan sering haus dan minum 6-7 gelas / hari, minum sedikit sedikit tapi sering. <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Bibir tampak pucat 3. GDS 345 mg/dl 	Hiperglikemia	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lemah dan pusing <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Akral teraba dingin 3. CRT > 3 detik 4. Terdapat luka post Amputasi Transfemoral 5. Bibir tampak pucat 	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif

	6. Konjungtiva anemis 7. HB 8.9		
3.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kaki terasa nyeri setelah di amputasi 2. Pasien mengatakan nyeri tersa di tusuk tusuk 3. Pasien mengatakan nyeri terasa hilang timbul dan kaki sulit di gerakkan <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka post amputasi transfemoral pada kaki kiri 2. Pasien pos amputasi hari pertama 3. Pasien tampak meringis p: nyeri muncul saat terlalu banyak bergerak q: nyeri seperti di tusuk r: nyeri terasa hingga bagian atas lutut s: skala nyeri 3 t: nyeri terasa hilang timbul 	<p>Agen Pencedera Fisik</p>	Nyeri akut
4	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pasien mengatakan nyeri pada kaki post amputasi 2.Pasien mengatakan sulit 	<p>Efek prosedur invansif</p>	Resiko infeksi

	<p>menggerakkan kaki kirinya</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Terdapat luka post amputasi transfemoral 2. TD : 130/83 mmHg Suhu : 36,5 $^{\circ}$C HR : 87 x / Menit RR : 22 x / Menit GDS : 345 mg/dl Leukosit: 28,71 		
5	<p>Ds</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sulit beraktifitas karna kakinya yang sudah di amputasi 2. Pasien mengatakan tidak bisa berjalan lagi seperti biasa <p>Do</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Tampak luka post amputasi di kaki kanan dan kiri 2. Pasien tampak di bantu keluarga saat beraktifitas 	<p>Kerusakan integritas struktur tulang</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :Ny M
 NO. MR : 01.25.4xxx

Pre Amputasi

Tanggal Muncul	No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
17 Maret 2025	1.	Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia	21 Maret 2025	
17 Maret 2025	2.	Perfusi Perrifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	21 Maret 2025	
17 Maret 2025	3.	Nyeri Kronis berhubungan dengan Kondisi Muskoleskeletal kronis	18 Maret 2025	
17 Maret 2025	4.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer	18 Maret 2025	

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :Ny M
 NO. MR : 01.25.4xxx

Post Amputasi

Tanggal Muncul	No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
17 Maret 2025	1.	Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia	21 Maret 2025	
17 Maret 2025	2.	Perfusi Perrifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	21 Maret 2025	
18 Maret 2025	3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Resiko	21Maret 2025	

17 Maret 2025	4.	Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan Invansive	21 Maret 2025	
18 Maret 2025	5.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang	21 Maret 2025	

PERENCANAAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :Ny M
NO. MR : 01.25.4xxx

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan SLKI	Intervensi SIKI
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan Diharapkan ketabilitan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran meningkat 2. Lelah/lesu menurun 3. Kadar glukosa dalam darah membaik 4. Kadar glukosa dalam darah membaik 5. umlah urin membaik 	<p>Manajemen Hiperglikemia</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situas yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. Monitor kadar glukosa darah, 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia(mis.Polyuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan kepatuhan terhadap diit dan olahraga 2. Ajarkan pengelolaan diabetes (penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan

			<p>professional kesehatan</p> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi pemberian insulin
2.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan</p> <p>Keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Penyembuhan luka meningkat 4. Turgor kulit membaik 5. Nekrosis menurun 	<p>Manajemen sensasi perifer</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab Perubahan sensasi 2. Identifikasi penggunaan alat pengikat, sepatu dan pakaian 3. Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul 4. Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin 5. Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda 6. Monitor perubahan kulit <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi pemberian Analgesik 2. Kolaborasi pemberian Kortikosteroid <p>Edukasi Perawatan Kaki</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi tingkat pengetahuan dan

			<p>keterampilan perawatan kaki</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan brosur informasi tingkat risiko cedera dan perawatan kaki <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> jelaskan factor risiko luka pada kaki (mis. Panas, dingin, penipisan, kapalan) jelaskan hubungan antara neuropati, cedera, dan penyakit vaskuler dan risiko ulserasi dan amputasi ekstremitas bawah Ajarkan pemeriksaan seluruh bagian kaki setiap hari (mis. Luka, kemerahan, bengkak, hangat, kering, maserasi) Anjurkan mengeringkan secara menyeluruh setelah mencuci kaki, terutama di antara jari kaki Anjurkan menghubungi tenaga profesional kesehatan jika ada luka, infeksi atau jamur Anjurkan memakai sepatu bertumit rendah dan sesuai bentuk kaki Anjurkan memakai kaos kaki yang berbahan menyerap keringat Anjurkan memeriksa sepatu bagian dalam sebelum dikenakan
3.	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskulskletal kronis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, kharakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<p>nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala Nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi Nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
4.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. perfusi jaringan meningkat 2. kerusakan jaringan menurun 3. kerusakan lapisan kulit menurun 4. Nyeri menurun 5. kemerahan menurun 6. nekrosis menurun 7. suhu kulit membaik 	<p>Perawatan luka</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka(misalnya drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda- tanda nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan Cairan NaCl atau Pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan 3. bersihkan Jaringan nekrotik 4. berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 5. pasang balutan sesuai jenis luka 6. pertahankan teknik steril saat melakukan 7. ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

5.	Nyeri akut Berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Gelisah menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manjemen nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasanya nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
----	---	--	---

6.	Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kultur darah membaik 6. Kultur area luka membaik 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah Pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptic pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa luka atau luka operasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
7.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. kaku sendi menurun 4. gerakan terbatas 	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas

		<p>menurun</p> <p>5. kelemahan fisik menurun</p>	<p>mobilisasi dengan alat bantu (mis,pagar tempat tidur)</p> <p>2.Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1.Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>2.anjurkan mobilisasi dini</p>
--	--	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny M
NO. MR : 01.25.4xxx

Hari /Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
17 Maret 2025	Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	<p>1. Monitor kadarglukosa Darah pasien, 345 mg/dl</p> <p>2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>3. Monitor intake dan output cairan</p> <p>4. Memberikan insulin sesuai indikasi 8 unit</p> <p>5. Memberikan edukasi makanan yang boleh dimakan dan yang harus dihindari</p> <p>7. Berikan diit sesuai indikasi</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan terasa lemah - Pasien mengatakan sering haus - Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing - Pasien mengatakan gula darahnya tinggi - Pasien mengatakan nafsu makannya kurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak terbaring lemah - Pasien tampak pucat - Pasien tampak hanya menghabiskan 4 sendok makan untuk porsi nasinya - Gula darah sewaktu pasien 345 mg/dl <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervensi di lanjutkan dengan manajemen hiperglikemia dan monitor glukosa darah pada pasien

	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi penyebab Perubahan sensasi 2. Monitor perubahan bentuk kulit 3. Menganjurkan untuk menghindari pemakaian benda benda yang berlebihan suhunya 4. monitor gula darah sewaktu 5. memberikan obat analgesic berupa ketorolac sekali pemberian sebanyak 30 mg secara inj iv, selanjutnya di berikan perawat ruangan 3x30 mg 6. memberikan transfusi darah 7. memberikan edukasi perawatan kaki. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badannya terasa lemah dan pusing - Pasien mengatakan luka amputasi kaki kirinya masih terasa nyeri - Pasien mengatakan sudah transfusi darah 4 kantong PRC <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukosa bibir pasien tampak pucat - Pasien tampak edema - CRT > 3 detik - TD : 130/83 <p>N: 87x/ i</p> <p>S: 37,3</p> <p>RR: 22x/i</p> <p>GDS: 345mg/dl</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan manajemen sensasi perifer dan monitor perubahan kulit
--	--	--	--

	<p>Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskulskletal kronis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi lokasi, kharakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,intensitas nyeri. 2. mengidentifikasi skala Nyeri 3. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan terapi Nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri yang tidak kunjung hilang beberapa bulan - Pasien mengatakan lukanya semakin membesar - Pasien mengatakan lemas sejak luka muncul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Skala nyeri 5 TD : 130/83 N: 87 x/ i RR: 22x/i S: 37,3⁰C p: penyebab nyeri yg di rasakan karna infeksi pada kaki pasien q: nyeri terasa seperti di tusuk tusuk r: nyeri terasa di bagian atas lutut s: skala nyeri yang di rasakan 5 t: nyeri terasa secara terus menerus <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi -
--	---	--	---

			<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan
	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka(misalnya drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda- tanda nyeri 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan Cairan NaCl atau Pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan 5. bersihkan Jaringan nekrotik 6. berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 7. lakukan redresing pada luka 8. berikan infus albumin sesuai indikasi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya sudah tidak berbau - Pasien mengatakan sulit menggerakkan kakinya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki pasien tampak selesai di amputasi - Kaki pasien tampak - Odema pada kaki pasien sudah tampak berkurang - TD : 132/80 mmHg N :92 x/i RR : 20 x/i S : 37,1 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratas <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan
18 Maret 2025	Ketidak stabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	<ol style="list-style-type: none"> 1.Memonitor kadar glukosa Darah pasien 328 mg/dl 2.Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 3.Memonitor intake dan output cairan 4.Memberikan insulin sesuai indikasi 8 unit 5.Menganjukan memonitor kadarglukosa darah secara mandiri 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan terasa lemah - Pasien mengatakan sering haus - Pasien mengatakan sering pusing - Pasien mengatakan nafsu makan masih berkurang

			<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih tampak terbaring lemah - Mukosa bibir tampak pucat - Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{4}$ se - Gula darah sewaktu pasien 316 mg/dl <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan manajemen hiperglikemia dan memonitor kadar gula darah pasien
	<p>Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi penyebab Perubahan sensasi 2. Monitor perubahan bentuk kulit 3. Menganjurkan untuk menghindari pemakaian benda benda yang berlebihan suhunya 4. monitor gula darah sewaktu 5. memberikan obat analgesic berupa ketorolac sekali pemberian sebanyak 30 mg secara inj iv, selanjutnya di berikan perawat ruangan 3x30 mg 6. memberikan transfusi darah 7. memberikan edukasi perawatan kaki. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan masih terasa lemas dan puasing - Pasien mengatakan luka amputasi di kaki kirinya masih terasa <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukosa bibir tampak pucat - CRT > 3 detik - TD : 132/80 mmHg - N : 92 x/i - RR : 20 x/i - S : 37,1 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah perfusi perifer tidak efektif

			<p>belum teratasi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan manajemen sensasi perifer dan memonitor perubahan kulit
	<p>Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskulskletal kronis</p>	<p>1. mengidentifikasi lokasi, kharakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,intensitas nyeri. 2. mengidentifikasi skala Nyeri 3. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperengan nyeri 4. Berikan terapi Nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bagian yang nyeri belum berkurang - Pasien sulit menggerakkan kakinya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pada kaki pasein yang infeksi sudah di lakukan amputasi - Odema pada kaki sudah terlihat berkurang - Bekas amputasi tampak hingga bagian atas lulus <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien Operasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di berhentikan
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer</p>	<p>1. Monitor karakteristik luka(misalnya drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda- tanda nyeri 3. Lepaskan balutan dan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya sudah tidak berbau - Pasien mengatakan sulit menggerakkan

		<p>plester secara perlahan</p> <p>4. Bersihkan dengan Cairan NaCl atau Pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. bersihkan Jaringan nekrotik</p> <p>6. berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</p> <p>7. lakukan redresing pada luka</p> <p>8. pemberian infus albumin sesuai indikasi</p>	<p>kakinya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki pasien tampak selesai di amputasi - Odema pada kaki pasien sudah tampak berkurang - TD : 132/80 mmHg N : 92 x/i RR : 20 x/i S : 37,1 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien operasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di berhentikan
	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p>	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri didapatkan skala nyeri pasien 4</p> <p>3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>4. Memberikan terapi dengan cara nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>5. Kolaborasi pemberian analgetik berupa ketorolac 3x30 mg</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih mengatakan kaki sebelah kiri terasa nyeri bila di gerakkan - Pasien mengatakan sulit saat tidur malam - Pasien mengatakan nafsu makan berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah skala nyeri 2 - Pasien tampak menghabiskan makanan $\frac{1}{4}$ sendok porsi makan - TD : 132/80 mmHg N : 92x/i RR : 20 x/i

			<p>S: $37,1^{\circ}\text{C}$ p: nyeri muncul saat terlalu banyak bergerak q: nyeri seperti di tusuk r: nyeri terasa hingga bagian atas lutut s: skala nyeri 3 t: nyeri terasa hilang timbul</p> <p>A: - Masalah nyeri belum terasi</p> <p>P: - Invervensi dilanjutkan dengan memonitor TTV dan manajemen teknik relaksasi nafas dalam,pemberian analgetik</p>
	Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasive	<ol style="list-style-type: none"> 1.memonitor tanda dan gejala infeksi 2.mengatur posisi nyaman pasien semi fowler 3.memonitor bentuk kedalaman luka 4.Redressing di pagi hari dengan cairan Nacl 0,9%, kassa secukupnya 5.pemberian antibiotik 	<p>S: - Pasien mengatakan nyeri pada bagian kakinya</p> <p>O: - Luka amputasi masih basah - TD : $132/80 \text{ mmHg}$ N : 92 x/i RR : 20 x/i S : $37,1$</p> <p>A:</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum Teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang	<ol style="list-style-type: none"> 1.mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2.Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3.Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4.Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis,pagar tempat tidur) 5.Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakkan 6.Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan 7.anjurkan mobilisasi dini 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan susah untuk beraktifitas setelah di amputasi - Pasien mengatakan badannya tidak seimbang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sulit melakukan aktifitas sendiri - Pasien tidak bisa berjalan lagi setelah amputasi <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
19 Maret 2025	Ketidak stabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	<ol style="list-style-type: none"> 1.Memonitor kadar glukosa darah pasien 289 mg/dl 2.Memonitor tandadan Gejala hiperglikemia 3.Memonitor intakedan output cairan 4.Memberikan insulin sesuaiindikasi 8 unit 5.Menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan terasa lemah - Pasien mengatakan sering haus - Pasien mengatakan nafsu makan masih berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak

			<p>terbaring lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menghabiskan 5 sendok makan dari porsinya - Gula darah sewaktu 289 mg/dl <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan
	<p>Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi penyebab Perubahan sensasi 2. Monitor perubahan bentuk kulit 3. Mengajurkan untuk menghindari pemakaian benda benda yang berlebihan suhunya 4. monitor gula darah sewaktu 5. memberikan obat analgesic berupa ketorolac sekali pemberian sebanyak 30 mg secara inj iv, selanjutnya di berikan perawat ruangan 3x30 mg 6. memberikan transfusi darah 7. memberikan edukasi perawatan kaki. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan masih terasa lemas dan sedikit pusing - Pasien mengatakan luka amputasi di kaki kirinya masih terasa nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - CRT > 3 detik - TD: 130/80 mmHg N : 89 x/i RR: 19 x/i S: 37 °C <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Perfusi Tidak efektif beruhubungan dengan hiperglikemia belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan memonitor

			perubahan bentuk kulit
	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri didapatkan skala nyeri pasien 3 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 4. Memberikan terapi dengan cara nafas dalam untuk mengurangi nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgetik berupa ketorolac 2x1 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan luka amputasi di kaki kiri masih terasa nyeri - Pasien mengatakan nafsu makan sudah ada kemajuan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Skala nyeri mulai berkurang jadi 2 - Pasien tampak menghabiskan 5 sendok sendok porsi makannya - Tampak luka amputasi berwarna merah <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah nyeri belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan
	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. memonitor tanda dan gejala infeksi 2. mengatur posisi nyaman pasien dengan semi fowler 3. memonitor bentuk luka Amputasi 4. Redressing di pagi hari dengan cairan Nacl 0,9%, kassa secukupnya 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka post amputasinya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 130/80 mmHg N : 89 x/i RR: 19 x/i S: 37 °C

		<p>dan set redressing pada bekas jahitan luka amputasi</p> <p>5. pemberian antibiotik</p>	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratas <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan memonitor tanda tanda infeksi
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang</p>	<p>1.mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2.Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>3.Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>4.Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis,pagar tempat tidur)</p> <p>5.Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakkan</p> <p>6.Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>7.anjurkan mobilisasi dini</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan susah untuk beraktifitas setelah di amputasi - Pasien mengatakan badannya tidak seimbang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sulit melakukan aktifitas sendiri - Pasien tidak bisa berjalan lagi setelah amputasi <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratas <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
20 Maret 2025	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia</p>	<p>1.Memonitor kadar glukosa darah pasien</p> <p>2.Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>3.Memberikan insulin sesuai indikasi 8 unit</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering haus - Pasien mengatakan badan lemah terasa berkurang

		<p>sebelum makan</p> <p>4. Menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>5. Berikan diit pada pasien sesuai indikasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan Nafsu makan sudah ada kemajuan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah tidak lemah - Mukosa bibir pasien masih tampak pucat - Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan yang diberikan - Gula darah sewaktu pasien 295 mg/dL <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi intervensi di lanjutkan <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan dengan memonitor kadar glukos darah
	Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<p>1. mengidentifikasi penyebab Perubahan sensasi</p> <p>2. Monitor perubahan bentuk kulit</p> <p>3. Menganjurkan untuk menghindari pemakaian benda benda yang berlebihan suhunya</p> <p>4. monitor gula darah sewaktu</p> <p>5. memberikan obat analgesic berupa ketorolac sekali pemberian sebanyak 30</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan sudah tidak lemas lagi - Pasien mengatakan pusing kadang ada kadang hilang - Pasien mengatakan nyeri pada luka amputasi masih terasa <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah

		<p>mg secara inj iv, selanjutnya di berikan perawat ruangan 3x30 mg</p> <p>6. memberikan tranfusi darah 4 kantong</p> <p>7. memberikan edukasi perawatan kaki.</p>	<p>tidak lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - mukosa bibir tampak sedikit pucat - CRT < 3 detik - TD: 128/80 mmHg N : 86 x/i RR: 20 x/i S: 36,8 °C Hasil HB : 11,4 g/dl GDS: 294 mg/dL <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p>	<p>1.Mengidentifikasi lokasi, kharakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>2.Mengidentifikasi skala nyeri di dapatkan skala nyeri pasien 2</p> <p>3.Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>4.Memberikan terapi dengan cara nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>5.Kolaborasi pemberian anlgetik berupa injeksi Ketorolac 2x1</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berukuran - Pasien mengatakan nafsu makan sudah ada Peningkatan - Pasien mengatakan terkadang masih merasakan nyeri - Pasien mengatakan mampu menerapkan Tarik nafas dalam saat nyeri terasa <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih tampak merasakan nyeri - Skala nyeri 2 - TD: 128/80 mmHg N : 86 x/i RR: 20 x/i

			<p>A: S: 36,8 °C</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratas <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan
	Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor bentuk luka dengan luka sudah dijahit 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Redressing di pagi hari dengan cairan Nacl 0,9%, kassa secukupnya dan set redressing pada bekas jahitan luka amputasi 4. pemberian antibiotik sesuai indikasi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien Mengatakan nyeri pada kaki amputasi masih terasa <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 128/80 mmHg N : 86 x/i RR: 20 x/i S: 36,8 °C <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko infeksi belum teratas <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervensi dilanjutkan dengan memonitor tanda –tanda infeksi
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang	<ol style="list-style-type: none"> 1.mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2.Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3.Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4.Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis,pagar tempat tidur) 5.Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakkan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan susah untuk beraktifitas setelah di amputasi - Pasien mengatakan badannya tidak seimbang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sulit melakukan aktifitas sendiri - Pasien tidak bisa berjalan lagi setelah

		<p>6. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>7. anjurkan mobilisasi dini</p>	<p>amputasi</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan
21 Maret 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	<p>1. Memonitor kadar glukosa darah pasien</p> <p>2. Memonitor tandadan gejala hiperglikemia</p> <p>3. Mengajurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri di rumah</p> <p>4. Memberikan edukasi terkait diet DM dan pemberian insulin rutin sesuai dosis</p> <p>5. Berikan diit pada pasien sesuai indikasi</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering haus dan minum sebanyak 8-9 gelas dalam sehari - Pasien mengatakan nafsu makan sudah ada kemajuan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menghabiskan 2/3 porsi makan yang diberikan - TD : 128/83 mmHg - N : 85x/i - RR: 19x/i - S: 36,5°C - Gula darah sewaktu pasien 287 mg/dl <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi - Pasien rencana pulang 22 Maret 2025 <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan di rumah

	Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi penyebab Perubahan sensasi 2. Monitor perubahan bentuk kulit 3. Mengajurkan untuk menghindari pemakaian benda benda yang berlebihan suhunya 4. monitor gula darah sewaktu 5. memberikan obat analgesic berupa ketorolac sekali pemberian sebanyak 30 mg secara inj iv, selanjutnya di berikan perawat ruangan 3x30 mg 6. memberikan transfusi darah 7. memberikan edukasi perawatan kaki. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan terasa sudah tidak terlalu lemah - Pasien mengatakan nyeri pada kaki masih terasa hilang timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - Pasien tampak sudah tidak lemah - Pasien tampak sudah tidak pucat <p>TD : 128/83 mmHg N : 85x/i RR: 19x/i S: 36,5°C HB terakhir : 11,4 g/dL - GDS: 287 mg/dL</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan di rumah
	Nyeri akut Berhubungan dengan agen pecera fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 3. Mengajarkan cara terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri di rumah dengan cara nafas dalam 4. Memberikan injeksi analgetik berupa ketorolac 3x30 mg 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang hanya terasa sedikit ngilu - Pasien mengatakan nafsu makan sudah ada peningkatan - Pasien mengatakan mampu menerapkan teknik relaksasi nafas dalam saat terasa

			<p>nyeri pada kaki</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah tenang - TD : 128/83 mmHg N : 85x/i RR: 19x/i S: 36,5°C - Skala nyeri 2 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah nyeri teratas <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan di rumah
	Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1.Memonitor bentuk luka jahitan 2.Memonitor tanda-tanda infeksi 3.Redressing di pagi hari dengan cairan Nacl 0,9%, kassa secukupnya dan set redressing pada bekas jahitan luka amputasi 4.Pemberian antibiotik 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan ngilu pada kaki amputasi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - Luka sudah membaik <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratas <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan di rumah
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang	<ol style="list-style-type: none"> 1.mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2.Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3.Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan susah untuk beraktifitas setelah di amputasi - Pasien mengatakan badannya tidak

		<p>sebelum memulai mobilisasi</p> <p>4.Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis,pagar tempat tidur)</p> <p>5.Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakkan</p> <p>6.Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>7.anjurkan mobilisasi dini</p>	<p>seimbang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sulit melakukan aktifitas sendiri - Pasien tidak bisa berjalan lagi setelah amputasi <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan dirumah
--	--	---	--

Nomor : PP.01.01/F.XXXIX/1615/2025
Perihal : Izin Penelitian

6 Maret 2025

Kepada Yth. :

Kepala RSUP Dr. M. Djamil Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Poltekkes Padang Jurusan Keperawatan Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang Semester Genap TA. 2024/2025, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI	Lama Penelitian
1	Resti Fitri Zularmi	223110269	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Amputasi di Ruangan Bedah RSUP Dr M Djamil Padang	7 Maret 2025 – 15 April 2025

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesedian Bapak/Ibu kami sampaikan terimakasih,

Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.



Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa

NAMA : Regi Fatri Zulamri
INSTITUSI : D3 Kepariwisataan Komunitas poltekkes padang

Padang, 13-1-25
Sub PI Muba



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjut
Kantor Sastra Dr. M. Djamil Padang
• www.menkes.go.id
• 021 53 07 94 00
• www.djamilpadang.go.id

SURAT KETERANGAN
DP.04.03/D XVI.2.3/999/2025

Yang berlansung tangan di bawah ini;

nama : Dr. Ns. Alfitri, M.Kep, Sp.MB, FISQua, CHAE
NIP : 197510102002121003
jabatan : Asisten Manager Penelitian

dengan ini menerangkan bahwa;

nama : Resti Fitri Zularmi
No. BP : 223110269
institusi : D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

telah selesai melakukan penelitian asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 17 - 21 Maret 2025, guna pembuatan karya tulis/kripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Amputasi di Ruangan Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 30 Juli 2025
A.n Manager Penelitian
Asisten Manager Penelitian

Dr. Ns. Alfitri, M.Kep, Sp.MB, FISQua, CHAE
NIP. 197510102002121003

Kementerian Kesehatan tidak menerima surat dan/atau grafisasi dalam bentuk nipapun. Jika terdapat polensi surat atau grafisasi silahkan lapor ke melalui HALO KEMENKES 1500967 dan www.kemkes.go.id. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada teman <http://www.kemkes.go.id/verifikasiPDF>

Galuh Putri

Resti_Futri_Zularmi.docx

971 on Resti Putri Zulami
Baryu Bintah Mahasiswa Tahun 2025
Politeknik Negeri Yogyakarta, Paling

Document Details

Submitted To:
616001-1277845562

96 Pages

Submitted Date:
Jun 12, 2025, 2:34 PM GMT+7

17,095 Words

Download Date:
Jun 12, 2025, 2:39 PM GMT+7

125,682 Characters

File Name:
Resti_Futri_Zularmi.docx

File Size:
5.62 KB

5% Overall Similarity

The comparison result of all sources, including non-tapping sources, for each document.

Filtered from the Report

- Bibliography
- ContentText

Exclusions

- 12 Excluded sources

Top Sources

- 0% Internet sources
1% Published sources
2% Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious user independently found.

Our algorithm's algorithmic logic flags a document for any incompatibility that seems not to result from a normal submission. These include cloning, image, or flag of the user's sources.

A flag is not necessarily an indication of plagiarism. However, we recommend you check your submission for flagged sources.