

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS (DM) POST AMPUTASI ABOVE KNEE DENGAN MASALAH PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF (Di Ruangan Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

by ITSKes ICMe Jombang

Submission date: 07-Sep-2025 02:29AM (UTC+0900)

Submission ID: 2724525717

File name: ALVI_NUR_APRILIA.docx (1.01M)

Word count: 14352

Character count: 94527

²³
KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS (DM)
POST AMPUTASI *ABOVE KNEE* DENGAN MASALAH
PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF**

²
(Di Ruangan Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)



⁴⁵
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2025**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus²⁴ sering disebut sebagai “*the silent killer*” karena penyakit ini menimbulkan komplikasi seluruh organ tubuh. *Diabetic Foot Ulcer* (DFU)⁹ menjadi salah satu komplikasi negatif dari penyakit Diabetes Mellitus (DM).⁹ DFU terjadi karena adanya gangguan persarafan, gangguan sirkulasi, dan infeksi pada tungkai bawah yang berakibat munculnya suatu kelainan. Lebih parahnya, penyandang DM yang berisiko mengalami DFU harus dilakukan tindakan amputasi. Salah satu masalah yang dapat muncul setelah dilakukan amputasi adalah terjadinya gangguan perfusi perifer tidak efektif (Defa Arisandi *et al*, 2024).

⁷ International Diabetes Federation (IDF) tahun 2021, mencatat 463 juta orang pada usia 20-79 tahun di dunia menderita DM di tahun 2021 atau setara dengan angka prevalensi 9,3 % dari total penduduk pada usia yang sama. Sementara lebih dari 6,7 juta orang diperkirakan meninggal akibat penyakit tersebut. Prevalensi DM diperkirakan meningkat seiring bertambahnya usia penduduk menjadi 19,9% atau 111,2 juta pada usia 65-79 tahun (IDF, 2021). Menurut Info datin (2020), kasus DM diprediksi akan meningkat mencapai 578 juta pada tahun 2030 dan 700 juta di tahun 2045 mendatang. Indonesia menjadi negara dengan jumlah penderita DM terbesar ketujuh yaitu sebanyak 10,7 juta warga Indonesia berusia 20-79 tahun (IDF, 2019).⁹ Prevalensi terjadinya penderita ulkus diabetik di indonesia sekitar 15%, angka amputasi 30%, selain itu angka kemarin 1 tahun pasca amputasi sebesar 14,8%. Bahkan, jumlah penderrita ulkus diabetik di indonesia

dapat terlihat dari kenaikan prevalensi sebanyak 11% (Riskesdas, 2018), pasien diabetes mellitus di RSUD Jombang pada tahun 2024 sejumlah 75 pasien. pasien amputasi akibat diabetik sejumlah 1 pasien (januari-juni) di ruangan Bima RSUD Jombang.

⁴² Diabetes Melitus merupakan gangguan kesehatan yang berupa kumpulan gejala disebabkan oleh peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan ataupun resistensi insulin (Bustan,2021). ²⁴ Diabetes disebabkan oleh berbagai faktor risiko seperti faktor genetik, obesitas, perubahan gaya hidup, pola makan yang salah dan obat-obatan yang mempengaruhi kadar gula darah, kurangnya aktivitas fisik, proses penuaan, kehamilan, merokok dan stres. ³ Komplikasi yang umum dialami penderita DM adalah kaki diabetik dengan ulkus. Ulkus kaki diabetik disebabkan oleh proses neuropati perifer, penyakit arteri perifer, ataupun keduanya. Hal tersebut terjadi karena adanya gangguan perfusi perifer pada pasien diabetes yang tidak ditangani dengan benar (PERKENI, 2020).

Luka diabetik pada kaki pasien diabetes yang berujung pada kejadian amputasi sering ditimbulkan oleh gangguan sirkulasi pada ekstremitas bawah ³ (Syah & Oktorina, 2022). Ulkus kronis dan amputasi mengakibatkan penurunan kualitas hidup yang signifikan dan meningkatkan risiko kematian dini. Amputasi yang terjadi 10 sampai 20 kali lebih umum terjadi pada pasien diabetes daripada orang tanpa diabetes, dan diperkirakan bahwa setiap 30 detik anggota tubuh bagian bawah atau bagian dari anggota tubuh bagian bawah hilang sebagai akibat dari diabetes (*International Diabetes Federation, 2020*).

Gangguan perfusi perifer salah satunya terjadi karena adanya hiperglikemi yang tidak terkontrol, yaitu adanya akumulasi produk gula dalam darah dan

abnormalitas sel endotel pembuluh darah sehingga mengganggu proses aktivitas penghantaran impuls oleh saraf serta kerusakan dinding pembuluh darah (Syafri, 2021). Hal ini dapat menimbulkan tanda gejala terus pada pasien, meliputi: *parastesia, klaudikasio intermiten*, nyeri, edema, denyut nadi perifer menurun, adanya perbedaan tekanan darah brachial dengan ekstremitas ($ABI < 0,90$ (normal $ABI: 0,9-1,4$), sehingga menyebabkan proses penyembuhan luka yang lambat (Black & Hawks, 2020; Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2020). Masalah keperawatan yang dapat dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala tersebut, yaitu: perfusi perifer tidak efektif. Perfusi perifer tidak efektif merupakan kondisi tubuh yang berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2022). gangguan perfusi perifer pada diabetes juga bisa disebabkan saat dilakukan amputasi karena amputasi menghilangkan pembuluh darah dan jaringan yang menyuplai oksigen ke area tersebut, sehingga sirkulasi darah terganggu dan amputasi dapat menyebabkan kerusakan pada saraf dan jaringan sekitar yang dapat mengganggu kemampuan tubuh untuk mengatur aliran darah secara tepat (kemenkes, 2021).

Gangguan perfusi perifer yang disebabkan oleh diabetes dan amputasi dapat dicegah dengan pemberian ⁹⁵ *Packed Red Cell* (PRC). PRC adalah komponen darah yang mengandung sel darah merah (*eritrosit*) yang dipisahkan dari plasma. ³⁹ pemberian transfusi darah *packed red cell* (PRC) dapat meningkatkan kadar Hb dan dilakukan dengan tujuan untuk memungkinkan penggunaan darah bagi keperluan pengobatan dan pemulihan kesehatan (Lela Diah *et al*, 2023).

59

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus (DM) *post* amputasi *above knee* dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif?

19

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi gambaran asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus (DM) *post* amputasi *above knee* dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran pengkajian keperawatan pada pasien diabetes melitus (DM) *post* amputasi *above knee* dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif.
2. Mengidentifikasi gambaran diagnosa keperawatan pada pasien diabetes melitus (DM) *post* amputasi *above knee* dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif.
3. Mengidentifikasi gambaran intervensi keperawatan pada pasien diabetes melitus (DM) *post* amputasi *above knee* dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif.
4. Mengidentifikasi gambaran implementasi keperawatan pada pasien diabetes melitus (DM) *post* amputasi *above knee* dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif.

5. Mengidentifikasi gambaran **evaluasi** keperawatan **pada** pasien diabetes melitus (DM) *post* amputasi *above knee* **dengan masalah** keperawatan **perfusi perifer tidak efektif**.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan medikal bedah khususnya dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus *post* amputasi *above knee* **dengan masalah** keperawatan perfusi perifer tidak efektif.

1.4.2 Praktis

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat di implementasikan dalam pemberian asuhan perawatan pasien sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan khususnya pada pasien diabetes mellitus *post* amputasi *above knee* **dengan masalah** keperawatan perfusi perifer tidak efektif.

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi Diabetes Melitus

Diabetes adalah penyakit kronis, yang terjadi ketika pankreas tidak memproduksi cukup insulin, atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya. Hal ini menyebabkan peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah atau hiperglikemia (WHO, *Diabetes in South-East Asia*, 2020). Diabetes melitus merupakan kondisi kronis yang terjadi ketika ada peningkatan ⁷⁷ kadar glukosa dalam darah karena tubuh tidak dapat menghasilkan atau cukup hormon ⁷⁷ insulin atau menggunakan insulin secara efektif (*International Diabetes Federation*, 2021).

Diabetes merupakan penyakit kronik menahun yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah (Hiperglikemia) akibat dari kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (ADA, 2020). Diabetes melitus merupakan penyakit yang ditandai dengan adanya hiperglikemia yang disebabkan oleh ketidakmampuan dari organ pankreas untuk memproduksi ¹⁰ insulin atau kurangnya sensitivitas insulin pada sel target tersebut. Abnormalitas pada metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang ditemukan pada penderita diabetes melitus terjadi dikarenakan kurangnya aktivitas insulin pada sel target. (Kerner and Briickel, 2021).

2.1.2 Etiologi Diabetes Melitus

1. Diabetes Melitus Tipe 1

a) Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe I. Kecenderungan genetic ini ditentukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*Human Leucocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

b) Faktor lingkungan

Faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel β pancreas, sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destuksi sel β pancreas.

2. Diabetes Melitus Tipe II

Rahmasari, (2021) etiologi diabetes melitus tipe II yaitu :

a) Obesitas

Obesitas didefinisikan sebagai akumulasi lemak abnormal atau berlebihan yang dapat mengganggu kesehatan. Seseorang dikategorikan kegemukan jika IMT ≥ 25 kg/m² dan obesitas jika IMT ≥ 30 kg/m² (WHO,2020). Obesitas merupakan komponen utama dari sindrom metabolic dan secara signifikan berhubungan dengan resistensi insulin.

b) Usia

Usia lebih dari 45 tahun adalah kelompok usia yang beresiko menderita diabetes mellitus. Lebih lanjut di katakan bahwa diabetes

melitus merupakan penyakit yang terjadi akibat penurunan fungsi organ tubuh (*degeneratif*) terutama gangguan organ pancreas dalam menghasilkan hormon insulin, sehingga diabetes melitus akan meningkat kasusnya sejalan dengan pertambahan usia.

c) Kurangnya aktivitas fisik

Data kemenkes (2021) menunjukkan bahwa lebih seperempat penduduk Indonesia kurang beraktivitas fisik. Saat olahraga otot menggunakan glukosa yang tersimpan dalam otot dan jika glukosa berkurang, otot mengisi kekosongan dengan mengambil glukosa dari darah. Ini mengakibatkan menurunnya glukosa darah sehingga memperbesar pengendalian glukosa darah.

d) Jenis kelamin

Laki-laki lebih rentan terkena diabetes karena beberapa hal yaitu hormone testosteron dimana jika kadar testostosterone yang rendah akan mengalami peningkatan lemak perut dan resistensi insulin. Faktor gaya hidup tidak sehat pada laki-laki seperti merokok juga bisa meningkatkan terjadinya diabetes.

e) Merokok

Pengaruh nikotin terhadap insulin diantaranya yaitu menyebabkan penurunan pelepasan insulin akibat aktivasi hormone katekolamin, pengaruh negatif pada kerja insulin, gangguan pada sel B pancreas dan perkembangan kearah resistensi insulin.

f) Stress

Stress dapat menyebabkan lonjakan kadar gula darah dan mengganggu keseimbangan hormone dalam tubuh, stress memicu pelepasan hormone kortisol dan epinefrin (adrenalin) yang meningkatkan kadar gula darah sebagai respon tubuh untuk memberikan energi. Pada penderita diabetes respon stress ini dapat memperburuk kondisi karena membuat kadar gula darah sulit dikendalikan dan memperlambat efektivitas insulin.

3. Gangren

Ulkus gangren terbentuk karena kerusakan kaki dari sebagian epidermis atau seluruh dermis. Gangrene merupakan ulkus yang terinfeksi disertai dengan kematian jaringan. Adanya neuropati pada kaki diabetes memudahkan terjadinya luka pada kaki akibat trauma tajam, tumpul atau termis tanpa disadari oleh penderita, misalnya kaki tertusuk paku, gesekan sepatu dan kompres air panas.

2.1.3 Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi diabetes melitus menurut Corwin, (2023); PERKENI, (2020), yaitu:

1. Diabetes melitus tipe 1

Diabetes melitus tipe 1 adalah penyakit hiperglikemia akibat ketiadaan absolut insulin. Sebelumnya, tipe diabetes ini disebut sebagai diabetes melitus dependen insulin (IDDM).

2. Diabetes melitus tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 adalah penyakit hiperglikemia akibat resistensi insulin disertai defisiensi relatif sampai yang dominan defek sekresi insulin

(PERKENI, 2020). Pada diabetes melitus tipe 2 meskipun kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal, jumlah insulin tetap rendah sehingga kadar glukosa plasma meningkat.

2.1.4 Manifestasi Klinis Diabetes Melitus

Menurut Sujono & Sukarmin (2022) manifestasi klinis pada penderita

DM, yaitu:

1. *Poliuria* (peningkatan volume urine)

Ginjal mencoba membuang kelebihan glukosa dari darah melalui urine.

Kondisi ini disebabkan oleh tingginya kadar gula darah yang membuat ginjal bekerja lebih keras. Untuk mengurangi kadar gula darah yang tinggi dengan membuangnya melalui urine yang secara alami menarik air dan menyebabkan produksi urine berlebih.

2. *Polidipsia* (peningkatan rasa haus)

akibat volume urine yang sangat besar dan keluarnya air yang menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi intrasel mengikuti dehidrasi ekstrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradien konsentrasi ke plasma yang hipertonik (sangat pekat). Dehidrasi intrasel merangsang pengeluaran ADH (antidiuretic hormone) dan menimbulkan rasa haus.

3. *Polifagia* (peningkatan rasa lapar).

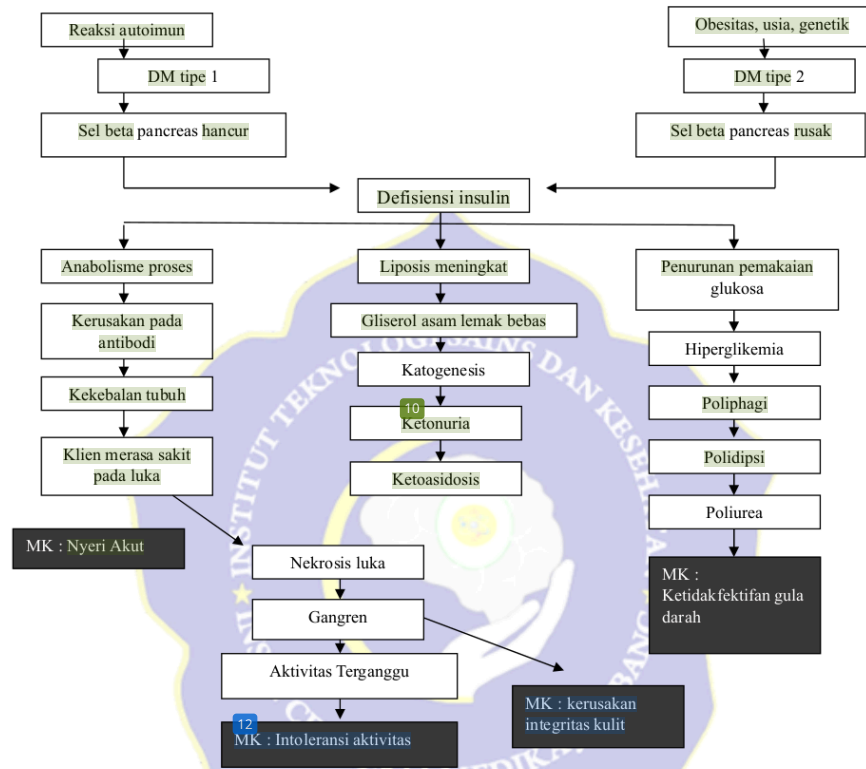
Sejumlah kalori hilang kedalam air kemih, penderita mengalami penurunan berat badan. Untuk mengkompensasi hal ini penderita seringkali merasa lapar yang luar biasa.

4. Rasa lelah dan kelemahan otot akibat gangguan aliran darah pada pasien diabetes lama, katabolisme protein di otot dan ketidakmampuan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi.

2.1.5 Patofisiologi Diabetes Melitus

Diabetes tipe I terjadi karena ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Defisiensi insulin juga akan mengganggu metabolisme protein dalam lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (*polifagia*).

DM tipe II merupakan suatu kelainan metabolik dengan karakteristik utama adalah terjadinya hiperglikemia kronik. Meskipun pula pewarisannya belum jelas, faktor genetik dikatakan memiliki peranan yang sangat penting dalam munculnya DM tipe II. Faktor genetik ini akan berinteraksi dengan faktor faktor lingkungan seperti gaya hidup, obesitas, rendah aktivitas fisik, diet, dan tingginya kadar asam lemak bebas. Resistensi insulin DM tipe II disertai dengan penurunan reaksi intra sel. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terjadi peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. (Smeltzer dan Bare, 2021).

2.1.6 ¹⁰ Pathway

Gambar 2. 1 Pathway Diabetes Melitus (DM)

Soleman, 2023

2.1.7 Penatalaksanaan Diabetes

1. Edukasi

Edukasi kesehatan merupakan bagian dalam pengolahan DM dengan edukasi orang dengan diabetes akan mengetahui penyakitnya dan memiliki kemampuan dalam merawat dirinya. Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengolahan DM secara holistik.

2. Terapi nutrisi

Terapi nutrisi adalah pemberian nutrisi sesuai dengan kebutuhan setiap penyandang DM. Tujuan secara umum terapi nutrisi atau gizi adalah membantu orang dengan diabetes memperbaiki kebiasaan gizi dan olahraga untuk mendapatkan kontrol metabolic yang lebih baik. Orang dengan DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan. ¹ (jadwal makan, jenis, dan jumlah kandungan kalori) terutama pada mereka yang menggunakan obat meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri. ¹ Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari : karbohidrat sebesar 45%- 65% total asupan energy, jenis ¹ karbohidrat paling baik adalah yang beresat tinggi.

3. Latihan jasmani/aktivitas fisik

Pada kondisi normal saat tubuh melakukan latihan fisik/olahraga energy yang dikeluarkan berasal dari glukosa dan asam lemak bebas. Energi awal berolahraga berasal dari cadangan ATP- PC otot, selanjutnya sumber energy dari cadangan glikogen otot, dan berikutnya glukosa. Apabila olahraga/latihan fisik dilakukan secara terus menerus, maka energy yang digunakan bersumber

dari glukosa yang didapatkan melalui pemecahan simpanan glikogen hepar (*glikogenoliasis*).

4. Terapi farmakologis

Terapi farmakologis ditambahkan jika sasaran glukosa darah belum tercapai dengan pengaturan makan dan latihan jasmani. Pengolahan diabetes secara farmakologis dapat berupa pemberian.

5. Pemantauan

Pemantauan glukosa dan keton secara mandiri untuk deteksi dan pencegahan hipoglikemi serta hiperglikemia.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Diabetes Melitus

1. Pemeriksaan kadar serum glukosa²⁷

- Gula darah puasa: glukosa lebih dari 120 mg/dl pada 2x tes
- Gula darah 2 jam PP : 200 mg/dl
- Gula darah sewaktu : lebih dari 200 mg/dl

2. Tes toleransi glukosa²⁷

Nilai darah diagnostik : kurang dari 140 mg/dl dan hasil 2 jam serta satu nilai lain lebih dari 200 mg/dl setelah beban glukosa 75 gr.

3. HbA1C

Kurang dari 8% mengindikasikan diabetes melitus yang tidak terkontrol.

4. Pemeriksaan kadar glukosa urin. (Yuliana, 2020)

2.1.9 Komplikasi Diabetes Melitus

⁸ Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol pada penderita DM tipe II akan menyebabkan berbagai komplikasi. Komplikasi DM tipe II terbagi menjadi dua berdasarkan lama terjadinya yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronik (Smeltzel dan Bare, 2015; PERKENI, 2015).

1. Komplikasi akut

a. Ketoasidosis Diabetik (KAD)

KAD merupakan komplikasi akut DM yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi (300-600 mg/dl), disertai dengan adanya tanda dan gejala asidosis dan plasma keton (+) kuat. Osmolaritas plasma meningkat (300-320 mOs/Ml) dan terjadi peningkatan anion gap.

b. Hipoglikemi

Hipoglikemi ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah hingga mencapai <60 mg/dL. Gejala hipoglikemia terdiri dari gejala adrenergik (berdebar, banyak keringat, gemetar, rasa lapar) dan gejala neuroglikopenik seperti pusing, gelisah, kesadaran menurun sampai koma.

c. Hiperosmolar Non Ketonik (HNK).

Pada keadaan ini terjadi peningkatan glukosa darah sangat tinggi (600-1200 mg/dl), tanpa tanda dan gejala asidosis, osmolaritas plasma sangat meningkat (330-380 mOs/ml), plasma keton (+/-), anion gap normal atau sedikit meningkat.

2. Komplikasi kronik

Komplikasi kronis Menurut Smeltzer 2020, kategori umum komplikasi jangka panjang terdiri dari:

a) Komplikasi makrovaskuler

Biasanya berkembang pada penderita diabetes mellitus adalah trombosit otak (pembekuan darah pada sebagian otak), gagal jantung kongesif, mengalami penyakit jantung koroner (PJK), dan stroke.

b) Komplikasi mikrovaskuler

- 1) Makroangiopati: pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi, pembuluh darah otak.
- 2) Mikroangiopati: pembuluh darah kapiler retina mata (retinopati diabetik) dan Pembuluh darah kapiler ginjal (nefropati diabetic).
- 3) Neuropati : suatu kondisi yang mempengaruhi sistem saraf, di mana serat- serat saraf menjadi rusak sebagai akibat dari cedera atau penyakit.
- 4) Amputasi

2.2 Konsep Amputasi

2.2.1 Amputasi

Amputasi berasal dari kata "*amputare*" yang berarti "pancung". Amputasi adalah tindakan memisahkan bagian tubuh sebagian atau seluruh bagian ekstremitas yang dilakukan dalam kondisi pilihan terakhir ketika masalah yang terjadi pada ekstremitas tidak dapat diperbaiki dengan menggunakan teknik lain atau kondisi organ atau dapat membahayakan keselamatan tubuh klien. Amputasi dapat juga diberikan sebagai pengangkatan/pembuangan sebagian anggota tubuh atau anggota gerak yang disebabkan oleh adanya trauma, gangguan peredaran darah, osteomielitis, dan kanker melalui proses pembedahan. Amputasi merupakan tindakan yang melibatkan beberapa sistem tubuh, seperti sistem integumen, sistem persarafan, sistem muskuloskeletal, dan sistem kardiovaskuler (Deni & Nursiswati, 2021).

2.2.2 Etiologi Amputasi

Menurut Deni, (2020) Etiologi amputasi adalah sebagai berikut :

1. Iskemia: penyakit vaskular perifer (sering terjadi sebagai gejala sisa diabetes mellitus), ganggren, tumor ganas, infeksi dan arteriosklerosis.
2. Trauma: perang, thermal injury seperti luka bakar, dan cedera.

2.2.3 Klasifikasi Amputasi

Berdasarkan pelaksanaan amputasi, dibedakan menjadi :

1. Amputasi selektif/terencana

Amputasi jenis ini dilakukan pada penyakit yang terdiagnosis dan mendapat penanganan yang baik serta terpantau secara terus-menerus. Amputasi dilakukan sebagai salah satu tindakan alternative terakhir.

2. Amputasi akibat trauma

Merupakan amputasi yang terjadi sebagai akibat trauma dan tidak direncanakan. Kegiatan tim kesehatan adalah memperbaiki kondisi lokasi amputasi serta memperbaiki kondisi umum klien.

3. Amputasi darurat

Kegiatan amputasi dilakukan secara darurat oleh tim kesehatan. Biasanya merupakan tindakan yang memerlukan kerja yang cepat seperti pada trauma dengan patah tulang multiple dan kerusakan/ kehilangan kulit luas.

Berdasarkan tingkatan amputasi :

a. Ekstremitas atas

Amputasi pada ekstremitas atas dapat mengenai tangan kanan atau kiri. Hal ini berkaitan dengan aktivitas sehari-hari seperti makan, minum, mandi, berpakaian dan aktivitas lainnya yang melibatkan tangan.

b. Ekstremitas bawah

Amputasi pada ekstremitas ini dapat mengenai semua atau sebagian dari jari- jari kaki yang menimbulkan seminimal mungkin kemampuannya. Adapun amputasi yang sering terjadi pada ekstremitas ini dibagi menjadi dua letak yaitu:

1) Amputasi dibawah lutut (*below knee amputation*)

Ada dua metode pada amputasi jenis ini yaitu amputasi pada nonischemic limb dan inschemic limb.

2) Amputasi diatas lutut (*belove knee*)

Amputasi ini memegang angka penyembuhan tertinggi pada pasien dengan penyakit perifer.

3) Nekrosis

Pada keadaan nekrosis biasanya dilakukan dulu terapi konservatif, bila tidak berhasil dilakukan reamputasi pada level yang lebih tinggi

4) Kontraktur

Kontraktur sendi dapat dicegah dengan mengatur letak stumb amputasi serta melakukan latihan sedini mungkin. Terjadinya kontraktur sendi karena sendi terlalu lama diistirahatkan atau tidak digerkan.

5) Neuroma

Terjadi pada ujung-ujung saraf yang dipotong terlalu rendah sehingga melengket dengan kulit ujung stump. Hal ini dapar dicegah dengan memotong saraf lebi proksimal dari stump sehingga tertanam didalam otot.

2.2.4 Manifestasi Klinis Amputasi

Beberapa manifestasi klinis yang terjadi pada amputasi adalah :

1. Kehilangan anggota gerak (ekstremitas atas atau bawah)
2. Nyeri pada bagian yang diamputasi yang bersal dari neuroma ujung saraf yang dekat dengan perukaan
3. Edema yang apabila tidak ditangani menyebabkan hiperplasia varikosa dengan keronitis
4. Dermatitis pada tempat tekanan ditemukan kista (epidermal atau ateron)
5. *Bursitis* (terbentuk busa tekanan antara penonjolan tulang dan kulit)
6. Bila kebersihan kulit diabaikan terjadi folikulitis dan furunkulitis
7. Sedih dan harga diri rendah (*self esteem*) dan diikuti proses kehilangan (*grieving process*).

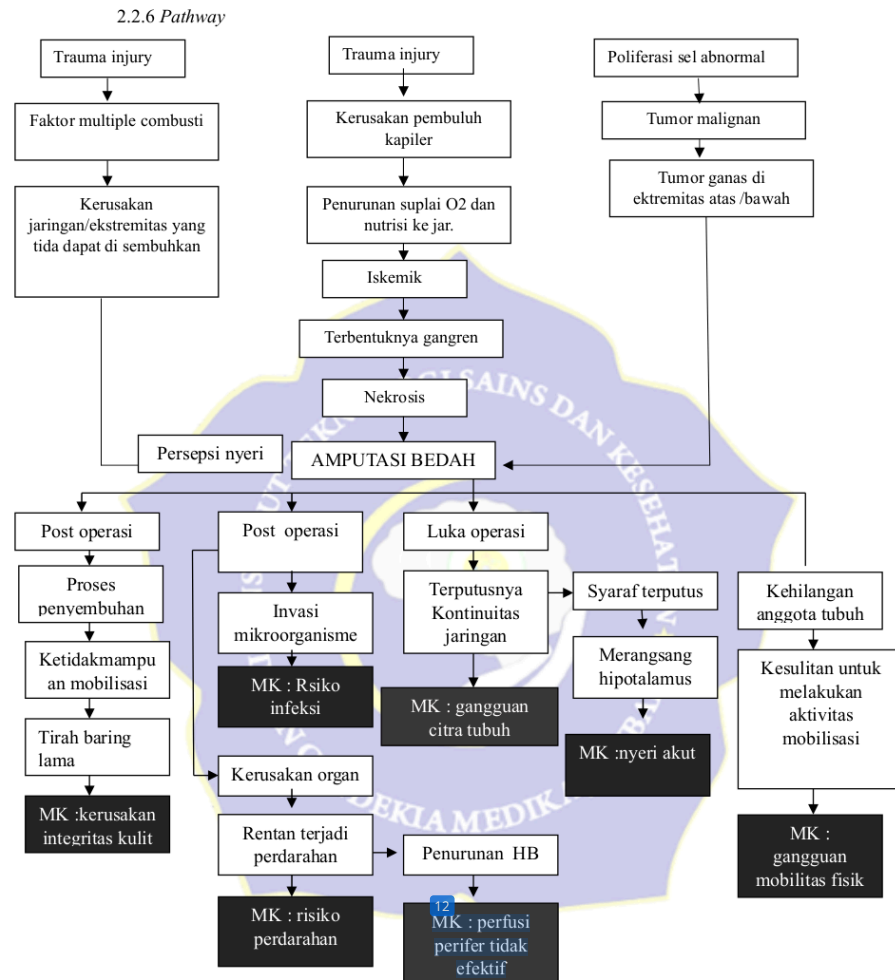
2.2.5 Patofisiologi Amputasi

Amputasi merupakan hasil dari atau diakibatkan oleh gangguan aliran darah baik akut maupun kronik. Pada keadaan akut organ sebagian atau keseluruhan dipotong dan jaringan yang mati diangkat. Terjadi anjuran baru untuk penyambungan kembali dari jair atau bagian tubuh yang kecil, tetapi tidak bagian otot. Tubuh mungkin merasa sebuah amputasi persial sebagai ancaman dan sepsis mungkin berkembang pada beberapa kasus bagian tubuh yang dipindahkan digunakan untuk mencegah kematian klien. Klien yang menghadapi situasi ini memerlukan konseling, mereka mungkin tidak akan mau mengorbankan sebuah anggota tubuhnya, meskipun tidak berfungsi untuk lebih memastikan hidupnya.

Pada proses penyakit yang kronik sirkulasi terputus, aliran darah vena sedikit, protein bocor kedalam ruang intertisiu dan edema berkembang, edema meningkatkan resiko injury dan lebih jauh menurunkan sirkulasi terputus dan

penurunan proses imun sehingga bakteri mudah berkolonisasi, adanya proses infeksi yang progresif lebih jauh akan mengakibatkan sirkulasi terhambat dan kemungkinan besar menjadi gangrene yang mana merupakan hal yang harus dilaksanakannya amputasi.





Gambar 2. 2 Pathway Amputasi Syamsiyah,2021

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang Amputasi

1. CBC: penurunan darah yang tiba-tiba menandakan hemoragi dan peningkatan sel darah putih yang tiba-tiba mengidentifikasi adanya infeksi.
2. Kimia darah: ukuran elektrolit dan pengisian cairan seimbang, selama operasi klien sering menerima cairan iv

2.2.8 Penatalaksanaan Amputasi

Penatalaksanaan amputasi yaitu dengan tindakan operasi namun tindakan ini dilakukan sebagian kecil sampai dengan sebagian besar dari tubuh, dengan dua metode :

1. Metode terbuka (*guillotine amputation*)

Metode ini digunakan pada klien dengan infeksi yang mengembang. Bentuknya benar-benar terbuka dan dipasang drainage agar luka bersih, dan luka dapat ditutup setelah tidak terinfeksi

2. Metode tertutup (*flap amputation*)

Pada metode ini, kulit tepi ditarik pada atas ujung tulang dan dijahit pada daerah yang diamputasi.

2.2.9 Komplikasi Amputasi

1. Pendarahan

Karena ada pembuluh darah besar yang dipotong, dapat terjadi pendarahan massif sehingga menyebabkan penurunan HB dan terjadi masalah perfusi perifer tidak efektif

2. Infeksi

Merupakan infeksi pada semua pembedahan dengan peredaran darah buruk atau kontaminasi luka setelah amputasi traumatic, resiko infeksi meningkat.

3. Kerusakan kulit

Penyembuhan luka yang buruk dan iritasi akibat protesis dapat menyebabkan kerusakan kulit.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Amputasi

Asuhan keperawatan menurut Thalib & St. Arisah (2023),

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Data Umum

Berisi tentang identitas pasien yang meliputi nama, umur, No.RM, jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat, pekerjaan, status perkawinan, jam datang, jam diperiksa, informasi data pasien.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama yang dirasakan pasien

Riwayat kesehatan sekarang : alasan masuk rumah sakit. Biasanya klien masuk ke RS dengan keluhan nyeri, kesemutan pada ekstremitas, luka yang sukar sembuh, Sakit kepala, menyatakan seperti mau muntah, kesemutan, lemah otot, disorientasi, letargi, koma dan bingung.

b. Riwayat kesehatan dahulu : penyakit yang pernah dialami, sebelumnya pernah dirawat dimana, operasi, riwayat alergi, status imunisasi, kebiasaan obat-obatan.

c. Riwayat kesehatan keluarga : riwayat penyakit genetik atau keturunan.

3. Pengkajian pola Gordon

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pada pasien gangren kaki diabetik terjadi perubahan persepsi dan tatalaksana hidup sehat karena kurangnya pengetahuan tentang dampak

gangren pada kaki diabetik, sehingga menimbulkan persepsi negative terhadap diri dan kecenderungan untuk tidak mematuhi prosedur pengobatan dan perawatan ¹⁷ yang lama.

b. Pola Nutrisi Metabolik

Akibat produksi insulin yang tidak adekuat atau adanya defisiensi insulin maka kadar gula darah tidak dapat dipertahankan sehingga menimbulkan keluhan sering kencing, ⁹⁹ banyak makan, banyak minum, berat badan menurun dan mudah lelah. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan terjadinya gangguan nutrisi dan metabolisme yang dapat mempengaruhi status kesehatan penderita. Nausea, vomitus, berat badan menurun, turgor kulit jelek, mual muntah.

c. Pola Eliminasi

Adanya hiperglikemia menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang menyebabkan pasien sering kencing (*poliuri*) dan pengeluaran glukosa pada urine (*glukosuria*). Pada eliminasi alvi relatif tidak ada ³³ gangguan

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Kelemahan, ⁴¹ susah berjalan dan bergerak, kram otot, gangguan istirahat dan tidur, tachicardi/tachipnea pada waktu melakukan aktivitas dan bahkan sampai terjadi koma. Adanya luka gangren dan kelemahan otot pada tungkai bawah menyebabkan penderita tidak mampu melakukan aktivitas sehari hari secara maksimal, penderita mudah mengalami kelelahan.

e. Pola ¹²Istirahat dan Tidur

Istirahat tidak efektif adanya poliuri, nyeri pada kaki yang luka, sehingga klien mengalami kesulitan tidur

f. Kognitif Persepsi

Pasien dengan gangren cenderung mengalami neuropati/ mati rasa pada luka sehingga tidak peka terhadap adanya nyeri. Pengecapan mengalami penurunan, gangguan penglihatan.

g. Persepsi dan konsep diri

Adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh menyebabkan penderita mengalami ⁸gangguan pada gambaran diri. Luka yang sukar sembuh, lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga (*self esteem*).

h. Peran hubungan

Luka gangren yang sukar sembuh dan berbau menyebabkan penderita malu dan menarik diri dari pergaulan.

i. Koping Toleransi

Lamanya waktu perawatan, perjalannya penyakit kronik, persaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reasi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung, dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif/adaptif.

j. Nilai Kepercayaan

Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh serta luka pada kaki tidak menghambat penderita dalam melaksanakan ibadah tetapi mempengaruhi pola ibadah penderita.

k. Seksualitas

Angiropati dapat terjadi pada pembuluh darah diorgan reproduksi sehingga menyebabkan gangguan potensi seks, gangguan kualitas maupun ereksi serta memberi dampak dalam proses ejakulasi serta orgasme. Adanya peradangan pada vagina, serta orgasme menurun dan terjadi impoten pada pria. Risiko lebih tinggi terkena kanker prostat berhubungan dengan nefropati.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

- 1) Status penampilan kesehatan: lemah
- 2) Tingkat kesadaran kesehatan: composmentis, apatis, somnolen, delirium, stupor, koma. Tergantung penyebaran penyakit.
- 3) Tanda-tanda vital:
 - a) Frekuensi nadi dan tekanan darah
 - b) Frekuensi pernapasan: takipnea, dispnea, pernapasan dangkal, penggunaan otot bantu pernapasan, pelebaran nasal
 - c) Suhu tubuh: hipertermi akibat bakteri yang direspon oleh hipotalamus

- d) Berat badan dan Tinggi badan: kecenderungan berat badan mengalami penurunan

b. Pemeriksaan *Head To Toe*

- 1) Kepala
 - Tujuan Untuk mengetahui turgor kulit serta tekstur kulit kepala dan untuk mengetahui adanya lesi atau bekas luka.
 - inspeksi Lihat ada tau tidaknya lesi, warna coklat kehitaman, edema dan distribusi rambut, untuk mengetahui bentuk dan fungsi kepala serta mengetahui luka atau kelainan pada kepala.
 - Palpasi Raba dan tentukan turgor kulit elastis atau tidak, tekstur halus, kasar, akril hangat atau dingin.
- 2) Mata
 - Tujuan Untuk mengetahui bentuk serta fungsi mata, serta mengetahui adanya kelainan pandangan mata atau tidak.
 - inspeksi Lihat kelopak mata ada lubang atau tidak, reflek berkedip baik/tidak, konjungtiva dan sclera.
 - palpasi Tekan dengan ringan untuk mengetahui adanya TIO (Tekanan Intra Okuler) jika ada peningkatan akan terasa keras, adanya nyeri tekan atau tidak.
- 3) telinga
 - tujuan Untuk mengetahui keadaan telinga, kedalaman, telinga luar, saluran telinga, gendang telinga.
 - inspeksi Daun telinga simetris atau tidak, ukuran, warna, bentuk kebersihan dan lesi.
 - palpasi Tekan daun telinga adalah respon nyeri atau tidak serta rasakan kelenturan kartilago.
- 4) hidung
 - tujuan Untuk mengetahui bentuk serat fungsi dari hidung dan mengetahui ada atau tidaknya inflamasi atau sinusitis.
 - inspeksi Simetris atau tidaknya hidung, ada atau tidaknya inflamasi, serta ada tidaknya secret.
 - Palpasi Adanya nyeri tekan atau tidak.
- 5) Mulut dan tenggorokan
 - tujuan Untuk mengetahui kelainan dan bentuk pada mulut, dan mengetahui kebersihan mulut
 - inspeksi Lihat pada bagian bibir apakah ada kelainan congenital (bibir sumbing) kesimetrisan, warna, pembengkakan, lesi, kelembapan, amati juga jumlah dan bentuk gigi, berlubang, warna plak dan kebersihan gigi.
 - Palpasi Pegang dan tekan pelan daerah pipi kemudian rasakan ada masa atau tumor, odem atau nyeri
- 6) Leher
 - tujuan Untuk mengetahui struktur integritas leher, bentuk

- serta organ yang berkaitan untuk memeriksa sistem limfatik.
- Inspeksi Anti tiroid, dan amati kesimetrisan leher dari depan, belakang dan samping.
- Palpasi Pegang leher klien, anjurkan klien untuk menelan dan rasakan adanya kelenjar tiroid.
- 7) Thorax
- a) Paru
- tujuan Untuk mengetahui kesimetrisan, irama nafas, frekuensi, ada atau tidaknya nyeri tekan, dan untuk mendengarkan bunyi paru.
- inspeksi Amati bentuk dada dan pergerakan dada kanan dan kiri, amati adanya retraksi intercostal, amati pergerakan paru.
- palpasi Ada atau tidaknya nyeri tekan
- perkusi Menentukan batas normal suara ketukan normal paru. Bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru, jika disertai efusi pleura akan didapati suara redup hingga pekak, jika disertai pneumothorax akan disertai bunyi hiperesonon.
- b) jantung
- inspeksi Ictus cordis tidak tampak
- palpasi Ictus cordis teraba pada ICS ke kiri
- perkusi Redup
- Auskultasi Reguler (S1 + S2) lup-dup
- 8) abdomen
- tujuan mengetahui gerakan dan struktur perut, mendengarkan suara aliran usus, serta memeriksa keberadaan atau ketiadaan nyeri tekan pada organ-organ di dalam abdomen.
- inspeksi bentuk perut secara keseluruhan, perhatikan warna kulit, apakah terdapat retraksi atau benjolan, periksa simetri perut, dan identifikasi adanya tanda-tanda ascites atau tidak.
- palpasi Ada atau tidaknya massa dan respon nyeri.
- auskultasi Mendengarkan bising usus normal 10-12 x/menit.
- perkusi Tympani
- 9) muskuloskeletal
- mengetahui mobilitas kekuatan otot dan gangguan gangguan di daerah tertentu
- Mengenali ukuran adanya atrofi dan hiperatrofi, amati kekuatan otot dengan memberi penahan pada ekstremitas.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 2. 1 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
1	Nyeri Akut (D.0077). Penyebab : 1. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemik, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, tindakan operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).	Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 13 bulan Kondisi klinis terkait: 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom coroner akut 5. glaukoma	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: 1. mengeluh nyeri Objektif: 1. tampak meringis 2. bersikap protektif 3. gelisah 4. frekuensi nadi meningkat Tanda dan Gejala Minor: Subjektif : (tidak tersedia) Objektif: 1. tekanan darah meningkat 2. pola napas berubah 3. nafsu makan berubah 4. proses berfikir terganggu 5. menarik diri 6. berfokus pada diri sendiri 7. diaforesis
2	Gangguan citra tubuh (D.0083) Penyebab : 1. perubahan struktur/bentuk tubuh (amputasi, trauma) 2. perubahan fungsi tubuh 3. perubahan fungsi kognitif 4. gangguan psikososial 5. efek tindakan pengobatan	Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu. Kondisi klinis terkait: 1. mastektomi 2. amputasi 3. jerawat 4. luka bakar 5. obesitas 6. gangguan psikiatrik 7. program terapi neoplasma	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: 1. mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh Objektif: 1. kehilangan bagian tubuh 2. fungsi/struktur tubuh berubah/hilang Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: 1. tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
			n bagian tubuh 2. mengungkapkan perasaan negative tentang perubahan tubuh 3. mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain 4. mengungkapkan perubahan gaya hidup Objektif: 1. menyembunyikan/ menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan 2. menghindari melihat/menyentuh bagian tubuh 3. fokus berlebihan pada perubahan tubuh 4. respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh 5. fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu 6. hubungan sosial berubah
3	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) Penyebab: 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan masa otot 6. Keterlamabatan perkembangan 7. Kekakuan sendi 8. Kontraktur 9. Malnutrisi	Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Kondisi klinis terkait: 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Trauma 4. Fraktur 5. <i>Osteoarthritis</i> 6. <i>Osteomalasia</i> 7. keganasan	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: 1. mengeluh kesulitan menggerakkan ekstremitas Objektif: 1. kekuatan otot menurun 2. rentang gerak (ROM) menurun Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: 1. nyeri saat bergerak 2. enggan melakukan pergerakan 3. merasa cemas saat bergerak

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
	10. Gangguan muskuloskeletal		Objektif: 1. sendi kaku
	11. Gangguan neuromuskular		2. gerakan tidak terkoordinasi
	12. Efek agen farmakologis		3. gerakan terbatas
	13. Kecemasan		4. fisik lemah
	14. Gangguan kognitif		
	15. Gangguan sensori persepsi		
4	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) Penyebab: 1. perubahan sirkulasi 2. perubahan status nutrisi 3. kekurangan/keseimbangan volume cairan 4. penurunan mobilitas 5. bahan kimia iritatif 6. suhu lingkungan yang ekstrem 7. faktor mekanis 8. efek samping terapi radiasi 9. kelembaban 10. proses penuaan 11. neuropati perifer 12. perubahan pigmentasi 13. perubahan hormonal	Kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi/ligament) Kondisi klinis terkait: 1. imobilisasi 2. gagal jantung kongesif 3. gagal ginjal 4. diabetes mellitus 5. AIDS	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Kerusakan jaringan atau lapisan kulit Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma
5.	Risiko perdarahan (D.0012) Faktor risiko : 1. Aneurisma 2. Gangguan gastrointestinal 3. Gangguan	Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal maupun eksternal. Kondisi klinis terkait: 1. Aneurisma 2. Koagulopati	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: (tidak tersedia) Tanda dan Gejala Minor:

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
	fungsi hati	<i>intravaskuler</i>	Subjektif: (tidak tersedia)
4.	Komplikasi kehamilan	3. Sirosis hepatis	Objektif: (tidak tersedia)
5.	Komplikasi pasca partum	4. Ulkus lambung	
6.	Gangguan koagulasi	5. Varises	
7.	Efek agen farmakologis	6. <i>Trombositopenia</i>	
8.	Tindakan pembedahan	7. Ketuban pecah sebelum waktunya	
9.	Trauma	8. Plasenta previa	
10.	Proses keganasan	9. <i>Atonia uterus</i>	
		10. <i>Retensi plasenta</i>	
		11. Tindakan pembedahan	
		12. Kanker	
		13. Trauma	
6.	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) Penyebab :	Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh Kondisi klinis terkait:	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: (tidak tersedia) Mayor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun Tanda dan Gejala Minor: Minor: Subjektif: 1. <i>Parastesia</i> 2. Nyeri ekstremitas Objektif: 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks <i>ankle-brachial</i> <0,90 4. <i>Bruit femoral</i>
	1. Hiperglikemia	1. Tromboflebitis	
	2. Penurunan konsentrasi hemoglobin	2. Diabetes mellitus	
	3. Peningkatan tekanan darah	3. Anemia	
	4. Kekurangan volume cairan	4. Gagal jantung kongesif	
	5. Penurunan aliran arteria tau vena	5. <i>Thrombosis arteri</i>	
	6. Kurang aktivitas fisik	6. Varises	
		7. <i>Thrombosis vena dalam</i>	
		8. Sindrom kompartemen	

Sumber:SDKI,2019

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
Nyeri akut (D.0077)	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama... jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri (1-5) 2. Meringis (1-5) 3. Sikap protektif (1-5) 4. Gelisah (1-5) KET : 1 = meningkat 2 = cukup meningkat 3 = sedang 4 = cukup menurun 5 = menurun	Manajemen nyeri (Observasi : 1. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri 2. Identifikasi lokasi nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu perawatan amputasi (1.14557) Observasi : 1. Monitor adanya edema pada stump 2. Monitor nyeri <i>phantom</i> pada tungkai 3. Monitor prosthesis secara teratur 4. Monitor penyembuhan luka pada area insisi 5. Monitor masalah

18

**Diagnosa
keperawatan**

Tujuan dan Kriteria Hasil Rencana Tindakan

- psikologis
6. Identifikasi modifikasi gaya hidup dan alat bantu yang diperlukan

Terapeutik :

1. Motivasi berpartisipasi dalam memutuskan amputasi
2. Fasilitasi penggunaan matras/Kasur pengurang tekanan
3. Posisikan stump pada kesejajaran tubuh yang benar
4. Tempatkan stump bawah lutut dalam posisi ekstensi
5. Hindari meletakkan stump pada posisi menggantung untuk menurunkan edema
6. Hindari mengganti balutan stump segera setelah operasi selama tidak ada rembesan /tanda infeksi
7. Balut stump sesuai kebutuhan
8. Buat stump agar berbentuk kerucut melalui pembalutan
9. Lakukan Pereda nyeri non farmakologis
10. Motivasi merawat stump secara mandiri
11. Diskusikan tujuan jangka panjang program rehabilitasi

Edukasi :

1. Jelaskan bahwa nyeri phantom dapat terjadi beberapa minggu setelah pembedahan
2. Anjurkan menghindari duduk terlalu lama
3. Ajarkan latihan pascaoperasi
4. Ajarkan perawatan diri setelah pulang RS
5. Ajarkan tanda dan



18 Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
		gejala untuk dilaporkan ke fasilitas kesehatan
		6. Ajarkan merawat menggunakan prosthesis
		Kolaborasi :
		1. Rujuk ke layanan spesialis untuk modifikasi/perawatan komplikasi prosthesis
Gangguan citra tubuh (D.0083)	Citra tubuh (L. 09067)	1 Promosi citra tubuh (I.09305)
	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama... jam di harapkan citra tubuh membaik dengan kriteria hasil :	Observasi :
	1. melihat bagian tubuh (1-5)	1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan
	2. menyentuh bagian tubuh (1-5)	2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh
	3. verbalisasi kecacatan bagian tubuh (1-5)	3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial
	4. verbalisasi kehilangan bagian tubuh (1-5)	4. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri
	KET : 1 = memburuk 2 = cukup memburuk 3 = sedang 4 = cukup membaik 5 = membaik	5. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah
		Terapeutik
		1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya
		2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri
		3. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan, dan penuaan
		4. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh.
		Edukasi
		1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan citra tubuh
		2. Anjurkan mengungkapkan

18 Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
		gambaran diri terhadap citra tubuh 3. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung 4. Anjurkan menggunakan alat bantu 5. Latih fungsi tubuh yang dimiliki 6. Latih peningkatan penampilan diri 7. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain atau kelompok.
Gangguan mobilitas fisik (D.0054).	Mobilitas fisik (L05042). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas (1-5) 2. Kekuatan otot (1-5) 3. Rentang gerak (ROM) (1-5) KET : 1 = menurun 2 = cukup menurun 3 = sedang 4 = cukup meningkat 5 = meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri ata keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memula ambulasi 4. Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Anjarkan mobilisasi sederhana
Risiko perdarahan (D.0012)	Tingkat perdarahan (L.02017)	Pencegahan perdarahan (I.02067)

18 Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
	4 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil : 1. Membran mukosa lembab (1-5) 2. Kelembaban kulit (1-5) 3. Hemoptysis (1-5) 4. Hematuria (1-5) 5. Hemoglobin (1-5) 6. Hematokrit (1-5) KET: 1=menurun 2 = cukup menurun 3 = sedang 4 = cukup meningkat 5 = meningkat	6 Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematocrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4. Monitor koagulasi 4 Terapeutik : 1. Pertahankan bedrest selama perdarahan 2. Batasi tindakan invasive 3. Gunakan Kasur pencegah decubitus 4. Hindari pengukuran suhu rektal 4 Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2. Anjurkan menggunakan kaos kaki saat ambulasi 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 4. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan 5. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin 6. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan Kolaborasi : 1. Kolaborasi obat pengontrol perdarahan 2. Kolaborasi pemberian produk darah
44 Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	Perfusi perifer meningkat (L.02011) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer (1-5)	1 Perawatan sirkulasi (L.02079) Observasi : 1. Periksa sirkulasi perifer (mis nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, perokok,

10 Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
	2. Warna kulit (1-5) 3. Pengisian kantong (1-5) 4. Akral (1-5) 5. Turgor kulit (1-5) 6. Hemoglobin (1-5)	hipertensi, kolesterol tinggi) 3. Pantau kemerahan, nyeri bengkak pada ekstremitas
KET : 1 = menurun 2 = cukup menurun 3 = sedang 4 = cukup meningkat 5 = meningkat		
Terapeutik : 1. Hindari pemasangan infus diareka keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan torniwuet pada area yang cedera 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku 6. Lakukan hidrasi		
Edukasi : 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan olahraga rutin 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah secara teratur 5. Anjurkan menghindari obat penyekat beta 6. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit yang kering pada kaki) 7. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler 8. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 9. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus di laporkan (luka		

18 Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
		30 tidak sembuh, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat
		Tranfusi Darah (I.02089) :
		Observasi :
		1. Identifikasi rencana transfusi
		2. Monitor tanda- tanda vital sebelum, selama , dan setelah transfusi (TD, suhu,frekuensi napas, nadi)
		3. Monitor reaksi transfusi
		Terapeutik :
		1. Lakukan penge- 22 ganda pada label darah (golongan darah, tanggal kadaluwarsa, nomor seri, jumlah, identitas pasien)
		2. Pasang akses intravena, jika belum terpasang
		3. Periksa kepatenan akses intravena, flebitis, dan tanda infeksi lokal
		4. Berikan NACL 0,9 % 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan
		5. Atur kecepatan 14 aliran darah sesuai produk darah 10-15 ml/kgBB dalam 2-4 jam
		6. Berikan transfusi dalam 22 waktu maksimal 4 jam
		7. Hentikan transfusi jika terdapat reaksi transfusi
		Edukasi :
		1. Jelaskan tujuan dan prosedur transfusi
		2. Jelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu dilaporkan (gatal, pusing, sesak napas, nyeri dada)

Sumber:SLKI,SIKI 2019

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dalam proses keperawatan merupakan langkah keempat. Pada tahap ini, perawat melakukan tindakan dan aktivitas perawatan secara langsung terhadap klien. Tindakan perawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana intervensi atau tindakan perawatan yang telah disusun atau direncanakan sebelumnya.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam asuhan keperawatan dapat dilakukan dalam dua tahap, yaitu tahap formatif dan tahap sumatif. Evaluasi formatif adalah proses evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan berlangsung, sementara evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada akhir dari asuhan keperawatan tersebut. (Mubarag, 2022)

Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP (*Subjective, Objective, Analysis, Planning*).

1. Subyektif (S): Merujuk pada informasi yang disampaikan oleh keluarga atau pasien secara pribadi setelah intervensi keperawatan dilakukan.
2. Obyektif (O): Mengacu pada temuan atau informasi yang diperoleh oleh perawat secara langsung setelah intervensi keperawatan telah dilakukan.
3. Analisis (A): Melibatkan evaluasi hasil yang telah dicapai dengan membandingkannya dengan tujuan yang terkait dengan diagnosis pasien.
4. Perencanaan (P): Berdasarkan respon pasien yang diamati selama tahap evaluasi, rencana perawatan yang akan datang akan disusun.

METODE PENELITIAN

3.1 Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus. Tidak digunakannya statistik, kuantifikasi, ataupun angka-angka yang lain di penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif prinsipnya untuk memahami obyek yang diteliti secara mendalam. Tujuan penelitian kualitatif pada umumnya mencakup informasi tentang fenomena utama yang dieksplorasi dalam penelitian, partisipan penelitian dan lokasi penelitian (GÖKÇE, 2022).

Penelitian ini menggunakan laporan kasus untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan perfusi perifer tidak efektif pasca amputasi *above knee* di ruang Bima RSUD Jombang. Strategi asuhan keperawatan melibatkan pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3.2 Batasan Ilmiah

Penelitian ini sangat penting karena untuk memberikan batasan masalah yang digunakan dalam sebuah penelitian karena untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian dengan cara sebagai berikut:

1. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses rangkaian kegiatan keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien diberbagai tatan pelayanan kesehatan dan dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan bersifat humanistic

dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Bošnjaković, 2022).

2. Diabetes Melitus

Diabetes adalah penyakit kronis, yang terjadi ketika pankreas tidak memproduksi cukup insulin, atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya. Hal ini menyebabkan peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah atau hiperglikemia (WHO, Diabetes in South-East Asia, 2020).

3. Amputasi

Amputasi adalah tindakan memisahkan bagian tubuh sebagian atau seluruh bagian ekstremitas yang dilakukan dalam kondisi pilihan terakhir ketika masalah yang terjadi pada ekstremitas tidak dapat diperbaiki dengan menggunakan teknik lain atau kondisi organ atau dapat membahayakan keselamatan tubuh klien. (Deni & Nursiswati, 2021).

4. Perfusi perifer tidak efektif

Gangguan perfusi perifer salah satunya terjadi karena adanya hiperglikemi yang tidak terkontrol, yaitu adanya akumulasi produk gula dalam darah dan abnormalitas sel endotel pembuluh darah sehingga mengganggu proses aktivitas penghantaran impuls oleh saraf serta kerusakan dinding pembuluh darah (Syafri, 2021).

3.3 Partisipan

Subyek yang digunakan untuk penelitian adalah 1 klien atau 1 kasus dengan diagnose medis yang mengalami *post amputasi above knee* di ruang Bima RSUD Jombang, dengan kriteria klien sebagai berikut :

1. Klien dalam keadaan sadar, ⁹⁴GCS : E = 4, V = 5, M = 6
2. Klien berjenis kelamin laki-laki dengan usia 40-60 tahun
3. Klien yang bersedia untuk dilakukan studi penelitian
4. Pasien post amputasi hari ke-1

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Penelitian ini dilakukan di ruang Bima RSUD Jombang di Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52, Kepanjen Jombang.

2. Waktu Penelitian

Proses penyusunan perencanaan proposal sampai dengan hasil penelitian di mulai bulan Januari - Juni 2025 yang di dasarkan pada pemberian asuhan keperawatan pada periode sebelumnya.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah cara agar memperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, berikut ini metode pengumpulan data sebagai berikut:

1. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah kegiatan mencari data dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, agenda dan sebagainya. Yang diamati dalam studi

dokumentasi adalah benda mati. Dalam kasus ini peneliti menggunakan studi dokumentasi berupa lembar asuhan keperawatan.

² 3.6 Uji Keabsahan Data

Tingginya hasil data studi kasus menjadi tujuan pengujian validitas data.

Peranan yang meneliti karenanya sebagai instrumen utamanya keabsahan data diuji menggunakan cara:

1. Peneliti melakukan triangulasi data dengan menggunakan tiga sumber data untuk menjelaskan tanggapan responden, ² adapun pihak lain dalam studi kasus ini yaitu klien yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien, perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien dan perawat pelaksana yang jaga pada jam tersebut (Ennals & Fossey, 2021).

² 3.7 Analisa Data

Analisis data dimulai saat peneliti berada di lapangan dan berlanjut hingga semua data terkumpul. Menyajikan fakta, membandingkannya dengan hipotesis, dan mengungkapkan sudut pandang perdebatan adalah analisis data. Menceritakan jawaban wawancara mendalam untuk menjawab rumusan masalah adalah metode analitis. Peneliti menggunakan alat analisis untuk mengamati dan mencatat bukti, yang dianalisis dan dilakukan perbandingan terhadap teori guna mengusulkan intervensi (*"Qualitative Data Analysis,"* 2022). ² Langkah-langkah analisa datanya antara lain:

1. Pengumpulan data

Wawancara, observasi, dan data penelitian² dikumpulkan di lokasi studi kasus. Hasilnya dicatat sebagai catatan dan ditranskrip sebagai transkrip.

2. Mereduksi

Data wawancaranya serta lapangannya dievaluasi, dihasilkan dengan laporan makin lengkap serta metodis, ditranskripsikan, serta dinilai sebagai data subjektif serta objektif.

3. Penyajian data²

Sajikan data memakai tabel, bagan, grafik, ataupun narasi. Sembunyikan identitas pasien menjamin kerahasiaan.

4. Kesimpulan

Data diperiksa serta dilakukan perbandingan pada penelitian terdahulu serta teori perilaku kesehatan. Kesimpulannya dicapai melalui induksi. Pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, serta evaluasi menjadi data yang dilakukan pengumpulan.

3.6 Etika Penelitian

Etika persiapan studi kasus meliputi:

1. *Ethical clearance*

Karena penelitian ini akan melibatkan responden manusia, penelitian ini harus diuji oleh Komisi Etik Penelitian. Penelitian ini sudah dinyatakan lolos uji etik oleh tim KEPK ITSKEs ICMe dengan nomor: 413/KEPK/ITSKES-ICME/VII/2025

2. *Informed consent* (persetujuan menjadi klien)

Formulir izin memungkinkan peneliti serta klien penelitian untuk menyetujuinya. Formulir izin responden telah diisi sebelum studi kasus. Informed Consent membantu peserta memahami maksud penelitian.

3. *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etik keperawatan memastikan pemanfaatan penelitian dengan tidak menyebutkan namanya klien serta di lembar pengumpulan datanya cuman mencantumkan kode ataupun temuan penelitian.

4. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Peneliti studi kasus menjamin kerahasiaan semua data yang diperoleh.



HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi dan pengumpulan data

Lokasi penyusunan ² Karya Ilmiah Akhir studi kasus dan pengambilan data berada di ruang Bima RSUD Jombang. Ruang Bima adalah Ruang Zona Bedah di lingkungan RSUD Jombang. Ruang Bima terdapat 1 lantai di lantai 2 di gedung selatan RSUD Jombang dengan total bed 44. Ruangan Bima dibedakan menjadi 2 yaitu Bima Timur dan Bima Barat meliputi Bima Timur mulai dari bed 1-24 dan 1-4 adalah Ruang HCU sedangkan Bima Barat 25-40. Klien dalam studi kasus ini dirawat di ruang Bima barat bagian bed 28.

4.1.2 Asuhan keperawatan

1. Pengkajian identitas klien

Tanggal Masuk : 21 November 2024
Jam Masuk : 06.00 WIB
Tanggal Pengkajian: 26 November 2024
Jam Pengkajian : 21.00 WIB
No.RM : 658427
Nama : Tn.A
Umur : 54 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SLTA
Pekerjaan : Serabutan
Alamat : Palrejo, Sumobito

Status pernikahan :Menikah

2. Penanggung Jawab Pasien

Nama :Ny.S
Umur :52 Tahun
Jenis kelamin :Perempuan
Agama :Islam
Pendidikan :SLTA
Pekerjaan :Ibu rumah tangga
Alamat :Palrejo,Sumobito

Hubungan dengan pasien :Istri

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengatakan pusing

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien datang ke IGD pada hari rabu tanggal 20 November 2024 jam 18.30 WIB dengan keluhan nyeri pada kaki kanan karena luka, badan lemas, mata berkunang-kunang, pusing. Luka pada kaki kanan karena terkena skrop satu bulan yang lalu, luka tidak sembuh dan menjalar sampai ke lutut, di bawa ke ruangan bima pada hari kamis tanggal 21 November 2024. GDA saat di igd 580 mg/dl, masuk ruang bima dengan keluhan badan lemas, pusing, mata berkunang-kunang, Hb 7 g/dl. Pasien di rencanakan amputasi kaki kanan sampai lutut pada tanggal 26 November 2024 karena nekrosis. Sebelum amputasi pasien mendapatkan tranfusi darah sebanyak 5 kali. pasien di amputasi pada hari selasa 26/11/2024 jam 08.00, pasien setelah amputasi dan di pindah rungana pada jam 14.00, saat pengkajian jam 21.00 pasien mengatakan pusing, mata

berkunang-kunang, badan lemas. dan pasien mengeluh nyeri pada luka *post* amputasi, nyeri di rasa seperti tertusuk dan hilang timbul. Nyeri di rasakan dengan skala 6. Hb *post* amputasi 8,8 g/dl.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Tn. A memiliki penyakit diabetes mellitus sudah lebih dari 5 tahun

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai riwayat penyakit diabetes

4. Pola fungsi kesehatan

a. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok, tidak meminum alkohol, pasien mengatakan tidak mempunyai alergi, harapan pasien ingin segera sembuh agar bisa berkumpul dengan keluarga.

b. Nutrisi dan Metabolik

Di rumah pasien makan 3x dalam sehari dengan menu mencakup nasi, protein dan sayur. Di rumah sakit pasien masih puasa karena baru selesai dilakukan amputasi. Jumlah cairan 500cc/24 jam menggunakan infus NACL

c. Aktivitas dan Latihan

Di rumah klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan sendiri, namun setelah di rawat di rumah sakit klien berbaring di tempat tidur. Saat melakukan aktivitas klien dibantu oleh keluarga

Tabel 4.1 ⁵⁷ Aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum				✓	
Mandi				✓	
Toileting				✓	
Berpakaian				✓	
Berpindah				✓	
Mobilisasi di tempat tidur & ambulasi ROM				✓	
0: Mandiri	2: Dibantu orang		4: Tergantung total		
1: Menggunakan alat bantu	3: Dibantu orang lain dan alat				
1) Alat bantu	: Pasien terpasang kateter				

d. Tidur dan Istirahat

Pasien mengatakan mempunyai kebiasaan tidur saat di rumah pada waktu siang dan malam hari, lama tidur pasien mengatakan pada saat di rumah tidur sekitar 8 jam dan pada saat di rumah sakit pasien mengalami kesulitan tidur karena menahan nyeri, dan lama tidur pasien kurang lebih 4-5 jam.

e. Eliminasi

Pasien mengatakan pola defekasi BAB terakhir sebelum masuk rumah sakit yaitu kemarin, warna feses kuning kecoklatan, pola miksi spontan terpasang kateter, warna urine kuning jernih, jumlah urine 1000 ml/hari.

f. Pola persepsi diri (konsep diri)

Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan keadaannya sekarang, peran sekarang sebagai pasien, identitas diri sebagai kepala keluarga, pasien mempunyai minat untuk sembuh, pasien berpenampilan baik, pasien mengatakan system pendukung adalah keluarga, interaksi dengan orang lain baik, agama yang dianut adalah islam, nilai keyakinan pasien mengatakan ingin sembuh dan pasien percaya ini semua adalah cobaan yang maha esa.

g. Kognitif dan Perseptual

Keadaan mental composmentis, berbicara lancar dan jelas, kemampuan memahami pasien mudah memahami, pasien mampu mendengar dengan jelas, pasien mampu melihat dengan jelas.

5. Pemeriksaan fisik

a. Observasi pemeriksaan fisik

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 86 x/menit

Suhu : 36,8 °C

RR : 20 x/menit

Kesadaran : compos mentis

GCS : 4,5,6

Status gizi : Normal

Berat badan : 65 kg

Tinggi Badan : 160 cm

Sikap : protektif terhadap nyeri dan gelisah

b. Pemeriksaan *Head To Toe*

1) Kepala

Warna rambut hitam beruban, kuantitas rambut banyak, tekstur rambut sedikit kasar, kulit kepala bersih, bentuk kepala bulat.

2) Mata

Konjungtiva anemis, sclera putih, reflek pupil isokor, bola mata bulat sempurna.

3) Telinga

Bentuk telinga daun telinga lebar dan lengkung sempurna, kesimetrisan telinga kanan dan kiri simetris tidak ada pengeluaran cairan.

4) Hidung dan Sinus

Bentuk hidung mancung, warna sawo matang.

5) Mulut dan Tenggorokan

Bibir pucat, mukosa kering, gigi bersih, lidah terdapat warna putih, faring tidak ada sumbatan.

6) Leher

Bentuk simetris, warna sawo matang, posisi trakea tengah, pembesaran tiroid tidak ada pembesaran tiroid, dan tidak ada pembesaran JVP.

7) Thorax

a) Paru – paru

Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20x/menit, kedalaman nafas dalam, jenis pernafasan perut, adanya retraksi dada, irama nafas regular, ekspansi paru normal, vocal fremitus tidak seimbang, batas paru di antara costa ke 5 dan ke 6, suara nafas vesikuler.

b) Jantung

Ictus cordis tidak tampak, nyeri tidak ada, ² batas jantung kiri ICS 4-6, batas atas ICS 2, batas pinggang jantung ICS 3, bunyi jantung reguler S1 S2 lup dup.

8) Abdomen

Bentuk perut simetris, warna kulit sawo matang, bising usus 20x/menit, tidak ada nyeri tekan.

9) Genetalia

Pasien menggunakan kateter, berwarna kuning jernih, aroma yang khas, urine output sebanyak 1000 cc/24 jam

10) Ekstremitas

Pasien mengalami kesan hemiparase dextra, , pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan, nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul, warna kulit pucat, turgor kulit >2 detik, akral dingin.

6. Pemeriksaan penunjang

a) GDA

Tabel 4. 2 Hasil pemeriksaan GDA

Pemeriksaan	Hasil ⁶⁸	Nilai rujukan
26/11/2024	199 mg/dl	<200 mg/dl
27/11/2024	173 mg/dl	<200 mg/dl
28/11/2024	160 mg/dl	<200 mg/dl

Sumber data primer: rekam medis RSUD jombang

b) Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal 26- November- 2024

Tabel 4. 3 Pemeriksaan penunjang darah lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan
-------------	-------	--------

Pemeriksaan	Hasil	Satuan
Hematologi		
Hemoglobin	8,8 g/dl	13,2-17,2 g/dl
Leukosit	19.90 10^3 /ul	3,8-10,6
Hematokrit	25,1 %	40-56
Eritrosit	3,09 10^6 /ul	4,4-5,9
MCV	81,2 fl	82-92
MCH	31,6 pg	27-31
MCHC	34,7 g/l	31-34
RDW-CV	14,7 %	11,5-14,5
Trombosit	413 10^3 /ul	150-450
Hitung Jenis		
Eosinofil	0	2-4
Basofil	0	0-1
Batang	-	3-5
Segmen	95 %	50-70
Limfosit	2 %	25-40
Monosit	3 %	2-8
IG (Immature Granulocyte)	0,6 %	3
ANG (Neutrofil Absolute)	16,23 10^3 /ul	2,5-7
ALC (Limfosit Absolute)	0,3 10^3 /ul	1,1-3,3
NLR	54,10	< 3,13
Ret – He	!	> 30,3
Immature Platelet (IPF)	!	1,1-6,1
Nomoblas (NRBC)	0,00 %	
I/T Ratio	0,01	< 0,2
Kimia Darah		
Albumin	1,94 g/dl	3,4-4,8
Natrium	134 mEq/l	135-147
Kalium	4,87 mEq/l	3,5-5
Klorida	92 mEq/l	95-105

Sumber Data Primer, 2024

7. Terapi medik

Inf. NaCl 0,9 % 1000 ml/24 jam
 Inf. Albumin 20% 100 ml dalam 4 jam
 Inj. Ceftriaxone 2x1 gr
 Inj. Metronidazole 3x 500 mg
 Inj. Omeprazole 2x 40 mg
 Inj. Santagesik 3x 10 mg
 Tranfusi darah

Sumber :Rekam Medik, 2024

Tabel 4.4 Analisa data

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: pasien mengatakan pusing, mata berkunang-kunang, badan terasa lemas DO : 1. Kesadaran :compos mentis (E4V5M6) 2. Keadaan umum: lemah 3. Warna kulit pucat 4. CRT >3 detik 5. Akral dingin 6. Turgor kulit >2 detik 7. Konjungtiva pucat 8. Hasil TTV TD : 110/80 mmHg N : 86 x/m S :36,8 °C RR : 20 x/m SPO2 : 95 % 9. Hasil Lab Hb : 8,8 g/dl GDA : 199 mg/dl	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif
2	DS: pasien mengatakan nyeri dan kesulitan tidur karena menahan nyeri P : 63 yr amputasi <i>above knee</i> Q: di tusuk-tusuk R: kaki kanan S: skala nyeri 6 T: hilang timbul DO : 1. Kesadaran : compos mentis (E4V5M6) 2. Keadaan umum : lemah 3. Pasien tampak meringis menahan nyeri 4. Pasien bersikap protektif terhadap nyeri 5. Pasien tampak gelisah 6. Hasil TTV TD : 110/80 mmHg N : 86 x/m S: 36,8 °C RR : 20 x/m SPO2 : 95 %	Agen pencedera fisik	Nyeri akut

Sumber: Data Primer, 2024

4.1.4 Diagnosa keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan pasien mengeluh pusing, mata berkunang-kunang, badan lemas, Hb 8,8 g/dl (D.0009)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri dan pasien tampak meringis menahan nyeri.(D.0077)

4.1.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 4. 5 Rencana Tindakan Keperawatan

NO	SDKI	SIKI(SMART)	SIKI
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan pasien mengeluh pusing, mata berkunang-kunang, badan lemas, HB 8,8 g/dl (D.0009)	Perfusi perifer meningkat (L.02011) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Akral cukup membaik (5) 2. Pengisian kapiler cukup membaik (5) 3. Warna kulit pucat menurun (5) 4. Turgor kulit cukup membaik (5) 5. Konsentrasi Hb meningkat (5)	Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi : 1. Periksa sirkulasi perifer(nadi perifer, lema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (diabetes, merokok,hipertensi, kadar kolestrol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik : 1. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah diarea keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada area yang cedera 4. Lakukan pencegahan infeksi

NO	SDKI	SIKI(SMART)	SIKI
			5. Lakukan perawatan kaki dan kuku 6. Lakukan hidrasi Edukasi : 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah secara teratur 5. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 6. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki) 7. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 8. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
			Tranfusi Darah (I.02089) Observasi : 1. Identifikasi rencana tranfusi 2. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah tranfusi (TD, suhu, frekuensi napas,

NO	SDKI	SIKI(SMART)	SIKI
			nadi)
			3. Monitor tanda-tanda kelebihan cairan (mis. Dispnea, takikardi, sianosis, TD ,meningkat)
			4. Monitor reaksi Tranfusi
			Terapeutik :
			1. Lakukan pengecekan ganda pada label darah (gol darah, tanggal kadaluwarsa, nomor, identitas pasien)
			2. Pasang akses intravena jika belum terpasang
			3. Periksa kepatenan akses intravena, flebitis, dan tanda infeksi lokal
			4. Berikan NACL 0,9 %- 10C ml sebelum tranfusi dilakukan
			5. Atur kecepatan tranfusi sesuai produk darah 10-15 mlkgBB dalam 2-4 jam
			6. Berikan tranfusi dalam waktu maksimal 4 jam
			7. Hentikan tranfusi jika terdapat reaksi tranfusi
			Edukasi
			1. Jelaskan tujuan dan prosedur tranfusi
			2. Jelaskan tanda-tanda dan gejala reaksi tranfusi yang perlu dilaporkan (mis. Gatal, pusing, sesak napas, atau nyeri dada).

NO	SDKI	SIKI(SMART)	SIKI
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis menahan nyeri (D.0077)	Tingkat nyeri menurun (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan lama 3x8 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5)	Manajemen nyeri (L.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgesik Terapeutik : 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik nafas dalam, kompres hangat/dingin) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat tidur Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu

Sumber : SDKI, SLKI, SIKI 2019

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 6 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 1, 26 November 2024	Paraf
Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	21.00 WIB	1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna kulit, turgorkulit) Hasil : nadi 86x/menit, CRT >3 detik, warna	 Alvi
	21.10	2. Identifikasi faktor gangguan sirkulasi Hasil : DM	 Alvi
	21.15 WIB	3. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada extremitas Hasil : adanya nyeri pada kaki kanan <i>post</i> amputasi	 Alvi
	21.20 WIB	4. Menghindari pemasangan infus dan pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Hasil : pemasangan infus di tangan kanan dan pengambilan darah di tangan kiri	 Alvi
	21.45 WIB	5. Melakukan pencegahan infeksi Hasil : mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan ke pasien	 Alvi
	21.50 WIB	6. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah minyak jenuh, minyak ikan omega 3) Hasil : keluarga paham mengenai program diet untuk memperbaiki sirkulasi)	 Alvi
	22.00 WIB	7. Lakukan pengecekan ganda pada lebel darah Hasil : gol darah O, sesuai dengan identitas	 Alvi
	22.10 WIB	8. Berikan tranfusi dalam waktu 4 jam Hasil : memberikan 1 kantong PRC	 Alvi
	22.20 WIB	9. Hentikan tranfusi jika terdapat reaksi tranfusi Hasil : tidak terdapat tanda-tanda alergi	 Alvi

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 1, 26 November 2024	Paraf
	22.30 WIB	10. Jelaskan tujuan dan prosedur tranfusi Hasil : pasien dan keluarga paham mengenai tujuan tranfusi yaitu untuk menaikkan Hb	 Alvi
	22.35 WIB	11. Jelaskan tanda dan gejala reaksi tranfusi yang perlu dilaporkan Hasil : pasien dan keluarga paham mengenai tanda dan gejala reaksi tranfusi yang harus dilaporkan yaitu gatal, pusing, sesak napas, nyeri dada)	 Alvi
Manajemen nyeri (D.0077)	22.40 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : P: post amputasi Q: seperti di tusuk-tusuk R: kaki kanan S: skala nyeri 6 T: hilang timbul	 Alvi
	22.45 WIB	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : pasien tampak meringis menahan nyeri	 Alvi
	22.50 WIB	3. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Hasil : mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	 Alvi
	22.55	4. Memfasilitasi istirahat tidur Hasil : perawat memberikan fasilitas tempat tidur tapi pasien mengalami kesulitan tidur karena menahan nyeri	 Alvi
	22.55 WIB	5. Menjelaskan penyebab, pemicu nyeri Hasil : pasien dan keluarga paham mengenai penyebab nyeri adalah karena amputasi	 Alvi
	23.00 WIB	6. Berkolaborasi pemberian analgesik Hasil : memberikan inj santagesik 10 mg.	 Alvi

Sumber: Data primer, 2024

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 2, 27 November 2024	Paraf
Perfusi tidak efektif (D.0009)	14.05 WIB	1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna kulit, turgorkulit) Hasil : nadi 86x/menit, CRT >3 detik, warna	Alvi
	14.15 WIB	2. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada extremitas Hasil : nyeri masih dirasakan pada kaki kanan <i>post</i> amputasi	Alvi
	14.20 WIB	3. Melakukan pencegahan infeksi Hasil : mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan ke pasien	Alvi
	14.35 WIB	4. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah minyak jenuh, minyak ikan omega 3) Hasil : keluarga paham mengenai program diet untuk memperbaiki sirkulasi	Alvi
	14.40 WIB	5. Lakukan pengecekan ganda pada lebel darah Hasil : gol darah O, sesuai dengan identitas	Alvi
	14.45 WIB	6. Berikan tranfusi dalam waktu 4 jam Hasil : memberikan 1 kantong PRC	Alvi
	14.50 WIB	7. Hentikan tranfusi jika terdapat reaksi tranfusi Hasil : tidak terdapat tanda-tanda alergi	Alvi
Manajemen nyeri (D.0077)	15.00 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri Hasil : P: luka post amputasi Q: seperti ditusuk-tusuk R: kaki kanan S: skala nyeri 4 T: hilang timbul	Alvi
	15.10 WIB	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : pasien tampak meringis menahan nyeri	Alvi

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 2, 27 November 2024	Paraf
	15.20 WIB	3. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Hasil : mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	 Alvi
	15.30 WIB	4. Memfasilitasi istirahat tidur Hasil : pasien sudah bisa tidur tapi mudah terbangun	 Alvi
	16.00 WIB	5. Berekolaborasi pemberian analgesik Hasil : memberikan inj. santagesik 10 mg,	 Alvi

Sumber: Data Primer, 2024

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 3, 28 November 2024	Paraf
Perfusi tidak efektif (D.0009)	08.00 WIB	1. Memeriksa sirkulasi perifer Hasil : nadi :85 x/m, CRT< 3 detik, warna kulit normal/tidak pucat, konjungtiva tidak anemis , akral hangat, turgor kulit <2 detik suhu: 36,5 °C	 Alvi
	08.10 WIB	2. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Hasil : nyeri dirasakan sudah berkurang	 Alvi
	09.00 WIB	3. Lakukan pengecekan ganda pada label darah Hasil : gol darah 0, dan sesuai dengan identitas pasien	 Alvi
	09.10 WIB	4. Berikan tranfusi dalam maksimal 4 jam Hasil : memberikan tranfusi 1 kantong PRC	 Alvi
	09.20 WIB	5. Hentikan tranfusi jika terdapat reaksi tranfusi Hasil : tidak terdapat reaksi alergi	 Alvi

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 3, 28 November 2024	Paraf
Manajemen nyeri (D.0077)	15.00 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri Hasil : P: luka post amputasi Q: seperti ditusuk-tusuk R: kaki kanan S: skala nyeri 2 T: hilang timbul	 Alvi
	15.05 WIB	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : pasien tampak tenang dan tidak meringis	 Alvi
	15.10 WIB	3. Berkolaborasi pemberian obat Hasil : memberikan obat santagesik 10 mg	 Alvi
	15.20 WIB	6. Memfasilitasi istirahat tidur Hasil : pasien sudah bisa tidur nyenyak	 Alvi
	15.30 WIB	7. Berkolaborasi pemberian analgesik Hasil : memberikan inj santagesik 10 mg,	 Alvi

Sumber: Data Primer, 2024

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 7 Evaluasi Keperawatan

NO	NO.DX	HARI/TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
1	D.0009	Selasa, 26/11/2024	07.00	S : pasien mengatakan pusing, mata berkunang-kunang, badan terasa lemas O : 1. Kesadaran compos mentis (E4V5M6) 2. K/U lemah 3. Akral dingin 4. Warna kulit pucat 5. Konjungtiva pucat 6. Turgor kulit <2 detik 7. CRT<3 detik 8. Hasil TTV	 Alvi

				TD: 110/80 mmHg N : 86x/m RR: 20x/m S : 36,8 °C SPO2 : 95% 9. Hasil lab HB : 8,8 g/dl GDA: 199 md/dl A : masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7	
2	D.0077	Selasa, 26/11/2024	08.00	S : pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan dan tidak bisa tidur karena nyeri P: luka <i>post amputasi above knee</i> Q: seperti ditusuk-tusuk R: kaki kanan S: skala nyeri 6 T: nyeri hilang timbul O: 1. Kesadaran compos mentis (E4V5M6) 2. K/U lemah 3. Pasien tampak meringis menahan nyeri 4. Pasien tampak protektif pada lokasi nyeri 5. Pasien tampak gelisah 6. Hasil TTV TD: 110/80 mmHg N: 86x/m RR: 20x/m S: 36,8°C SPO2 : 95% A : masalah nyeri akut belum teratasi P: intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5	 Alvi
3	D.0009	Rabu, 27/11/2024	21.00	S : pasien mengatakan pusing sedikit berkurang tapi mata masih berkunang-kunang dan badan lemas O: 1. Kesadaran compos mentis 2. K/U lemah 3. Akral dingin	 Alvi

			4. CRT>3 detik 5. Turgor kulit >2 detik 6. Warna kulit pucat 7. Konjungtiva pucat 8. Hasil TTV TD : 120/90 MmmHg N: 90 x/m RR : 18x/m S: 36,9 °C SPO2 : 95% 9. Hasil lab HB: 9,8 g/dl A : masalah perfusi perifer teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5	
4	D.0077	Rabu, 27/11/2024	21.30 S: pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dan sudah bisa tidur tapi mudah terbangun P: post amputasi above knee Q: seperti ditusuk-tusuk R: kaki kanan S: skala nyeri 4 T: hilang timbul Pasien mengatakan tidur masih mudah terbangun O: 1. Kesadaran compos mentis(E4V5M6) 2. K/U lemah 3. Pasien tampak tenang 4. Sikap protektif pada lokasi nyeri berkurang 5. Hasil TTV TD : 120/90 mmHg N: 90x/m RR: 18x/m S: 36,9 °C SPO2 : 95% A: masalah nyeri akut teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1,2,3,4	Amah
5	D.0009	Kamis, 28/11/2024	14.00 S : pasien mengatakan sudah tidak pusing dan badan terasa lebih segar O: 1. Kesadaran compos	Amah

				mentis	Alvi
				2. K/U cukup	
				3. Akral hangat	
				4. Konjungtiva tidak anemis	
				5. CRT<3detik	
				6. Turgor kulit <2 detik	
				7. Warna kulit normal tidak pucat	
				8. Hasil TTV :	
				TD : 110/90 mmHg	
				N : 85x/m	
				RR : 22x/m	
				S : 36,5 °C	
				SPO2 : 96%	
				9. Hasil lab	
				4 HB: 11,5 g/dl	
				A: masalah teratasi	
				P: intervensi dihentikan	
6	D.0077	Kamis, 28/11/2024	14.30	S: pasien mengatakan sudah tidak nyeri dan sudah bisa tidur nyenyak	Alvi
				P: post amputasi above knee	
				Q: kualitas nyeri sudah berkurang	
				R: kaki kanan	
				S: skala nyeri 2	
				T: nyeri sudah tidak timbul	
				Pasien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak	
				O:	
				1. Kesadaran compos mentis	
				2. K/U cukup	
				3. Pasien tampak tenang	
				4. Sikap protektif terhadap lokasi nyeri menurun	
				5. Hasil TTV :	
				TD : 110/90 mmHg	
				N: 85x/m	
				RR: 22x/m	
				S : 36,5 °C	
				SPO2 : 96%	
				A: masalah nyeri akut teratasi	
				P: intervensi dihentikan	

Sumber : Data Primer, 2024

4.2 Pembahasan

Penelitian ini mengulas kasus keperawatan pada klien yang menjalani *post* amputasi *above knee* di ruang Bima RSUD Jombang. Lingkup pembahasan meliputi beberapa tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang penting dilakukan untuk menentukan langkah-langkah yang akan dilaksanakan selanjutnya. Dari hasil pengkajian didapatkan data pasien Tn.A dengan berjenis laki-laki yang didiagnosa mengalami amputasi. Pada saat pengkajian ditemukan data mayor dan data minor. Pada data mayor ditemukan Tn.A mengatakan pusing, mata berkunang-kunang, badan lemas ditandai dengan akral teraba dingin, turgor kulit >2 detik, CRT>3 detik, warna kulit pucat, konjungtiva pucat, dan Hb dibawah rentang normal yaitu 8,8 g/dl kesadaran compos mentis dengan GCS (E4V5M6). Kemudian data selanjutnya pada Tn.A mengatakan nyeri pada kaki kanan, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul yang ditandai dengan pasien tampak meringis, pasien bersikap protektif pada lokasi nyeri, pasien tampak gelisah, pasien juga mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri.

Menurut U.S Departement of Health and Human Service (2022), saat mengalami penurunan konsentrasi hemoglobin, Tubuh tidak memiliki sel darah merah yang cukup. sel darah adalah salah satu dari tiga komponen utama dari sel darah. Sel darah tersebut mengandung hemoglobin yaitu protein yang membawa oksigen ke seluruh tubuh. Ketika sel darah merah atau hemoglobin jumlahnya tidak cukup maka tubuh tidak akan mendapatkan suplai oksigen sesuai kebutuhannya. Penelitian oleh Nanda (2023) dengan judul *Perfusi Perifer Tidak*

Efektif Dan Tranfusi darah, Berkurangnya jumlah hemoglobin⁵ menyebabkan beberapa tanda dan gejala yang akan muncul pada penderita yaitu pusing, mata berkunang-kunang, lemas, sulit berkonsentrasi, cepat lelah. Menurut Ehde (2021),²⁹ amputasi menyebabkan nyeri dan hal tersebut dirasakan oleh sebagian besar klien pasca amputasi, salah satu jenis nyeri yang dirasakan adalah nyeri phantom. Nyeri dapat dirasakan seperti ditusuk-tusuk, kesemutan, pegal, berdenyut. Menurut Yeni Agustin (2022), menegaskan bahwa deteksi dini penurunan perfusi perifer oleh penurunan kadar hemoglobin dan nyeri akut penting untuk mencegah komplikasi pada kerusakan saraf (neuropati), infeksi dan meningkatkan risiko kematian kardiovaskular.

Menurut peneliti pasien mengalami pusing, mata berkunang-kunang, badan lemas karena terjadi penurunan kadar konsentrasi hemoglobin yaitu 8,8 g/dl. Penurunan konsentrasi Hb ini bisa disebabkan oleh berbagai hal⁵⁴ salah satunya adalah penyakit arteri perifer yang menyebabkan penyempitan arteri, menghambat aliran darah ke ekstremitas dan mengurangi suplai oksigen yang dibawa oleh hemoglobin sehingga ketika kadar hemoglobin rendah kemampuan darah untuk membawa oksigen berkurang, sehingga perfusi perifer atau aliran darah kearea tubuh bisa terganggu. pasien dengan penurunan konsentrasi Hb ini dapat mengalami⁸² tanda dan gejala seperti pusing, mata berkunang-kunang, lemas, akral dingin, CRT>3 detik, turgor kulit >2 detik, warna kulit pucat, konjungtiva pucat. Sementara itu nyeri setelah amputasi terjadi akibat adanya perubahan pada syaraf dan otak yang mengatur dan menerima rangsang nyeri setelah tubuh mengalami amputasi.

4.2.2¹³ Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan analisa data subyektif dan objektif yang pertama adalah⁸ perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dimana pasien mengeluh pusing, mata berkunang-kunang, badan lemas ditandai dengan akral¹³ dingin, CRT>3 detik, turgor kulit >2 detik, konjungtiva pucat, warna kulit pucat, Hb 8,8 g/dl. Diagnosa yang kedua yakni²⁵ nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis, pasien protektif terhadap lokasi nyeri dan pasien mengalami kesulitan tidur. Data tersebut sesuai dengan data mayor dan minor pada perfusi perifer tidak efektif dan nyeri akut.

Proses penegakan diagnosa merupakan suatu proses yang sistematis yang² terdiri dari atas tiga tahapan yaitu analisa data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosa. Menurut Tesya (2020), seseorang yang mengalami masalah sirkulasi perfusi dengan gejala seperti pusing, mata berkunang-kunang, lemas, akral dingin, CRT>3 detik, turgor kulit >2 detik, penurunan konsentrasi Hb, dan akhirnya masalah yang muncul adalah⁵ perfusi perifer tidak efektif. Menurut Standart¹² Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2019, diagnosa ini ditegakkan jika terjadi¹² penurunan sirkulasi pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Indikator utama yang mendukung diagnosa ini meliputi pengisian kapiler >3 detik,¹³ turgor kulit >2 detik, warna kulit pucat, akral dingin, konjungtiva pucat, Hb 8,8 g/dl. Selain itu pada diagnosa kedua yaitu nyeri akut. Diagnosa ini ditegakkan jika terdapat pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan adekuat atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung

kurang dari 3 bulan. Oleh karena itu, perawat perlu melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kondisi pasien dengan penegakan diagnosa yang tepat sesuai. SDKI (2019).

Menurut peneliti dalam pathway ada 7 masalah keperawatan yang pertama ⁶⁴ perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan citra tubuh, kerusakan integritas kulit, risiko infeksi, risiko perdarahan dan yang pilih untuk diganosa utama oleh peneliti yaitu ²⁶ perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Diagnosis ketidakefektifan perfusi perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dapat ditegakkan karena keluhan utama yang sedang dialami klien dari data mayor dan minor diantaranya pasien mengeluh pusing, mata berkunang-kunang, badan lemas, ⁶⁷ pengisian kapiler >3 detik, turgor kulit >2 detik, akral dingin, warna kulit pucat, konjungtiva pucat, konsentrasi Hb 8,8 g/dl. .

Peneliti memprioritaskan ketidakefektifan perfusi perifer sebagai diagnosa utama karena dalam pemenuhan sirkulasi tubuh pada bagian fisiologis menurut hirarki maslow dan sangat perlu diperlukan dalam proses kehidupan untuk metabolisme tubuh, hal ini perlu diperhatikan dalam memenuhi kebutuhan fisiologis sirkulasi tubuh. Diagnosa perfusi ¹ perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditegakkan agar masalah tersebut dapat diselesaikan. Alasan peneliti mengambil diagnosa keperawatan yang kedua yakni ²⁵ nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis, pasien protektif terhadap lokasi nyeri, dan pasien mengalami kesulitan tidur. Data tersebut sesuai dengan data mayor dan

minor nyeri akut. Sehingga, menurut peneliti ⁹⁶ pasien yang mengalami masalah perfusi perifer tidak efektif adalah langkah awal untuk memastikan sirkulasi pada tubuh dapat berjalan dengan optimal untuk mencegah komplikasi fatal dan mempercepat penyembuhan.

4.2.3 ¹³ Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan ⁵³ adalah langkah selanjutnya dalam proses setelah diagnosis keperawatan. Tahap ini perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang akan digunakan untuk mengevaluasi efektifitas perawatan klien. Peneliti merancang intervensi dalam penelitian ini dengan harapan ⁴⁸ setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil turgor kulit cukup membaik, pengisian kapiler cukup membaik, warna kulit pucat menurun, akral cukup membaik dan konsentrasi Hb meningkat. Tujuan peneliti merancang intervensi keperawatan adalah konsentrasi hemoglobin meningkat sehingga sirkulasi perifer juga dapat meningkat. Pemberian tranfusi darah dapat membantu meningkatkan kadar hemoglobin. Peneliti merancang intervensi yang kedua dalam penelitian ini dengan harapan ¹² setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Tujuan penelitian merancang intervensi keperawatan adalah memastikan bahwa tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan dapat berhasil.

Menurut Wahidiat & Adnani (2023), mengatakan ⁵ intervensi pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif yaitu tranfusi darah (1.02099) . tranfusi darah yaitu rangkaian proses memindahkan darah atau komponen darah dari donor kepada respiren. Tranfusi darah sangat bermanfaat atau bahkan menyelamatkan nyawa

pasien. Sementara menurut Lince (2021), tranfusi ⁵PRC hampir selalu diindikasikan pada kadar Hb 10,0 g/dl kecuali terdapat indikasi tertentu seperti penyakit yang membutuhkan kapasitas tranpor oksigen yang lebih tinggi. Menurut Mei Veranika, (2025), mengatakan salah satu cara mengatasi ²⁵nyeri yaitu dengan melakukan teknik relaksasi dalam yang dapat menurunkan intensitas nyeri karena ⁶⁹merangsang tubuh mengeluarkan opioid endogen sehingga dapat menurunkan persepsi nyeri pasien. Sementara itu tindakan farmakologis manajemen nyeri yang bisa dilakukan yaitu dengan pemberian analgesik (Kusumayanti, 2024).

Menurut ¹peneliti intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan pedoma SIKI namun ada intervensi yang tidak dicantumkan oleh peneliti karena intervensi yang dirancang menyesuaikan kondisi yang terjadi pada klien saat ini. Dengan intervensi keperawatan yang dilakukan mencegah terjadinya komplikasi pada perfusi perifer peneliti merancang intervensi dalam buku ¹¹standar intervensi keperawatan Indonesia yaitu Perawatan sirkulasi (I.02079), tranfusi darah (I.02089) dan ⁵²manajemen nyeri (I.08238) ¹⁵antara lain : periksa sirkulasi perifer(mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (diabetes melitus, hipertensi), monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, hindari pemasangan infus atau pengambilan darah diarea keterbatasan perfusi, hindari pengukuran darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, hindari penekanna dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera, lakukan pencegahan infeksi, lakukan perawatan kaki dan kuku, lakukan hidrasi, anjurkan berhenti merokok, anjurkan olahraga rutin, anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar, anjurkan minum obat pengontrol tekanna darah secara teratur, anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat

beta, anjurkan ¹⁷perawatan kulit yang tepat, anjurkan program rehabilitasi vaskular, ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi(mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3), informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tak kunjung hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa). Tranfusi darah (I.02089) yaitu ¹⁴identifikasi rencana tranfusi darah, monitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan sesudah tranfusi (TD, nadi, frekuensi napas), monitor tanda-tanda kelebihan cairan (mis. Dispnea, takikardi, sianosis, TD meningkat, sakit kepala), monitor reaksi tranfusi, lakukan pengecekan ganda pada label darah (gol.darah, tanggal kadaluarsa, identitas pasien), periksa ²²kepatenan akses intravena, flebitis dan tanda infeksi lokal , berikan NACL 0,9 %-10C ml sebelum tranfusi,atur kecepatan aliran transfusi sesuai produk 10-15 ml/kgBB dalam 2-4 jam, berikan tranfusi darah dalam waktu maksimal 4 jam, hentikan tranfusi jika terdapat reaksi tranfusi, ¹⁴ jelaskan tujuan dan prosedur tranfusi, jelaskan tanda dan gejala reaksi tranfusi yang perlu dilaporkan (mis. Gatal, pusing, sesak napas, dan nyeri dada).

Sedangkan pada intervensi untuk diagnosa kedua Peneliti merancang ⁷⁸ intervensi yang kedua dalam buku standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi pada nyeri akut dengan mengambil intervensi dibuku SIKI yaitu manajemen nyeri (I.08238) ¹⁶ yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi

komplemeneter yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgesik, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik nafas dalam), kontrol lingkungan yang mmeperberat dan memperingan nyeri, fasilitasi istirahat tidur, jelaskan penyebab ,periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri,²¹ anjurkan monitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgesik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgesik.

4.2.4 Implementasi

Pelaksanaan keperawatan telah diberikan kepada klien sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya. Implementasi yang diberikan pada hari ke 1 dengan masalah perfusi perifer tidak efektif yaitu memeriksa sirkulasi perifer, mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi,³⁶ menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah diarea keterbatasan perfusi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, melakukan pencegahan infeksi, mengajarkan progam diet untuk meningkatkan sirkulasi, melakukan pengecekan ganda pada label darah, memberikan transfusi darah dalam maksimal 4 jam, mengecek reaksi alergi pemberian produk darah,⁴⁶ menjelaskan tujuan dan prosedur transfusi, menjelaskan tanda dan gejala reaksi yang perlu dilaporkan . Sedangkan implementasi yang diberikan pada hari ke 1 dengan masalah nyeri akut yaitu mengidentifikasi lokasi,⁹⁸ karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurasi rasa nyeri, menjelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri, berkolaborasi pemberian analgesik. Pada hari kedua dan ketiga peneliti mengimplementasikan yang belum berhasil dengan melanjutkan intervensi hari

sebelumnya. Pelaksanaan implementasi yang telah dilakukan 3 hari tidak mengalami kendala, klien dan keluarga mengikuti tindakan yang diberikan sesuai implementasi keperawatan.

Menurut Sapti (2022), implementasi ⁸⁵keperawatan pada pasien dengan masalah perfusi perifer tidak efektif dan nyeri yang dilaksanakan selama 3x8 jam harus dilakukan secara komprehensif dengan menggabungkan perawatan sirkulasi, transfusi darah dan manajemen nyeri. Menurut Anik (2023), pelaksanaan keperawatan dengan pemberian transfusi darah dilakukan secara bertahap dalam 2-3 hari dikarenakan menyesuaikan kondisi pasien, jika Hb sudah mencapai normal pemberian transfusi bisa dihentikan. Menurut veranika (2021), implemementasi ³⁰teknik relaksasi napas dalam untuk manajemen nyeri sesuai dengan standar prosedur. Teknik nafas dalam ini dapat diberikan selama 3x 8 jam dalam 2-3 hari dengan berkolaborasi pemberian analgesik.

Menurut peneliti selama 3x8 jam implementasi keperawatan ¹pada pasien dengan masalah perfusi perifer tidak efektif difokuskan pada paningkatan konsentrasi Hemoglobin melalui pemberian transfusi darah dan manajemen nyeri secara terintegrasi. Pada hari pertama perawat melakukan pengkajian pada sirkulasi perifer termasuk warna kulit, turgor kulit, konjungtiva, CRT, pengecekan ganda pada label darah, Pemberian transfusi darah diberikan dalam waktu maksimal 4 jam dengan pengawasan apabila terjadi reaksi alergi. Selama intervensi, pasien dan keluarga diberi motivasi terkait dengan pola diet makanan untuk peningkatan sirkulasi. Sedangkan pada masalah nyeri akut, perawat melakukan tindakan nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu teknik nafas dalam yang dilakukan dengan cara menarik napas dalam-dalam dan

mengembuskannya secara perlahan. Teknik nafas dalam ini menyebabkan tubuh akan melepaskan hormon endorfin yang berperan sebagai pereda nyeri alami.

Pemantauan nyeri dilakukan setiap 4 jam untuk mengevaluasi efektivitas tindakan dan mendeteksi perubahan yang signifikan. Perawat juga melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai teknik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, edukasi pola diet untuk meningkatkan sirkulasi, serta tanda bahaya perfusi perifer yang harus diwaspadai.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi perawatan selama 3x8 jam menunjukkan perkembangan yang baik bagi klien dengan menggunakan metode SOAP. Pada diagnosa 1 hari pertama menunjukkan bahwa kriteria hasil belum tercapai atau belum teratasi karena keluhan pasien masih pusing, mata berkunang-kunang dan badan lemas dengan ditandai oleh data mayor dan minor yaitu akral dingin, CRT>3detik, turgor kulit >2 detik, warna kulit pucat, konjungtiva pucat dan Hb 8,8 g/dl. Sedangkan pada diagnosa ke 2 hari ke 1 pasien masih mengeluh nyeri dengan didapatkan data mayor dan data minor nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis menahan nyeri, pasien tampak protektif terhadap lokasi nyeri dan pasien mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri, pasien tampak gelisah. Dihari kedua pada diagnosa 1 pusing sudah mulai berkurang, tetapi mata masih berkunang-kunang, badan masih lemas dan terjadi kenaikan hb dari 8,8 g/dl ke 9,8 g/dl dengan sirkulasi perifer akral masih terba dingin, CRT>3 detik, turgor kulit >2 detik, warna kulit masih pucat, dan konjungtiva pucat. Sedangkan dihari kedua pada diagnosa kedua keluhan nyeri berkurang ,skala nyeri dari 6 turun menjadi 4, bisa tidur tapi mudah terbangun, sikap protektif terhadap nyeri berkurang, pasien tampak tenang. Dihari ketiga pada diagnosa ke 1

sudah tidak pusing dan badan terasa lebih segar, CRT cukup membaik <2 detik, ⁹¹ Turgor kulit cukup membaik <2 detik, warna kulit pucat menurun, konjungtiva merah muda. Sedangkan pada diagnosa kedua keluhan ⁵² nyeri sudah berkurang, pasien tampak tenang, skala nyeri turun dari 4 menjadi 2, tidur sudah nyenyak, sikap protektif terhadap nyeri berkurang. Hal ini menunjukkan telah terjadi perubahan positif dalam evaluasi keperawatan dengan menunjukkan peningkatan kondisi pasien selama dilakukan implementasi 3x8 jam.

Menurut Fauzan (2022), evaluasi keperawatan yang diharapkan ¹ pada pasien dengan masalah perfusi perifer tidak efektif karena penurunan hemoglobin dapat ditandai dengan kriteria berikut : CRT<2 detik, turgor kulit <2 detik, warna kulit pucat menurun, konsentrasi hemoglobin meningkat. Sedangkan menurut Wildan ¹¹ (2023), evaluasi keperawatan yang diharapkan pada pasien dengan masalah nyeri akut yaitu keluhan nyeri menurun, skala nyeri menurun, sikap protektif pada lokasi nyeri menurun, meringis menurun dan gangguan tidur menurun.

Menurut peneliti hasil evaluasi ²⁰ keperawatan selama 3x8 jam menunjukkan bahwa masalah perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan perawatan sirkulasi dan transfusi darah melalui pemberian produk darah. Hasil evaluasi objektif pada pasien menunjukkan peningkatan kadar hemoglobin dari 8,8 ⁹³ g/dl menjadi 11,5 g/dl. Hal ini menunjukkan bahwa ⁸⁶ intervensi keperawatan yang dilakukan sangat efektif dan masalah perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi dalam pemberian tindakan keperawatan selama 3x8 jam. Sedangkan pada masalah nyeri akut intervensi yang diberikan yaitu manajemen nyeri berupa mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri, skala nyeri, pemberian teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

berupa teknik nafas dalam dan kolaborasi pemberian analgesik secara berkala terbukti ⁶⁵ adanya penurunan tingkat skala nyeri dari skala nyeri 6 menjadi 2. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi keperawatan yang dilakukan sangat efektif dan masalah nyeri akut dapat teratasi dalam pemberian tindakan keperawatan selama 3x8 jam.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Dari hasil pengkajian didapatkan data pasien Tn. A dengan berjenis kelamin laki-laki yang didiagnosa mengalami amputasi *above knee*. Pada saat pengkajian didapatkan data mayor dan data minor. Tn. A mengatakan pusing, mata berkunang-kunang, dan badan lemas dengan akral teraba dingin, CRT>3 detik, turgor kulit >2 detik, warna kulit pucat, konjungtiva pucat. Kemudian data selanjutnya pada Tn. A ditemukan mengalami nyeri akut dengan data mayor dan minor pasien mengatakan nyeri, nyeri pada kaki kanan, nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul, pasien mengeluh tidak bisa tidur dengan ditandai pasien tampak meringis menahan nyeri, pasien tampak gelisah, tampak protektif terhadap lokasi nyeri.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. A adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan konsentrasi Hb pasien 8,8 g/dl (D.0009) dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (amputasi) dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri, nyeri pada kaki kanan, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul, pasien mengeluh tidak bisa tidur.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan SIKI 2019. Pada diagnosa ke 1 yaitu perfusi perifer tidak efektif diberikan intervensi keperawatan berupa perawatan sirkulasi (I.02079) dan Tranfusi Darah

(I.02089). sedangkan pada diagnosa kedua yaitu nyeri akut diberikan intervensi keperawatan berupa manajemen nyeri (I.08238).

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan dengan observasi, tindakan mandiri, penyuluhan dan kerja sama dengan mengikuti tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan SIKI 2019 untuk mencapai sasaran atau target yang diharapkan selama 3x8 jam.
5. Evaluasi perawatan selama dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam dapat teratasi. Hal ini menunjukkan bahwa pada diagnosa 1 perfusi perifer tidak efektif adanya peningkatan Hb dari 8,8 g/dl menjadi 11,5 g/dl. Sedangkan pada diagnosa ke 2 yaitu nyeri akut menunjukkan adanya penurunan skala nyeri dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 2.

5.2 Saran

1. Bagi perawat
Bagi perawat diharapkan saat proses pemberian asuhan keperawatan pada klien pelayanan yang optimal dapat diberikan khususnya pada pasien *post* amputasi *above knee* dengan masalah perfusi perifer tidak efektif sehingga proses penyembuhan berjalan lebih cepat.
2. Bagi peneliti selanjutnya
Studi kasus ini bagi peneliti selanjutnya diharapkan lebih dapat menganalisa faktor-faktor yang dapat mencegah terjadinya amputasi pada pasien diabetes melitus.

- Adiputra, I. M. S., Trisnadewi, N. W., Oktaviani, N. P. W., & Munthe, S. A. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Chowdegowda, G. K., Arya, S. V., Sharma, A. K., Kalwaniya, D. S., & Bajwa, J. S. (2020). A comparative study to determine the role of pre and post-operative antibiotic therapy versus only pre-operative antibiotic therapy in patients of non-perforated acute appendicitis. *International Surgery Journal*, 7(10), 3305. <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20204127>
- Defa Arisandi. (2024). Asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus dan luka kaki diabetik. Penerbit Buku Kedokteran.
- Fauzan, (2022). Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan perfusi perifer. Penerbit Buku Kedokteran.
- International Diabetes Federation (IDF). (2021). IDF Diabetes Atlas (Edisi ke-10). IDF.
- Kadovic, M., Corluka, S., & Dokuzovic, S. (2023). Nurses' Assessments Versus Patients' Self-Assessments of Postoperative Pain: Knowledge and Skills of Nurses for Effective Pain Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5678. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095678>
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Laporan hasil penelitian penderita diabetes melitus Kemenkes RI
- Maulia & Hengky. (2023). jurnal pengembangan ilmu dan praktik kesehatan, Artikel Review. *Pengembangan Ilmu Dan Praktik Kesehatan*, 4(1), 88–100.
- Mei Adelina Harahap, Y. W. (2021). Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Ulkus Diabetikum Pada Penderita Diabetes melitus. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)*, 6(2), 1. <https://doi.org/10.51933/health.v6i2.566>
- Mei Veranika, (2025). Manajemen nyeri dengan teknik relaksasi. Penerbit Buku Kedokteran.
- Nawawi, I. A. (2020). Analisa Intervensi PRC dalam Meningkatkan Perfusi Perifer Tidak Efektif pada Asuhan Keperawatan Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang Rawat Inap : Laporan Kasus. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, 10(2), 78. <https://doi.org/10.30633/jkms.v10i2.395>
- Nazila, D., Almaini, A., Misniarti, M., & Widiawati, F. Y. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. S Dengan Post Op above knee Dengan Implementasi Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri Perawatan Luka Operasi Di Ruang Rawat Inap Anggrek RSUD Kabupaten Rejang Lebong. Poltekkes Kemenkes Bengkulu
- Ns. Ainnur Rahmanti, & Krisma Prihatini. (2021). Penatalaksanaan Lima Pilar Diabetes Melitus Oleh Diabetisi. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan Indonesia*, 1(3), 45–54. <https://doi.org/10.55606/jikki.v1i3.80>

- Nur Asiyah Jamil, S., Indarti, S., & sari, R. (2021). Diabetes Melitus : Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan, Cara Pencegahan. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 6(2), 80–84.
- Rahmawati, R., & Kasih, R. P. (2023). Diabetes Melitus. *GALENICAL : Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*, 2(5), 11. <https://doi.org/10.29103/jkmm.v2i5.10478>
- Rifai & Safitri. (2023). Pemeriksaan kadar gula darah pada diabetes mellitus di dusun Wonosari desa Jatirejo Jombang. *Pengabdian Cendikia*, 2(3), 14–18.
- Santoso, S. S. (2019). Konsep amputasi , 53–61. <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/semnastan/article/view/2258>
- Sapti, (2022). Implementasi keperawatan pada pasien dengan gangguan perfusi perifer dan nyeri. Penerbit Buku Kedokteran.
- Saputri, A. A. A. (2023). Asuhan keperawatan Pada Ny. A Dengan Masalah Nyeri Akut Post Operasi Above Knee Hari Pertama Di Ruang Yudhistira RSUD Jombang. ITSkes Insan Cendekia Medika Jombang.
- Sundari *et al*, . (2021). Masalah Kperawatan Yang dapat Muncul post Amputasi . 2(1), 23–29.
- Susetyowati. (2022). Masalah- Masalah yang Terjadi Setelah di Lakukan Amputasi Akibat Diabetes Melitus . *Jurnal AKAL : Abdimas Dan Kearifan Lokal*, 3(2), 224–230. <https://doi.org/10.25105/akal.v3i2.13873>
- Telaumbanua, A. C., & Rahayu, Y. (2021). Penyuluhan Dan Edukasi Tentang Penyakit Diabetes Melitus. *Jurnal Abdimas Saintika*, 3(1), 119. <https://doi.org/10.30633/jas.v3i1.1069>
- The, F., Permana, D., & Dika, S. (2023). Peningkatan Kesehatan Pesisir pada Pra Lansia dan Lansia melalui Penyuluhan Diabetes Melitus dan Pemeriksaan di PSRS Himo-Himo Ternate. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 6(9), 3564
- Utami, A. R., Irawati, H. R., & Jupri, D. R. (2022). Dampak Yang Terjadi Pada Kaki Ulkus Diabetikum . *Journal of Nursing and Health Science*, 1, 98–102.
- Widiyanto, A., Atmojo, J. T., Fajriah, A. S., Putri, S. I., & Akbar, P. S. (2020). Pendidikan Kesehatan Pencegahan Diabetes Melitus . *Jurnalempathy.Com*, 1(2), 172–181. <https://doi.org/10.37341/jurnalempathy.v1i2.2>
- Wildan, (2023). Asuhan keperawatan pada pasien dengan nyeri akut. Penerbit Buku Kedokteran.
- Yeni Agustin. (2022). Deteksi dini penurunan perfusi perifer dan nyeri akut pada pasien. Penerbit Buku Kedokteran.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS (DM) POST AMPUTASI ABOVE KNEE DENGAN MASALAH PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF (Di Ruangn Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

ORIGINALITY REPORT

19%

SIMILARITY INDEX

17%

INTERNET SOURCES

6%

PUBLICATIONS

10%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	2%
2	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	1%
3	ejournal.poltekkesjakarta1.ac.id Internet Source	1%
4	Submitted to Universitas Muslim Indonesia Student Paper	1%
5	www.jik.stikesalifah.ac.id Internet Source	1%
6	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Student Paper	1%
7	ejournal.itekes-bali.ac.id Internet Source	1%
8	repo.stikesperintis.ac.id Internet Source	<1%
9	ejurnalmalahayati.ac.id Internet Source	<1%
10	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	<1%

11	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1 %
12	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	<1 %
13	samoke2012.wordpress.com Internet Source	<1 %
14	dokument.pub Internet Source	<1 %
15	Submitted to Konsorsium 4 Perguruan Tinggi Swasta Student Paper	<1 %
16	ojs.akpergapu-jambi.ac.id Internet Source	<1 %
17	pdfcoffee.com Internet Source	<1 %
18	www.scribd.com Internet Source	<1 %
19	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	<1 %
20	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	<1 %
21	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	<1 %
22	journal.universitaspahlawan.ac.id Internet Source	<1 %
23	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	<1 %

nursepedia.lenteramitralestari.org

24	Internet Source	<1 %
25	excellent-health.id Internet Source	<1 %
26	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur III Student Paper	<1 %
27	sekedarperawat.blogspot.com Internet Source	<1 %
28	repositori.widyagamahusada.ac.id Internet Source	<1 %
29	123dok.com Internet Source	<1 %
30	repository.poltekescupang.ac.id Internet Source	<1 %
31	repository.uin-suska.ac.id Internet Source	<1 %
32	repository.itekes-bali.ac.id Internet Source	<1 %
33	www.slideshare.net Internet Source	<1 %
34	Submitted to UM Surabaya Student Paper	<1 %
35	manleuana.blogspot.com Internet Source	<1 %
36	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	<1 %
37	Submitted to The University of Texas at Arlington Student Paper	<1 %

38	repository.ubs-ppni.ac.id Internet Source	<1 %
39	journal.csspublishing.com Internet Source	<1 %
40	dokumen.tips Internet Source	<1 %
41	eprints.umm.ac.id Internet Source	<1 %
42	jurnal.globalhealthsciencegroup.com Internet Source	<1 %
43	repository.stikessaptabakti.ac.id Internet Source	<1 %
44	www.repronote.com Internet Source	<1 %
45	Submitted to Ateneo de Manila University Student Paper	<1 %
46	jkem.ppj.unp.ac.id Internet Source	<1 %
47	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	<1 %
48	leorulino.com Internet Source	<1 %
49	eprints.umpo.ac.id Internet Source	<1 %
50	idm.or.id Internet Source	<1 %
51	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	<1 %

52 Rahmانيat Putriani Gea, Apriza Apriza, Neneng Fitria Ningsih. "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E TENTANG PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM DAN TERAPI MUSIK UNTUK MENGURANGI NYERI PADA PASIEN POST OPERASI KISTA ENDOMETRIOSIS", SEHAT : Jurnal Kesehatan Terpadu, 2024
Publication

53 Submitted to Universitas Muhammadiyah Purwokerto
Student Paper

54 eprints.poltekkesjogja.ac.id
Internet Source

55 repository.unigal.ac.id
Internet Source

56 Submitted to Politeknik Negeri Jember
Student Paper

57 Submitted to fpptijateng
Student Paper

58 Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Mamuju
Student Paper

59 id.123dok.com
Internet Source

60 repository.um-surabaya.ac.id
Internet Source

61 Ardia Regita Cahyaningrum, Dian Ratna Elmaghfuroh. "Implementasi Teknik Relaksasi Benson pada Pasien HNP (Hernia Nucleus Pulposus) dengan Masalah Keperawatan

Nyeri Akut Di RSUD dr. H. Koesnadi
Bondowoso", Health & Medical Sciences, 2023

Publication

62	Submitted to FAKULTAS KEPERAWATAN Student Paper	<1 %
63	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur II Student Paper	<1 %
64	Submitted to UPN Veteran Jakarta Student Paper	<1 %
65	lib.ui.ac.id Internet Source	<1 %
66	Submitted to Konsorsium Perguruan Tinggi Swasta Indonesia II Student Paper	<1 %
67	Ni Ketut Sujati, M Agung Akbar, Hesti Anggraeni, Laila Fadhillah. "Intervensi Akupresur untuk Neuropati Perifer pada Diabetes Melitus dengan Sindrom Lembab Limpa: Studi Kasis dan Literatur Review", Faletahan Health Journal, 2024 Publication	<1 %
68	Submitted to Universidade das Açores Student Paper	<1 %
69	e-jurnal.stikesmitraadiguna.ac.id Internet Source	<1 %
70	repository.universitas-bth.ac.id Internet Source	<1 %
71	sudiryosuwarno.blogspot.com Internet Source	<1 %

72	Submitted to LL DIKTI IX Turnitin Consortium Part V Student Paper	<1 %
73	athoenk46.wordpress.com Internet Source	<1 %
74	citraraya.com Internet Source	<1 %
75	pt.scribd.com Internet Source	<1 %
76	repository.stikesmitrakeluarga.ac.id Internet Source	<1 %
77	repository.um-palembang.ac.id Internet Source	<1 %
78	Syarifah Aini, Nila Kusumawati, Raja Asmalinda. "KOMBINASI MASSAGE EFFLEURAGE DAN MINYAK AROMATERAPI LAVENDER TERHADAP NEUROPATI DIABETIK PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI RUANG RAWAT INAP MAWAR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU", SEHAT : Jurnal Kesehatan Terpadu, 2024 Publication	<1 %
79	eudoxuspress.com Internet Source	<1 %
80	jurnal.dharmawangsa.ac.id Internet Source	<1 %
81	lppm.univpancasila.ac.id Internet Source	<1 %
82	scholar.unand.ac.id Internet Source	<1 %

83	Internet Source	<1 %
84	www.detik.com Internet Source	<1 %
85	www.e-jurnal.iphorr.com Internet Source	<1 %
86	darmasiusyendi.wordpress.com Internet Source	<1 %
87	dspace.umkt.ac.id Internet Source	<1 %
88	edoc.pub Internet Source	<1 %
89	jurnal.unismuhpalu.ac.id Internet Source	<1 %
90	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1 %
91	repository.unimugo.ac.id Internet Source	<1 %
92	repositoryperpustakaanpoltekkespadang.site Internet Source	<1 %
93	stp-mataram.e-journal.id Internet Source	<1 %
94	www.coursehero.com Internet Source	<1 %
95	www.researchgate.net Internet Source	<1 %
96	Dina Tsania Rachim, Devi Susanti, Yohana Wiratikusuma. "APPLICATION OF RANGE OF MOTION EXERCISE THERAPY IN PATIENTS EXPERIENCING INEFFECTIVE PERIPHERAL	<1 %

PERFUSION WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS
AT PASAR REBO HOSPITAL, JAKARTA", Jurnal
Mitra Kesehatan, 2024
Publication

97

Pustika Amalia Wahidiat, Nitish Basant
Adnani. "Transfusi Rasional pada Anak", Sari
Pediatri, 2017
Publication

<1 %

98

d3keperawatan.akesrustida.ac.id
Internet Source

<1 %

99

qdoc.tips
Internet Source

<1 %

Exclude quotes Off
Exclude bibliography Off

Exclude matches Off