

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIABETES**  
**MILLITUS TIPE II POST OPERASI AMPUTASI HARI KE-5**  
**DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI**  
**DI RUANG ANGGREK RSUD ABBDUL**  
**WAHAB SAJAHRIANIE**  
**SAMARINDA**



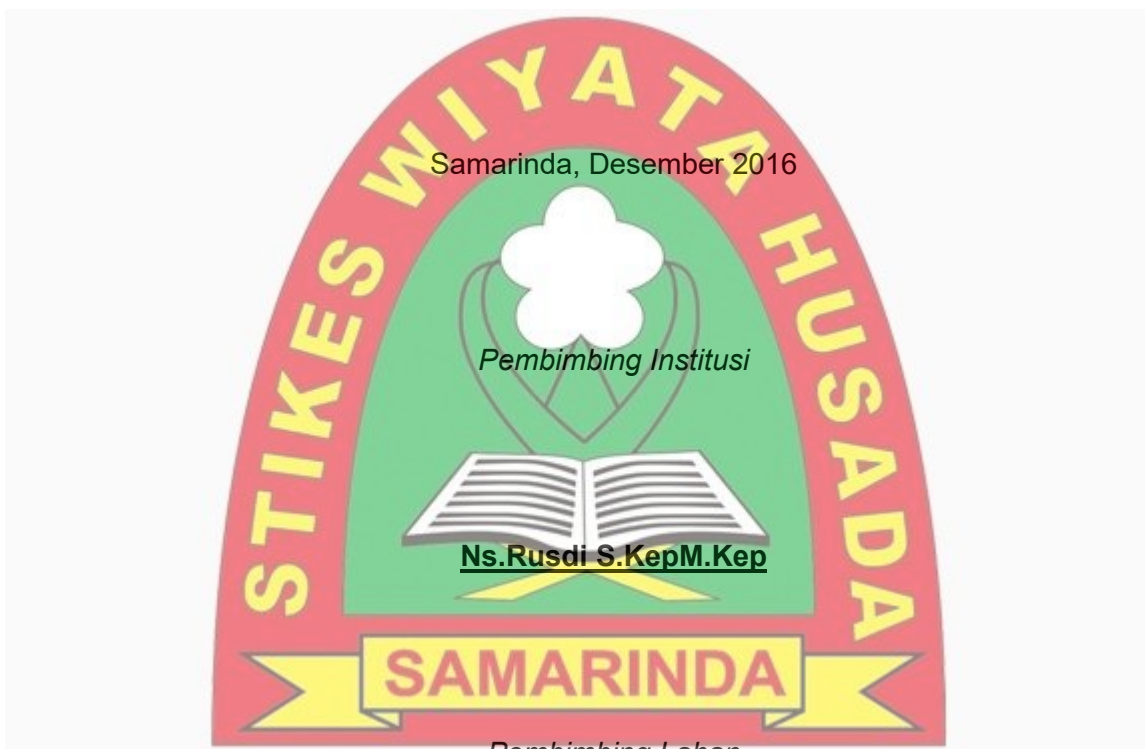
P1504179

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**STIKES WIYATA HUSADA**  
**SAMARINDA**  
**2015/2016**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir Ners

Di Ruang Angrek RSUD.Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ini telah disetujui,  
diperiksa dan dipertahankan dihadapan Pembimbing Institusi dan Pembimbing  
Lahan



Ns.Basmalah Arla S.Kep

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada TUHAN YANG MAHA ESA yang telah melimpahkan rahmat dan karunianya sehingga penyusunan karya ilmiah akhir ners ini dapat terselesaikan. Karya ilmiah akhir ners ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda dengan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri post operasi amputasi di ruang anggrek RSUD.A.Wahab Sjahranie Samarinda”.

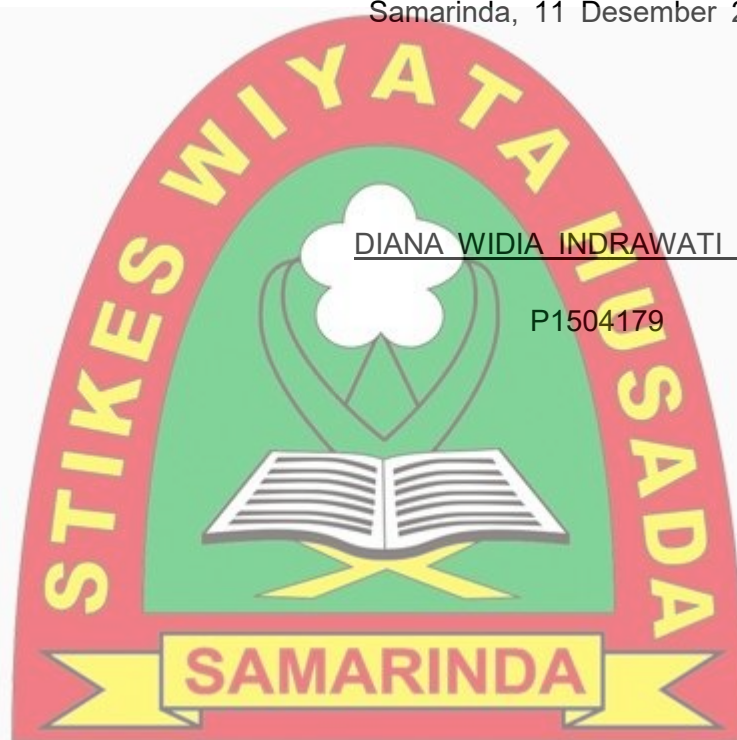
Selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ners ini penulis dibimbing dan dibantu oleh berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ns.Rusdi S.Kep.M.Kep selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, dan saran dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ners ini.
2. Ns.Basmalah Arla S.Kep, selaku pembimbing klinik yang telah memberikan bimbingan, pengarahan dan saran dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ners ini.
3. Ibu Iswanti S,ST selaku Kepala Ruang Anggrek RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda beserta kakak kakak perawat yang telah banyak membimbing dan memberikan suatu lingkungan pembelajaran yang baik kepada saya dan kelompok selama praktik di Ruang Anggrek.
4. Teristimewa kepada Ayah dan Ibu serta Kakak dan Adik yang selalu memberikan doa serta motivasi kepada penulis dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ners ini.
5. Teman-teman angkatan 2015 program profesi ners ilmu keperawatan khususnya crew stase peminatan KMB dan semua pihak yang terlibat dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ners ini.

Penulis mendoakan semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan yang sesuai dengan amal kebaikan kepada semua pihak yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini.

Akhir kata penulis menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah akhir ners ini masih banyak terdapat kekurangan dan kesalahan. Penulis mengharapkan saran dan kritik.

Samarinda, 11 Desember 2016



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIABETES MILLITUS TIPE  
II POST OPERASI AMPUTASI HARI KE-5 DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN NYERI DI RUANG ANGGREK  
RSUD ABDUL WAHAB SAJHRANIE  
SAMARINDA**

(Diana Widia Indrawati Lebang S.Kep ,2016)

**ABSTRAK**

**Latar Belakang :** Diabetes Millitus merupakan abnormalitas metabolik dengan ciri utama yaitu peningkatan kadar glukosa dalam darah, hiperglikemi. Ulkus kaki diabetik merupakan komplikasi kronik diabetes millitus yang menyebabkan adanya debridement atau amputasi. **Tujuan :** Karya ilmiah ini bertujuan agar mampu memahami tentang asuhan keperawatan post operasi amputasi diabetes millitus meliputi : pengkajian, membuat diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan dan mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien post operasi amputasi diabetes millitus di Ruang Anggrek RSUD.Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x 8 jam selama tiga hari didapatkan hasil, keluhan nyeri pada klien menurun dari skala 7 menjadi skala 6, tidak adanya tanda- tanda infeksi, dan kebutuhan dasar pasien terpenuhi. **Simpulan :** Berdasarkan kasus yang ada mampu ditegakkan 5 diagnosa yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (tindakan pembedahan), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kehilangan integritas struktur tulang pasca pembedahan (amputasi), gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, gangguan body image berhubungan dengan tindakan pembedahan, dan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif pasca pembedahan amputasi. Perlunya kerjasama lebih lanjut antara klien, keluarga dan tenaga kesehatan.

**Kata kunci :** Diabetes millitus, post operasi amputasi, nyeri

**Nursing care TO CLIENTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS  
AMPUTATION POST DAY 5 NURSING INTERFERENCE**

**PAIN IN THE ORCHID Hospital ADBDUL WAHAB**

**SAJHRANIE SAMARINDA**

**(Diana Widia Indrawati Lebang S.Kep, 2016)**

**ABSTRACT**

**Background:** Diabetes is a metabolic abnormalities Millitus the key attributes of an increase in blood glucose levels, hyperglycemia. Diabetic foot ulcers is the chronic complications of diabetes mellitus and caused debridement or amputation. **Objective:** This paper aims to be able to understand more about the nursing care post amputation diabetes mellitus include: assessment, making nursing diagnosis, planning, nursing actions and evaluate nursing care in patients with diabetes mellitus post amputation surgery at the Orchid Lounge RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. **Results:** After nursing for 1x 8 hours over three days showed, pain in clients decreased from scale 7 to the scale of 6, no signs of infection, and the patient's basic needs are met. **Conclusion:** Based on the existing cases able to be enforced 5 diagnostics ie, acute pain associated with agents injury physical (surgery), impaired physical mobility related to loss of structural integrity of bone after surgery (amputation), disruption of sleep patterns associated with pain, impaired body image related with surgery, and the risk of infection associated with invasive procedures post-surgical amputation. The need for further cooperation between clients, families and health professionals.

**Keywords:** Diabetes mellitus, post amputation, pain

## DAFTAR ISI

Halaman

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| HALAMAN JUDUL.....      | i   |
| LEMBAR PERSETUJUAN..... | ii  |
| KATA PENGANTAR.....     | iii |
| ABSTRAK.....            | v   |
| DAFTAR ISI.....         | vii |

### BAB 1

#### PENDAHULUAN

|                            |   |
|----------------------------|---|
| A. Latar Belakang.....     | 1 |
| B. Rumusan Masalah.....    | 2 |
| C. Tujuan Penelitian       |   |
| 1. Tujuan Umum.....        | 2 |
| 2. Tujuan Khusus.....      | 2 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 3 |

### BAB II

#### TINJAUAN PUSTAKA

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| A. Pengertian Diabetes Millitus..... | 5  |
| B. Jenis Diabetes Millitus.....      | 5  |
| C. Etiologi.....                     | 7  |
| D. Patofisiologi.....                | 9  |
| E. Tanda dan gejala.....             | 11 |
| F. Pemeriksaan penunjang.....        | 13 |

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| G. Pengobatan.....          | 15 |
| H. Komplikasi.....          | 15 |
| I. Rencana keperawatan..... | 21 |

**BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| A. Pengkajian.....               | 26 |
| B. Analisa Data .....            | 38 |
| C. Diagnosa keperawatan.....     | 40 |
| D. Rencana keperawatan.....      | 41 |
| E. Implementasi keperawatan..... | 45 |

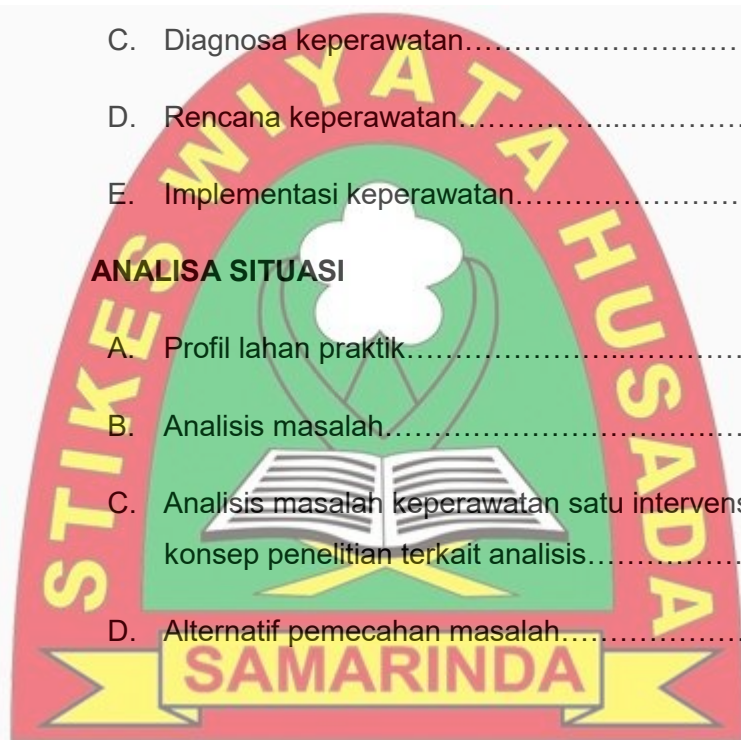
**BAB IV ANALISA SITUASI**

|  |    |
|--|----|
| A. Profil lahan praktik.....   | 58 |
| B. Analisis masalah.....   | 61 |
| C. Analisis masalah keperawatan satu intervensi dengan konsep penelitian terkait analisis..... | 62 |
| D. Alternatif pemecahan masalah.....   | 63 |

**BAB V PENUTUP**

|                    |    |
|--------------------|----|
| A. Kesimpulan..... | 65 |
| B. Saran.....      | 66 |

**DAFTAR PUSTAKA**



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

*Diabetes Mellitus* (DM) merupakan suatu penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah melebihi normal serta gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormon insulin secara relatif. Pada umumnya ada dua macam tipe diabetes, yaitu diabetes tipe 1 (tergantung insulin), dan diabetes tipe 2 (tidak tergantung insulin), tetapi ada pula diabetes dalam kehamilan yang biasa disebut diabetes gestasional. Kasus diabetes dilaporkan mengalami peningkatan diberbagai negara berkembang termasuk di Indonesia (Suyono,2009).

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2012, jumlah penderita DM mencapai 194 juta jiwa dan diperkirakan meningkat menjadi 333 juta jiwa di tahun 2025 mendatang, dan setengah dari angka tersebut terjadi di negara berkembang, termasuk negara Indonesia. Angka kejadian DM di Indonesia menempati urutan keempat tertinggi di dunia yaitu 8,4 juta jiwa. Penderita Diabetes Mellitus di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie berdasarkan data instalasi rekam medik sembilan bulan terakhir sebanyak 791 pasien diantaranya mengalami komplikasi dan tidak menutup kemungkinan jumlah tersebut akan meningkat di tahun mendatang, sedangkan di ruang anggrek sendiri sebanyak 100 pasien. Jumlah penderita DM meningkat akibat faktor genetik, pola hidup yang tidak sehat, prevalensi obesitas meningkat dan kurangnya kegiatan fisik atau olahraga.

Distribusi penyakit ini juga menyebar pada semua tingkatan masyarakat dari tingkat sosial ekonomi rendah sampai tinggi, pada setiap ras, golongan etnis dan daerah geografis. Gejala DM yang bervariasi dapat timbul secara perlahan lahan sehingga penderita tidak menyadari akan adanya perubahan seperti minum yang lebih banyak, buang air kecil lebih sering, mudah lapar, serta berat badan menurun. Gejala tersebut berlangsung lama tanpa memperhatikan diet, olahraga, dan pengobatan sampai orang tersebut memeriksakan kadar gula darahnya (Murwani, 2009);

Jika Diabetes Mellitus tidak segera ditangani akan menimbulkan berbagai komplikasi organ tubuh seperti pada mata, ginjal, jantung, pembuluh darah, saraf dan lain lain. Penderita Diabetes Millitus dibandingkan dengan penderita non Diabetes Millitus mempunyai kecenderungan 25 kali terjadi buta, 2 kali terjadi penyakit jantung koroner, 7 kali terjadi gagal ginjal kronik, dan 5 kali menderita ulkus diabetikum (Kozier, 2010)

Diaetes Millitus merupakan salah satu penyakit yang dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh seperti kerusakan pada mata, ginjal, jantung, dan ekstremitas serta dapat menyebabkan kematian. Karena semakin banyaknya penderita Diabetes Millitus di Indonesia salah satunya di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, maka dalam hal ini penulis menuliskan tentang "Asuhan Keperawatan Pada Bpk.P Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Diabetes Millitus di Ruang Anggrek RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda".

## **B. Rumusan Masalah**

Melihat banyaknya penderita Diabetes Millitus yang terjadi di Indonesia dan di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, baik yang masih hidup maupun yang sudah meninggal, penulis merumuskan masalah yaitu bagaimana memberikan Asuhan Keperawatan pada Bpk.P dengan Gangguan Sistem Endokrin : Diabetes Millitus di Ruang Anggrek RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **C. Tujuan Penulis**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan Umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu penulis mampu memahami konsep penyakit Diabetes Millitus dan mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Millitus.

### **2. Tujuan Khusus**

Adapun tujuan khusus dari penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu penulis mampu menggambarkan, mengetahui, menentukan, memahami, menjelaskan, dan mendeskripsikan :

- a. Pengkajian pada pasien dengan Diabetes Millitus
- b. Penentuan diagnosa atau masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan Diabetes Millitus.
- c. Penyusunan intervensi keperawatan secara tepat pada pasien dengan Diabetes Millitus.
- d. Implementasi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Millitus.
- e. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan pada pasien dengan Diabetes Millitus.
- f. Pendokumentasian tindakan yang telah dilakukan pada pasien dengan Diabetes Mellitus.

#### **D. Manfaat Penulisan**

##### **1. Manfaat Teoritis**

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar dapat melakukan pencegahan untuk diri sendiri dan orang disekitarnya agar tidak terkena diabetes millitus, bahwa diabetes millitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin dan menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskuler, makrovaskuler, dan neuropati (Murwani 2009).

Penulisan karya tulis ini juga berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan sesuai atau tidak, karena dalam teori yang sudah ada tidak sesuai dengan kasus yang terjadi sehingga disusunlah karya tulis ilmiah ini.

## 2. Manfaat Praktisi

### a. Bagi Perawat

Karya tulis ini diharapkan dapat memberikan informasi dan menambah wacana keilmuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Millitus.

### b. Bagi Rumah Sakit

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan salah satu contoh hasil dalam melakukan tindakan keperawatan bagi pasien khususnya dengan gangguan sistem endokrin Diabetes Millitus.

### c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi instansi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Millitus.

### d. Bagi Pasien Dan Keluarga

Manfaat karya tulis ilmiah ini bagi pasien dan keluarga yaitu agar pasien dan keluarga mengetahui tentang penyakit Diabetes Millitus serta perawatan yang benar agar klien mendapat perawatan yang tepat.

### e. Bagi Pembaca

Manfaat penulisan karya ilmiah bagi pembaca yaitu menjadi sumber referensi dan informasi bagi orang yang membaca karya tulis ini menjadi lebih mengetahui dan memahami bagaimana cara merawat pasien yang sakit Diabetes Millitus.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Defenisi

Diabetes Mellitus adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif (Arjatmo, 2002).

Diabetes mellitus adalah penyakit dimana penderita tidak bisa mengontrol kadar gula dalam tubuhnya. Tubuh akan selalu kekurangan ataupun kelebihan gula sehingga mengganggu system kerja tubuh secara keseluruhan (FKUI, 2001).

Diabetes mellitus adalah sekelompok kelainan yang ditandai oleh peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia). Mungkin terdapat penurunan dalam kemampuan tubuh untuk berespon terhadap insulin dan atau penurunan atau tidak terdapatnya pembentukan insulin oleh pancreas. Kondisi ini mengarah pada hiperglikemia, yang dapat menyebabkan terjadinya komplikasi metabolic akut seperti ketoasidosis diabetic. Hiperglikemia jangka panjang dapat menunjang terjadinya komplikasi mikrovaskular kronis (penyakit ginjal dan mata) serta komplikasi neuropati. Diabetes juga berkaitan dengan kejadian penyakit makrovaskuler, termasuk infark miokard, stroke, dan penyakit vaskuler perifer. (brunner and suddarth, 2002).

#### B. Jenis Diabetes Millitus

##### 1. Tipe 1: Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)

Diabetes ini dikenal sebagai tipe juvenile onset dan tipe dependen insulin, namun kedua tipe ini dapat muncul pada sembarang usia. Insidens tipe 1 sebanyak 30.000 kasus baru setiap tahunnya dan dapat dibagi dalam dua subtype yaitu autoimun akibat disfungsi autoimun dengan kekurangan sel-sel beta dan idiopatik tanpa bukti adanya autoimun dan

tidak diketahui sumbernya. Sub tipe ini lebih sering timbul pada etnik keturunan Afrika-Amerika dan Asia.

Diabetes tipe 1 banyak ditemukan pada balita, anak-anak dan remaja.

Sampai saat ini, Diabetes Mellitus tipe 1 hanya dapat di obati dengan pemberian terapi insulin yang dilakukan secara terus menerus berkesinambungan. Riwayat keluarga, diet dan faktor lingkungan sangat mempengaruhi perawatan penderita diabetes tipe 1. Pada penderita diabetes tipe 1 haruslah diperhatikan pengontrolan dan memonitor kadar gula darahnya, sebaiknya menggunakan alat test gula darah. Terutama pada anak-anak atau balita yang mana mereka sangat mudah mengalami dehidrasi, sering muntah dan mudah terserang berbagai penyakit.

2. Tipe 2: Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)

a) 90% sampai 95% penderita diabetis adalah tipe 2. Kondisi ini diakibatkan oleh penurunan sensitivitas terhadap insulin (resisten insulin) atau akibat penurunan jumlah pembentukan insulin

b) Pengobatan pertama adalah dengan diet dan olahraga; jika kenaikan kadar glukosa darah menetap, suplemen dengan preparat hipoglikemia (suntikan insulin dibutuhkan jika preparat oral tidak dapat mengontrol hiperglikemia)

c) Terjadi paling sering pada mereka yang berusia lebih dari 30 tahun dan pada mereka yang obesitas.

3. Diabetes gestasional (GDM)

GDM dikenal pertama kali selama kehamilan dan mempengaruhi 4% dari semua kehamilan. Faktor resiko terjadinya GDM adalah usia tua, etnik, obesitas, multiparitas, riwayat keluarga, dan riwayat diabetes gestasional terdahulu. Karena terjadi peningkatan sekresi berbagai hormone yang mempunyai efek metabolic terhadap toleransi glukosa, maka kehamilan adalah suatu keadaan diabetogenik. Pasien-pasien yang mempunyai predisposisi diabetes secara genetic mungkin akan memperlihatkan intoleransi glukosa atau manifestasi klinis diabetes pada kehamilan.

4. Diabetes Mellitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya.

Dalam skala yang lebih kecil, ada beberapa kasus diabetes oleh syndrome genetic tertentu ( perubahan fungsi sel beta dan perubahan

fungsi insulin secara genetik ), gangguan pada pancreas yang didapati pada pecandu alcohol, dan penggunaan obat ataupun zat kimia. Beberapa kasus tersebut dapat memicu gejala yang sama dengan diabetes. ( Pearce, 2007 )

### C. Etiologi

Sesuai dengan klasifikasi yang telah disebutkan sebelumnya maka penyebabnya pun pada setiap jenis dari diabetes juga berbeda. Berikut ini merupakan beberapa penyebab dari penyakit diabetes mellitus:

#### 1. Diabetes Melitus tipe 1 ( IDDM )

##### a. Faktor genetic

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri; tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya DM tipe I. Kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA.

##### b. Faktor-faktor imunologi

Adanya respons otoimun yang merupakan respons abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing. Yaitu otoantibodi terhadap sel-sel pulau Langerhans dan insulin endogen.

##### c. Faktor lingkungan

Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses otoimun yang menimbulkan destruksi sel beta. (Price,2005)

#### 2. Diabetes Melitus tipe 2 ( NIDDM )

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin.

Faktor resiko:

- a. Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 thn), Sekitar 90% dari kasus diabetes yang didapati adalah diabetes tipe 2. Pada awalnya, tipe 2 muncul seiring dengan bertambahnya usia dimana keadaan fisik mulai menurun.

b. Obesitas

Obesitas berkaitan dengan resistensi kegagalan toleransi glukosa yang menyebabkan diabetes tipe 2. Hal ini jelas dikarenakan persediaan cadangan glukosa dalam tubuh mencapai level yang tinggi. Selain itu kadar kolesterol dalam darah serta kerja jantung yang harus ekstra keras memompa darah keseluruh tubuh menjadi pemicu obesitas. Pengurangan berat badan sering kali dikaitkan dengan perbaikan dalam sensitivitas insulin dan pemulihan toleransi glukosa.

c. Riwayat keluarga

Indeks untuk diabetes tipe 2 pada kembar monozigot hampir 100%. Resiko berkembangnya diabetes tipe 2 pada saudara kandung mendekati 40% dan 33% untuk anak cucunya. Jika orang tua menderita diabetes tipe 2, rasio diabetes dan nondiabetes pada anak adalah 1:1 dan sekitar 90% pasti membawa carrier diabetes tipe 2. (Martinus, 2005)

3. Diabetes gestasional (GDM)

Pada DM dengan kehamilan, ada 2 kemungkinan yang dialami oleh si Ibu:

- a. Ibu tersebut memang telah menderita DM sejak sebelum hamil
- b. Ibu mengalami/menderita DM saat hamil

Klasifikasi DM dengan Kehamilan menurut Pyke:

Klas I : **Gestasional diabetes**, yaitu diabetes yang timbul pada waktu hamil dan menghilang setelah melahirkan.

Klas II : **Pregestasional diabetes**, yaitu diabetes mulai sejak sebelum hamil dan berlanjut setelah hamil.

Klas III : **Pregestasional diabetes** yang disertai dengan komplikasi penyakit

pembuluh darah seperti retinopati, nefropati, penyakit pembuluh darah panggul dan pembuluh darah perifer.

Pada saat seorang wanita hamil, ada beberapa hormon yang mengalami peningkatan jumlah. Misalnya, hormon kortisol, estrogen, dan *human placental lactogen* (HPL). Ternyata, saat hamil,

peningkatan jumlah hormon-hormon tersebut mempunyai pengaruh terhadap fungsi insulin dalam mengatur kadar gula darah (glukosa). Kondisi ini menyebabkan kondisi yang kebal terhadap insulin yang disebut sebagai *insulin resistance*.

Saat fungsi insulin dalam mengendalikan kadar gula dalam darah terganggu, jumlah gula dalam darah pasti akan naik. Hal inilah yang kemudian menyebabkan seorang wanita hamil menderita diabetes gestasional.

4. Diabetes Melitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya

a. Kelainan genetic dalam sel beta.

Pada tipe ini memiliki prevalensi familial yang tinggi dan bermanifestasi sebelum usia 14 tahun. Pasien seringkali obesitas dan resisten terhadap insulin.

b. Kelainan genetic pada kerja insulin

sindrom resistensi insulin berat dan akantosis negrikans

c. Penyakit endokrin seperti sindrom Cushing dan akromegali

d. Obat-obat yang bersifat toksik terhadap sel-sel beta

e. Infeksi

#### D. Patofisiologi

Sebagian besar gambaran patologik dari DM dapat dihubungkan dengan salah satu efek utama akibat kurangnya insulin berikut:

1. Berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel – sel tubuh yang mengakibatkan naiknya konsentrasi glukosa darah setinggi 300 – 1200 mg/dl.
2. Peningkatan mobilisasi lemak dari daerah penyimpanan lemak yang menyebabkan terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolestrol pada dinding pembuluh darah.
3. Berkurangnya protein dalam jaringan tubuh. Pasien – pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan.

Pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang ginjal normal ( konsentrasi glukosa darah sebesar 160 – 180 mg/100 ml ), akan timbul glikosuria karena tubulus – tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa.

Glukosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida, potasium, dan pospat. Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan timbul polidipsi. Akibat glukosa yang keluar bersama urine maka pasien akan mengalami keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta cenderung terjadi polifagi. Akibat yang lain adalah astenia atau kekurangan energi sehingga pasien menjadi cepat lelah dan mengantuk yang disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi. Hiperglikemia yang lama akan menyebabkan arterosklerosis, penebalan membran basalis dan perubahan pada saraf perifer. Ini akan memudahkan terjadinya gangren.

#### Gangren Kaki Diabetik

Ada dua teori utama mengenai terjadinya komplikasi kronik DM akibat hiperglikemia, yaitu teori sorbitol dan teori glikosilasi.

##### a. Teori Sorbitol

Hiperglikemia akan menyebabkan penumpukan kadar glukosa pada sel dan jaringan tertentu dan dapat mentransport glukosa tanpa insulin. Glukosa yang berlebihan ini tidak akan termetabolisasi habis secara normal melalui glikolisis, tetapi sebagian dengan perantaraan enzim aldose reduktase akan diubah menjadi sorbitol. Sorbitol akan tertumpuk dalam sel / jaringan tersebut dan menyebabkan kerusakan dan perubahan fungsi.

##### b. Teori Glikosilasi

Akibat hiperglikemia akan menyebabkan terjadinya glikosilasi pada semua protein, terutama yang mengandung senyawa lisin. Terjadinya proses glikosilasi pada protein membran basal dapat menjelaskan semua komplikasi baik makro maupun mikro

vaskular. Terjadinya Kaki Diabetik (KD) sendiri disebabkan oleh faktor – factor disebutkan dalam etiologi. Faktor utama yang berperan timbulnya KD adalah angiopati, neuropati dan infeksi. Neuropati merupakan faktor penting untuk terjadinya KD. Adanya neuropati perifer akan menyebabkan terjadinya gangguan sensorik maupun motorik. Gangguan sensorik akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya ulkus pada kaki gangguan motorik juga akan mengakibatkan terjadinya atrofi otot kaki, sehingga merubah titik tumpu yang menyebabkan ulserasi pada kaki pasien. Angiopati akan menyebabkan terganggunya aliran darah ke kaki. Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka penderita akan merasa sakit tungkainya sesudah ia berjalan pada jarak tertentu.

Manifestasi gangguan

Pembuluh darah yang lain dapat berupa : ujung kaki terasa dingin, nyeri kaki di malam hari, denyut arteri hilang, kaki menjadi pucat bila dinaikkan. Adanya angiopati tersebut akan menyebabkan terjadinya penurunan asupan nutrisi, oksigen (zat asam ) serta antibiotika sehingga menyebabkan luka sulit sembuh ( Levin,1993). Infeksi sering merupakan komplikasi yang menyertai KD akibat berkurangnya aliran darah atau neuropati, sehingga faktor angiopati dan infeksi berpengaruh terhadap penyembuhan atau pengobatan dari KD.

#### **E. Tanda dan Gejala**

Tanda awal yang dapat diketahui bahwa seseorang menderita DM atau kencing manis yaitu dilihat langsung dari efek peningkatan kadar gula darah, dimana peningkatan kadar gula dalam darah mencapai nilai 160 - 180 mg/dL dan air seni (urine) penderita kencing manis yang mengandung gula (glucose), sehingga urine sering dilebung atau dikerubuti semut.

Penderita diabetes melitus umumnya menampakkan tanda dan gejala dibawah ini meskipun tidak semua dialami oleh penderita :

1. Jumlah urine yang dikeluarkan lebih banyak (Polyuria)
2. Sering atau cepat merasa haus/dahaga (Polydipsia)
3. Lapar yang berlebihan atau makan banyak (Polyphagia)
4. Frekwensi urine meningkat/kencing terus (Glycosuria)
5. Kehilangan berat badan yang tidak jelas sebabnya
6. Kesemutan/mati rasa pada ujung syaraf ditelapak tangan & kaki
7. Cepat lelah dan lemah setiap waktu
8. Mengalami rabun penglihatan secara tiba-tiba
9. Apabila luka/tergores (korengan) lambat penyembuhannya
10. Mudah terkena infeksi terutama pada kulit.

Kondisi kadar gula yang drastis menurun akan cepat menyebabkan seseorang tidak sadarkan diri bahkan memasuki tahapan koma. Gejala diabetes melitus dapat berkembang dengan cepat waktu ke waktu dalam hitungan minggu atau bulan, terutama pada seorang anak yang menderita penyakit diabetes mellitus tipe 1.

Lain halnya pada penderita diabetes mellitus tipe 2, umumnya mereka tidak mengalami berbagai gejala diatas. Bahkan mereka mungkin tidak mengetahui telah menderita kencing manis.

Menurut Supartondo, gejala-gejala akibat DM pada usia lanjut yang sering ditemukan adalah :

1. Katarak
2. Glaukoma
3. Retinopati
4. Gatal seluruh badan
5. Pruritus Vulvae
6. Infeksi bakteri kulit
7. Infeksi jamur di kulit
8. Dermatopati
9. Neuropati perifer
10. Neuropati visceral
11. Amiotropi
12. Ulkus Neurotropik
13. Penyakit ginjal

14. Penyakit pembuluh darah perifer
15. Penyakit koroner
16. Penyakit pembuluh darah otak
17. Hipertensi

#### **F. Pemeriksaan Penunjang**

Diagnosis DM harus didasarkan atas pemeriksaan kadar glukosa darah, tidak dapat ditegakkan hanya atas dasar adanya glukosuria saja. Dalam menegakkan diagnosis DM harus diperhatikan asal bahan darah yang diambil dan cara pemeriksaan yang dipakai. Untuk diagnosis DM, pemeriksaan yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa dengan cara enzimatik dengan bahan glukosa darah plasma vena. Saat ini banyak dipasarkan alat pengukur kadar glukosa darah cara reagen kering yang umumnya sederhana dan mudah dipakai.

Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah memakai alat-alat tersebut dapat dipercaya sejauh kalibrasi dilakukan dengan baik dan cara pemeriksaan sesuai dengan cara standar yang dianjurkan. Untuk memantau kadar glukosa darah dapat dipakai bahan darah kapiler. Ada perbedaan antara uji diagnostic DM dan pemeriksaan penyaring. Uji diagnostic DM dilakukan untuk mereka yang menunjukkan gejala atau tanda DM. Sedangkan pemeriksaan penyaring bertujuan untuk mengidentifikasi mereka yang tidak bergejala tetapi memiliki resiko DM.

Pemeriksaan penyaring perlu dilakukan pada kelompok dengan salah satu faktor risiko untuk DM, yaitu :

1. kelompok usia dewasa tua ( > 45 tahun )
2. kegemukan {BB (kg) > 120% BB idaman atau IMT > 27 (kg/m<sup>2</sup>)
3. tekanan darah tinggi (> 140/90 mmHg)
4. riwayat keluarga DM
5. riwayat kehamilan dengan BB lahir bayi > 4000 gram
6. riwayat DM pada kehamilan

7. dislipidemia (HDL < 35 mg/dl dan atau Triglicerida > 250 mg/dl)
8. pernah TGT (Toleransi Glukosa Terganggu) atau GDPT (Glukosa Darah Puasa Terganggu)

Pemeriksaan penyaring yang dapat dilakukan:

1. Glukosa darah sewaktu
2. Kadar Glukosa darah puasa
3. Tes Toleransi Glukosa

Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dl)

|                                    | Bukan DM | Belum pasti DM | DM   |
|------------------------------------|----------|----------------|------|
| <b>Kadar glukosa darah sewaktu</b> |          |                |      |
| Plasma vena                        | < 100    | 100-200        | >200 |
| Darah kapiler                      | <80      | 80-200         | >200 |
| <b>Kadar glukosa darah puasa</b>   |          |                |      |
| Plasma vena                        | <110     | 110-120        | >126 |
| Darah Kapiler                      | <90      | 90-100         | >100 |

Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes mellitus pada sedikitnya 2 kali pemeriksaan :

1. Glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl (11,1 mmol/L)
2. Glukosa plasma puasa >140 mg/dl (7,8 mmol/L)
3. Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial (pp) > 200 mg/dl

## G. Pengobatan Diabetes Mellitus

Tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Tujuan teraupetik pada setiap jenis diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah normal tanpa terjadinya hipoglikemia dan gangguan serius pada pola aktivitas klien.

Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes:

1. Diet
2. Latihan
3. Pemantauan
4. Terapi

## H. Komplikasi

Komplikasi yang berkaitan dengan kedua tipe diabetes digolongkan sebagai akut dan kronis

### 1. Komplikasi Akut

Komplikasi akut terjadi sebagai akibat dari ketidakseimbangan jangka pendek dalam glukosa darah. Ada tiga komplikasi akut pada diabetes yang penting dan berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek. Ketiga komplikasi tersebut adalah: Hipoglikemia, ketoasidosis diabetik, dan sindrom HHNK (juga disebut koma hiperglikemik hiperosmolar nonketotik)

- a. Hipoglikemia terjadi kalau kadar glukosa darah turun di bawah 50 – 60 mg/dl. Keadaan ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparat oral yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit atau karena aktivitas fisik yang berat. Hipoglikemia dapat terjadi setiap saat pada siang atau malam hari. Kejadian ini bias dijumpai sebelum makan, khususnya jika waktu makan tertunda atau bila pasien lupa makan camilan.

Gejala hipoglikemia dapat dikelompokkan menjadi dua kategori: Gejala adrenergic dan gejala system saraf pusat.

Pada hipoglikemia ringan, ketika kadar glukosa darah menurun, system saraf simpatik akan terangsang. Pelimpahan adrenalin ke

dalam darah menyebabkan gejala seperti tremor, takikardi, palpitasi, dan kegelisahan dan rasa lapar.

Pada hipoglikemia sedang, Penurunan kadar glukosa darah menyebabkan sel-sel otak tidak memperoleh cukup bahan bakar untuk bekerja dengan baik. Tanda-tanda gangguan fungsi pada system saraf pusat mencakupi ketidakmampuan konsentrasi, sakit kepala, vertigo, konfusi, penurunan daya ingat, patirasa di daerah bibir serta lidah, bicara pelo, gerakan tidak terkoordinasi, perubahan emosional, perilaku yang tidak rasional, pengluhan ganda, dan perasaan ingin pingsan.

Pada hipoglikemia berat, fungsi system saraf pusat mengalami gangguan yang sangat berat sehingga pasien memerlukan pertolongan orang lain untuk mengatasi hipoglikemia yang dideritanya. Gejala dapat mencakup perilaku yang mengalami disorientasi, serangan kejang, sulit dibangunkan dari tidur, atau bahkan kehilangan kesadaran.

Penanganan harus segera diberikan bila terjadi hipoglikemia. Rekomendasi biasanya pemberian 10 – 15 gram gula yang bekerja cepat per oral:

- 1) 2-4 tablet glukosa yang dapat dibeli di apotik
- 2) Teh yang manis
- 3) 6-10 butir permen
- 4) 2-3 sendok teh sirup atau madu

b. Diabetes Ketoasidosis

1) Patofisiologi

Diabetes ketoasidosis disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin yang nyata. Keadaan ini menyebabkan gangguan pada metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak. Ada tiga gambaran klinis yang penting pada diabetes ketoasidosis:

- a) Dehidrasi
- b) Kehilangan elektrolit
- c) Asidosis

Apabila jumlah insulin berkurang, jumlah glukosa yang memasuki sel akan berkurang pula. Di samping itu produksi gula hati menjadi tidak terkendali pula. Kedua factor ini menimbulkan hiperglikemia. Dalam upaya untuk menghilangkan glukosa yang berlebihan dari dalam tubuh, ginjal akan mengekskresikan glukosa bersama-sama air dan elektrolit(seperti natrium dan kalium). Diuresis osmotik yang ditandai dengan oleh urinasi berlebihan(poliuria) ini akan menyebabkan dehidrasi dan kehilangan elektrolit.

Akibat defisiensi insulin yang lain ialah pemecahan lemak(lipolisis) menjadi asam-asam lemak bebas dan gliserol. Asam lemak bebas akan diubah menjadi badan keton oleh hati. Pada ketoasidosis diabetic terjadi produksi badan keton yang berlebihan sebagai akibat dari kekurangan insulin yang secara normal akan mencegah keadaan tersebut. Badan keton bersifat asam, dan bila bertumpuk di sirkulasi darah, badan keton akan menimbulkan asidosis metabolic.

## 2) Manifestasi Klinik

a) Hiperglikemia pada ketoasidosis diabetic akan menimbulkan poliuria dan polidipsi. Di samping itu pasien juga mengalami penglihatan kabur, kelemahan, dan sakit kepala. Pasien dengan penurunan volume intravaskuler yang nyata mungkin juga mengalami hipotensi ortostatik

b) Ketosis dan asidosis yang merupakan ciri khas diabetes asidosis mengalami gejala gastrointestinal seperti anoreksia, mual, muntah, dan nyeri abdomen. Nyeri abdomen dan gejala-gejala fisik pada pemeriksaan dapat begitu berat sehingga tampaknya terjadi proses intraabdominal yang memerlukan tindakan pembedahan. Napas pasien mungkin berbau aseton sebagai akibat meningkatnya badan keton. Selain itu hiperventilasi dapat terjadi. Pernapasan kusmaul ini menggambarkan upaya tubuh untuk mengurangi asidosis guna melawan efek dari pembentukan badan keton.

c) Perubahan mental pada ketoasidosis diabetik bervariasi, antara pasien yang satu dan lainnya. Pasien dapat terlihat sadar, mengantuk, atau koma.

3) Nilai laboratorium

Kadar glukosa darah dapat bervariasi dari 300-800mg/dl. Bukti adanya ketoasidosis ditandai oleh kadar bikarbonat serum rendah (0 hingga 15 mEq/L) dan pH yang rendah (6,8-7,3). Tingkat pCO<sub>2</sub> yang rendah (10-30mmHg) mencerminkan kompensasi respiratorik terhadap asidosis metabolik.

4) Terapi

Terapi diabetik ketoasidosis diarahkan pada perbaikan tiga permasalahan utama: dehidrasi, kehilangan elektrolit, dan asidosis

Dehidrasi diatasi dengan rehidrasi untuk mempertahankan perfusi jaringan. Disamping itu penggantian cairan akan menggalakkan ekskresi glukosa yang berlebihan melalui ginjal. Pasien mungkin membutuhkan 6 hingga 10 liter cairan infuse untuk menggantikan kehilangan cairan akibat poliuria, hiperventilasi, diare, dan muntah.

c. Sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Nonketotik

1) Patofisiologi

Sindrom hiperglikemik hiperosmolar nonketotik merupakan keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia dan disertai perubahan tingkat kesadaran. Pada saat yang sama tidak ada atau sedikit terjadi ketosis ringan. Kelainan dasar biokimia pada sindrom ini berupa kekurangan insulin efektif. Keadaan hiperglikemik persisten menyebabkan diuresis osmotik sehingga terjadi kekurangan cairan dan elektrolit. Untuk mempertahankan keseimbangan osmotik, cairan akan berpindah dari ruang intrasel ke dalam ruang ekstrasel. Dengan adanya glukosuria dan dehidrasi, akan dijumpai keadaan hipernatremia dan peningkatan osmolaritas

2) Manifestasi klinik

Terdiri atas gejala hipotensi, dehidrasi berat, takikardi, dan tanda-tanda neurologis yang bervariasi.

3) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan HHNK serupa dengan DKA, yaitu: cairan, elektrolit, dan insulin.

2. Komplikasi Kronis

Komplikasi jangka panjang diabetes dapat menyerang semua system organ dalam tubuh. Kategori diabetes yang lazim digunakan adalah

a. Komplikasi Makrovaskuler

1) Penyakit arteri Koroner

Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar sering terjadi pada diabetes. Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh arteri koroner menyebabkan peningkatan insidens infark miokard pada penderita. Salah satu ciri unik pada penyakit arteri koroner yang diderita oleh pasien-pasien diabetes adalah tidak terdapatnya gejala iskemik yang khas. Jadi, pasien mungkin tidak memperlihatkan tanda-tanda awal penurunan aliran darah koroner dan dapat mengalami infark miokard asimtomatik ini hanya dijumpai melalui pemeriksaan EKG. Kurangnya gejala iskemik ini disebabkan oleh neuropati otonom

2) Penyakit Serebrovaskuler

Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah serebral atau pembentukan embolus di tempat lain dalam system pembuluh darah yang kemudian terbawa aliran darah sehingga terjepit dalam pembuluh darah serebral dapat menimbulkan serangan iskemia sepintas dan stroke. Gejala penyakit serebrovaskuler ini dapat menyerupai gejala pada komplikasi akut diabetes. Gejala tersebut mencakup keluhan pusing atau vertigo, gangguan penglihatan, bicara pelo dan kelemahan.

3) Penyakit Vaskuler Perifer

Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar pada ekstermitas bawah merupakan penyebab meningkatnya insidens penyakit oklusif arteri perifer pada pasien-pasien diabetes. Bentuk

penyakit oklusif arteri yang parah pada ekstermitas bawah ini merupakan utama meningkatnya insidens gangrene dan amputasi pada pasien-pasien diabetes.

Para peneliti diabetes masih terus menyelidiki hubungan antara diabetes dan penyakit makrovaskuler. Ada factor-faktor resiko tertentu yang berkaitan dengan percepatan aterosclerosis. Faktor-faktor ini mencakup kenaikan kadar lemak darah, hipertensi, kebiasaan merokok, obesitas, kurangnya latihan dan riwayat keturunan.

Diet merupakan terapi penting dalam menangani obesitas, hipertensi dan hiperlipidemia. Latihan teratur merupakan terapi yang sangat penting pula.

Apabila komplikasi makrovaskuler terjadi, penanganannya sama dengan penanganan pada pasien nondiabetik. Disamping itu pengendalian kadar glukosa darah juga harus diperhatikan.

b. Komplikasi Mikrovaskuler

Penyakit mikroangiopati ditandai oleh penebalan membrane basalis pembuluh kapiler. Membran basalis mengelilingi sel-sel endotel kapiler. Ada dua tempat dimana gangguan fungsi kapiler dapat berakibat serius; kedua tempat tersebut adalah mikrosirkulasi retina mata dan ginjal. Retinopati diabetic yang diakibatkan oleh mikroangiopati merupakan penyebab kebutaan yang utama pada individu yang berusia antara 20 hingga 74 tahun di Amerika Serikat.

1) Retinopati Diabetik

Kelainan patologis mata yang disebut retinopati diabetic disebabkan oleh perubahan dalam pembuluh-pembuluh darah kecil disekitar retina. Retina merupakan bagian mata yang menerima bayangan dan mengirimkan informasi tentang bayangan tersebut ke otak. Bagian ini mengandung banyak sekali pembuluh darah arteri serta vena kecil, arteriol, venula, dan kapiler.

Ada tiga stadium utama retinopati diabetic; retinopati nonproliferatif, retinopati praproliferatif, dan retinopati proliferative.

Komplikasi oftalmologi lain yang dapat terjadi pada pasien diabetes mellitus adalah katarak, glaucoma, dan perubahan lensa.

2) Nefropati

Bukti menunjukkan bahwa segera sesudah terkena diabetes, khususnya bila kadar glukosa darah meninggi, maka mekanisme filtrasi ginjal akan mengalami stress yang menyebabkan kebocoran protein darah ke dalam urin. Sebagai akibatnya, tekanan dalam pembuluh darah ginjal meningkat. Kenaikan tersebut diperkirakan berperan sebagai stimulus untuk terjadinya nefropati.

c. Neuropati Diabetes

Neuropati pada diabetes mengacu kepada sekelompok penyakit yang menyerang semua tipe saraf, termasuk saraf perifer, otonom dan spinal. Kelainan tersebut tampak beragam secara klinis dan bergantung pada lokasi sel saraf yang terkena.

Patogenesis neuropati dalam diabetes dapat dikaitkan dengan mekanisme vaskuler atau metabolic atau keduanya, meskipun perannya yang berhubungan mekanisme ini masih belum berhasil ditentukan. Penebalan membrane basalis kapiler dan penutupan kapiler dapat dijumpai. Disamping itu mungkin terdapat demielinisasi saraf yang diperkirakan berhubungan dengan hiperglikemia. Hantaran saraf akan terganggu apabila terdapat kelainan pada selubung myelin.

**I. RENCANA KEPERAWATAN**

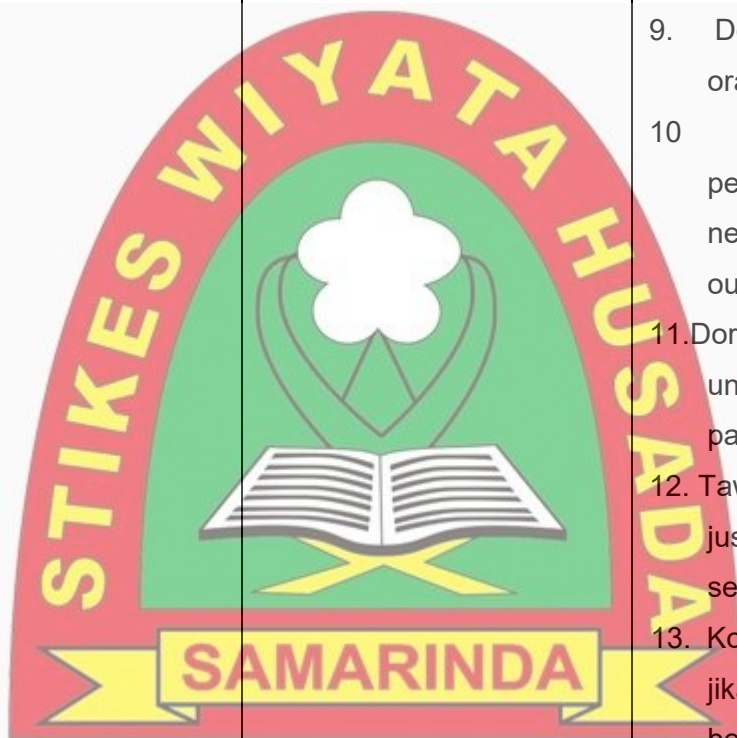
| <b>NO</b> | <b>DIAGNOSA</b>   | <b>NOC</b>   | <b>NIC</b>  |
|-----------|---|--|---|
| <b>1</b>  | Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (penurunan perfusi jaringan perifer) | <p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>Tingkat nyeri</b></li> <li>· <b>Nyeri terkontrol</b></li> <li>· <b>Tingkat kenyamanan</b></li> </ul> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengontrol nyeri,</li> </ol> | <p><b>Manajemen nyeri :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pegkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,</li> </ol> |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | <p>dengan indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Mengenal faktor-faktor penyebab</li> <li>· Mengenal onset nyeri</li> <li>· Tindakan pertolongan non farmakologi</li> <li>· Menggunakan analgetik</li> <li>· Melaporkan gejala-gejala nyeri kepada tim kesehatan.</li> <li>· Nyeri terkontrol</li> </ul> <p>2. Menunjukkan tingkat nyeri, dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Melaporkan nyeri</li> <li>· Frekuensi nyeri</li> <li>· Lamanya episode nyeri</li> <li>· Ekspresi nyeri; wajah</li> <li>· Perubahan respirasi rate</li> <li>· Perubahan tekanan darah</li> <li>· Kehilangan nafsu makan</li> </ul> | <p>kualitas dan ontro presipitasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan .</li> <li>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien sebelumnya.</li> <li>4. Kontrol ontro lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.</li> <li>5. Kurangi ontro presipitasi nyeri.</li> <li>6. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologis/non farmakologis)..</li> <li>7. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi, distraksi dll) untuk mengetasi nyeri..</li> <li>8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.</li> </ol> |
|--|--|--|---|

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   |   |   | <p>9. Evaluasi tindakan pengurang nyeri/ontrol nyeri.</p> <p>10. Kolaborasi dengan dokter bila ada komplain tentang pemberian analgetik tidak berhasil.</p> <p>11. Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri.</p>  |
| 2 | <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d. ketidakmampuan menggunakan glukose (tipe 1)</p> | <p><b>Nutritional Status : Food and Fluid Intake</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Intake makanan peroral yang adekuat</li> <li>· Intake NGT adekuat</li> <li>· Intake cairan peroral adekuat</li> <li>· Intake cairan yang adekuat</li> <li>· Intake TPN adekuat</li> </ul> | <p><b>Nutrition Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake makanan dan minuman yang dikonsumsi klien setiap hari</li> <li>2. Tentukan berapa jumlah kalori dan tipe zat gizi yang dibutuhkan dengan berkolaborasi dengan ahli gizi</li> <li>3 Dorong peningkatan intake kalori, zat besi, protein dan</li> </ol> |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|   |  |  | <p>vitamin C</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Beri makanan lewat oral, bila memungkinkan</li> <li>Kaji kebutuhan klien akan pemasangan NGT</li> <li>Lepas NGT bila klien sudah bisa makan lewat oral</li> </ol>   |
| 3 | <p>Defisit Volume Cairan b.d Kehilangan volume cairan secara aktif, Kegagalan mekanisme pengaturan</p> | <p><b>NOC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fluid balance</li> <li>Hydration</li> <li>Nutritional Status : Food and Fluid Intake</li> </ul> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal</li> <li>Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal</li> <li>Tidak ada tanda tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang</li> </ul> | <p><b>NIC :</b></p> <p><b>Fluid management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Timbang popok/pembalut jika diperlukan</li> <li>Pertahankan catatan intake dan output yang akurat</li> <li>Monitor status hidrasi ( kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan</li> <li>Monitor vital sign</li> <li>Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake</li> </ol> |

|  |  |            |   |
|--|--|------------|---|
|  |  | berlebihan | <p>kalori harian</p> <p>6. Kolaborasi pemberian cairan IV</p> <p>7. Monitor status nutrisi</p> <p>8. Berikan cairan IV pada suhu ruangan</p> <p>9. Dorong masukan oral</p> <p>10 Berikan penggantian nesogatrik sesuai output</p> <p>11. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan</p> <p>12. Tawarkan snack ( jus buah, buah segar )</p> <p>13. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk</p> <p>14. Atur kemungkinan tranfusi</p> <p>15. Persiapan untuk tranfusi</p> |
|--|--|------------|---|



## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

#### ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIABETES MILLITUS TIPE II POST OPERASI AMPUTASI HARI KE-5 DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERIDI RUANG ANGGREK RSUD ABDUL WAHAB SAJAHRIANIE SAMARINDA

##### A. Pengkajian

###### I. Identitas diri klien



Nama : Bpk.P  
Umur : 67 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki - laki  
Alamat : Jln.P.Antasari, RT.03, No.71 bebas pantai  
bontang  
Status perkawinan : Menikah  
Agama : Kristen  
Suku : Manado  
Pendidikan : SMP  
Pekerjaan : Swasta  
Lama bekerja :-  
Tanggal masuk RS : 6 november 2016  
Tanggal pengkajian : 15 November 2016

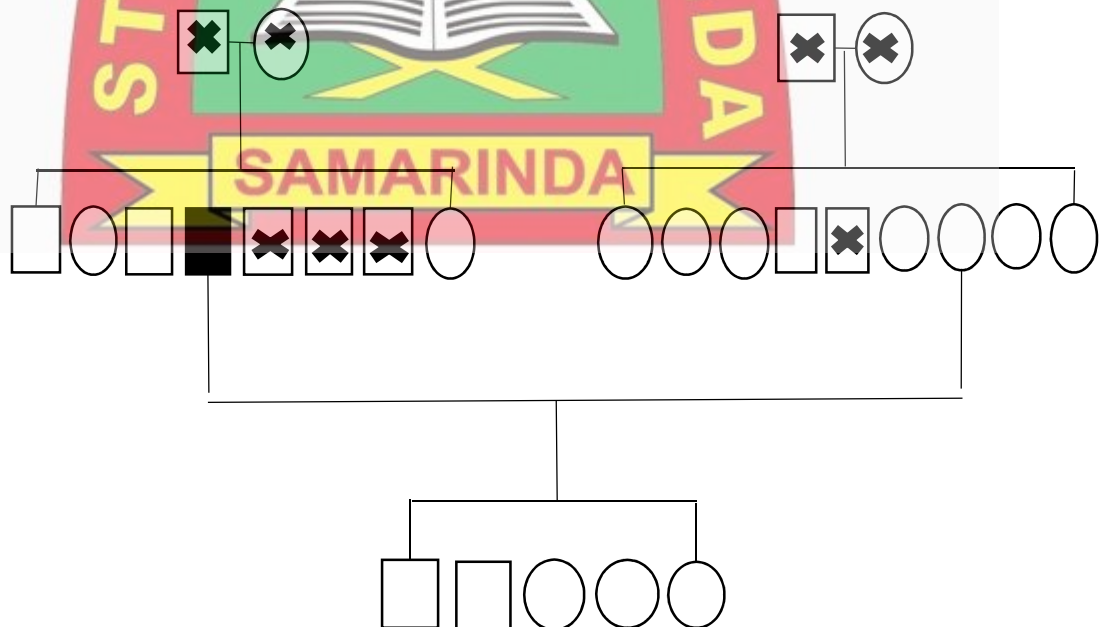
Sumber informasi :Klien, istri klien, rekam medik dan perawat ruangan

## II. Riwayat penyakit

1. Keluhan utama saat masuk RS : Nyeri Post Operasi amputasi hari ke- 5 pada kaki sebelah kiri.
2. Riwayat penyakit sekarang : Klien masuk IGD pada tanggal 6 november 2016, jam.11.39 dirujuk dari Rumah Sakit bunga husada bontang dengan keluhan ada luka DM di jari kaki sebelah kiri.
3. Riwayat penyakit dahulu : Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di Rumah Sakit bunga husada di bontang dengan penyakit yang sama. Klien dirawat dua minggu di rumah sakit bontang kemudian dirujuk ke RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit Diabetes Millitus sejak 8 tahun yang lalu.

Genogram :



Keterangan :

- :Laki
- :Perempuan
- :Meninggal
- :Pasien

Klien mengatakan ada saudara kandung klien 1 orang yang mempunyai riwayat penyakit keturunan yang sama yaitu diabetes millitus.

4. Diagnosa medik pada saat MRS, pemeriksaan penunjang dan tindakan yang telah dilakukan :
    1. Diagnosa Medik : Diabetes Millitus tipe II + Post amputasi
    2. Pemeriksaan Penunjang : Laboratorium ( pemeriksaan mikrobiologi, kimia klinik, hematologi, dan imunoserologi) dan EKG.
    3. Tindakan yang telah dilakukan :
      - Pasang infus
      - Cek GDS/ 8 jam
      - Merawat luka / hari
- Suntik insulin 3x10 unit sebelum makan

### III. Pengkajian saat ini (mulai hari pertama saudara merawat klien)

#### 1. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pengetahuan tentang penyakit/ perawatan : Klien mengatakan kesehatan sangat penting, jika klien sakit klien selalu memeriksakan ke dokter.

2. Pola nutrisi / metabolic

Program diit RS : NDJ (Nasi Diet Jantung)

Intake makanan :

Sebelum sakit : Klien mengatakan makan 2-3 kali/hari, porsi dihabiskan.

Sesudah sakit : Klien mengatakan makan 3 kali sehari, jenis makanan nasi, habis setengah porsi.

Intake cairan :

Sebelum sakit : Klien mengatakan minum air putih 7-8 gelas / hari

Sesudah sakit : Klien mengatakan minum air putih 4-6 gelas / hari. Minuman tambahan dari rumah sakit yaitu teh dan susu.

3. Pola eliminasi

a. Buang air besar :

Sebelum sakit : Klien mengatakan BAB 1-2 kali / hari

Sesudah sakit : Klien mengatakan BAB 1 kali / hari.

b. Buang air kecil :

Sebelum sakit : Klien mengatakan BAK sering 10-30 kali / hari.

Sesudah sakit : Klien mengatakan BAK 9-10 kali/ hari



4. Pola aktivitas dan latihan :

| Kemampuan perawatan diri  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|---|---|---|---|---|
| Makan / minum             | ✓ |   |   |   |   |
| Mandi                     |   |   | ✓ |   |   |
| Toileting                 |   |   | ✓ |   |   |
| Berpakaian                | ✓ |   |   |   |   |
| Mobilitas di tempat tidur |   |   | ✓ |   |   |
| Berpindah                 |   |   |   | ✓ |   |
| Ambulasi / ROM            |   |   |   | ✓ |   |

0: Mandiri, 1: alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

Oksigenasi : Klien tidak menggunakan alat bantu oksigenasi.

5. Pola tidur dan istirahat

(lama tidur, gangguan tidur, perawatan saat bangun tidur):

Sebelum sakit : Klien mengatakan tidur 7-8 jam pada malam hari dan kadang tidur siang 2 jam / hari.

Sesudah sakit : Klien mengatakan tidur 4-5 jam pada malam hari dan kadang klien sering terbangun apabila nyeri post operasinya dan kadang tidur siang hanya 1 jam.

6. Pola perseptual

(Penglihatan, pendengaran, pengecap, sensasi):

- a) Penglihatan : klien mengatakan penglihatan berkurang sedikit, jarak pandang mulai berkurang. Klien menggunakan alat bantu kaca mata

- b) Pendengaran : klien mengatakan pendengaran masih normal.
- c) Pengecap :normal
- d) Sensasi :normal

7. Pola persepsi diri

(Pandangan klien tentang sakitnya, kecemasan, konsep diri): Klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit tidak dapat melakukan aktifitas, klien menerima keadaannya saat ini, klien sebagai bapak dari 5 orang anak. Klien berharap dapat sembuh dan bisa kembali ke rumah berkumpul dengan keluarga.

8. Pola seksualitas dan reproduksi

(fertilitas, libido, menstruasi, kontrasepsi, dll) :

Klien sudah menikah mempunyai anak 5.

9. Pola peran hubungan

(komunikasi, hubungan dengan orang lain, kemampuan keuangan) : Klien berkomunikasi baik dengan keluarga, perawat maupun dengan orang lain.

Klien menggunakan jaminan BPJS

10. Pola manajemen coping-stress

(perubahan terbesar dalam hidup pada akhir-akhir ini) : Klien mengatakan apabila klien ada masalah selalu dibicarakan dan diselesaikan dengan keluarganya.

11. Sistem nilai dan keyakinan

(pandangan klien tentang agama, kegiatan keagamaan, dll) : Klien beragama Kristen. Klien sering berdoa.

#### IV. Pemeriksaan fisik

(cephalocaudal) yang meliputi : Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Aukultasi

Keluhan yang dirasakan saat ini :

Inspeksi : Pasien terpasang infus pada tangan kiri. Kulit pasien terlihat bersih, namun kulit tangan terdapat hematom yang meluas dikarenakan bekas pemasangan infus.

Perkusi : Pada abdomen terdengar timpani

Auskultasi : 6x/menit bising usus

Palpasi : Tidak terdapat distensi pada abdomen.

KU : Composmentis

TD : 130 / 80 mmHg

P : 20 x/mnt

N : 94 x/mnt

S : 36,1

BB/TB : 65 Kg / 165 cm

Kepala :

a) Inspeksi : Warna rambut keputihan, distribusi tipis, bersih, dan tidak ada luka.

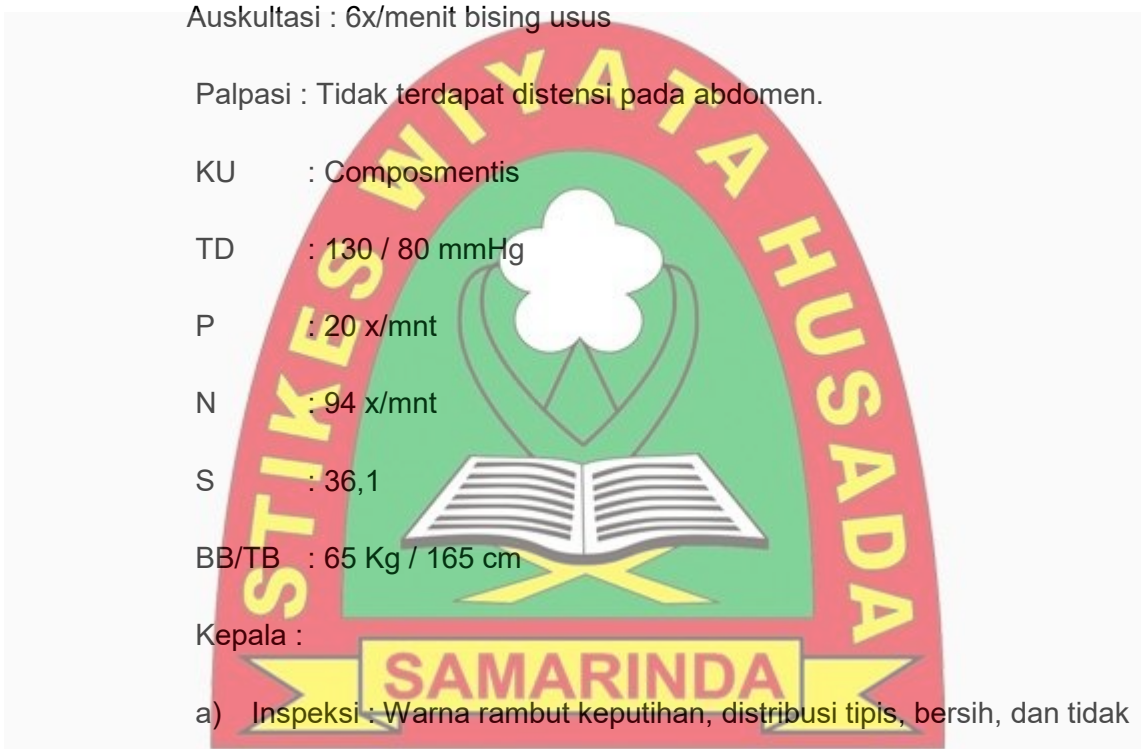
b) Palpasi : Tidak ada benjolan.

Mata dan Telinga (penglihatan dan Pendengaran)

a. Penglihatan

a) Berkurang :klien mengatakan jarak pandang berkurang kurang lebih 4 meter. Klien menggunakan alat bantu kaca mata

b) Sklera ikterik: tidak



- c) Konjungtiva : tidak anemis
- d) Nyeri : tidak
- e) Kornea : jernih
- f) Alat bantu : Klien menggunakan kaca mata

b. Pendengaran

Normal : klien mengatakan pendengaran masih normal

Keluhan lain : tidak ada keluhan

Hidung : Simetri, tidak ada polip.

Mulut / Gigi / Lidah : Mukosa bibir lembab, gigi tidak lengkap, ada karies, tidak menggunakan gigi palsu, lidah bersih.

Leher : Tidak ada nyeri menelan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Respiratori

a. Dada :

a) Inspeksi : Simetri, pergerakan dinding dada simetri, tidak ada kelainan bentuk, tidak ada sesak nafas.

b) Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan.

b. Batuk : tidak ada

Karakteristik sputum : tidak ada

c. Napas bunyi : Vesikuler

a) Sesak nafas saat : tidak ada sesak



- b) Tipe pernafasan :perut
- c) Klien mengatakan tidak ada sesak nafas.
- d) Frekuensi nafas : 20 x/mnt.
- e) Penggunaan otot-otot asesori : tidak
- f) Nafas cuping hidung : -
- g) Fremitus : tidak ada menggunakan otot tambahan pada saat bernafas.

- h) Sianosis : tidak

#### Kardiovaskular

- a) Riwayat hipertensi : tidak ada
- b) Masalah jantung : tidak ada
- c) Demam rematik :tidak ada
- d) Bunyi jantung, Frekuensi : S1 - S2 tunggal
- e) Irama :Normal 80x/menit
- f) Nyeri dada, intensitas : tidak ada nyeri
- g) Capillary retill : < 2 detik

#### Neurologis

- a) GCS : E=4 , V=5 , M=6
- b) Pupil : Isokor
- c) Sinistra : cepat
- d) Dextra :cepat
- e) Bicara :Komunikatif : komunikasi lancar dan jelas, aktif apabila diajak berkomunikasi.

f) Koordinasi ekstremitas

|   |   |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 5 | 0 |

Paralis, lokasi :

Hilangnya fungsi otot, lokasi diekstrematas bawah kaki sebelah kiri.

Integumen

- a) Warna kulit : Normal, turgor kulit baik, akral hangat.
- b) Kelembapan : Lembab
- c) Turgor : <2 detik

Abdomen

- a) Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan
- b) Lunak/ keras : lunak
- c) Massa : tidak ada
- d) Bising usus : 6x / menit
- e) Asites : tidak ada

f) Keluhan lain : tidak ada keluhan

Muskulosketal

- a) Nyeri otot/tulang, lokasi : nyeri post operasi amputasi kaki sebelah kiri, Intensitas : 10-15 menit.
- b) Kaku sendi, lokasi : tidak ada kaku sendi
- c) Bengkak sendi, lokasi : tidak ada bengkak sendi
- d) Fraktur (terbuka/tertutup), lokasi : tidak ada fraktur

e) Alat bantu, jelaskan : klien menggunakan tongkat

f) Pergerakan terbatas, jelaskan : 

|   |   |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 5 | 0 |

Keluhan lain : pergerakan terbatas di daerah ekstremitas bawah kaki sebelah kiri post operasi amputasi

### Seksualitas

Pria :

a) Rabas penis : ,Gangguan prostat :

b) Sirkumsisi : ,vasektomi :

c) Impoten : ,Ejakulasi dini :

V. Program terapi :

- 1) RL 20 Tpm = drip tramadol 1 ampul
- 2) Cefriaxon 2x1 =IV
- 3) Santagesik 3x1 =IV
- 4) Ranitidin 2x1 =IV

Obat Oral :

- 1) Aspilet 80 mg 0-1-0
- 2) Cilostazol 1x100
- 3) Amlodipine 5mg 1-0-1

VI. Hasil pemeriksaan penunjang dan laboratorium :

1) Pemeriksaan hematologi : Tgl.22/11/2016

|            | <b>Hasil</b> | <b>Normal</b> |
|------------|--------------|---------------|
| Trombosit  | 635          | 150-450       |
| Leukosit   | 11.34        | 4.80-10.80    |
| Eritrosit  | 3,48 10.6/pL | 4,70-6,10     |
| Hemoglobin | 10,5 g/dL    | 14,0-18,0     |
| Hematokrit | 30,4 %       | 37,0-54,0     |

2) Pemeriksaan kimia klinik : Tgl.22/11/2016

|           | <b>Hasil</b> | <b>Normal</b> |
|-----------|--------------|---------------|
| Albumin   | 3,1 g/dL     | 4,0-4,9       |
| Creatinin | 0,5 mg/dL    | 0,7-1,3       |

3) Pemeriksaan Immunoserologi : Tgl.06/11/2016

|        | <b>Hasil</b> | <b>Normal</b> |
|--------|--------------|---------------|
| HBs Ag | Non reaktif  | <0,13         |
| Ab HIV | Non reaktif  | Non reaktif   |

## B. Analisa Data

| No | ANALISA DATA  | KEMUNGKINAN PENYEBAB   | MASALAH                         |
|----|---|--|---------------------------------|
| 1. | <p>DS :Klien mengatakan nyeri post operasi amputasi hari ke 5 dikaki sebelah kiri, skala 7, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, kualitas nyeri 10-15 menit.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Klien terlihat meringis</li> <li>✓ Klien sangat berhati-hati saat bergerak</li> <li>✓ Klien berbaring</li> <li>✓ TTV : TD=130/80 mmHg, N=92x/mnt, RR= 24x/mnt, S=36</li> </ul> | <p>Agen injury fisik (tindakan pembedahan)</p>                           | <p>Nyeri akut</p>               |
| 2  | <p>DS :Klien mengatakan sulit untuk merubah posisi setelah post operasi amputasi kaki sebelah kiri.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Klien kesulitan merubah posisi</li> <li>✓ Perubahan gerakan (penurunan untuk berjalan)</li> <li>✓ Ketidakstabilan posisi selama</li> </ul>   | <p>Kehilangan integritas struktur tulang pasca pembedahan (amputasi)</p> | <p>Gangguan mobilitas fisik</p> |

|   |  |            |                     |
|---|--|------------|---------------------|
|   | <p>melakukan ADL</p> <p>✓ TTV : TD= 130/70 mmHg, N= 94 x/menit, RR= 20 x/menit, S= 36,</p>   |            |                     |
| 3 | <p>DS :Klien mengatakan apabila tidur klien sering terbangun apabila nyeri post operasi amputasinya kambuh.</p> <p>DO :Jumlah jam tidur klien kurang dari normal</p>   | nyeri      | Gangguan pola tidur |
| 4 | <p>DS :klien mengatakan tidak bisa beraktifitas seperti dulu lagi karena kehilangan anggota bagian tubuh.</p> <p>DO :</p> <p>✓ Perubahan struktur tubuh</p> <p>✓ Kehilangan bagian tubuh (kaki sebelah kiri)</p> | pembedahan | Gangguan body image |

|   |   |  |                |
|---|---|--|----------------|
| 5 | DS :<br><br>DO :<br><br>✓ Post operasi amputasi hari ke 5 kaki sebelah kiri<br><br>✓ Kaki sebelah kiri ditutup menggunakan perban elastis<br><br>✓ Leukosit :11.34 (Nilai normal :4.80-10.80)<br><br>✓ TTV : TD= 120/80mmHg, N=92 x/menit, RR=20 x/menit, S= 36,1 | Prosedur infasif pasca pembedahan amputasi | Resiko infeksi |
|---|---|--|----------------|

### C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b/d agen injury fisik (tindakan pembedahan)
2. Gangguan mobilitas fisik b/d kehilangan integritas struktur tulang pasca pembedahan (amputasi)
3. Gangguan pola tidur b/d nyeri
4. Gangguan body image b/d pembedahan.
5. Resiko infeksi b/d prosedur infasif pasca pembedahan amputasi

#### D. RENCANA KEPERAWATAN

| NO | DIAGNOSA KEPERAWATAN               | TUJUAN (NOC)   | INTERVENSI (NIC)  |
|----|------------------------------------|--|---|
| 1. | Nyeri akut b/d kerusakan jaringan. | <p>NOC :</p> <p><i>Pain control</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 1x 8 jam, nyeri berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri ( tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri )</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang, skala 3-4 dengan menggunakan manajemen nyeri.</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri</li> <li>4. Mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>5. Tanda vital dalam rentang normal</li> <li>6. Tidak mengalami gangguan tidur.</li> </ol> | <p>NIC :</p> <p>Management nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas.</li> <li>2) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.</li> <li>3) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan.</li> <li>4) Ajarkan tentang teknik non farmakologi : relaksasi nafas dalam.</li> <li>5) Kaji tipe dan sumber nyeri.</li> <li>6) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.</li> <li>7) Tingkatkan istirahat.</li> <li>8) Monitor vital sign.</li> </ol> |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 2. | <p>Gangguan mobilitas fisik b/d kehilangan integritas struktur tulang pasca pembedahan (amputasi)</p> | <p>NOC :</p> <p><i>Mobility Level</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> <li>2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</li> <li>3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</li> <li>4. Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi</li> </ol> | <p>NIC :</p> <p><i>Exercise therapy : ambulation</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor vital sign</li> <li>2) Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera.</li> <li>3) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.</li> <li>4) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL sesuai kemampuan.</li> <li>5) Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan.</li> <li>6) Berikan alat bantu jika klien memerlukan.</li> </ol> |
| 3. | <p>Gangguan pola tidur b/d nyeri</p>  | <p>NOC :</p> <p><i>Comfort Level</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, gangguan pola tidur pasien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah jam tidur dalam batas normal</li> </ol>  | <p>NIC :</p> <p><i>Sleep Enhancement</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat</li> <li>2) Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)</li> <li>3) Ciptakan lingkungan yang</li> </ol>  |

|    |   |   |   |
|----|---|---|---|
|    |   | <p>2. Pola tidur, kualitas, dalam batas normal</p> <p>3. Perasaan fresh sesudah tidur / istirahat.</p> <p>4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.</p>  | <p>nyaman</p> <p>4) Kolaborasi pemberian obat tidur</p>   |
| 4. | Gangguan <i>body image</i> b/d pembedahan | <p>NOC :</p> <p><i>Body Image</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, gangguan <i>body image</i> pasien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Body image</i> positif</li> <li>2. Mampu mengidentifikasi kekuatan personal</li> <li>3. Mendeskripsikan secara aktual perubahan fungsi tubuh</li> <li>4. Mempertahankan interaksi sosial</li> </ol> | <p>NIC :</p> <p><i>Body image enhancement</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kaji secara verbal respon klien terhadap tubuhnya</li> <li>2) Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit</li> <li>3) Dorong klien mengungkapkan perasaannya</li> <li>4) Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu</li> <li>5) Monitor frekuensi mengkritik dirinya</li> </ol> |

|    |  |   |   |
|----|--|---|---|
| 5. | Resiko Infeksi b/d prosedur infasif pasca pembedahan amputasi. | <p>NOC :</p> <p><i>Knowledge : Infection control</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.</li> <li>3. Jumlah leukosit dalam batas normal.</li> <li>4. Status imun, gastrointestinal, dalam batas normal.</li> </ol> | <p>NIC :</p> <p><i>Infection Control :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pertahankan teknik aseptik</li> <li>2) Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>3) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.</li> <li>4) Berikan terapi antibiotik</li> <li>5) Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>6) Dorong istirahat</li> <li>7) Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi.</li> <li>8) Ukur tanda tanda vital</li> </ol> |
|----|--|---|---|



## E. IMPLEMENTASI

| HARI/<br>TGL.           | NO.<br>Dx | IMPLEMENTASI  | EVALUASI  |
|-------------------------|-----------|---|---|
| Rabu,<br>16/11/<br>2016 | 1         | 1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas. | S : Klien mengatakan nyeri post operasi amputasi hari ke -6 , nyeri seperti ditusuk tusuk, nyeri dikaki sebelah kiri, skala 7, nyerinya hilang timbul, durasi 10-15 menit.<br><br>0 : |
| Jam.<br>08.00           |           |   | ✓ Klien meringis<br>✓ Klien menahan nyeri.  |
| Jam.<br>08.15           |           | 1.2 Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.   | S :-<br>0 :Klien meringis dan menahan nyeri   |
| Jam.<br>11.20           |           | 1.4 Mengajarkan tentang teknik non farmakologi : relaksasi nafas dalam  | S :Klien mengatakan mengerti tentang relaksasi nafas dalam pada saat nyeri timbul.<br><br>0 :-  |
| Jam.                    |           | 1.7 Mengukur vital sign   | S :-<br>0 :   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 13.00                                     |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TD : 130 / 80 mmHg</li> <li>✓ N : 94 x/mnt</li> <li>✓ RR : 20 x/mnt</li> <li>✓ S : 36,5</li> </ul>   |
| Jam.<br>09.00                             | 1.6 Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri  | <p>S : -</p> <p>O : Infus RL 20 Tpm drip tramadol 1 ampul.</p>  |
| Kamis<br>,17/11<br>/2016<br>Jam.<br>08.15 | 1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas. | <p>S : klien mengatakan masih nyeri, skala 7, nyeri seperti ditusuk tusuk, nyeri dikaki sebelah kiri (post operasi amputasi), nyeri hilang timbul, durasi 10-15 menit.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Klien meringis</li> <li>✓ Klien sangat berhati hati saat bergerak</li> </ul> |
| Jam.<br>11.30                             | 1.3 Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan.         | <p>S : -</p> <p>O : pencahayaan ruangan cukup, suhu ruangan ber AC, dan tidak ada bising</p>  |
| Jam.<br>09.00                             | 1.5 Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri  | <p>S : -</p> <p>O : RL 20 Tpm, drip tramadol 1 ampul.</p>   |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <p>Jam.<br/>13.00</p>  |  | <p>1. 7 Mengukur vital sign</p>                         | <p>S :-<br/>0 :<br/><br/>✓ TD : 120/80 mmHg<br/><br/>✓ N : 94 x/mnit<br/><br/>✓ RR : 20 x/mnit<br/><br/>✓ S : 36</p>  |
| <p>Jumat<br/>,<br/>18/11/<br/>2016<br/><br/>Jam.<br/>15.00</p> |  | <p>1. 1 Melakukan pengkajian nyeri</p>                  | <p>S :klien mengatakan masih nyeri, skala 6, nyeri seperti ditusuk tusuk, nyeri di kaki sebelah kiri, nyeri hilang timbul, durasi 10-15 menit.<br/>0 :klien sangat berhati hati saat bergerak</p> |
| <p>Jam.<br/>14.00</p>  |  | <p>1. 6 Meningkatkan istirahat</p>                      | <p>S :klien mengatakan tidur pada malam hari 4-5 jam dan siang hari hanya 1 jam.<br/>0 :-</p>   |
| <p>Jam.<br/>17.00</p>  |  | <p>1. 5 Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> | <p>S :-<br/>0 :RL 20 Tpm, drip tramadol 1 ampul</p>   |
| <p>Jam.<br/>20.00</p>  |  | <p>1. 7 Mengukur vital sign</p>                         | <p>S :-<br/>0 :<br/><br/>✓ TD :120/80 mmHg</p>  |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|   |   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ N :92 x/ mnt</li> <li>✓ RR :20 x/mnt</li> <li>✓ S :36</li> </ul> |
| Jumat<br>,18/11<br>/2016<br>Jam.<br>20.30 |   | <p>EVALUASI HASIL :</p> <p>S :Klien mengatakan masih nyeri skala 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, lokasi nyeri dikaki sebelah kiri post operasi amputasi, nyeri hilang timbul, kualitas 10-15 menit.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Klien meringis</li> <li>✓ Klien sangat berhati hati saat bergerak</li> </ul> <p>A :Nyeri sedang skala 6</p> <p>P :Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif</li> <li>1. 2 Observasi reaksi non verbal</li> <li>1. 3 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri</li> <li>1. 4 Ajarkan teknik non farmakologi relaksasi nafas dalam</li> <li>1. 5 Kolaborasi pemberian analgetik</li> <li>1. 6 Tingkatkan istirahat</li> <li>1. 7 Ukur vital sign</li> </ol> |   |
| Rabu,<br>16/11/<br>2016                   | 2 | 2. 1 Memonitor vital sign  | <p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TD :130/80 mmHg</li> </ul>                |

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| Jam.<br>13.00            |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ N :94 x/mnt</li> <li>✓ RR :20 x/mnt</li> <li>✓ S :36,1</li> </ul>  |
| Jam.<br>10.00            | 2.2 Membantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera | <p>S :klien mengatakan menggunakan tongkat pada saat ke kamar mandi dan ditemani istri.</p> <p>O :klien berhati hati pada saat menggunakan tongkat</p>    |
| Jam.<br>08.00            | 2.3 Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi                                       | <p>S :klien mengatakan seluruh badan masih bisa digerakkan kecuali kaki sebelah kiri post operasi amputasi</p> <p>O :klien berhati hati saat bergerak</p> |
| Kamis<br>,17/11<br>/2016 | 2.1 Mengukur vital sign  | <p>S : -</p> <p>O :</p> <p>✓ TD :120/80 mmHg</p>  |
| Jam.<br>13.00            |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ N :92 x/mnt</li> <li>✓ RR : 22 x/mnt</li> <li>✓ S :36,5</li> </ul>   |
| Jam.<br>12.00            | 2.5 Mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi dan pemenuhan kebutuhan ADL      | <p>S : -</p> <p>O :klien dibantu oleh istri klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL seperti :</p>   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|   |  |  | makan, minum, dan kamar mandi.   |
| Jumat<br>,18/11<br>/2016<br><br>Jam.<br><br>20.00 |  | 2.1 Mengukur vital sign  | S :-<br><br>O :<br><br>✓ TD :130/70 mmHg<br><br>✓ N :94 x/mnt<br><br>✓ RR :20 x/mnt<br><br>✓ S :36   |
| Jam.<br><br>16.00                                 |  | 2.6 Memberikan alat bantu jika klien memerlukan  | S :Klien mengatakan menggunakan alat bantu tongkat saat ke kamar mandi dan ditemani istri.<br><br>O :Disediakan tongkat disamping bed pasien |
| Jumat<br>,18/11<br>/2016<br><br>Jam.<br><br>20.15 |  | EVALUASI HASIL :<br><br>S :Klien mengatakan seluruh badan masih bisa digerakkan kecuali kaki sebelah kiri post operasi amputasi<br><br>O :Klien sangat berhati-hati saat bergerak<br><br>A :Gangguan mobilitas belum teratasi<br><br>P :Lanjutkan intervensi<br><br>2.1 Ukur vital sign<br><br>2.2 Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera<br><br>2.3 Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi |  |

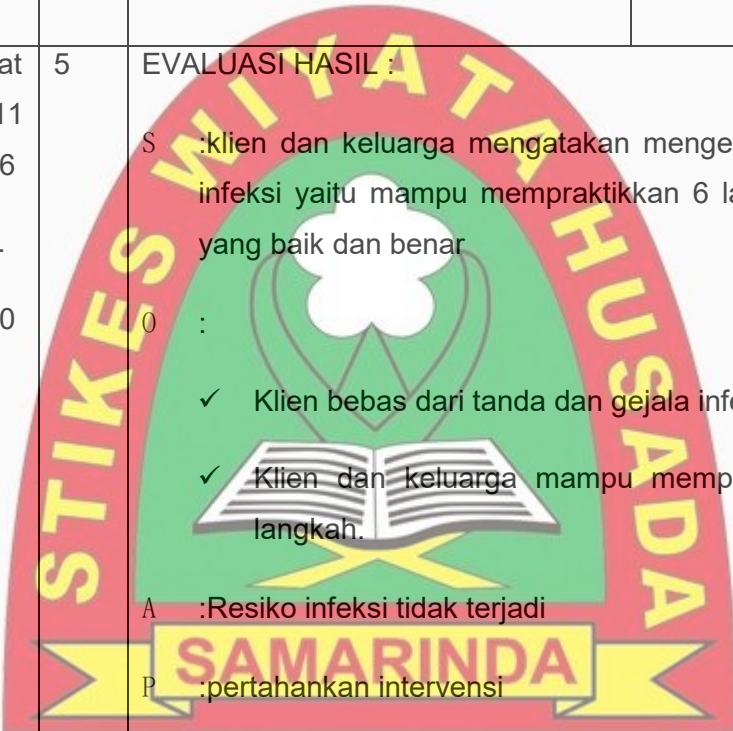
|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   |   | <p>2.5 Dampingi dan membantu pasien saat mobilisasi dan pemenuhan kebutuhan ADL</p> <p>2.6 Berikan alat bantu jika klien memerlukan</p>   |   |
| Rabu,<br>16/11/<br>2016<br><br>Jam.<br><br>12.30  | 3 | 3.1 Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat   | <p>S :klien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan</p> <p>O :Klien mampu menjelaskan kembali dari apa yang dijelaskan dengan menggunakan bahasanya sendiri</p> |
| Kamis<br>,17/11<br>/2016<br><br>Jam.<br><br>11.00 |   | 3.2 Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)  | <p>S :Klien mengatakan mau dan mengerti dari apa yg dijelaskan</p> <p>O :Klien mau mempraktekkan aktivitas sebelum tidur yaitu membaca</p>                      |
| Jumat<br>,18/11<br>/2016<br><br>Jam.<br><br>20.15 |   | 3.3 Menciptakan lingkungan yang nyaman  | <p>S :Klien mengatakan dijaga oleh 1 orang yaitu istri klien</p> <p>O :Kamar ber AC, lampu penerangan yang cukup dan tidak ada bising.</p>                      |
| Jumat<br>,18/11<br>/2016<br><br>Jam.<br><br>20.30 |   | <p>EVALUASI HASIL :</p> <p>S :Klien mengatakan jumlah jam tidur pada malam hari 4-5 jam dan tidur siang hanya 1 jam karena klien sering terbangun apabila nyerinya kambuh.</p> <p>O :Klien sering terbangun</p> |   |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |   | <p>A :Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P :Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat</p> <p>3.2 Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)</p> <p>3.3 Ciptakan lingkungan yang nyaman</p> |  |
| Rabu,<br>16/11/<br>2016<br>Jam.<br>10.30 | 4 | <p>4.1 Mengkaji secara verbal respon klien terhadap tubuhnya</p>  | <p>S :Klien mengatakan tidak bisa beraktifitas seperti dulu lagi karena kehilangan anggota bagian tubuh.</p> <p>0 :Klien sedih.</p>                        |
| Jam.<br>11.00                            |   | <p>4.2 Menjelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit</p>   | <p>S :Klien mengatakan mengerti dari apa yang dijelaskan</p> <p>0 :Klien mampu menyebutkan kembali dengan bahasanya sendiri.</p>                           |
| Jam.<br>11.15                            |   | <p>4.5 Memonitor frekuensi mengkritik dirinya</p>   | <p>S :Klien mengatakan sudah ikhlas kehilangan salah satu anggota tubuhnya demi proses penyembuhan penyakitnya</p> <p>0 :Raut wajah klien sudah ikhlas</p> |
| Kamis<br>,17/11                          |   | <p>4.3 Mendorong klien</p>  | <p>S :Klien mengatakan sedih</p>   |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| /2016<br>Jam.<br>13.45                    |  | mengungkapkan perasaannya  | kehilangan salah satu anggota bagian tubuhnya tetapi demi proses penyembuhan penyakitnyaklien sudah ikhlas<br><br>0 :Raut wajah klien sedih   |
| Jumat<br>,18/11<br>/2016<br>Jam.<br>15.00 |  | 4.1 Mengkaji secara verbal respon klien terhadap tubuhnya  | S :klien mengatakan tidak bisa beraktifitas seperti dulu lagi karena kehilangan salah satu anggota bagian tubuhnya tetapi demi proses penyembuhan penyakitnya klien sudah ikhlas.<br><br>0 :Raut wajah klien sedih. |
| Jumat<br>,18/11<br>/2016<br>Jam.<br>15.30 |  | <p>EVALUASI HASIL :</p> <p>S :klien mengatakan tidak bisa beraktifitas seperti dulu lagi karena sudah kehilangan salah satu anggota tubuhnya tetapi demi proses penyembuhan penyakitnya, klien sudah ikhlas.</p> <p>0 :Raut wajah klien sedih</p> <p>A :gangguan body image</p> <p>P :pertahankan intervensi</p> <p>4.1 Kaji secara verbal respon klien terhadap tubuhnya</p> <p>4.2 Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan, dan proses penyakit</p> <p>4.3 Dorong klien mengungkapkan perasaannya</p> |   |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  |   | 4. 5 Monitor frekuensi mengkritik dirinya                                     |   |
| Rabu,<br>16/11/<br>2016<br>Jam.<br>09.15 | 5 | 5. 1 Mempertahankan teknik aseptik  | S : -<br>O :mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan pasien   |
| Jam.<br>11.00                            |   | 5. 2 Membatasi pengunjung   | S :klien mengatakan dikunjungi anak dan cucunya pada saat jam kunjungan.<br>O : -   |
| Jam.<br>09.20                            |   | 5. 3 Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan | S :klien dan keluarga mengerti 6 langkah cara mencuci tangan yg benar.<br>O :perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. |
| Jam.<br>10.00                            |   | 5. 5 Memonitor tanda dan gejala infeksi                                       | S : -<br>O :merawat luka per hari, tidak ada tanda - tanda infeksi  |
| Kamis<br>,17/11<br>/2016<br>Jam.         |   | 5. 1 Mempertahankan teknik aseptik  | S : -<br>O :mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan pasien   |

|                          |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|
| 09.15                    |  | 5.5 Memonitor tanda dan gejala infeksi | S :-<br>O :merawat luka per hari, tidak ada tanda-tanda infeksi                  |
| Jam.<br>09.00            |  | 5.4 Memberikan terapi anti biotik      | S :-<br>O :injeksi cefriaxon 3x1   |
| Jam.<br>13.00            |  | 5.8 Mengukur Tanda-tanda vital         | S :-<br>O :<br>✓ TD :130/80 mmHg<br>✓ N :94 x/mnt<br>✓ RR :20 x/mnt<br>✓ S :36,5 |
| Jumat<br>,18/11<br>/2016 |  | 5.1 Mempertahankan teknik aseptik      | S :-<br>O :mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien               |
| Jam.<br>16.00            |  |  |  |
| Jam.<br>16.30            |  | 5.5 Memonitor tanda dan gejala infeksi | S :-<br>O :merawat luka perhari, tidak ada tanda-tanda infeksi                   |
|                          |  | 5.4 Memberikan terapi antibiotik       | S :-   |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Jam.<br>17.00                             |   |   | 0 :injeksi cefriaxon 3x1   |
| Jam.<br>14.30                             |   | 5.7 Mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi  | S :klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti tentang tanda dan gejala infeksi<br><br>0 :- |
| Jumat<br>,18/11<br>/2016<br>Jam.<br>20.30 | 5 | <p>EVALUASI HASIL :</p> <p>S :klien dan keluarga mengatakan mengerti cara untuk mencegah infeksi yaitu mampu mempraktikkan 6 langkah cara cuci tangan yang baik dan benar</p> <p>0 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>✓ Klien dan keluarga mampu mempraktikkan cuci tangan 6 langkah.</li> </ul> <p>A :Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P :pertahankan intervensi</p> |           |
|   |   | <p>5.1 Pertahankan teknik aseptik</p> <p>5.2 Batasi pengunjung bila perlu</p> <p>5.3 Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>5.4 Berikan terapi antibiotik</p> <p>5.5 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.6 Dorong istirahat</p>   |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | 5. 7 Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi<br><br>5. 8 Ukur Tanda tanda vital |
|--|--|--|



## BAB IV

### ANALISA SITUASI

#### A. Profil Lahan Praktek

##### 1. Profil dan Sejarah RSUD Abdul Wahab Sjahranie

RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dibangun tahun 1933, kepunyaan Kerajaan Kutai (Landschap = Kerajaan, sehingga diberi nama *Landschap Hospital*) terletak di Juliana atau Emma Straat (sekarang jalan Gurami). Sesuai dengan tuntutan perkembangan kebutuhan RSU dipindahkan dari Selili ke jalan Dr. Soetomo pada tanggal 12 November 1977, yang tahap pertama dimulai dengan pemindahan poliklinik (rawat jalan) lebih dahulu. Setelah 7 tahun kemudian tepatnya 21 Juli 1984, keseluruhan pelayanan RSU dipindahkan ke jalan Dr. Soetomo, dan tanggal 22 Februari 1986 diresmikan sebagai Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahranie.

##### 2. Motto, Visi, Misi, Tujuan dan Peran

Adapun motto, visi, misi, tujuan dan peran dari RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yaitu :

###### a. Motto:

Bersih, Aman, Kualitas, Tertib dan Informatif

###### b. Visi :

Visi adalah rumusan umum mengenai keadaan yang diinginkan pada akhir periode perencanaan, yang mencerminkan harapan yang

ingin dicapai dilandasi oleh kondisi dan potensi serta prediksi tantangan dan peluang pada masa yang akan datang. Berdasarkan makna tersebut dan sesuai dengan Visi Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2013-2018, maka **Visi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2013 – 2018 adalah “Menjadi Rumah Sakit Bertaraf Internasional Pada Tahun 2018”**. Diharapkan dengan terumuskannya visi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tersebut, maka dapat menjadi motivasi seluruh elemen rumah sakit untuk mewujudkannya, melalui peningkatan kinerja sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing

c. Misi :

Misi adalah rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan dan diwujudkan agar tujuan dapat terlaksana dan berhasil dengan baik sesuai dengan visi yang telah ditetapkan. Berdasarkan Tugas Pokok dan Fungsi serta dilandasi oleh visi. Misi memberikan arah maupun batasan tentang hal atau tindakan yang boleh dilakukan, secara *eksplisit*, atau yang tidak boleh dilakukan secara *implisit* oleh suatu organisasi. Misi menjelaskan cara-cara organisasi untuk mencapai visi dan bagaimana cara melakukannya. Perumusan misi organisasi harus memperhatikan dan menampung masukan dari pihak-pihak yang berkepentingan (*stakeholders*) dan memberikan peluang untuk perubahan sesuai dengan tuntutan perubahan lingkungan. Untuk mencapai visi tersebut, maka **misi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2013 – 2018, yaitu:**

- 1) **Meningkatkan Akses dan Kualitas Pelayanan Berstandar Internasional.**
- 2) **Mengembangkan Rumah Sakit Sebagai Pusat Pendidikan Dan Penelitian Di Bidang Kedokteran Dan Kesehatan.**

d. Tujuan:

- 1) Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pengelolaan sumber daya di rumah sakit
- 2) Meningkatkan mutu pelayanan medis dan non medis di rumah sakit
- 3) Memberikan pelayanan kepada semua lapisan masyarakat secara professional
- 4) Meningkatkan kesejahteraan karyawan dan
- 5) Meningkatkan disiplin dan tata tertib pelaksanaan rumah sakit

e. Peran

- 1) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
- 2) Sebagai rujukan puncak rumah sakit lain di Propinsi Kalimantan Timur

3) Pembinaan manajemen dan fungsional rumah sakit se Kalimantan timur

4) Sebagai pusat kegiatan penelitian dan pengembangan serta pendidikan dan pelatihan

### 3. Fasilitas RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Sebagai rumah sakit yang baik dan demi tercapainya pelayanan yang optimal, maka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dilengkapi berbagai fasilitas yaitu fasilitas air bersih, fasilitas listrik, fasilitas gas, fasilitas telekomunikasi dan fasilitas pengolahan air limbah.

### 4. Program Unggulan, Sikap dan Jenis pelayanan

Program unggulan, sikap dan jenis pelayanan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda meliputi:

a. Program Unggulan: pelayanan jantung, revolving fund system, subsidi silang, mother and baby friend hospital dan bisnis strategi

b. Sikap: Senyum, Sapa, Salam dan Ucapan terima kasih

c. Jenis pelayanan meliputi 34 macam pelayanan yaitu: poli kebidanan dan kandungan, poli penyakit dalam, poli anak, poli bedah umum, poli bedah tulang, poli bedah saraf, poli bedah urologi, poli saraf, poli penyakit kulit dan kelamin, poli paru, poli THT, poli mata, poli jantung, poli gigi dan mulut, poli keluarga berencana, poli gizi, poli laktasi, poli khusus karyawan, rehabilitasi medik, instalasi gawat darurat, radiologi: USG C-T Scan, hyperthermia, MRI, angiografi, patologi klinik, patologi anatomi, hemodialisa, instalasi kedokteran, kehakiman, instalasi farmasi, rujukan spesialis ke rumah sakit tipe C, D, puskesmas, layanan paviliun teratai, ambulance 118 emergency dan layanan kesehatan diluar rumah sakit.

### 5. Jenis Bangunan RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Jenis bangunan yang ada di RSUD Abdul Wahab Sjahranie meliputi gedung: Administrasi, Poliklinik, Radiologi, OK Sentral, OK IGD, Laundry, Gizi dan Farmasi, IPSRS, Hemodialisa, Fisioterapi, Paviliun Teratai 1,2,3,4, Paviliun Sakura, Laboratorium, Perawatan (Mawar, Cempaka, Angrek, Melati, Flamboyan, Seruni, Angsoka dan Dahlia), PICU/NICU, ICU dan ICCU, unit stroke.

## B. Analisis Masalah

Diabetes merupakan permasalahan kesehatan serius di seluruh dunia. Diperkirakan 15,7 juta orang di Amerika Serikat menderita diabetes mellitus. Perkiraan tersebut, merupakan perhitungan antara diabetes yang terdiagnosa dan tidak terdiagnosa, sebanyak 5,9 % populasi di Amerika Serikat menderita diabetes mellitus. Diabetes Mellitus menyebabkan kematian lebih dari 162.200 jiwa pada tahun 1996. Diabetes termasuk tujuh penyebab utama kematian pada daftar angka kematian di AS, tapi diabetes diyakini termasuk kematian yang tidak dilaporkan, antaranya adalah kondisi dan penyebab kematian. Diabetes adalah penyebab utama dari kebutaan. Lebih dari 60 sampai 65% penderita diabetes menderita hipertensi. Hal yang mengejutkan biaya pengeluaran untuk pengobatan secara langsung dan tidak langsung untuk diabetes pada tahun 1997 diperkirakan mencapai 98 juta dolar. Banyaknya biaya tidak memberikan timbal balik yang kehidupan pasien diabetes dan keluarganya. (Sharon n Margaret 2000)

Dari sekian banyak komplikasi dari penyakit diabetes mellitus, ulkus diabetik merupakan suatu komplikasi yang umum bagi pasien dengan diabetes mellitus, 50-75 % amputasi ekstremitas bawah dilakukan pada pasien-pasien yang menderita diabetes. Sebanyak 50% dari kasus-kasus amputasi ini diperkirakan dapat dicegah bila pasien diajarkan tindakan preventif untuk merawat kaki dan mempraktikkannya setiap hari (Smeltzer & Bare, 2001)

Etiologi Diabetes Millitus pada Bpk.P meliputi adanya riwayat penyakit dalam keluarga, sering mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi glukosa serta pola gaya hidup yang tidak seimbang.

Menurut Smeltzer & Bare (2001) Diabetes mellitus didefenisikan sebagai sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemi. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Glukosa dibentuk di hati dari makanan yang dikonsumsi. Setiabudi (2008) menyebutkan bahwa faktor utama pada diabetes mellitus ialah insulin, suatu hormon yang

dihasilkan oleh kelompok sel beta di pankreas. Insulin memberi sinyal kepada sel tubuh agar menyerap glukosa. Insulin bekerja dengan hormon pankreas lain yang disebut glukagon, juga mengendalikan jumlah glukosa dalam darah. Apabila tubuh menghasilkan terlampaui sedikit insulin atau jika sel tubuh tidak menanggapi insulin dengan tepat terjadilah diabetes millitus.

**C. Analisis Masalah Keperawatan Satu Intervensi Dengan Konsep Penelitian Terkait Analisis (Pemberian teknik relaksasi nafas dalam pada kondisi nyeri).**

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual atau potensial (Smeltzer, 2002). Nyeri adalah sensasi yang muncul akibat stimulus nyeri yang berupa biologis, zat kimia, panas, listrik serta mekanik (Prasetyo, 2010).

Salah satu intervensi yang telah dilakukan ke pasien kelolaan dan akan penulis analisis adalah pemberian teknik Relaksasi Nafas Dalam. Relaksasi adalah suatu hilang dari ketegangan otot rangka dimana individu mencapainya melalui praktek teknik yang disengaja (Smeltzer, 2002). Pernafasan dalam adalah pernafasan melalui hidung, pernafasan dada rendah serta pernafasan abdominal dimana perut meluas secara perlahan saat menarik nafas dan mengeluarkan nafas (Smith,2007)

Menurut Walsh dalam (Harnawati 2008) pada pasien post operasi seringkali mengalami nyeri hebat meskipun tersedia obat-obat analgesik yang efektif, namun nyeri pasca bedah tidak dapat diatasi dengan baik, sekitar 50% pasien tetap mengalami nyeri sehingga dapat mengganggu kenyamanan pasien.

Dari hasil pengukuran dengan menggunakan skala nyeri 0-10 didapatkan hasil sebagai berikut, Asuhan keperawatan dengan gangguan rasa nyaman nyeri pada pasien post operasi amputasi dengan pemberian relaksasi nafas dalam terhadap penurunan persepsi nyeri. Hal

ini didukung oleh teori Brunner & Suddart, 2001 yang menyatakan bahwa beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi.

Penelitian yang memperkuat hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Guntur Prasetya dan Maria Suryani (2011) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan secara signifikan perbedaan intensitas nyeri pada pasien perawatan luka ulkus diabetik sebelum dan sesudah diberikan teknik relaksasi nafas dalam . Pemberian relaksasi nafas dalam dapat menjadi salah satu alternatif intervensi yang digunakan untuk penurunan tingkat nyeri pasca operasi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Novarizki Galuh Ayudianingsih dan Arina Maliya (2009:6) tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien pasca operasi di Rumah Sakit Karima Utama Surakarta. Teknik relaksasi nafas dalam bertujuan untuk membantu mengekspresikan perasaan, membantu rehabilitasi atas fisik, memberi pengaruh positif terhadap kondisi suasana hati dan emosi meningkatkan memori, serta menyediakan kesempatan yang unik untuk berinteraksi dan membangun kedekatan emosional.

Penelitian Sri Nugrohoningsih (2014) tentang pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri post amputasi below knee atas indikasi multiple fraktur di RSUD. Dr.Moewardi Surakarta, menunjukkan bahwa ada pengaruh yang bermakna pemberian relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri post amputasi below knee.

#### **D. Alternatif Pemecahan Masalah**

Pelaksanaan asuhan keperawatan dalam pemberian teknik non farmakologi :Relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik

relaksasi nafas dalam juga dapat menenangkan ketentraman hati, berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan data diatas, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian yang telah dilakukan penulis pada tanggal 15 November 2016, keluhan utama yang dirasakan Bpk.P adalah nyeri, nyeri dirasakan setelah post operasi amputasi hari ke 5 , nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada luka post operasi amputasi kaki sebelah kiri dibawah lutut, skala nyeri 7, nyeri hilang timbul, klien terlihat meringis kesakitan.
2. Diagnosa keperawatan prioritas yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (post operasi amputasi).
3. Intervensi atau rencana keperawatan untuk mengatasi nyeri yaitu observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital, kaji nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan kolaborasi pemberian analgetik.
4. Tindakan yang dilakukan pada diagnosa prioritas yaitu memantau karakteristik nyeri ,mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital, mengkaji nyeri, dan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.
5. Evaluasi yang didapatkan selama tiga hari yaitu nyeri berkurang skala 6 (nyeri sedang).
6. Hasil analisa pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada Bpk.P dengan post operasi amputasi atas indikasi diabetes millitus tipe II mampu mengurangi intensitas nyeri pada pasien

## B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis memberi saran yang diharapkan bermanfaat antara lain :

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

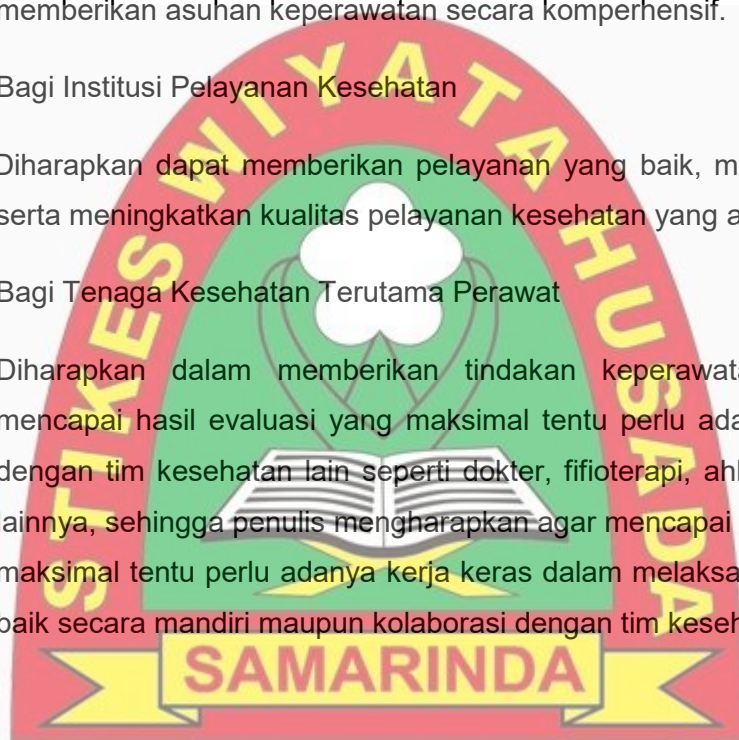
Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih berkualitas dan profesional, sehingga dapat tercipta perawat-perawat yang profesional, terampil, cekatan dan handal yang mampu memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif.

### 2. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan dapat memberikan pelayanan yang baik, mempertahankan serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang ada.

### 3. Bagi Tenaga Kesehatan Terutama Perawat

Diharapkan dalam memberikan tindakan keperawatan dan untuk mencapai hasil evaluasi yang maksimal tentu perlu adanya kerjasama dengan tim kesehatan lain seperti dokter, fifierapi, ahli gizi dan yang lainnya, sehingga penulis mengharapkan agar mencapai hasil yang maksimal tentu perlu adanya kerja keras dalam melaksanakan tindakan baik secara mandiri maupun kolaborasi dengan tim kesehatan lain.



## DAFTAR PUSTAKA

Baughman, DC & Hackley, JC.2000. *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*.Jakarta: EGC

Joane C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek, 1996, *Nursing Interventions Classification (NIC)*, Mosby Year-Book, St. Louis

Lewis M Sharon, RN, PhD, Heitkemper MC faan. 2000. *Medical Surgical Nursing Ed.5*.Mosby

Marion Johnson, dkk, 2000, *Nursing Outcome Classifications (NOC)*, Mosby Year-Book, St. Louis

Marjory Gordon, dkk, 2001, *Nursing Diagnoses: Definition & Classification 2001-2002*, NANDA.

Martinus, Adrian.2005.1001 *Tentang Diabetes*.Bandung:Nexx Media

Pearce, Evelyn C.2007.*Anatomi dan Fisiologi Untuk Paramedis*.Jakarta:PT Gramedia Pustaka Utama

Price, Sylvia A.2005.*Patofisiologi* volume Edisi 6. Jakarta:EGC

Smeltzer, Suzzanne C.2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Ed.8*.Jakarta: EGC

Tambayong, Jan dr. 2001. *Anatomi dan fisiologi untuk keperawatan*. EGC