

## **BAB III**

### **ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **A. Pengkajian**

Pasien merupakan seorang perempuan berusia 41 tahun, datang dengan keluhan sakit gula, nyeri cekut-cekut di bagian kaki kiri dengan skala nyeri 9. Keluhan saat ini pasien mengatakan lebih enakan, merasa masih panas, lemas, makannya kurang, mual, lidah terasa pait, muntah, makan hanya ½ porsi saja. Pasien akan dilakukan amputasi pada 30 April 2024. Pasien memiliki Riwayat diabetes dari bapaknya dan memiliki Riwayat penyakit hipertensi, selain itu juga sebelumnya luka pernah dibersihkan di ruang operasi PKU Bantul pada tanggal 24/04/2024.

Pasien tersebut akan dilakukan amputasi akan tetapi hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan bahwa nilai hemoglobin 8.0 mg/dL, *Capirally Refil Time* kurang dari 3 detik, kuku tampak pucat, mukosa bibir kering dan pucat. Tekanan darah pasien ialah 128/98 mmHg, nadi 98x/menit diukur di carotis. Pasien mengalami mual dan muntah sebanyak 2x dalam sehari, nafsu makan menurun. Terasa kesemutan pada bagian jari kaki kiri, nyeri pada bagian punggung kaki.

#### **B. Analisis Data dan Diagnosa Keperawatan**

##### 1. Perfusi perifer tidak efektif

Hasil pemeriksaan subjektif, dengan melakukan wawancara pada pasien mendapatkan hasil bahwa pasien mengatakan lemas. Data objektif dicari dengan melakukan pemeriksaan penunjang berupa cek darah lengkap dengan hasil Hemoglobin 8.0 mg/dL. Sehingga dapat disimpulkan bahwa

diagnose keperawatan prioritas pertama ialah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

2. Gangguan integritas jaringan

Hasil pemeriksaan didapatkan data subjektif berupa pernyataan pasien bahwa sebelumnya luka pernah dibersihkan di ruang operasi PKU Bantul pada tanggal 24/04/2024. Selanjutnya pemeriksaan *head to toe* didapatkan nekrosis pada tiga jari kaki kiri, serta ulkus di punggung kaki kiri, terdapat pus, dan berbau. Sehingga dapat disimpulkan bahwa diagnose prioritas kedua ialah gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer.

3. Nyeri akut

Pemeriksaan selanjutnya ditemukan bahwa pasien masih merasakan nyeri pada bagian punggung kaki yang terdapat ulkus diabetikum, nyeri dinyatakan pasien dengan skala 9, terasa cekut-cekut, dibagian kaki kiri secara terus menerus. Data objektif menunjukkan nadi 98x/menit dan tekanan darah 128/98 mmHg. Sehingga dapat disimpulkan diagnose prioritas ketiga ialah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis.

4. Nausea

Pengkajian selanjutnya terkait dengan nutrisi pasien, mengeluhkan terasa mual-mual dan muntah sudah 2x dalam sehari, nafsu makan turun hany mau makan  $\frac{1}{2}$  saja. Pasien mengalami penurunan berat badan sebanyak 5kg dalam waktu 2 bulan karna nafsu makan yang sangat menurun.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa diagnose prioritas keempat ialah nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi.

5. Ketidakstabilan glukosa darah

Kasus yang diambil pada laporan ini ialah pasien dengan diagnose medis ulkus diabetikum dengan komplikasi anemia, sehingga pasien memiliki nilai gula darah yang tinggi yakni 238 mg/dL. Selain itu dilihat dari Riwayat keluarga pasien juga memiliki keturunan penyakit yang serupa dari ayah kandungnya. Hal ini menjadi alasan bahwa diagnose terakhir yang diangkat pada laporan ini ialah ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin.

### C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.1 Rencana Asuhan Keperawatan

No. Dx	Diagnosa Keperawatan/ SDKI	SLKI	SIKI
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan “Perfusi Perifer (L.02011)” dengan kriteria hasil <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warna kulit pucat menurun</li> <li>2. Pengisian kapiler membaik</li> </ol>	<p>Transfusi Darah (I. 02089) : Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi rencana transfusi</li> <li>2. Monitor Tanda-tanda vital sebelum selama dan setelah transfusi ( tekanan darah, suhu, nadi dan frekuensi nafas)</li> <li>3. Monitor reaksi transfusi</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengecekan ganda (<i>double check</i>) pada label darah (Golongan darah, rhesus, tanggal kadaluarsa, nomor seri, jumlah dan identitas pasien)</li> <li>2. Pasang akses intravena jika belum terpasang</li> <li>3. Berikan NaCl 0,9% 50 - 100 ml sebelum transfusi dilakukan</li> <li>4. Atur kecepatan, aliran transfusi sesuai produk darah 10 -15 ml/kgbb dalam 2-4 jam</li> <li>5. Berikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam</li> <li>6. Hentikan transfusi jika terdapat reaksi transfusi</li> <li>7. Dokumentasi kan tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfusi</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur transfuse</li> <li>2. Jelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu dilaporkan (misalnya gatal, pusing, sesak nafas dan/atau nyeri dada)</li> </ol>
2	Gangguan integritas jaringan b.d neuropati perifer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan “Integritas kulit/jaringan (L.14125)” dengan kriteria hasil Kerusakan jaringan menurun	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>4. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>10. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari</li> <li>11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</li> <li>12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ol>
3.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan “Tingkat nyeri (L.08066)” dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik</p>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
4.	Nausea b.d Gangguan Biokimiawi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan “Tingkat nausea (L.08065)” dengan kriteria hasil: Perasaan ingin muntah menurun	<p>Manajemen Mual (I.03117)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pengalaman mual</li> <li>2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif)</li> <li>3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)</li> <li>4. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur)</li> <li>5. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan)</li> <li>6. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)</li> <li>2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan)</li> <li>3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> <li>4. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</li> <li>3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak</li> <li>4. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)</li> </ol> <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu</p>
5	Ketidakstabilan glukosa darah b.d resisten insulin	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan “Kestabilan kadar glukosa darah (L.03022)” dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kadar glukosa dalam darah membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan)</li> <li>3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</li> <li>4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)</li> <li>5. Monitor intake dan output cairan</li> <li>6. Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan asupan cairan oral</li> <li>2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> <li>3. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</li> <li>2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>4. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, jika perlu</li> <li>5. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</li> <li>3. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu</li> </ol>

#### D. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

##### 1. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin

Implementasi dilakukan selama 3 hari, pada hari pertama dilakukan monitoring tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 128/98 mmHg, nadi 98x/menit, suhu 36,9<sup>0</sup>, respirasi sebanyak 12x/menit dan nilai SPO<sub>2</sub> :100%. Selain itu juga dilakukan pengecekan golongan darah dengan hasil golongan darah O rhesus positif. Selanjutnya pada hari kedua dilanjutkan intervensi dengan melakukan pengecekan tanda-tanda vital sebelum dilakukan transfuse, 15 menit pertama dilakukan transfuse serta pada saat selesai dilakukan transfuse.

Evaluasi hasil setelah diberikan asuhan keperawatan berupa transfuse darah didapatkan secara subjektif pasien tidak memiliki keluhan reaksi dari transfuse. Selain itu secara objektif didapatkan hasil tekanan darah 106/71 mmHg, Suhu 36,6<sup>0</sup>, Akral teraba hangat, Nilai hemoglobin 9,2 mg/dL. *Assesment* (Penilaian) didapatkan bahwa masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sehingga *planning* selanjutnya ialah menghentikan intervensi.

##### 2. Gangguan integritas jaringan b.d neuropati perifer

Implementasi yang dilakukan pada diagnose ini ialah perawatan luka, dimulai dengan membuka balutan luka, inspeksi bagaimana bentuk, ukuran, dalam, warna dan bau. Setelah itu membersihkan dengan cairan NaCl, bersihkan pus serta hilangkan nekrosis, setelah luka tampak merah maka balut luka dengan prinsip basah kering. Perawatan luka dilakukan setiap hari untuk memastikan luka bersih dan tidak terjadi perdarahan.

Evaluasi hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan bahwa secara subjektif pasien masih merasakan nyeri pada kaki pasca amputasi. Ditinjau secara objektif luka pada bagian punggung kaki, post amputasi pada 3 jari kaki kiri. Luka merah, sedikit nekrosis, tidak ada pus. *Assessment* (Penilaian) menunjukkan bahwa masalah gangguan integritas jaringan membaik. *Planning* yang akan dilakukan adalah edukasi pada pasien terkait perawatan luka rutin di rumah sakit maupun di rumah.

3. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

Pada diagnose nyeri akut dilakukan proses identifikasi skala nyeri, lokasi, karakteristik, frekuensi dan intensitas nyeri. Setelah itu ajarkan pasien Teknik relaksasi napas Panjang untuk mengurangi rasa nyeri, lalu kolaborasi dengan memberikan analgetic agar rasa nyeri berkurang. Rasa nyeri pada pasien ini dirasakan pada bagian punggung kaki, dimana letak ulkus mulai tumbuh, berbeda lokasi dengan bagian yang sudah menjadi nekrosis, pada area punggung kaki ini masih terasa cekut-cekut dan mengeluarkan pus.

Evaluasi hasil pada implementasi ini ialah secara subjektif pasien menyatakan nyeri hebat pasca operasi dengan provokasinya adalah sakit gula, kualitasnya cekut-cekut, region pada kaki kiri, skala 9 dan *time* yang terjadi adalah terus menerus sudah beberapa hari. Secara objektif pasien tampak *compos mentis*, sudah diberikan injeksi antrain 1 amp melalui intravena, frekuensi nadi 101xmenit. *Assesment* (Penilaian) menunjukkan bahwa masalah nyeri akut membaik. *Planning* terhadap pasien ialah monitor keadaan umum, kolaborasi dengan obat dokter.

4. Nausea b.d Gangguan Biokimiawi

Implementasi yang dilakukan pada diagnose nausea terdapat 2 bentuk yakni farmakologi dan nonfarmakologi. Implementasi dalam bentuk farmakologi ialah kolaborasi dengan pemberian antiemetic, serta nonfarmakologi dengan cara Teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi perasaan mual. Pemberian antiemetic berupa inj. Ondansetron guna mengurangi perasaan mual dan muntah. Dari kegiatan tersebut didapatkan respon pasien bahwa perasaan mual dan muntah yang dirasakan pasien berkurang. Ditinjau secara objektif pasien tampak sedikit tampak lemas.

Evaluasi hasil dari implementasi didapatkan bahwa pemberian antiemetic cukup efektif dalam meredakan perasaan mual dan menghentikan muntah. Pasien pada hari ketiga sudah tidak muntah tetapi perasaan mual masih ada. *Assesment* (penilaian) didapatkan masalah nausea teratasi Sebagian dengan perasaan ingin muntah menurun, *planning* terhadap pasien ialah melanjutkan observasi perasaan mual dan muntah serta pemberian antiemetic.

#### 5. Ketidakstabilan glukosa darah b.d resisten insulin

Pada diagnose yang ketiga dilakukan implementasi berupa pengecekan kadar glukosa darah secara rutin pada pagi hari sebelum konsumsi sarapan. Setelah itu pasien dianjurkan untuk makan sarapan, setelahnya diberikan suntukan subcutan insulin novorapid sebanyak 8 unit. Evaluasi hasil secara subjektif didapatkan keluhan pasien masih lemas, nilai gula darah sewaktu 130 mg/dL. *Assesment* menunjukkan masalah ketidakstabilan glukosa darah teratasi dengan kadar glukosa menurun sudah mencapai target.

*Planning* untuk pasien ialah tetap dilanjutkan injeksi novorapid 8 unit, monitor keluhan umum dan *vital sign*.

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA