

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Tn.N” DENGAN
POST AMPUTASI DIGIT V DEXTRA DI RUANGAN B3
KEPERAWATAN BEDAH RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH DAYA KOTA MAKASSAR
TANGGAL 01 S/D 03 DESEMBER 2021**



Karya Tulis Ilmiah

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**

**SYAMSYIAH
NIM. C017182012**

**PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Tn.N” DENGAN
POST AMPUTASI DIGIT V DEXTRA DI RUANGAN B3
KEPERAWATAN BEDAH RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH DAYA KOTA MAKASSAR
TANGGAL 01 S/D 03 DESEMBER 2021**



Karya Tulis Ilmiah

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**

**SYAMSYIAH
NIM. C017182012**

**PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Tn.N” DENGAN
POST AMPUTASI DIGIT V DEXTRA DI RUANG B3 PERAWATAN
BEDAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DAYA KOTA MAKASSAR
TANGGAL 01 S/D 03 JUNI 2021**

Disusun dan Diajukan Oleh :

SYAMSYIAH
NIM. C017182012

Diterima Dan disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang
Program Studi D.III Keperawatan Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin

Makassar, 13 Desember 2021

Menyetujui :

Pembimbing I

Pembimbing II



ANDI FAJRIN PERMANA, S.Kep., Ns., M.Sc
NIP. 199212062022043001



SYAHRUL NINGRAT, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP. 198310162020053001

Mengetahui :

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



Nurmaulida, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19831219 201012 2 004

PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Tn.N” DENGAN
POST AMPUTASI DIGIT V DEXTRA DI RUANG B3 PERAWATAN
BEDAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DAYA KOTA MAKASSAR
TANGGAL 01 S/D 03 JUNI 2021**

Disusun dan Diajukan Oleh :

SYAMSYIAH
NIM. C017182012

Karta tulis ini telah dipertahankan di depan Tim Penguji Sidang
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, pada:

Hari/Tanggal : Rabu, 15 Desember 2021
Waktu : 10.00 – 02.00 Wita
Tempat : Ruang PB 322 Prodi D.III Keperawatan

Tim Penguji :

1. Ketua/Penguji I : Andi Fajrin Permana, S.Kep.,Ns., M.Sc ()
2. Penguji II : Syahrul Ningrat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB ()
3. Penguji III : Saldy Yusuf, S.Kep., Ns.,MN.,PhD ()
4. Penguji IV : Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep.Ns.,M.Kep., Sp.KMB ()

Mengetahui :



RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Syamsyiah
Tempat / tanggal lahir : Usuku, 9 Desember 1999
Jenis kelamin : Perempuan
Suku Bangsa : WNI
Agama : Islam
No. Telp : 0823-8677-2074
Email : siahaskal11@gmail.com
Alamat : Wisma 2 unhas tamalanrea

B. Riwayat Pendidikan

Tahun 2006-2012 : SD Negeri Urei Faisei
Tahun 2012-2015 : SMP Yapis Agats
Tahun 2015-2018 : SMA Negeri 1 Agats

ABSTRAK

SYAMSYIAH. *Asuhan Keperawatan Pada Klien “TnN” Dengan Post Amputasi Digit V Dextra Di Ruang B3 Keperawatan Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar* (dibimbing oleh Andi fajrin dan Syahrul Ningrat).

Amputasi adalah hilang atau putusnya bagian tubuh, seperti jari, lengan atau bisa juga merupakan bagian dari operasi pemotongan bagian tubuh tertentu untuk mengatasi suatu kondisi atau penyakit.

Karya Tulis Ilmiah ini dilaksanakan di Ruang Perawatan Bedah RSUD Kota Makassar selama 3 hari mulai tanggal 01 s/d 03 Desember 2021. Sumber data dari klien, keluarga, buku RM, dan penulisan literature yang berkaitan dengan kasus. Teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan diagnostic dan program pengobatan yang berpedoman pada format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah. Studi kasus ini memberikan gambaran tentang penerapan Asuhan Keperawatan pada Tn. N dan kesenjangan pada antara teori dan kasus pada setiap tahapan proses keperawatan.

Kesimpulan dari Karya Tulis Ilmiah Amputasi merupakan salah satu kasus yang harus tangani dimana apabila tidak segera ditangani dapat menimbulkan ketidaknyamanan. Nyeri Akut, Ansietas, Risiko Infeksi, Berduka/kehilangan, Gangguan Integritas Kulit, dan Gangguan Citra Tubuh merupakan permasalahan keperawatan yang memerlukan perhatian khusus dari perawat dalam penangannya.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan pada Klien Post Amputasi Digit V Dextra.

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini tepat pada waktunya. Shalawat serta salam tak lupa juga kepada Nabi besar Muhammad SAW.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu tugas syarat dan tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi D.III Keperawatan dengan judul “*Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. N Dengan Post Amputasi Digit V Dextra di Ruang B3 Keperawatan Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Daya Kota Makassar Tanggal 01 S/D 03 Desember 2021*”.

Penulisan karya tulis ini tak lepas dari berbagai hambatan dan kesulitan yang penulis temui, namun berkat bimbingan dari dosen pembimbing serta do'a dan dukungan dari semua kalangan, karya tulis ini bisa diselesaikan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Dalam kesempatan ini dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Jamaluddin Jompa, M.Sc, Rektor Universitas Hasanuddin
2. Dr. Arianti Saleh selaku Dekan Fakultas Keperawatan
3. Elisa Kambu, S.Sos Selaku Bupati Pemerintah Daerah Kab. Asmat yang sudah memfasilitasi dalam perkuliahan
4. Syahrul Syaid, S.Kep., NS., MN., Ph.D selaku Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi Fakultas Keperawatan
5. Dr. Erfina, S.kep., NS., M.Kep selaku Wakil Dekan Bidang Perencanaan, Keuangan dan Sumber Sumber Daya Fakultas Keperawatan
6. Dr. Takdir Tahir, S,Kep.,NS.,M.Kes Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Kemitraan Fakultas Keperawatan
7. Dr. Suni Hariati, S.kep.,Ns.,M.Kep, selaku Ketua Gugus Penjaminan Mutu Fakultas Keperawatan
8. Nurmaulid, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi D.III Keperawatan

9. Andi Fajrin Permana, S.Kep., Ns., M.Sc selaku Pembimbing I dan penguji I
10. Syahrul Ningrat, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mb selaku pembimbing II dan penguji II
11. Saldy Yusuf, S.Kep., Ns.,MN.,PhD selaku penguji III
12. Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep.Ns.,M.Kep., Sp.KMB selaku pembimbing IV
13. Presptor lahan yang telah membantu selama di Rs
14. Pasien Tn. N P yang sudah bersedia
15. Kedua Orang tua saya yang saya cintai dengan kasih sayangnya yang telah meberikan dukungan dan semangat
16. Teman-teman yang telah memberikan masukan dan suportnya kepada saya
17. Teman kamar Marshmellow, Indah Muhtar, dan Altriani Rande yang telah bersama sy kurang lebih 3 tahun telah bekerja sama dengan baik. Serta teman-teman seperjuangan mahasiswa/i 2018 yang sudah saling support dan memberikan dorongan moril dan berbagi bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Semoga amal baik bapak/ibu/saudara/i diterima oleh Allah SWT, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan dan masih banyak kekurangan dan kelemahan sehingga penulis sangat mengharapkan segala kritik dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Makassar, 9 Desember 2021

Syamsyiah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERSETUJUAN	iii
PENGESAHAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	1
C. Manfaat Penulisan	2
D. Metodologi Penulisan.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Penyakit	5
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	17
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian Data	31
B. Analisa Masalah Keperawatan	40

C. Diagnosis Keperawatan.....	41
D. Rencana Asuhan Keperawatan.....	42
E. Implementasi Dan Evaluasi	44

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian keperawatan	50
B. Diagnosa Keperawatan.....	51
C. Intervensi keperawatan.....	52
D. Implementasi keperawatan.....	52
E. Evaluasi Keperawatan	53

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	54
B. Saran.....	55

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan Teori.....	24
Tabel 3.1 Pengkajian.....	31
Tabel 3.2 Analisa Masalah.....	40
Tabel 3.3 Rencana Asuhan Keperawatan.....	42
Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan.....	44

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi.....	8
Gambar 2.2 Anatomi.....	8
Gambar 2.3 Anatomi.....	8
Gambar 2.4 Anatomi.....	8
Gambar 2.5 Anatomi.....	8
Gambar 2.6 Anatomi.....	8
Gambar 5.1 Pathway.....	14
Gambar 1.1 Genogram.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Halaman Judul

Lampiran 2 : Halaman Persetujuan

Lampiran 3 : Halaman Pengesahan

Lampiran 4 : Halaman Abstrak

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Tn	: Tuan
Gr	: Gram
Kg	: Kilogram
Td	: Tekanan darah
N	: Nadi
S	: Suhu
P	: Pernafas
Bb	: Berat badan
Td	: Tinggi badan
BAB	: Buang air besar
BAK	: Buang air kecil
°C	: Derajat celcius
RSUD	: Rumah sakit umum daerah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Amputasi merupakan pembedahan yang menghilangkan sebagian atau seluruh anggota tubuh bagian ekstremitas. Seringkali masyarakat merasa takut dan tidak mau untuk diamputasi karena masyarakat atau klien menganggap hal tersebut sangat berbahaya dan dapat menyebabkan kematian. Padahal dalam konteks pembedahan, amputasi bertujuan untuk menyelamatkan hidup

Secara umum, amputasi merupakan pilihan pembedahan yang terakhir, dimana sedapat mungkin dilakukan prosedur bedah yang mempertahankan ekstremitas. Namun pada beberapa kondisi, antara lain pada sarkoma jaringan lunak yang sudah menginfiltrasi semua struktur lokal di ekstremitas, amputasi merupakan pilihan.

Sebagai ukuran medis, amputasi digunakan untuk memeriksa rasa sakit atau proses penyebaran penyakit dalam kelenjar yang terpengaruh, misalnya pada malignancy atau gangrene. Dalam beberapa kasus amputasi dilakukan untuk mencegah penyakit tersebut menyebar lebih jauh dalam tubuh. Jadi, amputasi dilakukan sebagai pilihan terakhir jika segala pengobatan yang telah dilakukan tidak berhasil.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman dan mampu melaksanakan secara langsung dan komprehensif, meliputi “ Asuhan Keperawatan pada klien “Tn.N” dengan Post Amputasi di Ruang perawatan bedah di RSUD DAYA Makassar tanggal 1 Desember 2021 sampai dengan 3 Desember 2021

2. Tujuan Khusus

Penulis dapat melakukan asuhan keperawatan yang meliputi:

- a. Untuk mendapat gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan data hasil pengkajian pada kasus dengan Post Amputasi pada klien “Tn. N” di B3 Ruang Perawatan Bedah RSUD Makassar
- b. Untuk mendapatkan gambaran diagnosa keperawatan yang terdapat dalam teori dengan diagnosa keperawatan yang di temukan pada klien “Tn. N” pada kasus Post Amputasi di B3 Ruang Perawatan Bedah RSUD Makassar
- c. Untuk merencanakan tindakan asuhan keperawatan pada klien “Tn. N” pada kasus Post Amputasi di B3 Ruang Perawatan Bedah RSUD Makassar
- d. Merupakan pernyataan yang akan mengantarkan penulis dalam pembahasan yang akan di jawab dalam kesimpulan
- e. Melakukan implementasi dan evaluasi Asuhan Keperawatan pada klien “Tn. N” pada kasus Post Amputasi di B3 Ruang Perawatan Bedah RSUD Makassar

C. Manfaat Penulisan

1. Bidang unit pelayanan kesehatan

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi kepada tenaga kesehatan atau instansi kesehatan lainnya sebagai salah satu bekal dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada Klien klien “Tn. N” pada kasus Post Amputasi di B3 Ruang Perawatan Bedah RSUD Makassar

2. Bagian akademik

Hasil penellitian ini di harapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi mandiri penatalaksanaan untuk pasien dengan Asuhan Keperawatan pada klien “Tn. N” pada kasus Post Amputasi di B3 Ruang Perawatan Bedah RSUD Makassar

3. Masyarakat/ keluarga/ klien

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan masyarakat dalam upaya asuhan keperawatan pada kasus Post Amputasi di B3 Ruang Perawatan Bedah RSUD Makassar

4. Perkembangan profesi keperawatan

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi kepada tenaga kesehatan atau instansi kesehatan lainnya sebagai salah satu bekal dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada klien “Tn. N” pada kasus Post Amputasi di B3 Ruang Perawatan Bedah RSUD Makassar

D. Metodologi penelitian

1. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan yaitu Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Tn. N di Ruangan B3 RSUD Daya Makassar yang meliputi pengkajian, dignosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi

2. Tempat dan waktu pelaksanaan studi asuhan keperawatan

- a. Tempat pelaksana dilukan di RSUD Daya Makassar
- b. Waktu pelaksana dilakukan pada tanggal 1 - 3 Desember 2021

3. Sumber dan teknik pengumpulan data

- a. Sumber (Wawancara) wawancara yang dilakukan dalam tahap pengkajian untuk memperoleh data subjektif yaitu mengenai keluhan pasien, riwayat pasien, dan pola aktivitas pasien
- b. Teknik melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

4. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak meneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisa yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisa digunakan dengan cara observasi oleh penelitian dan studi dokumentasi yang menggunakan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti di bandingkan teori yang sudah ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Amputasi diartikan sebagai tindakan memisahkan bagian tubuh sebagian seperti kaki, tangan, lutut, atau seluruh bagian ekstremitas. Amputasi dilakukan ketika ekstremitas sudah tidak dapat diperbaiki dengan menggunakan teknik lain atau terdapatnya kondisi yang dapat membahayakan keselamatan tubuh atau merusak organ tubuh yang lain sehingga menimbulkan komplikasi infeksi, perdarahan dan pertumbuhan stump yang abnormal.

Secara umum, amputasi merupakan pilihan pembedahan yang terakhir, dimana sedapat mungkin dilakukan prosedur bedah yang mempertahankan ekstremitas. Namun pada beberapa kondisi, antara lain pada sarkoma jaringan lunak yang sudah menginfiltrasi semua struktur lokal di ekstremitas, amputasi merupakan pilihan.

2. Anatomi Fisiologi

Tulang membentuk rangka penunjang dan pelindung bagi tubuh dan tempat untuk melekatnya otot-otot yang menggerakkan kerangka tubuh. Ruang di tengah tulang-tulang tertentu berisi jaringan hematopoetik, yang membentuk berbagai sel darah. Tulang juga merupakan tempat primer untuk menyimpan dan mengatur kalsium dan fosfat.

Komponen-komponen utama dari jaringan tulang adalah mineral-mineral dan jaringan organik (kolagen dan proteoglikan). Kalsium dan fosfat membentuk suatu kristal garam (hidroksiapatit), yang tertimbun pada matriks kolagen dan proteoglikan. Matriks organik tulang disebut juga sebagai suatu osteoid. Sekitar 70% dari osteoid adalah kolagen tipe I yang kaku dan memberikan ketegaran tinggi pada tulang. Materi organik

lain yang juga menyusun tulang berupa proteoglikan seperti asam hialuronat.

Jaringan tulang dapat berbentuk anyaman atau lamelar. Tulang yang berbentuk anyaman terlihat saat pertumbuhan cepat, seperti sewaktu perkembangan janin atau sesudah terjadinya patah tulang, selanjutnya keadaan ini akan diganti oleh tulang yang lebih dewasa yang berbentuk lamelar. Pada orang dewasa, tulang anyaman ditemukan pada inserasi ligamentum atau tendon. Tumor osteosarkoma terdiri dari tulang anyaman.

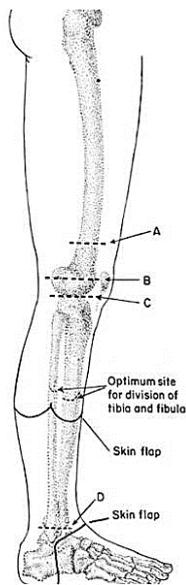
Bagian-bagian khas dari sebuah tulang panjang. Diafisis atau batang, adalah bagian tengah tulang yang berbentuk silinder. Bagian ini tersusun dari tulang kortikal yang memiliki kekuatan besar. Metafisis adalah bagian tulang yang melebar didekat ujung akhir batang. Daerah ini terutama disusun oleh tulang trabekular atau tulang spongiosa yang mengandung sumsum merah. Sumsum merah juga terdapat di bagian epifisis dan diafisis tulang. Pada anak-anak, sumsum merah mengisi sebagian besar bagian dalam dari tulang panjang, tetapi kemudian diganti oleh sumsum kuning siring dengan semakin dewasanya anak tersebut. Lempong epifisis adalah daerah pertumbuhan longitudinal pada anak-anak. Bagian ini akan menghilang pada tulang dewasa. Bagian epifisis yang letaknya dekat sendi tulang panjang bersatu dengan metafisis sehingga pertumbuhan memanjang tulang terhenti. Tulang adalah suatu jaringan dinamis yang tersusun dari tiga jenis sel: Osteoblas, osteosit, dan osteoklas.

Osteoblas membangun tulang dengan membentuk kolagen tipe I dan proteoglikan sebagai matriks tulang atau jaringan osteoid melalui suatu proses yang disebut osifikasi. Ketika sedang aktif menghasilkan jaringan osteoid, osteoblas mensekresikan sejumlah besar fosfatase alkali, yang mengandung peranan paling penting dalam mendapatkan kalsium dan fosfat dalam matriks tulang

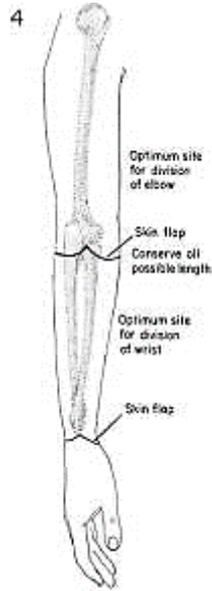
Sebagian dari fosfatase alkali akan memasuki aliran darah, dengan demikian maka kadar fosfatase alkali di dalam darah dapat menjadi indikator yang baik tentang tingkat pembentukan tulang setelah mengalami patah tulang atau pada kasus metastasis kanker tulang. Osteosit adalah sel-sel tulang dewasa yang bertindak sebagai suatu lintasa untuk pertukaran kimiawi melalui tulang yang padat. Osteoklas adalah sel-sel besar berinti banyak yang memungkinkan mineral dan matriks tulang dapat diabsorpsi osteoklas mengikis tulang.

Lokasi untuk melakukan amputasi :

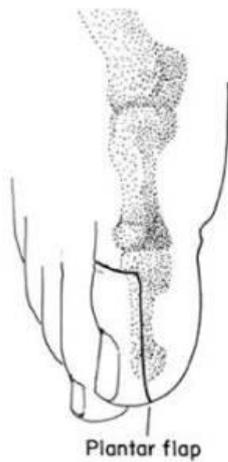
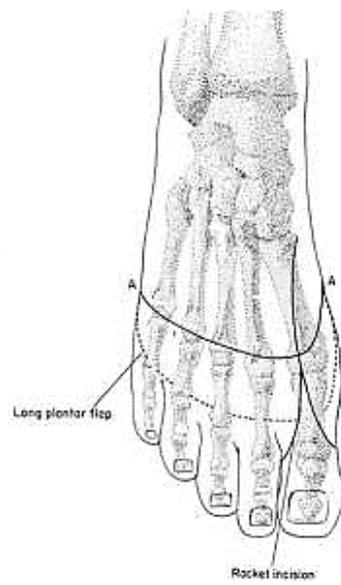
(Gambar 2.1)



(Gambar 2.2)



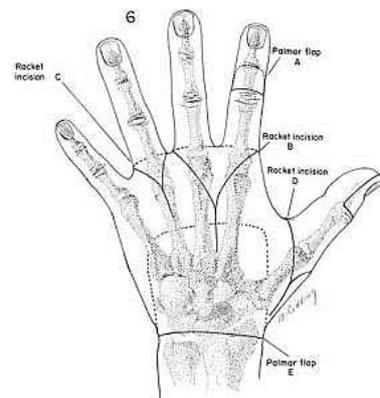
(Gambar 2.3)



(Gambar 2.4)



(Gambar 2.5)



(Gambar 2.6)

3. Etiologi

Penyebab atau faktor predisposisi terjadinya amputasi adalah pada kondisi:

- a. Fraktur multiple organ tubuh yang tidak mungkin dapat di perbaiki
- b. Kehancuran jaringan kulit yang tidak mungkin di perbaiki
- c. Gangguan vaskuler/ sirkulasi pada ekstremitas yang berat
- d. Infeksi yang berat atau berisiko tinggi menyebar ke anggota tubuh lainnya
- e. Adanya tumor pada organ yang tidak mungkin di terapi secara konservatif
- f. Deformitas organ
- g. Trauma amputasi, bisa diakibatkan karena perang, kecelakaan, thermal injury seperti terbakar, tumor, infeksi, gangguan metabolisme seperti pagets disease dan kelainan kongenital

4. Insiden

Data statistic menunjukkan prevalensi amputasi yang bervariasi mulai dari 350.000-1 juta dengan insiden antara 20.000 sampai 30.000 pertahun. Terdapat kecenderungan peningkatan jumlah amputasi tiap tahun yang di sebabkan oleh semakin meningkatnya jumlah populasi manula yang umumnya menderita penyakit degenerative seperti diabetes mellitus dan penyakit pembuluh darah perifer lainnya. Usia puncak insiden amputasi adalah 50-75 tahun dan terutama berkaitan dengan penyakit pembuluh darah dengan atau tanpa diabetes mellitus. Pada kelompok usia muda amputasi di sebabkan oleh Karena trauma atau sekuelennya. Pada anak-anak, 60% disebabkan oleh karena amputasi kogenital dan amputasi bedah umumnya disebabkan Karena trauma atau keganasan.

5. Pathofisiologi

Di lakukan sebagian kecil sampai dengan sebagian besar dari tubuh dengan dua metode:

1. Metode terbuka (guillotine)

Metode ini digunakan pada klien dengan infeksi yang mengembang. Bentuknya benar-benar terbuka dan di pasang drainase agar luka bersih dan luka dapat ditutup setelah tidak terinfeksi

2. Metode tertutup (Flap amputasi)

Pada metode ini kulit tepi ditarik pada atas ujung tulang dan dijahit pada daerah yang di amputasi, tidak semua amputasi di operasi dengan terencana, klasifikasi yang ada karena trauma amputasi.

Amputasi terjadi karena kelainan extremitas yang disebabkan penyakit pembuluh darah, cedera dan tumor oleh karena penyebab di atas, Amputasi harus dilakukan karena dapat mengancam jiwamanusia. Adapun pengaruhnya meliputi:

a. Kecepatan metabolisme

Jika seseorang dalam keadaan immobilisasi maka akan menyebabkan penekanan pada Fungsi simpatik serta penurunan katekolamin dalam darah sehingga menurunkan kecepatan metabolisme basal.

b. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit

Adanya penurunan serum protein tubuh akibat proses katabolisme lebih besar dari anabolisme, maka akan mengubah tekanan osmotik koloid plasma, hal ini menyebabkan pergeseran cairan intravaskuler ke luar keruang interstitial pada bagian tubuh yang rendah sehingga menyebabkan oedema. Immobilitas menyebabkan sumber stressor bagi klien sehingga

menyebabkan kecemasan yang akan memberikan rangsangan ke hypothalamus posterior untuk menghambat pengeluaran ADH, sehingga terjadi peningkatan diuresis.

c. Sistem respirasi

1. Penurunan kapasitas paru Pada klien immobilisasi dalam posisi baring terlentang, maka kontraksi otot intercosta relatif kecil, diafragma otot perut dalam rangka mencapai inspirasi maksimal dan ekspirasi paksa.
2. Perubahan perfusi setempat dalam posisi tidur terlentang, pada sirkulasi pulmonal terjadi perbedaan rasio ventilasi dengan perfusi setempat, jika secara mendadak maka akan terjadi peningkatan metabolisme (karena latihan atau infeksi) terjadi hipoksia.
3. Mekanisme batuk tidak efektif Akibat immobilisasi terjadi penurunan kerja siliaris saluran pernafasan sehingga sekresi mukus cenderung menumpuk dan menjadi lebih kental dan mengganggu gerakan siliaris normal

d. Sistem Kardiovaskuler

1. Peningkatan denyut nadi terjadi sebagai manifestasi klinik pengaruh faktor metabolik, endokrin dan mekanisme pada keadaan yang menghasilkan adrenergik sering dikumpai pada pasien dengan immobilisasi.
2. Penurunan cardiac reserve
Dibawah pengaruh adrenergik denyut jantung meningkat, hal ini mengakibatkan waktu pengisian diastolic memendek dan penurunan isi sekuncup.
3. Orthostatik Hipotensi
Pada keadaan immobilisasi terjadi perubahan sirkulasi perifer, dimana arteriol dan venula tungkai berkontraksi tidak adekuat, asodilatasi lebih panjang dari pada

vasokonstriksi sehingga darah banyak berkumpul di ekstremitas bawah, volume darah yang bersirkulasi menurun, jumlah darah ke ventrikel saat diastolik tidak cukup untuk memenuhi perfusi ke otak dan tekanan darah menurun, akibatnya klien merasakan pusing pada saat bangun tidur serta dapat juga merasakan pingsan.

e. Sistem Muskuloskeletal

1. Penurunan kekuatan otot

Dengan adanya immobilisasi dan gangguan sistem vaskuler memungkinkan suplai 82 dan nutrisi sangat berkurang pada jaringan, demikian pula dengan pembuangan sisa metabolisme akan terganggu sehingga menjadikan kelelahan otot.

2. Atropi otot

Karena adanya penurunan stabilitas dari anggota gerak dan adanya penurunan fungsi persarafan. Hal ini menyebabkan terjadinya atropi dan paralisis otot.

3. Kontraktur sendi

Kombinasi dari adanya atropi dan penurunan kekuatan otot serta adanya keterbatasan gerak.

4. Osteoporosis

Terjadi penurunan metabolisme kalsium. Hal ini menurunkan persenyataan organik dan anorganik sehingga massa tulang menipis dan tulang menjadi keropos.

f. Sistem Pencernaan

1. Anoreksia

Akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi serta penurunan

kebutuhan kalori yang menyebabkan menurunnya nafsu makan.

2. Konstipasi

Meningkatnya jumlah adrenergik akan menghambat peristaltik usus dan sphincter anus menjadi kontriksi sehingga reabsorpsi cairan meningkat dalam colon, menjadikan faeces lebih keras dan orang sulit buang air besar.

g. Sistem perkemihan

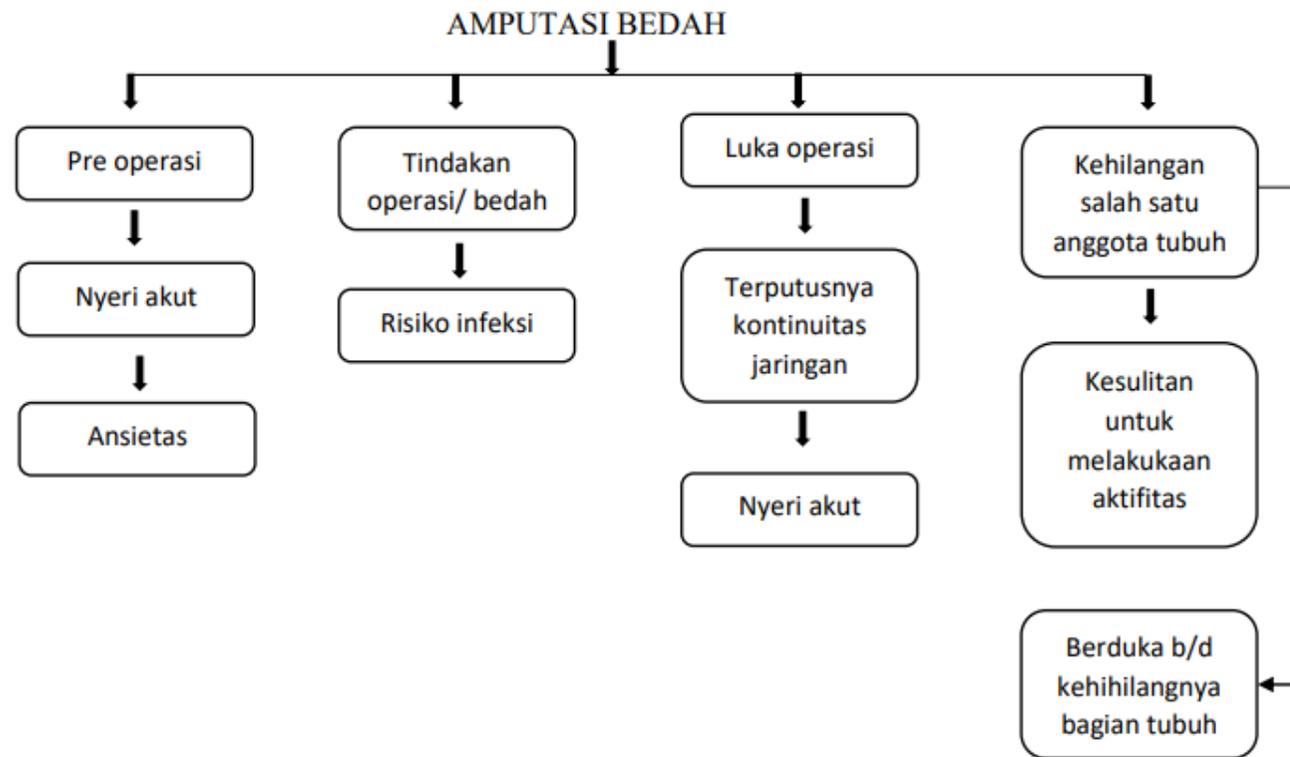
Dalam kondisi tidur terlentang, renal pelvis ureter dan kandung kencing berada dalam keadaan sejajar, sehingga aliran urine harus melawan gaya gravitasi dan pelvis renal banyak menahan urine sehingga dapat menyebabkan:

1. Akumulasi endapan urine di renal pelvis akan mudah membentuk batu ginjal.
2. Tertahannya urine pada ginjal akan menyebabkan berkembang biaknya kuman dan dapat menyebabkan ISK

h. Sistem integumen

Tirah baring yang lama, maka tubuh bagian bawah seperti punggung dan bokong akan tertekan sehingga akan menyebabkan penurunan suplai darah dan nutrisi ke jaringan. jika hal ini dibiarkan akan terjadi ischemia, hyperemis dan akan normal kembali jika tekanan dihilangkan dan kulit dimasase untuk meningkatkan suplai darah.

Pathway



6. Manifestasi Klinis

1. Khilangan anggota gerak (ektremitas atas atau bawah)
2. Nyeri pada bagian yang diamputasi yang berasal dari neuroma u/ung sara³ yang dekat dengan permukaan.
3. Edema yang apabila tidak ditangani menyebabkan hiperplasia arikosa dengankeronitis.
4. Dermatitis pada tempat tekanan ditemukan kista (epidermal atau aterom)
5. Eusitis (terbentuk bursa tekanan antara penonjolan tulang dan kulit)
6. Bila kebersihan kulit diabaikan terjadi folikulitis dan furunkulitis.
7. Sedih dan harga diri rendah (self esteem) dan diikuti proses kehilangan

7. Test Diagnostik/ pemeriksaan penunjang

1. Foto rontgen: Mengidentifikasi abnormalitas tulang.
2. Scan CT: mengidentifikasi lesi neoplastic,osteoplastic, pembentukan gematoma
3. LED : Mengindikasikan respons inflamasi
4. Kultur luka: Mengidentifikasi adanya luka 1 infeksi dan organisme penyebab.
5. Biopsy: Mengkonfirmasi diagnosa masa benigna 1 maligna.

8. Penatalaksanaan medik

Tujuan utama pembedahan adalah mencapai penyembuhan luka amputasi dan menghasilkan sisa tungkai (puntung) yang tidak nyeri tekan dengan kulit yang sehat. Pada lansia mungkin mengalami kelembatan penyembuhan luka karena nutrisi yang buruk dan masalah kesehatan lainnya. Percepatan penyembuhan dapat dilakukan dengan penanganan yang lembut terhadap sisa tungkai, pengontrolan edema sisa tungkai dengan balutan kompres lunak

(rigid) dan menggunakan teknik aseptik dalam peralatan luka untuk menghindari infeksi.

1. Balutan rigid tertutup balutan rigid adalah balutan yang menggunakan plaster of paris yang dipasang waktu dikamar operasi. Pada waktu memasang balutan ini harus direncanakan apakah penderita harus imobilisasi atau tidak dan pemasangan dilengkapi tempat memasang ekstensi prosthesis sementara (pylon) dan kaki buatan. Balutan ini sering digunakan untuk mendapatkan kompresi yang merata, menyangga jaringan lunak dan mengontrol nyeri dan mencegah kontraktur. Kaos kaki steril dipasang pada sisi steril dan bantalan dipasang pada daerah peka tekanan. Sisa tungkai (punting) kemudian dibalut dengan gips elastic yang ketika mengeras akan memberikan tekanan yang merata. Hati-hati jangan sampai menjerat pembuluh darah. Gips diganti sekitar 10-14 hari. Bila terjadi peningkatan suhu tubuh, nyeri berat atau gips mulai longgar harus segera diganti

2. Balutan Lunak

Balutan lunak dengan atau tanpa kompresi dapat digunakan bila diperlukan inspeksi berkala sisa tungkai (punting) sesuai kebutuhan. Bidai imobilisasi dapat dibalutkan pada balutan. Hematoma puntung dikontrol dengan alat drainase luka untuk meminimalkan infeksi.

3. Amputasi bertahap

Amputasi bertahap dilakukan bila ada gangren atau infeksi. Pertama-tama dilakukan amputasi guillotine untuk mengangkat semua jaringan nekrosis dan sepsis. Luka didebridemen dan dibiarkan mengering. Jika dalam beberapa hari infeksi telah terkontrol dan klien telah stabil, dilakukan amputasi definitif dengan penutupan kulit.

4. Protetis

Kadang diberikan pada hari pertama pasca bedah sehingga latihan segera dapat dimulai. Keuntungan menggunakan protesis sementara adalah membiasakan klien menggunakan protesis sedini mungkin. Kadang protesis darurat baru diberikan setelah satu minggu luka sembuh. Pada amputasi, untuk penyakit pembuluh darah proteis sementara diberikan setelah 4 minggu. Protesis ini bertujuan untuk mengganti bagian ekstremitas yang hilang. Artinya defek system musculoskeletal harus diatasi, termasuk defek faal. Pada ekstremitas bawah, tujuan protesis ini sebagian besar dapat dicapai. Sebaliknya untuk ekstremitas atas tujuan itu sulit dicapai, bahkan dengan tangan mioelektrik canggih yang bekerja atas sinyal mioelektrik dari otot biseps dan triseps.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengakajian Keperawatan

a. Identitas klien

Meliputi: nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, diagnosa medis, no RM dan tanggal masuk RS

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dengan klien dan alamat.

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit Keluhan yang dirasakan pada pasien dengan post amputasi meliputi adanya adanya nyeri pada luka post operasi.

b. Keluhan utama saat di kaji Merupakan sumber data yang subjektif tentang status kesehatan pasien yang memberikan gambaran tentang masalah kesehatan aktual maupun potensial. Riwayat merupakan kondisi klien. Penuntun pengkajian fisik

yang berkaitan informasi tentang keadaan fisiologis, psikologis, budaya dan psikososial untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah-masalah atau keluhan secara lengkap

3. Riwayat penyakit dahulu

Mengkaji penyakit yang ada hubungannya dengan penyakit yang sekarang. Pengkajian yang mendukung adalah dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah mengalami pembedahan

4. Riwayat kesehatan keluarga

Mengkaji penyakit yang ada dalam keluarga apakah ada yang menderita penyakit serupa dengan klien dan penyakit menular lain serta penyakit keturunan. Riwayat kesehatan pada klien dengan post amputasi terlihat dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misalnya penyakit hipertensi, dan penyakit jantung.

5. Pola aktivitas sehari-hari

Pengkajian pola aktivitas sehari-hari meliputi:

- a. Nutrisi-nutrisi meliputi: frekuensi makan, jenis makanan, porsi makan, frekuensi minum serta jenis minuman, porsi dan berapa 30 gelas/hari. Pada klien dengan ulkus diabetikum ditemukan polidipsi (peningkatan jumlah minum), polifagia (peningkatan jumlah makan).
- b. Eliminasi BAB Frekuensi, konsistensi, warna, bau, dan masalah. Pada klien dengan ulkus diabetikum biasanya terjadi peningkatan pola BAK atau disebut poliuria.
- c. Istirahat Tidur Lamanya tidur, tidur siang, masalah, dan jam tidur. Pada klien post op biasanya gangguan pola tidur dikarenakan nyeri pada luka post op.
- d. Personal Hygiene Personal hygiene: frekuensi mandi, gosok gigi, keramas dan gunting kuku. Pada klien post op biasanya

gangguan personal hygiene dikarenakan intoleransi aktivitas akibat nyeri post op.

- e. Aktifitas meliputi Rutinitas sehari-hari dan olahraga. Pada klien dengan post op tergantung berapa besar derajat luka operasi akan ditemukan adanya keterbatasan dalam melakukan aktivitas.
- f. Pemeriksaan fisik Pemeriksaan fisik meliputi :
 - 1) Keadaan umum meliputi: kesadaran, tanda-tanda vital, berat badan, dan nilai GCS (Glasgow Coma Scale).
 - 2) Pemeriksaan tanda tanda vital meliputi: tekanan darah, respirasi, nadi dan suhu. Pada pasien post operasi biasanya kemungkinan mengalami peningkatan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
- g. Pemeriksaan fisik persistem
 - 1) Sistem Pernafasan
Kaji batuk, sesak, dispnea, nyeri dada, penyempitan saluran nafas, ada sekret atau tidak. Kaji jumlah frekuensi nafas dalam satu menit ketika keadaan istirahat. Kaji kebiasaan merokok, meminum alkohol, dll. Inspeksi bentuk hidung, kebersihan hidung, ada sekret atau tidak, palpasi adanya nyeri tekan atau tidak pada sinus, auskultasi suara nafas normal, ada suara nafas tambahan atau tidak. Inspeksi posisi trachea simetris atau tidak, inspeksi bentuk dada, ada jejas atau tidak di dada, pergerakan dinding dada, palpasi ada nyeri atau tidak. Pada pasien dengan post amputasi mudah terjadi infeksi.

- 2) Sistem kardiovaskuler
Kaji ada pembengkakan daerah palpebra atau tidak, reflek pupil. Pengisian kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya sianosis, inspeksi dan palpasi adanya ictus cordis, ada nyeri atau tidak, ada jejjas atau tidak dan auskultasi bunyi jantung ics 2 letak aktup aorta, ics 5-6 32 letak katup tricuspidalis. Perhatikan adanya edema atau tidak didaerah ekstremitas bawah.
- 3) Sistem pencernaan Pada klien dengan diabetes melitus post amputasi terdapat polifagia (banyak makan), polidifsi (banyak minum), mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrase, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen, dan obesitas.
- 4) Sistem perkemihan
Pada klien dengan post amputasi ditemukan adanya poliuria (banyak kencing), retensio urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.
- 5) Sistem endokrin
Inspeksi bentuk leher simetris atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar tyroid, terdapat distensi JVP (jugularis vena pleasure) atau tidak. Auskultasi pada leher terdapat bunyi bruit atau tidak. Ada riwayat diabetes mellitus atau tidak dan hasil gula darah sewaktu normal atau lebih dari normal >126 mg/dl.
- 6) Sistem persarafan
Sistem persarafan yang perlu dikaji dalam fungsi serebral, fungsi saraf kranial, fungsi sensorik dan motorik. Saraf kranial terdiri dari nervus olfactorius, opticus, okulomotorius, coclearis, abducent, trigeminus, facialis, 33 vestibular, glosfaringeus, vagus, asesorius, hipoglossus. Pada klien dengan ulkus diabetikum

ditemukan penurunan sensoris, parasthesia, anasthesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi.

7) Sistem Integumen

Kaji bentuk kepala, warna kulit, keadaan rambut, kulit kepala bersih atau tidak. Kaji kelembaban kulit dan turgor kulit. Akan tampak adanya luka operasi post op amputasi di ekstremitas karena insisi bedah disertai kemerahan. Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

8) Sistem muskuloskeletal

Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring post operasi dan kekakuan. Kekakuan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktifitas dan adanya luka post op di ekstremitas.

9) Sistem penglihatan

Kaji bentuk mata simetris atau tidak, terdapat lesi, odema atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak, reflek pupil terhadap cahaya positif atau tidak, kaji lapang pandang dan ketajaman penglihatan. Pada klien dengan diabetes melitus post amputasi dikaji apakah penglihatan kabur/ ganda, diplopia, lensa mata keruh.

10) Sistem pendengaran, wicara dan THT (telinga, hidung, tenggorokan) Kaji bentuk telinga, kebersihan telinga, sreumen dan tekstur telinga, kaji fungsi pendengaran klien. Kaji bentuk trachea, posis trachea dna terdapat benjolan atau tidak

6. Data psikososial

a. Status Emosi

Pengendalian emosi mood yang dominan, mood yang dirasakan saat ini, pengaruh atas pembicaraan orang lain, dan kestabilan emosi.

b. Konsep Diri

Bagaimana klien melihat dirinya setelah di amputasi, apa yang disukai dari dirinya, bagaimana orang lain menilai dirinya, klien dapat mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan

c. Gaya Komunikasi

Cara klien bicara, cara memberi informasi, penolakan untuk berespon, komunikasi non verbal, kecocokan bahasa verbal dan nonverbal.

d. Pola Interaksi

Kepada siapa klien menceritakan tentang dirinya, hal yang menyebabkan klien merespon pembicaraan, kecocokan ucapan dan perilaku, anggapan terhadap orang lain, hubungan dengan lawan jenis. 35

e. Pola Koping

Apa yang dilakukan klien dalam mengatasi masalah, kepada siapa klien mengadukan masalah.

f. Data Spiritual

Data yang harus dikaji meliputi arti kehidupan yang penting dalam kehidupan klien, keyakinan tentang penyakit dan kesembuhan, hubungan kepercayaan dengan Tuhan, ketaatan menjalankan ritual agama, keyakinan bantuan Tuhan dalam proses kesembuhan yang diyakini tentang kehidupan dan kematian.

g. Data Penunjang

Pemeriksaan laboratorium, darah yaitu Hemoglobin, leukosit, trombosit, hematokrit, AGD. Pada klien dengan diabetes melitus

post amputasi biasanya terdapat pemeriksaan darah dimana terjadi peningkatan kadar gula darah, pemeriksaan urin.

- h. Program dan rencana pengobatan
 - Terapi yang diberikan diidentifikasi mulai dari nama obat, dosis, waktu dan cara pemberian. Analisa Data
- 7. Analisa data adalah pengelompokkan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya
- 8. Diagnosa Keperawatan yang lazim
 - Pre Operasi
 - a. Nyeri Akut
 - b. Ansietas
 - Post Operasi
 - a. Nyeri Akut
 - b. Berduka b/d hilangnya bagian tubuh
 - c. Risiko infeksi
 - d. Gangguan Integritas kulit
 - e. Gangguan citra tubuh

9. Rencana asuhan keperawatan

Tabel 2.1

Diagnosa Kep	Tujuan	Intervensi	Rasional
Nyeri Akut	Setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteri hasil : 1) Nyeri menurun 2) Ekspresi wajah meringis menurun 3) Kesulitan tidur menurun 4) Frekuensi nadi membaik 5) Pola tidur membaik Tekanan darah membaik	1) Identifikasi skala nyeri 2) Latihan teknik relaksasi 3) Tingkatakan istirahat 4) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 5) Monitor ttv 6) Anjurkan tertawa untuk melepas stress 7) Mampu melaporkan nyeri berkurang 8) Ciptakan suasana terapeutik	1) Menentukan intervensi yang akan dilakukan dalam proses keperawatan 2) Memberikan efek relaksasi pada pasien 3) Mengurangi tingkat kecemasan 4) Pengobatan pasien untuk mempercepat proses penyembuhan 5) Mengetahui keadaan umum pasien 6) Mengurangi tingkat stress

			<p>7) Di harapkan nyeri dapat berkurang agar pasien lebih mandiri dalam mengurangi rasa nyeri</p> <p>8) Agar perawat dan pasien dapat membina hubungan saling percaya</p>
Ansietas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam maka di harapkan kecemasan menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Menyingkirkan tanda kecemasan</p> <p>2) Tidak ada perilaku gelisah/tegang</p>	<p>1) Monitor tanda-tanda ansietas</p> <p>2) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>3) Anjurkan keluarga untuk dampingi</p> <p>4) Latih teknik relaksasi</p> <p>5) Pahami situasi yang membuat ansietas</p>	<p>1) Dapat mengetahui apa saja tanda dari ansietas</p> <p>2) Membantu perawat dan pasien perasaan saling terbuka tanpa adanya perasaan di hakimi</p>

	<p>3) Tampak rileks dan melaporkan ansietas berkurang pada tingkat dapat di atasi</p> <p>4) Konsentrasi membaik pola tidur membaik</p>	<p>6) Anjurkan tertawa untuk menghilangkan stress</p>	<p>3) Agar membantu pasien merasa aman di sekitarnya</p> <p>4) Memberikan efek relaksasi pada pasien</p> <p>5) Dapat memberikan situasi keyakinan pasien tidak sendiri</p> <p>6) Dapat memberikan rileksasi Dapat membantu perkembangan tubuh yang sehat</p>
<p>Berduka b/d hilangnya bagian tubuh</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan Tingkat berduka membaik menurun</p>	<p>Dukungan Proses Berduka: Observasi</p> <p>1) Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan</p>	<p>1) Memberikan dukungan apa yang sudah terjadi</p> <p>2) Meningkatkan rasa percaya dengan klien</p>

	<p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalisasi menerima kehilangan meningkat 2) Bervalidasi perasaan sedih menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 2) Tunjukkan sikap menerima dan empati 3) Motifasi untuk menguatkan dukungan terhadap keluarga 4) Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap 	<ol style="list-style-type: none"> 3) Secara tidak langsung sudah memberikan informasi 4) Agar dapat terkontrol tahapan berduka
Risiko infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam diharapkan derajat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemerahan menurun 2) Luka sembuh dengan baik 3) Tekstur kulit membaik 4) Pendarahan menurun 5) Tidak ada tanda-tanda infeksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda-tanda infeksi 2) Gunakan teknik septik dan antiseptic 3) Balut perband sesuai kebutuhan 4) Ganti perband 5) Berikan penyuluhan tentang cara cegah infeksi 6) Penetalaksanaan pemberian obat antibiotic 7) Monitor ttv 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengetahui tanda-tanda infeksi dan menentukan intervensi selanjutnya 2) Dapat mencegah terjadinya kontaminasi dengan kuman penyebab infeksi 3) Agar mengetahui seberapa banyak balutan

			<p>perband yang di butuhkan</p> <p>4) Perband yang basah dan kotor dapat menjadi tempat berkembang biak nya kuman penyebab infeksi</p> <p>5) Memberikan pengertian kepada pasien agar dapat mengetahui tentang perawatan luka</p> <p>6) Obat antibiotic dapat membunuh kuman penyebab infeksi</p>
--	--	--	---

			7) Dapat menentukan intervensi selanjutnya
Gangguan integritas kulit	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan mencapai penyembuhan luka pada waktu yang sesuai</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak ada tanda 2) Tanda infeksi seperti pus 3) Luka bersih tidak lembab dan tidak kotor <p>Tanda-tanda vital</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji kulit dan identifikasi pada tahap perkembangan luka 2) Kaji lokasi, ukuran, warna, bau serta jumlah dan tipe cairan 3) Pantau peningkatan suhu tubuh 4) Berikan perawatan luka dengan teknik aseptik 5) Jika pemulihan tidak terjadi, kolaborasi tindakan lanjutan, misalnya debridement 6) Setelah diberidement, ganti balutan sesuai kebutuhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengetahui sejauh mana perkembangan luka mempermudah dalam melakukan tindakan yang tepat 2) Mengidentifikasi tingkat keparahan luka akan mempermudah intervensi 3) Suhu tubuh yang meningkat dapat diidentifikasi sebagai adanya proses peradangan 4) Teknik aseptik membantu

		<p>7) Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	<p>mempercepat penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi</p> <p>5) Agar benda asing atau jaringan yang terinfeksi tidak menyebar luka pada area kulit normal lainnya</p> <p>6) Balutan dapat diganti satu atau dua kali sehari tergantung kondisi parah/ tidaknya luka, agar tidak terjadi infeksi</p> <p>7) Antibiotic berguna untuk</p>
--	--	---	--

			mematikan mikroorganisme pathogen pada daerah yang berisiko infeksi
Gangguan citra tubuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam diharapkan citra tubuh meningkat Kriteria hasil : 1) Melihat bagian tubuh menurun 2) Menyentuh bagian tubuh menurun 3) Verbalisasi kehilangan bagian tubuh	1) Ajarkan cara mengidentifikasi adanya depresi 2) Anjurkan melakukan teknik proses remininses misalnya mendengarkan lagu 3) Ajarkan cara mengidentifikasi kesulitan yang dialami	1) Pasien menjadi lebih tahu bagaimana cara mengontrol depresi 2) Dapat Mengurangi tingkat stres 3) Dapat memberikan rileksasi Dapat membantu perkembangan tubuh yang sehat

10. Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru

11. Evaluasi adalah menetapkan kembali informasi baru yang diberikan kepada klien untuk mengganti atau menghapus diagnosa keperawatan. Menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai adalah keputusan bersama antara perawat dan klien. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur Rohmah & Saiful Walid, 2012).
- Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP adalah:
- a. S: Data Subjektif Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
 - b. O: Data Objektif Data objektif adalah data berdasarkan data hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
 - c. A: Analisis Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif.
 - d. P: Planning perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditemukan sebelumnya.