

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan di Ruang Cendrawasih RSUD Wangaya pada tanggal 8 April 2024 pukul 08.00 WITA. Pengkajian dilakukan setelah pasien dan keluarga pasien menyetujui inform consent (lembar persetujuan menjadi responden) yang telah disiapkan peneliti sebagai bukti bersedia menjadi responden dalam penelitian. Dari hasil pengkajian diperoleh data identitas pasien dengan inisial Ny. A umur 38 tahun, jenis kelamin Perempuan, kewarganegaraan Indonesia, agama Hindu, dan pendidikan terakhir adalah SMA. Diagnosis medis pasien yakni diabetes melitus tipe 2 + *Diabetic foot* Wagner III Pedis dekstra, keluhan utama pasien yaitu pasien mengeluh luka di tumit kaki kanannya tidak membaik.

Saat ditanya alasan pasien dirawat di rumah sakit yaitu pasien mengatakan dirinya merasa lemas dan lelah, pasien tampak duduk di atas tempat tidur, mulut pasien tampak kering, tampak luka pada kaki yaitu pada telapak kaki kanan pasien. Pada awal mulanya luka pasien hanya berada di telapak kaki kanan dan tidak diobati selama 2 minggu. Setelah keadaan kaki pasien semakin parah pasien datang ke puskesmas. Pasien berobat untuk mendapat perawatan luka dari puskesmas namun tidak kunjung sembuh sehingga diberikanlah rujukan karena pasien juga memiliki kadar gula darah yang tinggi, setelah pasien mendapat rujukan pasien langsung ke RSUD Wangaya. Pasien datang ke IGD RSUD Wangaya pada tanggal 7 April 2024 pukul 13.30 Wita setelah mendapat rujukan dari puskesmas pada pukul 13.30 Wita. Pasien datang diantar keluarganya untuk mendaftar rawat inap, pasien diberikan terapi saat di IGD yaitu obat paracetamol 1 gr IV, novorapid 2 x 8 ui SC, infus NaCl

0,9% dan 20 tpm. Pasien tiba di Ruang Cendrawasih pada pukul 19.00 Wita. Pasien dirujuk dengan rekomendasi debridement oleh Puskesmas. Kadar gula puasa dan 2 jam PP pasien tinggi yaitu 120 mg/dL (gula darah puasa) dan 212 mg/dL (gula darah 2 jam PP). Saat ini pasien juga mengeluhkan luka pada kakinya tidak membaik, lesu, lemas, dan mulut kering. Pasien diberikan terapi lanjutan oleh dokter ruangan berupa cefotaxime 3x1 gr dan lantus 1 x 8 ui setiap malam. Pasien mengatakan bahwa dirinya baru mengetahui mengidap diabetes melitus saat melakukan pemeriksaan gula darah di puskesmas. Pasien menyangkal memiliki kelainan bawaan dan riwayat alergi.

Ketika dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik, pasien menyangkal merasakan nyeri pada tubuhnya. Berdasarkan pemeriksaan fisik ekstremitas bawah yang dilakukan pada pasien, tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada pasien berupa luka pada telapak kaki kanan. Luas luka pasien 1,5 cm, keadaan luka tertutup jaringan nekrotik, tepi luka jelas dan tidak menyatu dengan dasar luka, tebal, goa <2 cm pada tumit, eskudat terdapat di balutan berwarna kecoklatan kental dan berbau, warna kulit sekitar luka ungu, tidak ada pitting edema sepanjang <4 cm sekitar luka, jaringan granulasi terang merah, dan terdapat perdarahan tetapi tidak aktif.

Dari hasil pengkajian di atas didapatkan data yaitu terdapat kerusakan integritas kulit dan ada perdarahan tetapi tidak aktif. Data tersebut menunjukkan bahwa ada kaitannya dengan masalah keperawatan gangguan integritas kulit. Terdapat pemenuhan data mayor sebesar 100% yaitu ditandai dengan adanya kerusakan integritas kulit, pemenuhan data minor sebesar 50% yaitu ditandai

dengan adanya perdarahan dan kemerahan. Data minor yang tidak ditemukan pada kasus penelitian ini adalah nyeri dan hematoma.

Tabel 5
Analisis Data Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit pada Pasien
Diabetic Foot* dengan Perawatan Luka *Moist Wound Dressing
di Ruang Cendrawasih RSUD Wangaya

No	Data Subjektif dan Objektif	Analisis	Masalah Keperawatan
1	Data subjektif: - Data Objektif: - tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada pasien berupa luka pada telapak kaki kanan. Luas luka pasien 1,5 cm, keadaan luka tertutup jaringan nekrotik, tepi luka jelas dan tidak menyatu dengan dasar luka, tebal, goa <2 cm pada tumit, eskudat terdapat di balutan berwarna kecoklatan kental dan berbau, warna kulit sekitar luka ungu, tidak ada pitting edema sepanjang <4 cm sekitar luka, jaringan granulasi terang merah, dan terdapat perdarahan tetapi tidak aktif. - Tampak perdarahan pada luka pasien	Diabetes mellitus ↓ Resistensi insulin ↓ Hiperglikemia ↓ Gangguan mikrovaskular ↓ Gangguan makrovaskular ↓ Neuropati perifer ↓ Luka ↓ Luka terkontaminasi mikroorganisme ↓ Gangguan integritas kulit	Gangguan integritas kulit

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil analisis data yang telah dipaparkan pada tabel 5, masalah yang muncul dalam kasus ini adalah masalah aktual, sehingga metode perumusan diagnosis keperawatan sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

yaitu terdiri atas masalah, penyebab dan tanda/gejala. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien yaitu Gangguan integritas kulit sedangkan penyebabnya yaitu neuropati perifer diikuti dengan tanda/gejala yang ditemukan yaitu tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada pasien berupa luka pada telapak kaki kanan. Luas luka pasien 1,5 cm, keadaan luka tertutup jaringan nekrotik, tepi luka jelas dan tidak menyatu dengan dasar luka, tebal, goa <2 cm pada tumit, eskudat terdapat di balutan berwarna kecoklatan kental dan berbau, warna kulit sekitar luka ungu, tidak ada pitting edema sepanjang <4 cm sekitar luka, jaringan granulasi terang merah, dan terdapat perdarahan tetapi tidak aktif. Sehingga perumusan diagnosis pada kasus ini yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada pasien berupa luka pada telapak kaki kanan. Luas luka pasien 1,5 cm, keadaan luka tertutup jaringan nekrotik, tepi luka jelas dan tidak menyatu dengan dasar luka, tebal, goa <2 cm pada tumit, eskudat terdapat di balutan berwarna kecoklatan kental dan berbau, warna kulit sekitar luka ungu, tidak ada pitting edema sepanjang <4 cm sekitar luka, jaringan granulasi terang merah, dan terdapat perdarahan tetapi tidak aktif.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang ditetapkan pada kasus diatas yaitu intervensi utama, intervensi pendukung, dan intervensi inovasi. Intervensi utama yang dilakukan meliputi perawatan integritas kulit dan perawatan luka, intervensi pendukung yang dilakukan yakni edukasi perawatan kulit, serta intervensi inovasi yang dilakukan pada penelitian ini yaitu *moist wound dressing*..

Tabel 6
Rencana Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit pada Pasien
Diabetic Foot* dengan Perawatan Luka *Moist Wound Dressing
di Ruang Cendrawasih RSUD Wangaya

Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Rencana Keperawatan
1	2	3
Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada pasien berupa luka pada telapak kaki kanan. Luas luka pasien 1,5 cm, keadaan luka tertutup jaringan nekrotik, tepi luka jelas dan tidak menyatu dengan dasar luka, tebal, goa <2 cm pada tumit, eskudat terdapat di balutan berwarna kecoklatan kental dan berbau, warna kulit sekitar luka ungu, tidak ada pitting edema sepanjang <4 cm sekitar luka, jaringan granulasi terang merah, dan terdapat perdarahan tetapi tidak aktif.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Integritas Kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: a. Kerusakan jaringan menurun b. Kerusakan lapisan kulit menurun c. Hidrasi meningkat d. Perdarahan menurun e. Nekrosis menurun	A. Intervensi Utama 1. Perawatan Luka Observasi a. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) b. Monitor tanda – tanda infeksi Terapeutik c. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan d. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan e. Bersihkan jaringan nekrotik f. Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi (hydrogel) g. Pasang balutan sesuai jenis luka h. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka i. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase j. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien k. Berikan suplemen vitamin dan mineral Edukasi l. Jelaskan tanda dan gejala infeksi m. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi n. Kolaborasi prosedur debridement o. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu

-
- p. Kolaborasi pemberian terapi obat ceftriaxone 1 gr 3x1, novorapid 8 ui 2x1, lantus 8 ui setiap malam.
 - q. Kolaborasi pemberian diet G (gangrene)

B. Intervensi Pendukung

1. Edukasi Perawatan Kulit

Observasi

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

- b. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- c. Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai jadwal
- d. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- e. Anjurkan menggunakan tabir surya saat berada di luar rumah
- f. Anjurkan minum cukup cairan
- g. Anjurkan menggunakan pelembab
- h. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Anjurkan melapor jika ada lesi kulit yang tidak biasa

Sumber : PPNI. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. 1st edn, 2016 ; PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. 1st edn, 2018 ; PPNI. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. 1st edn, 2018.

D. Implementasi Keperawatan

8 – 11 April 2024 dilaksanakan implementasi keperawatan selama 3 x 24 jam. Tanggal 8 April 2024 yakni hari pertama kunjungan untuk perawatan luka pertama kalinya yang dilakukan kepada pasien. Meminta ijin kepada pasien sebelum melakukan perawatan luka adalah hal pertama yang dilakukan peneliti. Setelah pasien memberikan ijin pelaksanaan perawatan luka, peneliti mengkaji integritas kulit dan jaringan pasien. Tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada pasien berupa lesi pada telapak kaki kanan. Ditemukan perdarahan terjadi tetapi tidak aktif, jaringan granulasi terang merah, tidak ditemukan pitting edema sekitar luka sepanjang <4 cm, warna kulit sekitar luka ungu, terdapat eksudat di balutan berwarna kecoklatan kental dan berbau, pada tumit terdapat goa <2 cm, tebal, terlihat jelas tepi luka tidak menyatu dengan dasar luka, luka ditutupi oleh jaringan mati/nekrotik, dan luas luka pasien 1,5 cm. Perawatan luka yang dilaksanakan pada penelitian ini sesuai dengan karakteristik luka yakni memakai hydrogel. Hal pertama yang dilakukan adalah mengidentifikasi luka, kemudian membersihkan luka dengan cairan NaCl, prosedur debridement dilakukan untuk mengangkat jaringan mati, kemudian mengoleskan hydrogel sesuai kebutuhan, membungkus dengan balutan yang lembab, dan terakhir menutup luka dengan kasa steril serta kasa gulung. Selesai perawatan luka dilaksanakan pada luka pasien, langkah berikut yang dilakukan peneliti adalah membereskan alat serta membersihkan alat – alat yang dipakai. Setelah itu, peneliti memberikan edukasi kesehatan tentang tanda dan gejala infeksi serta pengaplikasian lotion dalam mencegah terdapatnya luka lain di daerah kulit yang kering. Pukul 14.00 Wita,

peneliti diberikan delegasi untuk melakukan pemberian terapi pada pasien yakni injeksi antibiotik ceftriaxone 1 gr secara IV dan 8 unit novorapid secara SC.

Tanggal 9 April 2024 yakni hari kedua kunjungan untuk perawatan luka kedua kalinya yang dilakukan kepada pasien. Meminta ijin kepada pasien sebelum melakukan perawatan luka adalah hal pertama yang dilakukan peneliti. Setelah pasien memberikan ijin pelaksanaan perawatan luka, peneliti mengkaji integritas kulit dan jaringan pasien. Tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada pasien berupa lesi pada telapak kaki kanan. Ditemukan perdarahan terjadi tetapi tidak aktif, jaringan granulasi terang merah, tidak ditemukan pitting edema sekitar luka sepanjang <4 cm, warna kulit sekitar luka ungu, terdapat eksudat di balutan berwarna kecoklatan kental dan berbau, pada tumit terdapat goa <2 cm, tebal, terlihat jelas tepi luka tidak menyatu dengan dasar luka, luka ditutupi oleh jaringan mati/nektotik, jaringan kekuningan nekrosis dapat dilepas, lapisan epidermis sudah terangkat pada daerah luka, dan luas luka pasien 1,5 cm. Perawatan luka yang dilaksanakan pada penelitian ini sesuai dengan karakteristik luka yakni memakai hydrogel. Hal pertama yang dilakukan adalah mengidentifikasi luka, kemudian membersihkan luka dengan cairan NaCl, prosedur debridement dilakukan untuk mengangkat jaringan mati, kemudian mengoleskan hydrogel sesuai kebutuhan, membungkus dengan balutan yang lembab, dan terakhir menutup luka dengan kasa steril serta kasa gulung. Selesai perawatan luka dilaksanakan pada luka pasien, langkah berikut yang dilakukan peneliti adalah membereskan alat serta membersihkan alat – alat yang dipakai. Setelah itu, peneliti memberikan edukasi kesehatan tentang tanda dan gejala infeksi serta pengaplikasian lotion dalam mencegah terdapatnya luka lain di daerah kulit yang kering. Pukul 14.00 Wita,

peneliti diberikan delegasi untuk melakukan pemberian terapi pada pasien yakni injeksi antibiotik ceftriaxone 1 gr secara IV dan 8 unit novorapid secara SC.

Tanggal 10 April 2024 yakni hari ketiga kunjungan untuk perawatan luka ketiga kalinya yang dilakukan kepada pasien. Meminta izin kepada pasien sebelum melakukan perawatan luka adalah hal pertama yang dilakukan peneliti. Setelah pasien memberikan izin pelaksanaan perawatan luka, peneliti mengkaji integritas kulit dan jaringan pasien. Ditemukan perdarahan terjadi tetapi tidak aktif, jaringan granulasi terang merah, tidak ditemukan pitting edema sekitar luka sepanjang <4 cm, warna kulit sekitar luka ungu, tidak ditemukan eksudat pada balutan, pada tumit terdapat goa <2 cm, tebal, terlihat jelas tepi luka tidak menyatu dengan dasar luka, jaringan nekrosis sudah terangkat dan tidak ada, lapisan epidermis sudah terangkat pada daerah luka, dan luas luka pasien 1,5 cm. Perawatan luka yang dilaksanakan pada penelitian ini sesuai dengan karakteristik luka yakni memakai hydrogel. Hal pertama yang dilakukan adalah mengidentifikasi luka, kemudian membersihkan luka dengan cairan NaCl, prosedur debridement dilakukan untuk mengangkat jaringan mati, kemudian mengoleskan hydrogel sesuai kebutuhan, membungkus dengan balutan yang lembab, dan terakhir menutup luka dengan kasa steril serta kasa gulung. Selesai perawatan luka dilaksanakan pada luka pasien, langkah berikut yang dilakukan peneliti adalah membereskan alat serta membersihkan alat – alat yang dipakai. Setelah itu, peneliti memberikan edukasi kesehatan tentang tanda dan gejala infeksi serta pengaplikasian lotion dalam mencegah terdapatnya luka lain di daerah kulit yang kering. Pukul 14.00 Wita, peneliti diberikan delegasi untuk melakukan pemberian terapi pada pasien yakni injeksi antibiotik ceftriaxone 1 gr secara IV dan 8 unit novorapid secara SC.

Tanggal 11 April 2024 yakni hari keempat kunjungan untuk perawatan luka keempat kalinya yang dilakukan kepada pasien. Meminta ijin kepada pasien sebelum melakukan perawatan luka adalah hal pertama yang dilakukan peneliti. Setelah pasien memberikan ijin pelaksanaan perawatan luka, peneliti mengkaji integritas kulit dan jaringan pasien. Ditemukan perdarahan tidak aktif, jaringan granulasi terang merah, tidak ditemukan pitting edema sekitar luka sepanjang <4 cm, warna kulit sekitar luka putih pucat, tidak ditemukan eksudat pada balutan, pada tumit terdapat goa <2 cm, tebal, terlihat jelas tepi luka tidak menyatu dengan dasar luka, jaringan nekrosis sudah terangkat dan tidak ada, lapisan epidermis sudah terangkat pada daerah luka, dan luas luka pasien 1,5 cm. selesai pengkajian luka dilakukan, kemudian membersihkan luka dengan cairan NaCl, prosedur debridement dilakukan untuk mengangkat jaringan mati, kemudian mengoleskan hydrogel sesuai kebutuhan, membungkus dengan balutan yang lembab, dan terakhir menutup luka dengan kasa steril serta kasa gulung. Selesai perawatan luka dilaksanakan pada luka pasien, langkah berikut yang dilakukan peneliti adalah membereskan alat serta membersihkan alat – alat yang dipakai. Peneliti didelegasikan untuk mengantar pasien ke ruang OK karena pasien akan dilakukan operasi debridement. Semua rencana keperawatan terlaksana dari total 23 tindakan keperawatan yang direncanakan.

E. Evaluasi Keperawatan

Adapun pemaparan hasil evaluasi dari asuhan keperawatan gangguan integritas kulit pada pasien penderita *diabetic foot* dalam bentuk tabel, yakni:

Tabel 7
Evaluasi Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit pada Pasien
Diabetic Foot* dengan Perawatan Luka *Moist Wound Dressing
di Ruang Cendrawasih RSUD Wangaya

No	Hari/ Tanggal	Catatan Perkembangan (SOAP)
1	Kamis, 11/4/24	S: • - O: • Kerusakan jaringan belum menurun • Kerusakan lapisan kulit belum menurun • Perdarahan menurun • Hidrasi meningkat • Nekrosis menurun A: • Masalah gangguan integritas kulit dan jaringan teratasi sebagian P: • Lanjutkan intervensi perawatan luka pada pasien secara berkelanjutan dan observasi luka pasien.

F. Pelaksanaan Intervensi Inovasi atau Terpilih Sesuai *Evidence Practice Based*

Perawatan luka dengan metode *moist wound dressing* yang dilaksanakan pada penelitian ini berupa mengaplikasikan hydrogel pada luka. Karakteristik luka pada Ny.A menunjukkan minimnya eksudat sehingga pengaplikasian hydrogel dapat dilaksanakan sebagai dressing luka serta penggunaan kasa steril dan kasa gulung digunakan sebagai balutan untuk menutup luka selesai dibersihkan. Format pengkajian yang digunakan saat setiap kunjungan dilakukan untuk pengkajian luka adalah checklist dan narasi singkat.