

## **BAB IV**

### **LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Pada tanggal 2 Desember 2023, pukul 19.00 WITA, dilakukan pengkajian diruang baris setelah pasien dan keluarga menandatangani lembar persetujuan informasi. Dari hasil pengkajian, diperoleh data identitas pasien dengan inisial Ny.S, perempuan, 40 tahun, WNI, beragama hindu, dan pendidikan terakhir SMP.

Saat pengkajian riwayat kesehatan, keluarga menyampaikan bahwa pasien mengalami lemas dan demam selama 2 hari, dengan nyeri pada kaki kanan yang semakin memburuk sejak kemarin. Pasien mengeluh terkena kawat berkarat pada kaki kanan sejak 1 minggu yang lalu, yang awalnya luka kecil namun semakin memburuk dalam 5 hari terakhir. Pasien datang ke IGD RSD Mangusada pada pukul 13.30, dengan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 100/70 mmHg, pernapasan 20x/menit, nadi 80x/menit, suhu 39,2°C, dan gula darah sewaktu 354mg/dL. Diberikan terapi IVFD NaCl 0,9%, Paracetamol Flash (IV), dan injeksi Ceftriaxone 1 gr. Pasien diobservasi demam dan nyeri kaki, lalu dibawa ke ruangan pada pukul 18.00 WITA, dengan diagnosis *DM Wagner V Pedis Dextra, DM Type 2*. Pasien tidak memiliki kelainan bawaan atau riwayat alergi, namun memiliki Diabetes Mellitus sejak 2017 dengan pengobatan yang tidak teratur.

Pada pengkajian, ditemukan kerusakan jaringan, perdarahan aktif, kemerahan, jaringan mati berwarna hitam disekitar luka pada kaki kanan, memar, edema pada kedua kaki, bau tak sedap, akral kaki dingin, dan kulit kering. Pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan hingga lutut, dengan skala nyeri 6 (sedang) menurut WBS dan NRS/VAS. Pengkajian luka menunjukkan luas luka 15x8cm, tertutup oleh jaringan

nekrotik, tepi luka jelas, eksudat sedikit encer, berwarna merah pucat. Kulit sekitar luka pucat dengan edema pitting kurang <4cm, indurasi <2cm, jaringan granulasi 25%, epitalisasi 50% (skor luka : 41).

## B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian respons pasien terhadap masalah kesehatan. Tujuan adalah mengenali respons pasien terhadap kesehatannya. Sebelum menetapkan diagnosis, penelitian menganalisis data pengkajian keperawatan yang terdapat dalam tabel.

**Tabel 8**  
**Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan pada Pasien *Diabetic Foot* dengan Pemberian Madu Manuka dalam Perawatan Luka RSD Mangusada**

| Data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Analisis                                                                                                                                                                                                  | Masalah Keperawatan                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan</li> <li>• Pasien mengatakan adanya luka pada kaki kanan dikarenakan terkena kawat berkarat sejak 1 minggu yang lalu</li> </ul> <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak kerusakan pada jaringan</li> <li>• Tampak perdarahan aktif</li> <li>• Tampak luka kemerahan</li> <li>• Tampak jaringan mati berwarna hitam yang ada disekitar luka pada kaki kanan</li> <li>• Tampak memar dan edema pada kedua kaki</li> <li>• Muncul bau tak sedap</li> <li>• Akral kaki terasa dingin</li> <li>• Kulit kaki tampak kering.</li> </ul> | <p>DM Tipe II</p> <p>↓</p> <p>Resistensi insulin</p> <p>↓</p> <p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Neuropati perifer</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan pada Jaringan</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Integritas Jaringan</p> | <p>Gangguan Integritas Jaringan</p> |

Berdasarkan analisis data, masalah aktual yang teridentifikasi adalah Gangguan Integritas Jaringan karena neuropati perifer. Metode perumusan mengikuti SDKI, dengan mencatat tanda/gejala berupa kerusakan jaringan, perdarahan, hematoma, nyeri, kemerahan. Demikian, diagnosis yang dirumuskan adalah gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan kerusakan pada jaringan, perdarahan, hematoma, nyeri, dan kemerahan.

### C. Rencana Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan kerusakan pada jaringan, nyeri, perdarahan, hematoma, dan kemerahan, dapat dijelaskan sebagai berikut :

**Tabel 9**  
**Rencana Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan pada Pasien**  
***Diabetic Foot* dengan Pemberian Madu Manuka dalam Perawatan Luka**  
**RSD Mangusada**

| Diagnosis Keperawatan                                                                                                                                                                                                                          | Tujuan                                                                                                                                                                                                          | Intervensi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan tampak kerusakan pada jaringan, pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan, tampak luka kemerahan, tampak perdarahan aktif, tampak jaringan mati berwarna hitam | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka integritas jaringan meningkat dengan kriteria hasil :<br><br>7. Kerusakan jaringan menurun (1)<br><br>8. Nyeri menurun (3)<br><br>9. Perdarahan | <b><u>Intervensi Utama</u></b><br><br><b>3. Perawatan Integritas Kulit</b><br><br><b>Observasi</b><br><br>b. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit<br><br><b>Terapeutik</b><br><br>g. Ubah posisi tiap 2 jam<br>h. Lakukan pemijatan pada area tonjolan<br>i. Bersihkan perenial dengan air hangat, terutara periode diare<br>j. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering |

|                                                                                                                                                            |                           |                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| yang ada disekitar luka pada kaki kanan, tampak memar dan edema pada kedua kaki, muncul bau tak sedap, akral kaki terasa dingin, kulit kaki tampak kering. | menurun (3)               | k. Gunakan produk berbahan dasar alkohol                                   |
|                                                                                                                                                            | 10. Kemerahan menurun (3) | l. Hidndari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering                |
|                                                                                                                                                            | 11. Hematoma menurun (3)  | <b>Edukasi</b>                                                             |
|                                                                                                                                                            | 12. Nekrosis menurun (2)  | h. Anjurkan menggunakan pelembab                                           |
|                                                                                                                                                            |                           | i. Anjurkan minum air yang cukup                                           |
|                                                                                                                                                            |                           | j. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi                                    |
|                                                                                                                                                            |                           | k. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur                             |
|                                                                                                                                                            |                           | l. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem                              |
|                                                                                                                                                            |                           | m. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal saat berada diluar rumah   |
|                                                                                                                                                            |                           | n. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya                         |
|                                                                                                                                                            |                           | <b>4. Perawatan Luka</b>                                                   |
|                                                                                                                                                            |                           | <b>Observasi</b>                                                           |
|                                                                                                                                                            |                           | c. Monitor karakteristik luka                                              |
|                                                                                                                                                            |                           | d. Monitor tanda – tanda infeksi                                           |
|                                                                                                                                                            |                           | <b>Terapeutik</b>                                                          |
|                                                                                                                                                            |                           | m. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan                            |
|                                                                                                                                                            |                           | n. Cukur rambut disekitar luka                                             |
|                                                                                                                                                            |                           | o. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan |
|                                                                                                                                                            |                           | p. Bersihkan jaringan nekrotik                                             |
|                                                                                                                                                            |                           | q. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi                                 |
|                                                                                                                                                            |                           | r. Pasang balutan sesuai jenis luka                                        |

- 
- s. Pertahankan teknik steriil saat melakukan perawatan luka
  - t. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
  - u. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
  - v. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
  - w. Berikan suplement vitamin dan mineral
  - x. Berikan terapi TENS

#### **Edukasi**

- d. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- e. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- f. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

#### **Kolaborasi**

- c. Kolaborasi prosedur debridement
- d. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

#### **Intervensi Pendukung**

### **2. Edukasi Perawatan Kulit**

#### **Observasi**

- b. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

#### **Terapeutik**

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

---

**Edukasi**

- f. Anjurkan menggunakan tabir surya saat berada diluar rumah
- g. Anjurkan minum cukup cairan
- h. Anjurkan menggunakan pelembab
- i. Anjurkan melapor jika ada lesi kulit yang tidak biasa
- j. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

**Intervensi Inovasi Terpilih:**

Perawatan luka dengan metode pembalutan menggunakan madu.

---

Rencana asuhan keperawatan gangguan integritas jaringan melibatkan perawatan kulit dan luka serta edukasi, dengan 44 rencana tindakan yang mencakup intervensi inovatif menggunakan *moist wound dressing* dengan madu manuka, berdasarkan teori-teori dari literatur yang relevan.

**D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan dilakukan selama 3x24 jam, dari tanggal 2-5 Desember 2023. Saat pengkajian diruang baris pada 2 Desember 2023 pukul 19.00 WITA, tampak kerusakan pada jaringan, perdarahan aktif, kemerahan, jaringan mati berwarna hitam disekitar luka pada kaki kanan, memar, edema pada kedua kaki, bau tak sedap, kaki dingin, dan kulit kering. Pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan dengan skala nyeri 6. Pukul 19.30 WITA, dilakukan perawatan luka menggunakan balutan *modern* dengan madu manuka setelah pengkajian menggunakan *Bates-Jensen Wound Assessment Tool* dengan skor 41. Luka pasien berukuran 15x8cm, tertutup oleh jaringan nekrotik, tepi luka jelas, eksudat sedikit

encer, berwarna merah pucat. Kulit sekitar luka pucat, dengan edema pitting <4cm, indurasi <2cm, jaringan granulasi 25%, epitalisasi 50%. Perawatan meliputi pembersihan luka, penghialangan jaringan mati, dan mengaplikasikan madu manuka sebelum pembalutan. Setelah itu, dilakukan injeksi paracetamol flash 1gr dan edukasi kesehatan tanda tanda infeksi dan penggunaan lotion untuk mencegah luka baru pada kulit yang kering.

Pada hari kedua kunjungan, peneliti memberikan injeksi paracetamol 1gr dan metronidazole 500mg (IV) sesuai jadwal obat pagi pukul 06.00 WITA. Setelah mendapatkan izin dari pasien, peneliti melakukan perawatan luka dengan madu manuka setelah evaluasi menggunakan *Bates-Jensen Wound Assessment Tool* dengan skor 40. Perawatan meliputi pemberian luka, penghilangan jaringan mati, dan mengaplikasikan madu manuka sebelum membalut luka. Peneliti memberikan penyuluhan tentang tanda infeksi dan perawatan luka mandiri. Dilakukan injeksi antibiotik ceftriaxone 1 gr dan metronidazole 500 mg sesuai jadwal obat siang pukul 15.00 WITA. Pasien direncanakan untuk debridement esok harinya pukul 08.00 WITA. Dilakukan injeksi antibiotik pukul 22.00 WITA.

Pada hari ketiga kunjungan, peneliti memberikan injeksi paracetamol 1 gr dan metronidazole 500 mg (IV) sesuai jadwal obat pagi pukul 06.00 WITA. Pasien menjalani pembedahan debridement dari pukul 08.00-12.00 WITA. Peneliti memberikan injeksi lansoprazole 2x30 mg dan painloss 3x400mg sesuai jadwal obat siang pukul 15.00 WITA. Peneliti memberikan injeksi lansoprazole 2x30 mg, ketorolac 3x30 mg, painloss 3x400mg, metronidazole 3x500 mg, ceftriaxine 2x1 gr sesuai jadwal obat malam pukul 22.00 WITA.

Pada hari keempat kunjungan, peneliti memberikan injeksi paracetamol 1 gr dan metronidazole 500 mg (IV) sesuai jadwal obat pagi pukul 06.00 WITA. Dilakukan evaluasi luka dengan *Bates-Jensen Wound Assessment Tool* dengan skor 33. Dilakukan perawatan luka dengan membersihkan dan mengaplikasikan madu manuka. Setelah perawatan diberikan injeksi lansoprazole 2x30 mg dan painloss 3x400mg sesuai jadwal pukul 15.00 WITA.

#### E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dari asuhan keperawatan gangguan integritas jaringan pada pasien *diabetic foot* :

**Tabel 10**  
**Evaluasi Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan pada Pasien**  
***Diabetic Foot* dengan Pemberian Madu Manuka dalam Perawatan Luka**  
**RSD Mangusada**

| No | Hari,<br>Tanggal/Waktu                  | Masalah<br>Keperawatan                                            | Evaluasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Sabtu, 5 Des<br>2023/ Pk. 22.00<br>WITA | Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer | <p>S : Pasien mengatakan merasa lebih membaik, selama dilakukan perawatan luka menggunakan madu pasien melihat perkembangan yang baik, nyeri dan bengkak pada kaki juga sudah berkurang.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun (3)</li> <li>2. Nyeri menurun (4) (skala 6 menjadi 4)</li> <li>3. Perdarahan menurun (4)</li> <li>4. Kemerahan menurun (4)</li> <li>5. Hematoma menurun (4)</li> <li>6. Nekrosis menurun (4)</li> </ol> <p>A : Gangguan integritas jaringan teratasi sebagian</p> |

---

P :

1. Pertahankan intervensi
  2. Anjurkan pasien untuk melakukan perawatan luka diabetes ketika sudah di rumah
  3. Mematuhi pengobatan yang sudah diberikan dokter
  4. Anjurkan menggunakan pelembab
  5. Anjurkan minum air yang cukup
  6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
  7. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
  8. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
  9. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal saat berada diluar rumah
  10. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
- 

#### **F. Pelaksanaan Intervensi Inovasi Sesuai *Evidanced Practice Based***

Menurut Sari (2019), perawatan luka bertujuan untuk mencegah infeksi dan menciptakan lingkungan lembab pada luka. Prinsip dasar adalah kelembapan dan memilih pembalutan sesuai dengan dimensi dan lokasi luka. masalah umum termasuk infeksi bakteri, jaringan nekrotik, dan eksudat. Penggunaan madu manuka dalam perawatan luka bergantung pada jumlah dan frekuensi penggantian pembalut, dapat mempercepat penyembuhan luka dengan merangsang pelepasan oksigen dan menarik cairan keluar dari luka.