

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Laporan Kasus

1. Kondisi Lokasi Laporan Kasus

Laporan kasus ini dilaksanakan di Rumah Sakit Daerah (RSD) Mangusada yang merupakan rumah sakit tipe B yang berlokasi di Jl. Raya Kapal, Mengwi, Kabupaten Badung, Bali. RSD mangusada merupakan rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Badung yang didukung oleh total 1.200 tenaga kerja yang meliputi 13 Dokter Sub Spesialis atau Konsultan, 69 Dokter Spesialis, 446 Tenaga Keperawatan, 102 Tenaga Kebidanan, dan tenaga Kesehatan lainnya seperti apoteker, radiographer, dan lainnya. RSD Mangusada memiliki fasilitas dan layanan unggulan dalam penanganan penyakit kronis termasuk DM tipe 2, hal ini menjadikan rumah sakit ini menjadi relevan untuk dijadikan tempat penyusunan laporan kasus dengan fokus gangguan integritas kulit/jaringan dengan sistem dokumentasi yang baik.

2. Karakteristik Subjek Laporan Kasus

Subjek dalam laporan kasus ini adalah Ny. K, seorang perempuan berusia 67 tahun, beragama Hindu, sudah menikah dan beralamat di Jl. Denpasar-Singaraja, Werdhi Bhuwana, Kecamatan Mengwi, Kabupaten Badung. Ny.K datang ke IGD RSD Mangusada pada tanggal 11 Februari 2026 pukul 10.30 Wita diantar oleh anak dan suaminya. Keluhan utama didapatkan Ny. K mengatakan kesemutan pada punggung kaki bagian kanan tepat dibagian luka.

3. Hasil Pengkajian

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Februari 2026 pukul 10.00 Wita. Didapatkan data pasien bernama Ny.K, seorang Perempuan berusia 67 tahun, beragama Hindu, warga negara Indonesia, bersuku Bali, sudah tidak bekerja, dan sudah menikah. Ny.K beralamat di Jl. Denpasar-Singaraja, Werdhi Bhuwana, Kecamatan Mengwi, Kabupaten Badung. Terdaftar dengan nomor rekam medis 185XXX. Penanggung jawab pasien adalah Ny.S selaku anak kandung pasien, berusia 22 tahun, berjenis kelamin Perempuan, beragama Hindu, warga negara Indonesia, bersuku Bali, belum menikah dan saat ini berstatus mahasiswa. Ny.S tinggal bersama Ny.K di Jl. Denpasar-Singaraja, Werdhi Bhuwana, Kecamatan Mengwi, Kabupaten Badung.

Keluhan utama didapatkan Ny. K mengatakan kesemutan pada punggung kaki bagian kanan tepat dibagian luka. Pada riwayat kesehatan sekarang, keluarga pasien mengatakan Ny. K awalnya mengalami luka robek di jempol kaki kanan karena tergores batu saat berdesakan mengantri pada saat piodalan di Pura Besakih pada tanggal 12 April 2025 tetapi Ny. K tidak menyadari kakinya terluka dan hanya terasa kesemutan saja. Luka tersebut sempat dirawat secara mandiri di rumah, namun tidak ada perubahan dan lukanya semakin berbau. Akhirnya di bulan Januari 2026 keluarga pasien memutuskan untuk membawanya ke UPTD Puskesmas Mengwi 1 untuk diperiksa sekaligus untuk mengecek gula darahnya. Setelah diperiksa Gula Darah Sewaktu (GDS) Ny.K yaitu 400 mg/dL, lalu pasien disarankan untuk dirujuk ke RSD Mangusada untuk pengobatan yang lebih intensif karena luka Ny.K telah mengalami infeksi. Ny.K diantarkan oleh anaknya ke poli

bedah RSD Mangusada untuk perawatan luka. Keterangan dari dokter menjelaskan bahwa jari jempol di kaki kanan Ny.K harus diamputasi untuk menghindari infeksi lebih lanjut. Pada tanggal 15 Januari 2026, Ny.K melaksanakan prosedur amputasi pada jari jempol kaki kanannya dan dirawat inap di Ruang Baris selama kurang lebih 3 hari. Pada tanggal 11 Februari 2026 pukul 22.30 Wita Ny.K kembali datang ke IGD RSD Mangusada diantar oleh anak dan suaminya dikarenakan mengeluh nyeri pada luka di bagian punggung kaki kanan dengan skala nyeri 4 (0-10), demam dengan suhu tubuh 38°C, merasa lemas, keempat jari kaki sebelah kanan tidak merasakan sensasi sentuhan, luka yang mengeluarkan cairan dan berbau menyengat. Setelah dilakukan pemeriksaan, terdapat luka pada area dorsum pedis dextra dengan diameter +/- 15-20 cm (mencakup sebagian besar punggung kaki hingga jari). Kedalaman luka bervariasi, tampak mencapai lapisan dermis hingga subkutan. Luka tampak berwarna kehitaman yang dominan pada area jari kaki, serta berwarna kuning pada area tengah, dan kemerahan di sekitar luka. Terdapat eksudat berwarna keruh kekuningan pada area luka dan tercium bau menyengat. Terdapat hematoma di sekitar luka. Tampak sedikit darah keluar dari luka. Didapatkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital sebagai berikut: Tekanan darah 130/70 mmHg, suhu: 38°C, nadi : 80x/menit, pernapasan: 20x/menit, SpO2: 98%, GDS: 560 mg/Dl.

Pasien didiagnosis mengalami diabetes melitus tipe 2 *diabetic foot ulcer* + nekrotik dosum pedis dextra. Di IGD, Ny. K dilakukan pemasangan infus pada tangan kanan. Program terapi yang diberikan di IGD Adalah terapi Ringer Laktat (RL) 20 tpm, injeksi iv cefotaxime 2x1 gr intravena, drip metronidazole 2 x 500 mg, paracetamol 1x500 mg dan injeksi iv ketorolac 3x30 mg. Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap Legong pada pukul 05.00 Wita. Hasil pemeriksaan tanda-tanda

vital di ruang rawat inap Legong sebagai berikut: Tekanan darah 130/80 mmHg, suhu: 37°C, nadi: 90x/menit, pernafasan: 20x/menit, SpO2: 99%. Dari Riwayat keluarga, diketahui bahwa pasien memang memiliki riwayat penyakit keturunan yaitu diabetes mellitus tipe 2 yang diturunkan dari ibu pasien. Untuk penyakit kronis lainnya tidak ditemukan.

b. Diagnosis Keperawatan

Data yang didapatkan dari hasil pengkajian selanjutnya dikelompokkan untuk dianalisis dan diidentifikasi berdasarkan data mayor dan minor.

Tabel 4
Analisis Data Pada Ny.K dengan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Akibat Diabetes Mellitus Tipe 2 di Ruang Legong RSD Mangusada Tahun 2026

Data Keperawatan			Nilai Normal	Masalah
1	2	3		
1. Kaki kanan tampak mengalami kerusakan lapisan jaringan dan lapisan kulit. Terdapat luka pada area dorsum pedis dextra dengan diameter +/- 15-20 cm (mencakup sebagian besar punggung kaki hingga jari). Kedalaman luka bervariasi, tampak mencapai lapisan dermis hingga subkutan. Luka tampak berwarna kehitaman yang dominan pada area jari kaki, serta berwarna kuning pada area Tengah. Terdapat eksudat berwarna keruh kekuningan pada area luka dan tercium bau menyengat	1. Tidak terdapat kerusakan lapisan jaringan dan lapisan kulit. 2. Tidak merasakan nyeri 3. Tidak terdapat perdarahan 4. Tidak ada kemerahan 5. Tidak ada hematoma	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan		

1	2	3
2. Pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 4 (0-10)		
3. Tampak sedikit darah keluar dari luka		
4. Tampak warna kemerahan di sekitar luka.		
5. Terdapat hamatoma di sekitar luka.		

Berdasarkan hasil analisis data pada tabel di atas, terdapat 5 data yang dikaji pada pasien. Dari seluruh data yang dikaji ditemukan diantaranya satu tanda dan gejala mayor yaitu kerusakan integritas kulit/jaringan serta empat tanda dan gejala minor pasien mengeluh nyeri, tampak perdarahan pada luka, tampak kemerahan pada luka dan terdapat hematoma di sekitar luka. Dari data tersebut maka masalah yang muncul yaitu gangguan integritas kulit dan jaringan.

Tabel 5
Identifikasi Masalah pada Ny.K dengan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Akibat Diabetes Mellitus Tipe 2 di Ruang Legong RSD Mangusada Tahun 2026

Data Fokus	Kondisi Klinis Terkait	Diagnosis Keperawatan
1	2	3
1. Kaki kanan tampak mengalami kerusakan lapisan jaringan dan lapisan kulit. Terdapat luka pada area dorsum pedis dextra dengan diameter +- 15-20 cm (mencakup sebagian besar punggung kaki hingga jari). Kedalaman luka bervariasi, tampak mencapai lapisan dermis hingga subkutan. Luka tampak berwarna kehitaman yang dominan pada area jari kaki,	Diabetes Mellitus Tipe 2 ↓ Neuropati Perifer ↓	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan Dengan Neuropati Perifer Dibuktikan Dengan Kerusakan Lapisan Jaringan Dan Lapisan Kulit, Kemerahan Dan Hematoma.

1	2	3
serta berwarna kuning pada area Tengah. Terdapat eksudat berwarna keruh kekuningan pada area luka dan tercium bau menyengat	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan	
2. Pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 4 (0-10)		
3. Tampak sedikit darah keluar dari luka		
4. Tampak warna kemerahan di sekitar luka.		
5. Terdapat hamatoma di sekitar luka.		

Berdasarkan tabel di atas ditetapkan diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit berupa luka pada area dorsum pedis dextra dengan diameter +/- 15-20 cm (mencakup sebagian besar punggung kaki hingga jari). Pasien merasa nyeri dengan skala 4 dari 0-10. Nyeri dirasakan bertambah saat kaki digerakkan dan berkurang saat kaki diistirahatkan. Pasien mengatakan nyeri terasa seperti berdenyut area luka. Nyeri terasa hilang timbul. Tampak sedikit darah keluar dari luka, tampak warna kemerahan di sekitar luka, dan terdapat hamatoma di sekitar luka.

c. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada laporan kasus ini dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan integritas kulit/jaringan akibat diabetes mellitus tipe 2, sebagai berikut.

1) Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam maka integritas jaringan meningkat dengan kriteria hasil:

- a) Kerusakan jaringan menurun
- b) Nyeri Menurun
- c) Perdarahan Menurun
- d) Kemerahan Menurun
- e) Hematoma Menurun

2) Intervensi Keperawatan

Intervensi utama yang diberikan yaitu perawatan luka:

- a) Observasi: Memonitor karakteristik luka (warna, ukuran, dan bau), memonitor tanda-tanda infeksi seperti berupa rubor (kemerahan), calor (panas), tumor (bengkak), dan dolor (nyeri)
- b) Terapeutik: Lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam.
- c) Edukasi: Jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri pada *discharge planning*.
- d) Kolaborasi: Kolaborasi prosedur debridement dan kolaborasi pemberian antibiotic bersama *Clinical Instructor* (CI).

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang diberikan kepada Ny.K dilaksanakan berdasarkan dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Adapun waktu implementasi dimulai dari tanggal 12 – 16 Februari 2025 dengan fokus utama pada intervensi perawatan luka. Pada tanggal 12 Februari 2026 pukul 10.00 WITA dilakukan orientasi dan pemberian *informed consent*, di mana pasien menyatakan bersedia menjadi responden dan menerima tindakan keperawatan. Secara objektif, pasien tampak kooperatif, mampu berkomunikasi dengan baik, dan memberikan respons verbal positif terhadap tindakan yang akan dilakukan. Pukul 10.10 WITA dilakukan pengkajian keperawatan meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital dan kondisi luka. Pasien mengatakan mengalami nyeri pada kaki kanan dengan skala 4 (1–10), nyeri dirasakan seperti diremas, hilang timbul, disertai kesemutan dan penurunan sensasi pada jari kaki. Secara objektif didapatkan tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36°C, nadi 90x/menit, pernapasan 20x/menit, dan SpO₂ 99%. Luka tampak pada dorsum pedis dextra dengan diameter $\pm 15\text{--}20$ cm, kedalaman mencapai dermis hingga subkutan, berwarna kehitaman pada area jari, kekuningan di bagian tengah, dan kemerahan di sekitar luka, disertai eksudat keruh kekuningan, bau tidak sedap, serta terdapat hematoma dan sedikit perdarahan. Pukul 11.00 WITA dilakukan pemeriksaan GDS, pasien menyatakan bersedia dilakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil 344 mg/dl. Pukul 11.30 WITA diberikan insulin Apidra 6 IU, pasien tampak kooperatif selama tindakan. Pukul 14.00 WITA diberikan metronidazole 500 mg IV serta cefotaksim 1 gr IV, pasien tampak kooperatif selama tindakan. Pukul 17.00 WITA dilakukan pemantauan tanda-tanda vital, secara objektif didapatkan tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36,3°C, nadi

75x/menit, pernapasan 16x/menit, dan SpO₂ 98%. Pukul 20.00 WITA diberikan insulin Ezelin 10 IU dan pukul 21.00 WITA diberikan metronidazole 500 mg IV serta cefotaksim 1 gr IV, pasien tampak kooperatif. Pada pukul 22.00 WITA dilakukan pemeriksaan GDS, pasien menyatakan bersedia dan hasil menunjukkan peningkatan menjadi 476 mg/dl.

Pada tanggal 13 Februari 2026 pukul 06.00 WITA dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan GDS, pasien menyatakan bersedia dilakukan pemeriksaan. Secara objektif didapatkan tekanan darah 142/70 mmHg, suhu 36°C, nadi 71x/menit, pernapasan 18x/menit, SpO₂ 97%, dan GDS 533 mg/dl. Pukul 07.00 WITA diberikan insulin Apidra 6 IU, pasien tampak kooperatif. Pukul 08.00 WITA dilakukan visite pagi dan monitoring keluhan, pasien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak karena kaki terasa tidak nyaman dan kesemutan, serta secara objektif pasien tampak lemas. Pukul 08.10 WITA dilakukan perawatan luka dengan melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl, membersihkan jaringan nekrotik, measang balutan, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase. Secara objektif luka masih tampak luas dengan eksudat keruh kekuningan dan bau, tidak terdapat perdarahan aktif, serta balutan tampak lembab. Pukul 09.00 WITA dilakukan evaluasi pasca perawatan luka, pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah perawatan luka, dan secara objektif luka tampak lebih bersih dengan balutan terpasang baik. Pukul 11.00 WITA dilakukan pemeriksaan GDS, pasien bersedia dilakukan pemeriksaan dan hasil menunjukkan 340 mg/dl. Pukul 11.30 WITA diberikan insulin Apidra 6 IU. Pukul 14.00 WITA diberikan metronidazole 500 mg IV serta cefotaksim 1 gr IV. Pukul 17.00 WITA dilakukan

pemantauan tanda vital, secara objektif didapatkan tekanan darah 125/80 mmHg, suhu 36°C, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, dan SpO₂ 99%. Pukul 20.00 WITA diberikan insulin Ezelin 10 IU dan pukul 21.00 WITA diberikan metronidazole 500 mg IV serta cefotaksim 1 gr IV, pasien tetap kooperatif. Pada pukul 22.00 WITA dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 476 mg/dl.

Pada tanggal 14 Februari 2026 pukul 06.00 WITA dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan GDS, pasien menyatakan bersedia dilakukan pemeriksaan. Secara objektif didapatkan tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36°C, nadi 71x/menit, pernapasan 18x/menit, SpO₂ 97%, dan GDS 200 mg/dl. Pukul 07.00 WITA diberikan insulin Apidra 6 IU, pasien tampak kooperatif. Pukul 08.00 WITA dilakukan monitoring keluhan, pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 3 (1–10), dan secara objektif pasien tampak lebih kooperatif. Pukul 08.10 WITA dilakukan perawatan luka dengan mepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl, membersihkan jaringan nekrotik, measang balutan, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase. Secara objektif tampak kemerahan di sekitar luka mulai memudar, eksudat masih ada, tidak terdapat perdarahan aktif, dan kondisi luka mulai menunjukkan perbaikan. Pukul 09.00 WITA dilakukan evaluasi luka, pasien mengatakan merasa lebih nyaman, dan secara objektif luka tampak lebih bersih dengan balutan terpasang baik. Pukul 11.00 WITA dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 320 mg/dl. Pukul 11.30 WITA diberikan insulin Apidra 6 IU. Pukul 14.00 WITA diberikan metronidazole 500 mg IV serta cefotaksim 1 gr IV. Pukul 17.00 WITA dilakukan pemeriksaan tanda vital, secara objektif didapatkan tekanan darah 120/60 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/menit,

pernapasan 20x/menit, dan SpO₂ 98%. Pukul 20.00 WITA diberikan insulin Ezelin 10 IU dan pukul 21.00 WITA diberikan metronidazole 500 mg IV serta cefotaksim 1 gr IV. Pada pukul 22.00 WITA dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 250 mg/dl.

Pada tanggal 15 Februari 2026 pukul 06.00 WITA dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan GDS, pasien menyatakan bersedia dilakukan pemeriksaan. Secara objektif didapatkan tekanan darah 125/70 mmHg, suhu 36°C, nadi 70x/menit, pernapasan 20x/menit, SpO₂ 98%, dan GDS 189 mg/dl. Pukul 07.00 WITA diberikan insulin Apidra 6 IU, pasien tampak kooperatif selama tindakan. Pukul 08.00 WITA dilakukan monitoring keluhan, pasien mengatakan tidak ada keluhan dan nyeri berkurang menjadi skala 2 (1–10). Secara objektif kondisi umum pasien tampak baik dan lebih segar dibandingkan hari sebelumnya. Pukul 08.10 WITA dilakukan perawatan luka dengan mepaskan balutan dan plester secara perlahan, memersihkan dengan cairan NaCl, membersihkan jaringan nekrotik, measang balutan, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase. Secara objektif masih tampak luka pada area dorsum pedis dextra dengan ukuran relatif sama, namun hematoma di sekitar luka mulai memudar, tidak terdapat perdarahan aktif, eksudat masih ada tetapi berkurang, dan balutan tampak baik serta mulai kering. Pukul 09.00 WITA dilakukan evaluasi kondisi luka, pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka, dan secara objektif luka tampak lebih bersih dengan balutan terpasang dengan baik. Pukul 11.00 WITA dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu dengan hasil 200 mg/dl. Pukul 11.30 WITA diberikan insulin Apidra 6 IU, pasien tetap kooperatif. Pukul 14.00 WITA diberikan

metronidazole 500 mg IV serta cefotaksim 1 gr IV. Pukul 17.00 WITA dilakukan pemeriksaan tanda vital, secara objektif didapatkan tekanan darah 120/60 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/menit, pernapasan 20x/menit, dan SpO₂ 98%. Pukul 20.00 WITA diberikan insulin Ezelin 10 IU dan pukul 21.00 WITA diberikan terapi metronidazole 500 mg IV serta cefotaksim 1 gr IV, pasien tampak kooperatif. Pada pukul 22.00 WITA dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 280 mg/dl.

Pada hari kelima tanggal 16 Februari 2026 pukul 06.00 WITA dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan GDS, pasien menyatakan bersedia dilakukan pemeriksaan. Secara objektif didapatkan tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36°C, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, SpO₂ 98%, dan GDS 189 mg/dl. Pukul 07.00 WITA diberikan insulin Apidra 6 IU, pasien tampak kooperatif. Pukul 08.00 WITA dilakukan monitoring keluhan, pasien mengatakan tidak ada keluhan dan kondisi sudah lebih nyaman. Secara objektif keadaan umum pasien tampak baik dan stabil. Pukul 08.10 WITA dilakukan perawatan luka dengan melepaskan balutan dan plester secara perlahan, memersihkan dengan cairan NaCl, membersihkan jaringan nekrotik, memasang balutan, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase. Secara objektif tampak kondisi luka mengalami perbaikan, tidak terdapat kemerahan di sekitar luka, tidak ditemukan hematoma, tidak ada perdarahan, eksudat masih ada namun berkurang, dan balutan tampak baik serta kering. Pukul 09.00 WITA dilakukan evaluasi setelah perawatan luka, pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah perawatan luka, dan secara objektif luka tampak bersih dengan balutan terpasang baik. Pukul 11.00 WITA dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu dengan hasil 210 mg/dl. Pukul 11.30 WITA diberikan insulin Apidra 6 IU,

pasien tetap kooperatif. Pukul 14.00 WITA diberikan metronidazole 500 mg IV serta cefotaksim 1 gr IV dan dilakukan evaluasi keperawatan.

e. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah memberikan asuhan perawatan integritas kulit dan perawatan luka selama 5x 24 jam kepada Ny.K. Pasien mengatakan keluhan nyeri dan kesemutan pada punggung kaki bagian kanan menurun. Data objektif yakni masih tampak kerusakan jaringan atau lapisan kulit berupa luka pada area dorsum pedis dextra dengan diameter +/- 15-20 cm (mencakup sebagian besar punggung kaki hingga jari, nyeri menurun skala 2 dari (0-10), perdarahan menurun, kemerahan menurun, hematoma menurun. Berdasarkan data subjektif dan objektif maka assement tujuan tercapai sebagian, tanda dan gejala teratasi 80 %. Rencana tindak lanjut adalah mempertahankan serta mengoptimalkan seluruh intervensi yang telah diberikan guna mendukung penyembuhan luka dan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

B. Pembahasan

1. Pengkajian Asuhan Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny, K seorang perempuan berusia 67 tahun menyampaikan keluhan berupa kesemutan pada kaki bagian kanan, mengeluh luka yang melebar dan bau, dan 4 jari kaki kanan tidak terasa jika disentuh. Pada saat pengkajian, didapatkan data mayor berupa kaki kanan pasien tampak mengalami kerusakan lapisan jaringan dan lapisan kulit. Terdapat luka pada area dorsum pedis dextra dengan diameter +/- 15-20 cm (mencakup sebagian besar punggung kaki hingga jari). Kedalaman luka bervariasi, tampak mencapai lapisan dermis hingga subkutan. Luka tampak berwarna kehitaman yang dominan pada area jari kaki, serta berwarna kuning pada area Tengah. Terdapat eksudat berwarna keruh kekuningan

pada area luka dan tercium bau. Tanda dan gejala minor yang didapatkan berupa Pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 4 (0-10), tampak sedikit darah keluar dari luka, tampak warna kemerahan di sekitar luka dan terdapat hematoma di sekitar luka.

Temuan ini menunjukkan bahwa pasien mengalami ulkus kaki diabetik yang ditandai dengan kerusakan jaringan. Kondisi ini berkaitan dengan proses makroangiopati pada diabetes mellitus tipe 2, yaitu kerusakan pembuluh darah akibat hiperglikemia kronis yang dalam jangka panjang akan menyebabkan terjadinya neuropati perifer. Neuropati perifer yang terjadi ditandai dengan penurunan sensasi pada ekstremitas, seperti yang dialami pasien pada jari kaki. Penurunan sensasi ini menyebabkan pasien tidak mampu merasakan tekanan, gesekan, maupun trauma ringan secara optimal. Akibatnya, luka terjadi tanpa disadari dan tidak mendapatkan penanganan sejak dini, sehingga dapat berkembang menjadi gangguan integritas Kulit/Jaringan yang lebih berat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zhu dkk (2024), yang menyatakan bahwa hiperglikemia kronis pada diabetes mellitus tipe 2 berperan dalam menyebabkan kerusakan saraf perifer melalui mekanisme stres oksidatif dan inflamasi, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap terjadinya ulkus diabetikum. Gangguan saraf perifer tersebut menyebabkan hilangnya sensasi protektif pada ekstremitas, sehingga meningkatkan risiko terjadinya cedera dan kerusakan jaringan.

Data pengkajian yang didapatkan sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayannah dkk (2025), mengenai Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan/Kulit Pada Pasien Ny. O Dengan Ulkus Diabetikum Di Iryou Houjin

Aiwakai Ikeda En. Didapatkan data pada saat pengkajian berupa luka decubitus sepanjang 4 cm, lebar 2 cm dan kedalaman 1,5 cm. selain itu terdapat kemerahan pada luka, nyeri, dan hematoma. Penelitian oleh R. N. Putri dkk (2023), mengenai Perawatan Luka Modern pada Pasien Ulkus Diabetikum juga menyebutkan bahwa tanda dan gejala yang muncul pada pasien gangguan integritas kulit/jaringan yaitu tanda mayor berupa kerusakan jaringan atau lapisan kulit dan gejala tanda minor yaitu nyeri, pendarahan, kemerahan, hematoma.

Menurut asumsi penulis, data pengkajian yang ditemukan pada pasien berupa kerusakan integritas kulit/jaringan yang ditandai dengan adanya luka yang disertai dengan rasa nyeri, kemerahan, perdarahan, dan hematoma merupakan manifestasi klinis dari gangguan integritas kulit/jaringan yang sering terjadi pada pasien dengan ulkus kaki diabetik akibat DM tipe 2. Gangguan integritas kulit/jaringan yang dialami pasien disebabkan oleh neuropati perifer sebagai komplikasi dari diabetes mellitus tipe 2. Secara teori, pada pasien diabetes melitus terjadi gangguan mikrosirkulasi, neuropati perifer, dan penurunan respon imun yang menyebabkan luka sulit sembuh dan mudah mengalami infeksi. Proses inflamasi yang berkepanjangan akan menyebabkan kerusakan jaringan lebih lanjut hingga nekrosis (Dawi dkk., 2025).

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil data yang dikumpulkan pada saat pengkajian dan kemudian dianalisis, prioritas diagnosis yang ditetapkan penulis adalah gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit berupa luka pada area dorsum pedis dextra dengan diameter +/- 15-20 cm (mencakup sebagian besar punggung kaki hingga jari). Pasien

merasa nyeri dengan skala 4 dari 0-10. Nyeri dirasakan bertambah saat kaki digerakkan dan berkurang saat kaki diistirahatkan. Pasien mengatakan nyeri terasa seperti berdenyut area luka. Nyeri terasa hilang timbul. Tampak sedikit darah keluar dari luka, tampak warna kemerahan di sekitar luka, dan terdapat hematoma di sekitar luka.

Diagnosis ini disusun berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan sesuai dengan kriteria karakteristik yang telah ditentukan. Diagnosis yang ditegakkan didapatkan sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mahendra dkk (2024), mengenai Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan Dengan Neuropati Perifer Dm 2 Di Igd Rsd Gunung Jati. Pada penelitian tersebut ditemukan diagnosis keperawatan yang sama yaitu Gangguan Integritas kulit/jaringan yang berhubungan dengan neuropati perifer.

Penulis menemukan beberapa persamaan dari penelitian tersebut dengan karya tulis ilmiah ini yaitu neuropati perifer merupakan penyebab dari masalah keperawatan gangguan integritas kulit dan jaringan. Neuropati perifer merupakan bentuk komplikasi dominan pada penderita Diabetes Melitus yang dipicu oleh kondisi hiperglikemia berkepanjangan. Gangguan ini memicu beragam manifestasi klinis, mulai dari parestesia (kesemutan) dan nyeri hingga hilangnya sensitivitas sensorik. Jika terus berlanjut, kerusakan saraf ini berisiko menyebabkan perubahan struktur (deformitas) kaki serta memperbesar peluang munculnya ulkus diabetikum (Mahendra dkk., 2024).

Berdasarkan asumsi penulis, diagnosis yang ditegakkan sudah relevan karena seluruh tanda mayor dan minor gangguan integritas kulit/jaringan didapatkan pada

proses pengkajian, baik dari data subjektif maupun objektif yaitu terdapat kerusakan lapisan jaringan dan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan dan hematoma.

Berdasarkan teori yang terbuat dalam Standar Diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosis keperawatan memiliki beberapa komponen yaitu problem (P), etiologi (E), serta sign and symptom (S). untuk menegakkan suatu diagnosis, tanda/gejala mayor yang ditemukan setidaknya 80-100% untuk validasi diagnosis. Tanda/gejala minor tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung perumusan diagnosis (PPNI, 2017).

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada laporan kasus ini disusun untuk mengatasi masalah gangguan integritas kulit/jaringan akibat diabetes melitus tipe 2 dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam adalah meningkatnya integritas kulit dan jaringan. Peningkatan tersebut ditandai dengan kerusakan jaringan menurun, nyeri menurun, perdarahan menurun, kemerahan menurun, hematoma menurun.

Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Setiyana & Susilo (2025), yang menyatakan bahwa keberhasilan perawatan luka diabetik ditandai dengan penurunan inflamasi, berkurangnya jaringan nekrotik, serta perbaikan struktur jaringan. Selain itu, menurut IWGDF (2023), juga menegaskan bahwa indikator utama perbaikan luka meliputi penurunan nyeri, inflamasi, dan tanda infeksi. Berdasarkan tujuan tersebut, intervensi keperawatan yang direncanakan berfokus pada perawatan luka sebagai intervensi utama.

Perencanaan ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa perawatan luka yang optimal, termasuk debridement dan penggunaan teknik aseptik, berperan penting dalam mempercepat penyembuhan luka diabetik (A. Putri, Asnanir, & Jama, 2025). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa perawatan luka yang dilakukan secara teratur dan sesuai standar dapat mengurangi risiko infeksi serta meningkatkan kualitas penyembuhan jaringan (Nita Setiyana & Tri Susilo, 2025).

Berdasarkan asumsi penulis, perawatan luka menjadi intervensi utama yang paling relevan karena pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2, proses penyembuhan luka cenderung lebih lambat akibat gangguan sirkulasi dan neuropati. Oleh karena itu, perawatan luka yang tepat sangat diperlukan untuk mencegah perburukan kondisi jaringan dan mengoptimalkan proses penyembuhan.

Secara teori, perawatan luka pada pasien dengan gangguan integritas kulit/jaringan bertujuan untuk mempercepat proses penyembuhan melalui pengendalian infeksi, pengangkatan jaringan nekrotik, serta pemeliharaan kelembaban luka. Pada pasien diabetes melitus tipe 2, adanya hiperglikemia kronis menyebabkan gangguan mikrosirkulasi dan neuropati perifer yang berdampak pada penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan, sehingga memperlambat proses penyembuhan luka. Oleh karena itu, perawatan luka yang tepat sangat diperlukan untuk mendukung proses regenerasi jaringan dan mencegah komplikasi lebih lanjut (IWGDF, 2023).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Ny. K difokuskan pada perawatan luka sebagai intervensi utama dalam mengatasi gangguan integritas kulit/jaringan akibat diabetes melitus tipe 2. Tindakan yang dilakukan meliputi observasi kondisi luka,

tindakan terapeutik, edukasi, serta kolaborasi sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Observasi luka yang dilakukan secara rutin bertujuan untuk memantau perkembangan kondisi luka dan mendeteksi tanda infeksi sejak dini. Pemantauan karakteristik luka seperti warna, ukuran, eksudat, dan bau sangat penting dalam menentukan perkembangan penyembuhan luka. Hal ini sejalan dengan pedoman yang menyatakan bahwa evaluasi luka secara berkala merupakan komponen penting dalam manajemen luka kaki diabetik (IWGDF, 2023).

Tindakan terapeutik berupa pembersihan luka menggunakan larutan NaCl, pengangkatan jaringan nekrotik, serta penggunaan balutan yang sesuai. Selama prosedur perawatan luka, Teknik steril tetap dipertahankan untuk mencegah terjadinya infeksi. Penggantian balutan dilakukan secara berkala sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase luka sehingga kondisi luka tetap terkontrol dan mendukung proses penyembuhan yang optimal.

Hal ini didukung oleh penelitian yang menyatakan bahwa perawatan luka yang adekuat, termasuk debridement dan pemilihan balutan yang tepat, merupakan komponen utama dalam manajemen luka diabetik (Schaper dkk., 2020). Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa pengangkatan jaringan nekrotik secara efektif dapat merangsang pembentukan jaringan granulasi, meningkatkan vaskularisasi lokal, serta mempercepat epitelisasi luka. Selain itu, penggunaan balutan yang sesuai mampu menjaga kelembaban luka (*moist wound healing*), yang terbukti dapat mempercepat proses penyembuhan dibandingkan dengan luka yang dibiarkan kering.

Edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai tanda infeksi, perawatan luka, serta pentingnya nutrisi juga menjadi bagian penting dalam implementasi keperawatan. Nutrisi yang adekuat, terutama protein, berperan dalam proses regenerasi jaringan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa edukasi dan dukungan nutrisi berpengaruh terhadap keberhasilan penyembuhan luka pada pasien diabetes. Pemenuhan kebutuhan nutrisi menjadi faktor penting dalam mempercepat penyembuhan luka (Rayman dkk., 2020).

Selain itu, kolaborasi tindakan debridement dan pemberian antibiotik intravena berupa metronidazole dan ceftriaxone dilakukan untuk mengatasi infeksi. Penggunaan antibiotik sistemik diperlukan pada luka yang telah terinfeksi untuk mencegah penyebaran infeksi lebih lanjut. Pemberian antibiotik ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Tarigan dkk (2025), yang membahas tentang analisis pola penggunaan antibiotik empiris pada pasien dengan gangguan integritas kulit/jaringan akibat Ulkus Kaki Diabetik (UKD) di sebuah rumah sakit di Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa antibiotik yang paling sering diresepkan secara empiris adalah metronidazole infusion (46,1 %) dan ceftriaxone intravena (41,7 %) pada pasien UKD.

Selain intervensi yang telah dilakukan, terdapat beberapa tindakan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang tidak diterapkan, yaitu pemberian terapi *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS) dan penjadwalan perubahan posisi setiap dua jam. Terapi TENS bertujuan untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan sirkulasi lokal, namun tidak dilakukan karena kondisi nyeri pasien masih ringan dan dapat dikontrol dengan intervensi yang telah diberikan sehingga tidak menjadi prioritas. Sementara itu, perubahan posisi setiap

dua jam bertujuan untuk mencegah terjadinya luka tekan pada area tubuh yang mengalami tekanan berkepanjangan. Tindakan ini tidak dilakukan secara spesifik karena lokasi luka berada pada punggung kaki yang bukan merupakan area penekanan utama, serta kondisi pasien yang tidak mengalami tirah baring total sehingga risiko terjadinya luka tekan relatif rendah.

Secara keseluruhan, penulis berasumsi bahwa implementasi keperawatan yang telah dilakukan berupa perawatan luka kepada Ny.K sudah sesuai dengan kebutuhan pasien. Implementasi dilakukan secara menyeluruh mulai dari observasi hingga kolaborasi. Dengan mempertimbangkan usia, kadar gula darah yang tidak terkontrol, riwayat luka yang kompleks, penulis meyakini bahwa pendekatan ini mampu mendukung proses penyembuhan, mencegah adanya infeksi berlanjut, dan mempercepat regenerasi jaringan. Selain itu kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antibiotik intravena diyakini penting untuk mengurangi Risiko komplikasi lebih lanjut.

5. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil evaluasi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam pada Ny. K, ditemukan adanya perubahan kondisi yang menunjukkan proses penyembuhan luka, meskipun belum sepenuhnya optimal. Hal ini terlihat dari data subjektif dimana pasien menyatakan bahwa nyeri pada kaki kanan mengalami penurunan. Penurunan skala nyeri dari 4 menjadi 2 menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan telah memberikan efek terhadap pengurangan rasa nyeri, yang kemungkinan dipengaruhi oleh pemberian terapi analgesik serta perawatan luka yang dilakukan secara teratur.

Hal ini sejalan dengan penelitian Armstrong dkk (2023), yang menyatakan bahwa perawatan luka yang adekuat dan terapi yang tepat dapat menurunkan gejala klinis seperti nyeri serta mendukung proses penyembuhan luka pada pasien diabetes melitus. Penurunan tanda-tanda inflamasi seperti kemerahan, perdarahan, dan hematoma menunjukkan adanya perbaikan kondisi luka. Namun, masih ditemukannya luka dengan ukuran $\pm 15\text{--}20$ cm yang menunjukkan bahwa proses penyembuhan belum optimal dan masih berlangsung. Hal ini sejalan dengan penelitian Ganesan & Orgill (2024), yang menyatakan bahwa penyembuhan luka diabetik memerlukan waktu yang lama dan dipengaruhi oleh kondisi sistemik pasien seperti kadar glukosa darah dan adanya infeksi.

Penulis berasumsi bahwa belum tercapainya penyembuhan secara maksimal sehingga tujuan baru bisa tercapai sebagian. Keberlanjutan intervensi secara maksimal akan sangat berpengaruh terhadap proses penyembuhan luka dan pencegahan komplikasi lebih lanjut pada pasien.

C. Keterbatasan

Keterbatasan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu keterbatasan waktu dalam proses penyusunan laporan, mulai dari pengumpulan data, pengajuan studi kasus ke lapangan, pemberian implementasi, hingga penyusunan karya tulis ilmiah. Selain itu, respon pasien yang terkadang kurang kooperatif saat dilakukan pengkajian juga menjadi hambatan dalam pengumpulan data. Keterbatasan lain dalam laporan kasus ini yaitu penulis hanya berfokus pada diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan, sehingga diagnosis keperawatan lain yang mungkin muncul pada pasien diabetes melitus tipe 2 tidak dibahas secara mendalam