

## **BAB IV**

### **LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

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

Pengkajian keperawatan yaitu menilai informasi yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menentukan normal atau abnormal respon pasien yang didasarkan pada banyak faktor yang nantinya akan digunakan sebagai pertimbangan dalam kaitannya dengan diagnosis yang berfokus pada masalah atau risiko. Pengkajian dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data (informasi subjektif dan objektif) dan informasi riwayat pasien pada rekam medik (Nanda, 2018).

Pada saat dilakukan pengkajian riwayat kesehatan pasien, dilampirkan bahwa pasien pada awalnya mendapat luka pada saat bekerja dan baru disadari semenjak  $\pm$  2 minggu yang lalu dan hanya berupa luka kecil di bagian ibu jari kaki kirinya. Saat itu pasien langsung memeriksakan diri ke Puskesmas dan mendapatkan perawatan luka. Setelah dua minggu luka pasien tidak kunjung membaik dan menyebar hingga jari kaki lainnya. Berdasarkan rekomendasi dan rujukan dari Puskesmas, pasien dirujuk ke RSD Mangusada untuk dilakukan debridement dan kontrol glukosa darah. Pasien memiliki riwayat di rawat inap selama seminggu di rumah sakit ketika tahun 2011 dengan ulkus diabetikum di bagian jari telunjuk kanan pasien sehingga pasien mendapat amputasi. Pasien dan keluarga menyangkal memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit serupa yaitu Diabetes Mellitus. Pasien menyangkal memiliki kelainan bawaan dan riwayat alergi. Terapi yang telah dijalani pasien yaitu terapi insulin novorapid 8 unit yang

disuntikkan sebelum sarapan. Terapi yang diberikan di Rumah sakit yaitu Infus NaCl 0,9% 20 tpm, paracetamol 1000 mg (IV) (jika panas), antibiotik cefotaxime 3 x 1 gr (IV), terapi insulin novorapid 1 x 8 iu, serta *wound treatment*.

Saat dilakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 27 April 2022 pukul 08.00 Wita, kesadaran pasien *compos mentis*, suhu pasien 37°C, *respiration rate* pasien 22 x/menit, nadi : 80x/menit, tekanan darah : 130/80 mmHg. Pasien menyangkal merasakan nyeri pada tubuhnya. Berdasarkan pemeriksaan fisik ekstremitas bawah yang dilakukan pada pasien, pada ibu jari hingga telapak kaki kiri pasien nampak luka seluas 3 x 5 cm terlihat tendon dan lapisan dermis di sekitar luka, terdapat perdarahan, tidak terdapat hematoma, nyeri dan kemerahan, selanjutnya dikaji menggunakan pengkajian luka *bates-jensen wound assessment* sehingga didapatkan keadaan luka tertutup jaringan nekrosis lembut dan melekat seluas 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik, tepi luka jelas dan tidak menyatu dengan dasar luka, tebal, goa 2 cm seluas <50% pinggir luka, eskudat sedikit encer, berair, berwarna merah pucat, warna kulit sekitar luka pucat, tidak ada pitting edema sepanjang <4 cm sekitar luka, indurasi < 2 cm sekitar luka, jaringan granulasi terang merah terisi 25 % dari luka, epitalisasi 50 % (skor luka : 39).

## **B. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan yang dialami baik secara aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk dapat mengidentifikasi berbagai respon pasien baik individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berakaitan dengan kesehatan. Sebelum menentukan diagnosis keperawatan, peneliti menganalisis data hasil pengkajian keperawatan pada tabel berikut ini.

Tabel 7  
 Analisis Data Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan pada Pasien dengan *Diabetic Foot* dengan Perawatan Luka Balutan Modern di Ruang Janger RSD Mangusada

No	Data Subjektif dan Objektif	Analisis	Masalah Keperawatan
1	Data Subjektif : - Data Objektif: • Tampak kerusakan jaringan pada pasien berupa lesi • Tampak perdarahan pada luka pasien	Diabetes mellitus tipe 2 ↓ Gaya hidup yang tidak sehat ↓ Resistensi insulin ↓ Hiperglikemia ↓ Menyerang kulit dan infeksi jaringan subkutan ↓ Menyebar secara sistemik ↓ Mekanisme radang ↓ Luka terkontaminasi mikroorganisme ↓ Sistem imun berespon dengan menaikkan antibody ↓ Eritema lokal pada kulit ↓ Lesi ↓ Gangguan integritas kulit dan jaringan	Gangguan integritas kulit dan jaringan

Berdasarkan hasil analisis data yang telah dipaparkan di atas, 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 dan jaringan sedangkan

penyebabnya yaitu neuropati perifer diikuti dengan tanda/gejala yang ditemukan yaitu kerusakan jaringan, perdarahan. Sehingga perumusan diagnosis pada kasus ini yaitu gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan perdarahan.

### C. Rencana Keperawatan

Rumusan rencana keperawatan asuhan keperawatan gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan lapisan kulit, perdarahan dapat dipaparkan sebagai berikut :

Tabel 8  
Rencana Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan pada Pasien dengan *Diabetic Foot* dengan Perawatan Luka Balutan Modern di Ruang Janger RSD Mangusada

<b>Diagnosis Keperawatan SDKI</b>	<b>Luaran Keperawatan SLKI</b>	<b>Rencana Keperawatan SIKI</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan lapisan kulit, perdarahan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 x 24 jam, maka Integritas Jaringan Meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Hidrasi meningkat 4. Perdarahan menurun 5. Nekrosis menurun	<b>Intervensi Utama</b>  <b>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</b>  <b>Observasi</b> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit  <b>Terapeutik</b> 1. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 2. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 3. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif

1	2	3
		<p>4. Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis.lotion,serum)</li> <li>2. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>3. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> </ol> <p><b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>3. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>4. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>5. Pertahankan teknik steriil saat melakukan perawatan luka</li> <li>6. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>7. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol>

1	2	3
		<p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi prosedur debridement</li> <li>2. Kolaborasi pemberian antibiotic , <i>cefotaxime</i> 3 x 1 gr</li> </ol> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Edukasi Perawatan Kulit (I.12426)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai jadwal</li> <li>2. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan minum cukup cairan</li> <li>2. Anjurkan menggunakan pelembab</li> <li>3. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> <li>4. Anjurkan melapor jika ada lesi kulit yang tidak biasa</li> </ol> <p><b>Intervensi Inovasi Terpilih:</b> Perawatan luka dengan metode balutan modern menggunakan hydrogel</p>

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

#### D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi

kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti and Mulyanti, 2017). Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (SIKI, 2018).

Implementasi keperawatan dilakukan selama 6 x 24 jam yaitu tanggal 27 April - 2 Mei 2022. Pada hari Rabu tanggal 27 April 2022, peneliti melakukan pengkajian keperawatan, tampak kerusakan jaringan pada pasien berupa lesi pada ibu jari hingga telapak kaki kiri pada saat melakukan pemeriksaan fisik. Di hari yang sama pada pukul 09.00 Wita, dilakukan perawatan luka menggunakan metode balutan modern dengan hydrogel. Sebelum melakukan perawatan luka dilakukan pengkajian luka dengan format *Bates-Jensen Wound Assessment Tool* sehingga didapatkan skor luka yaitu 39. Luas luka pasien 3 x 5 cm, keadaan luka tertutup jaringan nekrosis lembut dan melekat seluas 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik, tepi luka jelas dan tidak menyatu dengan dasar luka, tebal, goa 2 cm seluas <50% pinggir luka, eskudat sedikit encer, berair, berwarna merah pucat, warna kulit sekitar luka pucat, tidak ada pitting edema sepanjang <4 cm sekitar luka, indurasi < 2 cm sekitar luka, jaringan granulasi terang merah terisi 25 % dari luka, epitalisasi 50 %. Peneliti melakukan perawatan luka sesuai dengan jenis luka yaitu menggunakan *hydrogel*. Sebelumnya peneliti melakukan perawatan luka steril, membersihkan luka dengan NaCL, melakukan debridement pada jaringan mati, lalu mengaplikasikan hydrogel secukupnya, memberi balutan lembab, dan menutup

luka dengan tutup luka dengan kasa steril dan kasa gulung. Setelah dilakukan perawatan luka dan membalut luka dengan kasa steril dan kasa gulung, peneliti membersihkan alat-alat yang digunakan. Peneliti juga menyampaikan pendidikan kesehatan mengenai tanda dan gejala infeksi serta pemakaian lotion untuk menghindari terjadinya luka lain pada daerah yang kering. Selanjutnya peneliti didelegasikan untuk menginjeksi antibiotik kepada pasien yaitu ceftriaxone 1 gr sesuai dengan terapi kolaborasi yang diberikan pada saat pembagian obat siang yaitu pukul 14.00 Wita.

Pada hari kedua kunjungan yaitu pada tanggal 30 April 2022, perawatan luka kedua dilakukan. Pasien mengatakan bersedia dilakukan perawatan luka sebagai data subjektifnya. Setelah meminta persetujuan pasien, peneliti melakukan pengkajian luka dengan format pengkajian luka yaitu *Bates-Jensen Wound Assessment Tool*. Didapatkan skor BWAT yaitu sebesar 37. Tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada pasien berupa lesi pada ibu jari hingga telapak kaki kiri. Luas luka pasien 3 x 5 cm, keadaan luka tertutup jaringan granulasi, tepi luka jelas dan tidak menyatu dengan dasar luka, goa luka 2 cm seluas <50% pinggiran luka, jaringan nekrotik kekuningan mudah dilepas, 25% luka tertutup jaringan nekrotik, eskudat sedikit berwarna merah pucat, warna kulit sekitar luka pucat, tidak ada pitting edema <4cm di sekitar luka, indurasi <2cm sekitar luka, granulasi merah terang < 75 % terisi granulasi, jaringan epitel 50 Setelah melakukan pengkajian luka, peneliti melakukan perawatan luka steril, membersihkan luka dengan NaCL, melakukan debridement pada jaringan mati, lalu mengaplikasikan hydrogel secukupnya, memberi balutan lembab, dan menutup luka dengan tutup luka dengan kassa steril dan kassa gulung. Setelah dilakukan perawatan luka dan



membalut luka dengan kasa steril dan kasa gulung, peneliti membersihkan alat-alat yang digunakan. Pasien akan direncanakan untuk debridement melalui pembedahan pada esok harinya pukul 08.00 WITA. Selanjutnya peneliti didelegasikan untuk menginjeksi antibiotik kepada pasien yaitu ceftriaxone 1 gr sesuai dengan terapi kolaborasi yang diberikan pada saat pembagian obat siang pada pukul 14.00 Wita.

Pada hari ketiga kunjungan perawatan luka yaitu pada tanggal 2 Mei 2022 pasien sudah melakukan debridement H+1. Hal pertama yang dilakukan peneliti adalah meminta izin pasien untuk dilakukan perawatan luka. Setelah mendapat izin peneliti melakukan pengkajian luka dengan format pengkajian luka yaitu Bates-Jensen Wound Assessment Tool. Didapatkan skor BWAT yaitu sebesar 35. Tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada pasien berupa lesi pada ibu jari hingga telapak kaki kiri. Luas luka pasien 3 x 5 cm, keadaan luka tertutup jaringan granulasi, tepi luka jelas dan tidak menyatu dengan dasar luka, goa luka < 2 cm, jaringan nekrotik kekuningan mudah dilepas, 25% luka tertutup jaringan nekrotik, eskudat sedikit berwarna merah pucat, warna kulit sekitar luka pucat, tidak ada pitting edema, indurasi <2cm sekitar luka, granulasi merah terang < 75 % terisi granulasi, jaringan epitel 50%. Setelah melakukan pengkajian luka, peneliti melakukan perawatan luka steril, membersihkan luka dengan NaCL, melakukan debridement pada jaringan mati, lalu mengaplikasikan hydrogel secukupnya, memberi balutan lembab, dan menutup luka dengan tutup luka dengan kassa steril dan kasa gulung. Setelah dilakukan perawatan luka dan membalut luka dengan kasa steril dan kasa gulung, peneliti membersihkan alat-alat yang digunakan. Selanjutnya peneliti didelegasikan untuk menginjeksi antibiotik kepada pasien

yaitu ceftriaxone 1 gr sesuai dengan terapi kolaborasi yang diberikan pada saat pembagian obat siang pada pukul 14.00 Wita.

Intervensi edukasi perawatan kulit dengan anjurkan pasien untuk berganti posisi setiap 2 jam tidak dilakukan karena pasien dapat bergerak secara mandiri dan pasien dapat mengubah posisi ke posisi yang pasien inginkan. Intervensi pada perawatan luka dengan mengganti balutan sesuai jumlah eskudat tidak dilakukan karena eskudat yang dihasilkan sedikit.

### E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti and Mulyanti, 2017). Berikut evaluasi asuhan keperawatan gangguan integritas kulit dan jaringan pada pasien yang mengalami *diabetic foot* :

Tabel 9  
Evaluasi Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan pada Pasien dengan *Diabetic Foot* dengan Perawatan Luka Balutan Modern di Ruang Janger RSD Mangusada

No 1	Hari/Tanggal 2	Catatan Perkembangan (SOAP) 3
1	Senin, 2 Mei 2022	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>• -</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kerusakan jaringan belum menurun</li> <li>• Kerusakan lapisan kulit belum menurun</li> <li>• Perdarahan menurun</li> <li>• Hidrasi meningkat</li> <li>• Nekrosis menurun</li> </ul> A: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah gangguan integritas kulit dan jaringan teratasi sebagian</li> </ul>

1	2	3
		P: Lanjutkan intervensi perawatan luka pada pasien secara berkelanjutan dan observasi luka pasien.

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

Penelitian mengenai *modern dressing wound care* telah banyak dilakukan. Penilaian luka, penentuan tindakan, dan pemilihan dressing pada perawatan luka dengan diagnosis apapun dilakukan berdasarkan kondisi dan masalah pada luka. Kondisi luka dapat diidentifikasi dari warna dan permukaan luka. Masalah pada luka dapat berupa infeksi bakteri, jaringan nekrotik, dan eksudat. Kontrol bakteri dapat dilakukan dengan pemberian antibiotik maupun material antibakteri dan debridement. Eksudat dapat dikontrol dengan pemberian produk absorptif perawatan luka, seperti kasa absorben, calcium alginate, hydrofibre, dan foam (Wintoko & Yadika, 2020).

Menurut Wintoko dan Yadika (2020), hydrogel digunakan pada luka nekrotik yang berwarna hitam atau kuning dengan eksudat minimal atau tidak ada. Luka berjenis slough berupa jaringan nekrotik berwarna kuning melekat erat dengan jaringan dibawahnya dan mudah berdarah. Luka infeksi (kuning hijau) mengandung nanah dan radang disekitarnya, dapat diatasi dengan pemberian antibiotik, material antibakteri lain, maupun debridement yang meliputi irigasi dan pencucian. Standar operasional prosedur perawatan luka selengkapnya terdapat pada lampiran 5.

Pada penelitian ini, luka Tn. A memiliki eskudat yang minim sehingga pemakaian kasa absorbent tidak digunakan. Hydrogel digunakan sebagai dressing

luka dan dibalut menggunakan kasa steril dan kasa gulung untuk menutupi luka yang sudah dibersihkan sesudah dioleskan hydrogel. Sebelum dilakukan pemilihan *dressing* luka, pengkajian luka dilakukan setiap kunjungan perawatan luka dengan format pengkajian luka *Bates-Jensen*. Selain mendapatkan perawatan luka, Tn. A juga mendapatkan terapi antibiotik ceftriaxone dengan dosis pemberian 3 x 1 gr.