BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

Pertama tama (awal Sptember) pasien hanya mengeluh bubul dan keluar air pada kelingking kaki kanan. Luka pada kelingking tidak terlalu nyeri dan diobati di klinik di Br. Tangeb selama 2 minggu, terapi yang diberikan berupa antibiotik, obat penghilang rasa sakit dan anti bengkak, tetapi luka tidak kunjung sembuh dan semakin melebar hingga bengkak pada punggung kaki. Pasien kemudian dirujuk ke RS Surya Husada Ubung sekitar pertengahan September dan menjalani rawat jalan seminggu sekali. Di RS Surya Husada Ubung pasien sudah diagnosa DM dan disarankan untuk suntik insulin tetapi pasien menolak dan hanya minum obat (metformin 500mg 2x1 tablet). Pada akhir bulan September dokter di RS Surya Husada menyarankan melakukan pembersihan luka yang dilakukan di ruang operasi dan rawat inap selama 3 hari. Selanjutnya pasien rawat jalan dengan melakukan perawatan luka setiap 3 hari (homecare), terapi yang didapat berupa antibiotik untuk 5 hari, obat analgesik diminum jika perlu dan metformin 500 mg 2 x 1 tablet.

Pada awal tanggal 8 November 2025 pasien pindah berobat ke Poli Bedah RSD Mangusada, pasien disarankan kembali dilakukan pembersihan luka di ruang operasi dan dijadwalkan tanggal 11 November 2025. Pasien dilakukan pembersihan luka pada punggung kaki sebelah kanan dan dirawat selama 4 hari. Selama perawatan pasien mulai diterapi dengan insulin untuk penyakit DM berupa Lantus 12 IU dan Sansulin 3 x 8 IU. Pasien pulang dan dijadwalkan kontrol ke RS Mangusada tanggal 5 Desember 2025 sedangkan untuk perawatan luka dilakukan di puskesmas setiap 3 hari sekali. Selama perawatan luka dipuskesmas kondisi luka pada kelingking dan punggung kaki

mulai membaik dan kering, tetapi pasien mengeluh sakit menjalar ke bagian betis dan terlihat betisnya mulai bengkak. Tanggal 24 November 2025 pada sore hari pasien sudah tidak tahan dengan kondisi sakit/nyeri yang dirasakan pada kakinya yang bengkak sehingga pergi ke UGD RSD Mangusada, setelah dilakukan pemeriksaan dan observasi akhirnya pasien disarankan MRS kembali untuk dilakukan pengeluaran nanah pada betis kanan yang terlihat bengkak. Pemeriksaan GDS yang dilakukan memberikan hasil 268 mg/dl sehingga diperlukan terapi untuk menurunkan kadar gula dalam darah sebelum dilakukan tindakan. Pada malam harinya pasien dipindahkan ke ruang rawat inap Baris untuk persiapan Tindakan debridement yang direncanakan tanggal 26 November 2025 dengan syarat GDS di bawah 200 mg/dl.

Pengkajian pasien Tn. NW dilaksanakan di ruang baris pada tanggal 25 November 2025 pukul 09.30 wita. Saat pengkajian Tn. NW Laki-laki berumur 62 tahun dengan kondisi sadar terlihat terbaring lemas/lesu dan terlihat meringis saat memindahkan kaki kanannya. Pasien mengatakan sakit/nyeri kakinya terasa terus menuerus seperti berdenyut, terbakar serta terkadang seperti tersayat. Pasien juga terlihat protektif saat petugas ingin menyentuh kakinya yang bengkak dengan memohon agar petugas hati-hati jika memegang kakinya. Pasien tampak gelisah di ruangan serta beberapa kali terbangun pada malam hari karena mengeluhkan nyeri pada kaki. Keluarga juga mengatakan pasien sudah 2 hari susah tidur di rumah karena sakitnya. Hasil pemeriksaan tanda vital pasien suhu 36,4^{O} C, Nadi 86 x/menit, tekanan darah 120/83 mmHg, dan respirasi 18 x/menit. Terapi yang didapat saat pengkajian pasien diberikan berupa IVFD NaCl 0,9% 20 tpm, Cefixime 1 gr/vial 2x1 IV, Metronidazole 500mg 3x1 tablet PO, Parasetamol 1000mg/fles 3x1 IV, Lantus 1 x 14 IU, Sansulin 3 x 8 IU.

B. Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan pada Tn. NW menggunakan komponen *Problem, Etiology, Sign and Symptom*. Pada bagian *Problem* ditemukan masalah nyeri akut, pada bagian *Etiology* ditemukan penyebab masalah adanya pencedera fisik berupa bengkak pada betis, dan pada *Sign and Symtom* ditemukan data Pasien mengatakan sakit/nyeri kakinya terasa terus menerus seperti berdenyut, terbakar serta terkadang seperti tersayat. Pasien meringis saat akan memindahkan kakinya dan terlihat protektif saat petugas ingin menyentuh kakinya yang bengkak dengan memohon agar petugas hati-hati jika memegang kakinya. Pasien tampak gelisah di ruangan serta beberapa kali terbangun pada malam hari karena mengeluhkan nyeri pada kaki. Keluarga juga mengatakan pasien sudah 2 hari susah tidur di rumah karena sakitnya.

Diagnosis keperawatan yang dapat dirumuskan dari hasil pengkajian dan analisis data yaitu nyeri akut berhubungan adanya faktor pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh kaki kanannya nyeri berdenyut, terbakar dan kadang seperti tersayat, pasien juga protektif pada betis kaki kanan yang bengkak. Pasien terlihat meringis saat memindahkan kaki, pasien gelisah dan sulit tidur.

C. Rencana Keperawatan

Pada studi kasus ini dilakukan perencanaan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri akut pada pasien DM-DF. Adapun rencana keperawatan Tn. NW. sebagai berikut:

1. Tujuan dan Kriteria Hasil

Tujuan dan kriteria hasil ditetapkan menggunakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dengan harapan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

a. Keluhan nyeri menurun

b. Meringis menurun

c. Sikap protektif menurun

d. Gelisah menurun

e. Kesulitan tidur menurun

2. Intervensi

Intervensi yang diberikan pada Tn.NW sudah disesuaikan dengan pedoman Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) menurut(Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018) . Adapun intervensi yang diberikan yaitu:

a. Intervensi Utama: Manajemen Nyeri (I.08238)

Observasi:

1) Identifikasi karakteristik nyeri durasi, frekwensi, kualitas, intensitas nyeri.

2) Identifikasi skala nyeri

3) Identifikasi factor yang dapat meringankan dan memperberat nyeri

4) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup

5) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

6) Monitor efek samping penggunaan analgesik.

Terapiutik

1) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri.

2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.

3) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi:

1) Jelaskan penyeban, periode, dan pemicu nyeri.

2) Jelaskan strategi meredakan nyeri.

b. Intervensi Utama: Pemberian analgesik (I.08243)

Observasi:

1) Identifikasi karakteristik nyeri

2) Identifikasi Riwayat alergi obat

3) Identifikasi kesesuaian jenis analgesik dengan tingkat keparahan nyeri

4) Monitor efektifitas analgesik

Terapiutik:

1) Pertimbangkan penggunaan infus kontiniu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum.

2) Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien

3) Dokumentasi respon pasien terhadap analgesik dan efek yang tidak diinginkan.

Edukasi:

1) Jelaskan efeksamping terapi dan efek samping obat

c. Intervensi Inovasi: Terapi relaksasi hipnosis

1) Jelaskan tujuan dan prosedur terapi nonfarmakologis untuk membantu mengatasi nyeri (Terapi relaksasi hipnosis)

2) Identifikasi kesediaan pasien terhadap terapi yang akan diberikan

3) Berikan terapi relaksasi hipnosis

4) Evaluasi terapi yang telah diberikan

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 x 24 jam pada tanggal 25-28 November 2025 di Ruang Baris RSD Mangusada

Berdasarkan dari perencanaan keperawatan yang mengacu pada SIKI dan SLKI, penulis melakukan dua intervensi utama yang sudah direncanakan dengan label SIKI yaitu manajemen nyeri dan pemberian analgesik serta intervensi inovasi terapi relaksasi hipnosis. Semua intervesi keperawatan yang direncanakan sudah diimplementasikan. Implementasi keperawatan pada kasus kelolaan terlampir.

Implementasi yang rutin dilakukan antara lain :

1) Identifikasi karakteristik nyeri durasi, frekwensi, kualitas, intensitas nyeri dilakukan 2 kali sehari pagi dan sore
2) Identifikasi skala nyeri dilakukan 2 kali sehari pagi dan sore
3) Identifikasi factor yang dapat meringankan dan memperberat nyeri sekali sehari
4) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup dilakukan sekali pada pagi hari
5) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang diberikan dilakukan 1 kali sehari pada sore hari.
6) Monitor efeksamping penggunaan analgesic dilakukan satu kali pada pagi hari.
7) Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri dilakukan satu kali pada sore hari
8) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 2 kali pada saat sore dan malam hari
9) Fasilitasi istirahat dan tidur dilakukan 2 kali pada saat sore dan malam hari
10) Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri dilakukan sekali pada pagi hari

11) Identifikasi kesesuaian jenis analgesik dengan tingkat keparahan nyeri.

12) Monitor efektifitas analgesik

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada Tn. NW dengan DM-DF 28 November 2025 pukul 14.30 WITA. Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan didapatkan evaluasi keperawatan sebagai berikut:

Tabel 3
Evaluasi Keperawatan Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada pasien Tn. NW dengan DM-DF Yang Diberikan Intervensi Terapi Relaksasi Hipnosis di Ruang Baris RSD Mangusada

Hari/ Tanggal	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
Jumat, 28 November 2025	14.30 WITA	**S:** 1. "Pasien mengatakan nyeri jauh berkurang dari sejak awal masuk". 2. "Pasien mengatakan tidurnya cukup dan tidak terbangun karena nyeri". **O:** 1. Pasien terlihat tenang dan tidak gelisah 2. Kaki pasien terbalut elastis bendage 3. Sikap protektif pasien menurun 4. Pasien sudah tidak meringis saat mengerakan kaki 5. Nadi : 80x/menit. **A**: Tujuan tercapai, tingkat nyeri menurun. **P**: - Pertahankan intervensi manajemen nyeri. - Tetap anjurkan pasien melaksanakan terapi non farmakologi jika nyeri meningkat - Kolaborasi pemberian analgesik (parasetamol 500mg PO)	