

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Studi kasus dilaksanakan pada 11 - 15 April 2023 dan bertempat di ruang Said bin Zaid RSUD Al-ihsan Privinsi Jawa Barat. Hasil studi kasus berupa gambaran asuhan keperawatan pada pasien gangren diabtik dengan gangguan integritas ego: ansietas. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dilakukan selama 5 hari perawatan di rumah sakit.

4.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 11 April 2023 pukul 10.00 WIB di ruang said bin zaid RSUD Al-ihsan provinsi Jawa Barat. Sumber data yang digunakan pada saat pengkajian yaitu pasien dan rekam medis dengan metode wawancara, serta rekam medis dengan metode studi dokumentasi. Hasil pengkajian didapatkan pasien Ny.A berusia 53 tahun dan bertempat tinggal di Patrol, Arjasari Kabupaten Bandung. Pasien ditemani oleh suami dan anak kandungnya, pada saat melakukan pengkajian pasien sedang bersama Tn. I berusia 53 tahun yang merupakan penanggung jawab pasien di rumah sakit. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 7 April 2023 dengan diagnosa Diabetes mellitus + Gangren.

Pengkajian riwayat kesehatan saat ini, pasien mengeluh cemas dan khawatir karena luka di kaki nya terasa nyeri dan tak kunjung sembuh luka di kaki

kiri nya nyeri dan kedua kaki nya sering kebas dan kesemutan pasien juga sering buang air kecil di malam hari sehingga tidur pasien terganggu.

Keluhan saat masuk rumah sakit didapatkan, pasien mengatakan kaki kiri pasien bengkak sudah 5 hari kemudian sudah di bawa ke pelayanan kesehatan terdekat tetapi tak kunjung sembuh tiba-tiba pada saat di kamar mandi pasien terjatuh setelah itu kaki pasien muncul luka bernanah lama-lama luka nya menjadi hitam akhirnya pasien dibawa oleh keluarga nya ke puskesmas terdekat tetapi dari puskesmas dirujuk ke RSUD Al-ihsan.

Keluan saat dikaji, pasien mengeluh khawatir dan cemas Karena luka di kaki pasien tak kunjung sembuh dan pasien merasa nyeri sehingga aktifitas sehari-hari pasien terganggu. Pasien tampak terbaring lemah dan wajah pasien terlihat memerah dan gelisah, mata pasien terlihat sayu, mulut pasien terlihat kering dan pucat pada saat berbicara pasien sering mengulang kata yang sama dan pasien tampak tidak dapat berkonsentrasi. pasien mengatakan kaki kanan dan kiri sering kebas dan kesemutan, di bagian kaki kiri atas pasien terdapat luka gangren.

Pengkajian riwayat kesehatan dahulu didapatkan pasien mempunyai riwayat diabetes mellitus sudah sangat lama hampir 10 tahun yang lalu sejak 2013 dan tidak rutin melakukan pengecekan gula darah ke pelayanan kesehatan. Selain diabetes mellitus pasien memiliki riwayat hipertensi sejak lama dan baru pertama kali dirawat di rumah sakit. **Riwayat kesehatan keluarga** didapatkan tidak ada anggota keluarga pasien yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien dan tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan dan menular.

Pengkajian pola aktifitas sehari-hari didapatkan pasien tidak ada gangguan dalam makan dengan frekuensi makan 3x/hari dan jenis makanan nasi, daging ayam atau sayur. Frekuensi minum pasien mengatakan 6-7 gelas/hari dengan jenis minuman air putih dan teh manis. Pola tidur dan istirahat pasien mengatakan pasien sering tidur pada siang hari karena pasien sering mengantuk dan lesu pasien mengatakan biasanya tidur sekitar 6 jam. Tidur pada malam hari sering terganggu karena pasien sering buang air kecil, pasien mengatakan sering terbangun tidurnya karena ingin bak jika pasien sudah bangun dia susah untuk melanjutkan tidurnya sehingga pasien hanya tidur sekitar 5 jam. Pola eliminasi didapatkan pasien tidak ada gangguan dalam pola eliminasi tetapi harus dibantu oleh keluarganya jika ingin ke kamar mandi.

Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien terbaring lemah, hambatan mobilitas fisik karena keadaannya terganggu oleh luka gangren di kaki sebelah kiri, kesadaran kompos mentis dan GCS 15 dengan E4 V5 M6. Hasil TTV didapatkan suhu 36,9°C, Nadi 89x/menit, TD 150/80 mmHg, RR 22x/menit, dan SpO₂ 98%. **Sistem pernapasan** didapatkan tidak terdapat gangguan pada pernapasan. **Sistem kardiovaskular** didapatkan hasil tekanan darah pasien di atas normal 159/80 mm/Hg, bunyi jantung reguler. **Sistem pencernaan** didapatkan pasien tidak ada kelainan dalam mengunyah dan menelan makanan, pasien mengatakan sering merasa mual ketika makan, dan bising usus 6x/menit, pasien tampak mengalami penurunan berat badan, pasien mengatakan terakhir ditimbang 55 kg. **Sistem persyarafan** didapatkan tidak ada gangguan. Sistem endokrin tidak terdapat kelainan. **Sistem genitourinaria** didapatkan frekuensi bak pasien sering,

pasien mengeluh pada malam hari tidurnya terganggu karena sering ingin bak. **Sistem muskuloskeletal** didapatkan hasil dari ekstremitas bawah kanan dan kiri pasien terdapat edema karena jarang digerakan, terdapat luka gangrene pada ekstremitas bawah kiri. **Sistem integumen dan imunitas** didapatkan hasil kaki kanan dan kiri pasien terdapat edema karena jarang digerakan, terdapat luka gangrene pada kaki kiri. **Sistem wicara dan tht** tidak ada kelainan. **Sistem penglihatan** tidak ada kelainan.

Data psikologis didapatkan status emosi pasien tampak sedih dan gelisah, pasien mengatakan khawatir dan cemas dengan kondisinya, pasien tidak yakin bahwa dirinya akan sembuh, respon komunikasi pasien tidak dapat berkonsentrasi saat berbicara dan respon komunikasi pasien sering mengatakan perkataan yang sama berulang kali dan berbicara tampak berbata-bata. Konsep diri pasien merasa ia tidak bisa melakukan kegiatan sehari-harinya karena terganggu oleh luka di kaki kiri ia biasanya setiap pagi pergi bekerja tapi sekarang ia merasa menjadi beban dikeluarganya. **Data sosial** didapatkan pasien suka berbincang dengan tetangga-tetangganya. **Data spiritual** didapatkan pasien jarang beribadah di masjid dan tidak rutin mengikuti pengajian.

Data penunjang pemeriksaan tanggal 11 April 2023 didapatkan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu 240 mg/dl.

Tabel 2. Hasil Pemeriksaan Laboratorium 11 April 2023

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hematologi			
Hematologi Lengkap			
Hemoglobin	8.6	g/dL	11.7 – 15.5
Hematokrit	23.6	%	35.0 – 47,0
Eritrosit	2.99	$10^6/\mu\text{L}$	3.8 – 5.2
Leukosit	8.0	$10^3/\mu\text{L}$	3.6 – 11.0
Trombosit	800	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 440
IPF	0.9	%	0.8 – 6.2
Elektrolyte (Na, K, Ca)			
Natrium (Na)	129	Mmol/L	134 – 145
Kalium (K)	2.8	Mmol/L	3.6 – 5.6
Kalsium (Ca)	1.22	Mmol/L	1.15 – 1.35
Fungsi Ginjal			
Ureum	76	mg/dl	10 – 50
Kreatinin	3.44	mg/dl	0.7 – 1.35

Tabel 3 Terapi Farmakologi

Nama Obat	Dosis	Rute
Metformin	3 x 500 mg	PO
Amlodipin	3 x 10 mg	PO
Keterolak	20 mg	IV
Grimiporid	1 x 1 mg	PO
Infus ring us	20 tpm	IV

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada pasien Ny. A, didapatkan 4 (empat) diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI). Diagnosa Keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas kebutuhan pasien dari data yang telah ditemukan, diantaranya:

- a. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional diri ditandai dengan pasien mengeluh cemas dan khawatir karena luka di kaki kirinya terasa sakit dan tak kunjung sembuh sehingga mengganggu aktifitas sehari-harinya
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien tampak meringis kesakitan dan terdapat luka gangren dibagian kaki kiri pasien.
- c. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan kerusakan jaringan adanya luka gangrene dibagian kaki kiri pasien
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien mengeluh nyeripada saat menggerakkan kaki kirinya

4.1.3 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4 Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Intervensi	
	Tujuan	Tindakan
Ansietas b.d krisis situasional diri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas/kecemasan pasien dapat menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Perilaku gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik 7. Pasien dapat kembali tenang 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis,kondisi,waktu,stressor) 2) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 3) Pahami situasi yang membuat ansietas 4) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 5) Melakukan Perawatan luka 6) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 7) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 8) Latih teknik relaksasi dan distraksi 9) Latih terapi SEFT
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan nyeri dapat berkurang/hilang dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mampu mengontrol nyeri 5. Menyatakan atau menampakan rasa nyaman bila nyeri berkurang <p>Skala nyeri berkurang menjadi 1 (0-5)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Berikan teknik relaksasi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 3) Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang 4) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (seperti nafas dalam, distraksi dll) 5) Kolaborasi pemberian analgetik dengan dokter

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan sirkulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam maka integritas kulit dapat meningkat, dengan kriteria hasil: 3. Integritas kulit dapat dipertahankan 4. Menurunkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor karakteristik luka 2) Bersihkan luka dengan NaCl/pembersih non toksik 3) Berikan salep yang sesuai resep dokter 4) Bersihkan jaringan nekrotik 5) Anjurkan perawatan luka secara mandiri 6) Anjurkan minum air yang cukup 7) Kolaborasi pemberian antibiotic dengan dokter
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam maka diharapkan aktifitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 3. Melaporkan perasaan peningkatan kekuatan kemampuan dalam bergerak 4. Pasien dapat melakukan aktifitas mandiri secara bertahap	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya 4) Anjurkan mobilisasi dini 5) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (seperti duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur) 6) Anjurkan pasien untuk menggerakkan atau mengangkat ekstremitas sesuai kemampuan

4.1.4 Tindakan Keperawatan

Pada hari selasa, 11 April 2023 pukul 07.00 dilakukan observasi TTV dan keadaan pasien tampak pucat dan lemah terbaring ditempat tidur tidak dapat melakukan aktifitas S: 36,8 N: 100x TD: 159/80 RR: 20x SpO: 98%. Pasien

mengatakan tidurnya pada malam hari sering terganggu karena ingin BAK makan pasien tidak habis karena pasien mengeluh mual, pasien tampak pucat dan gelisah wajahnya tampak tegang. Pada pukul 09.00 dilakukan tindakan perawatan luka kepada pasien dengan mengganti balutan membersihkan push dan jaringan mati yang ada di luka pasien. Evaluasi proses didapatkan pasien mengatakan nyeri di area luka, luka pasien tampak bersih dan diganti oleh balutan yang baru. Tindakan selanjutnya diberikan pada pukul 12.00 yaitu mengajarkan teknik terapi SEFT pada saat di mulai langkah-langkah terapi pasien dapat kooperatif mengulang kembali terapi yang diajarkan pasien tampak lebih rileks dan tenang setelah dilakukan terapi, kemudian menganjurkan pasien untuk mengurangi minum pada malam hari agar pasien dapat tidur lebih nyenyak tidak terganggu karena ingin BAK

Hari Selasa, 12 April 2023 pukul 14.00 dilakukan observasi TTV. 15.00 yaitu mengajarkan teknik terapi SEFT pada saat di mulai langkah-langkah terapi pasien dapat kooperatif mengulang kembali terapi yang diajarkan pasien tampak lebih rileks dan tenang setelah dilakukan terapi.

Hari Rabu, 13 April 2023 pukul 07.00 dilakukan observasi TTV. Pada pukul 10.00 dilakukan tindakan perawatan luka kepada pasien dengan mengganti balutan membersihkan push dan jaringan mati yang ada di luka pasien. Evaluasi proses didapatkan pasien mengatakan tidak dapat merasakan rangsangan di area luka luka pasien tampak bersih dan diganti oleh balutan yang baru.. Tindakan selanjutnya diberikan pada pukul 13.00 yaitu mengajarkan teknik terapi SEFT pada saat di mulai langkah-langkah terapi pasien dapat kooperatif mengulang kembali terapi yang diajarkan pasien tampak lebih rileks dan tenang setelah dilakukan terapi

Hari Jumat 14 April 2023, pada pukul 14.30 dilakukan tindakan dilakukan tindakan perawatan luka kepada pasien dengan mengganti balutan membersihkan push dan jaringan mati yang ada di luka pasien. Evaluasi proses di dapatkan pasien mengatakan masih tidak dapat merasakan rangsangan di area luka pasien merasakan nyeri luka pasien tampak bersih dan di ganti oleh balutan yang baru. Tindakan selanjutnya diberikan pada pukul 15.30 yaitu melatih kembali teknik terapi SEFT. Evaluasi pasien dapat melakukan nya sendiri dengan baik setelah melakukan terapi pasien tampak nyaman dan tenang

Hari Sabtu pada tanggal 15 April 2023 dilakukan observasi keadaan pasien dan mengganti seprai bed, dengan evaluasi Pasien tampak lebih segar, pasien mengatakan tidak ada keluhan tidur dan makan pagi habis, pasien tampak rapih dan bersih. Pukul 07.30 dilakukan observasi TTV dengan hasil S: 37,4 N: 97x TD: 130/80 RR: 21x SpO2: 98%. Pukul 09.00 dilakukan tindakan perawatan luka kepada pasien dengan mengganti balutan membersihkan push dan jaringan mati yang ada di luka pasien. Evaluasi proses di dapatkan pasien mengatakan merasakan nyeri di area luka luka pasien tampak bersih dan di ganti oleh balutan yang baru. Tindakan selanjutnya diberikan pada pukul 13.00 yaitu melatih kembali teknik terapi SEFT pasien dapat melakukan nya sendiri dengan baik setelah selesai terapi pasien tampak lehi rileks bisa menerima semuanya yang telah di takdirkan oleh allah dan pasien tampak tenang

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 5 hari yang dimulai pada hari selasa, 11 April 2023 hingga sabtu 15 April 2023 dilakukan evaluasi pada hari Sabtu 15 April 2023 pukul 08.00 WIB. Didapatkan hasil pasien ny. A dengan gangguan integritas ego: ansietas. Data subjektif pasien mengatakan merasa tenang dan nyaman, tidur pasien nyenyak tidak terganggu apapun dan ia bisa fokus pada saat diajak berbicara. Data objektif didapatkan pasien tampak segar tidak lemas, pasien tampak rileks, tekanan darah normal 130/80 mm/Hg, ketika berbicara tenang dan suara pasien tidak lagi gemeter, masalah teratasi dan intervensi dilanjutkan.

4.2 Pembahasan Studi Kasus

Pada pembahasan ini penulis akan menyampaikan hasil dari laporan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan diabetes mellitus gangren sesuai kasus yang di ambil. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan, akan dibahas terkait fakta yang didapat dari lapangan dan teori.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada studi kasus telah sesuai dengan konsep teoritis yang ada. Antara teoritis dan di lapangan tidak di temukan kesenjangan pada pasien Diabetes Mellitus Gangren diabetik dengan gangguan integritas ego: Ansietas

Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Menurut PPNI (2016), pengkajian yang muncul pada pasien dengan ansietas, yaitu:

a. Gejala dan Tanda Mayor

- 1) Data subjektif: merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi
- 2) Data objektif: tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

b. Gejala dan Tanda Minor

- 1) Data subjektif: mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya Data objektif: frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Sesuai dengan rumusan diagnosa yang mungkin muncul berdasarkan Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) DPP PPNI tahun 2016 Diagnosa keperawatan yang muncul tidak terdapat kesenjangan dengan teori dan berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. A dirumuskan 4 diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang muncul diantaranya Ansietas, Nyeri, Gangguan integritas jaringan dan Gangguan mobilitas fisik.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi yang telah disusun pada rencana asuhan keperawatan pasien gangren dengan gangguan ansietas. Setiap kriteria hasil dalam upaya untuk mengatasi masalah keperawatan yang tertulis dalam studi kasus tidak jauh berbeda dari konsep teoritis yang ada, hanya saja disesuaikan dengan kebutuhan penyelesaian masalah keperawatan.

4.2.4 Tindakan Keperawatan

pada pasien Ny. A Gangren diabetik dengan gangguan integritas ego: ansietas. Implementasi keperawatan dilakukan dari tgl 11 April 2023 sampai 15 April 2023 selama 5 hari masa perawatan. Tindakan keperawatan dilakukan selama 5 hari asuhan keperawatan di rumah sakit. Implementasi fokus masalah yang dilakukan adalah pemberian teknik terapi SEFT, Distraksi dan Relaksasi otot dalam pemberian terapi non farmakologi seperti Hari pertama dilakukan tindakan keperawatan fokus masalah Ansietas, didapatkan hasil pasien dapat kooperatif mengikuti arahan yang diberikan setelah dilakukan tindakan pasien tampak rileks.

Hari kedua dan ketiga dilakukan tindakan keperawatan terdapat penurunan tingkat Ansietas, dimana pasien tampak lebih rileks dan bisa fokus ketika di ajak berbicara. Perawatan pasien dengan Ansietas sudah teratasi namun selama 5 hari perawatan di rumah sakit tetap di lakukan latihan terapi SEFT agar pasien bisa tetap dengan keadaan tidak Ansetas.

4.2.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap terjadi perubahan pada masalah keperawatan atau masalah keperawatan teratasi sesuai kriteria hasil yang dibuat. Evaluasi keperawatan untuk masalah Ansietas dilakukan dihari kedua masa perawatan yaitu pada tanggal 14 April 2023 karena kriteria hasil telah tercapai. Evaluasi keperawatan untuk masalah Nyeri dilakukan dihari ketiga masa perawatan yaitu pada tanggal 15 April 2023 karena kriteria hasil telah tercapai. Evaluasi keperawatan untuk masalah Gangguan integritas kulit intervensi nya masih di lanjutkan karena belum teratasi. Dan untuk masalah Gangguan mobilitas fisik evaluasinya dilakukan yaitu pada 16 April karena kriteria hasil sudah Karena kriteria hasil masih belum tercapai sepenuhnya. Maka evaluasi keperawatan dari setiap masalah keperawatan dinyatakan terselesaikan sebagian.

4.3 Keterbatasan Studi Kasus

Selesainya studi kasus ini tentu saja terdapat berbagai kendala dalam melaksanakan prosesnya. Keterbatasan dalam studi kasus ini dapat menjadi faktor yang lebih diperhatikan kembali agar nanti ke depannya dapat diperbaiki menjadi lebih baik. Saat melakukan tindakan untuk diagnosa keperawatan gangguan Integritas ego: Ansietas tidak ditemukan kesulitan, namun terdapat keterbatasan dalam melakukan tindakan untuk diagnosa gangguan integritas jaringan, yaitu luka dikaki kiri pasien dari hari pertama perawatan sampai pasien pulang luka nya masih belum terlihat membaik tampak setiap mengganti balutan selalu ada push dan jaringan yang mati, sehingga terdapat keterbatasan dalam mengetahui

keberhasilan intervensi yang tidak dapat dibandingkan apakah intervensi yang dilakukan berhasil atau tidak. Terbatasnya waktu dan kasus dilapangan selama melaksanakan studi kasus selama 5 hari membuat perawatan tidak dapat dievaluasi secara maksimal. Akhirnya pasien dan keluarga pasien diberikan edukasi bagaimana perawatan luka yang benar dan tata cara perawatan luka dirumah pasien juga diberikan pemahaman agar pasien tidak merasa cemas dan khawatir jika luka pasien tak kunjung sembuh karena ansietas dapat merurunkan imunitas sehingga berpengaruh terhadap lamanya proses penyembuhan luka.