

BAB IV

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Studi Kasus

Pada bagian ini penulis membahas hasil studi kasus pada pasien diabetes melitus tipe II dengan ulkus diabetikum dalam memenuhi kebutuhan rasa aman. Data dihasilkan dari hasil wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, dan rekam medis pasien yang disusun dalam bentuk asuhan keperawatan. Pengumpulan data dan implementasi studi kasus dilaksanakan pada tanggal 10-14 April 2023. Didapatkan subjek studi kasus satu orang dengan diagnosa medis DM tipe II yang dirawat di ruang Nusa Indah RSUD Kota Bandung. Pada studi kasus ini penulis memberikan asuhan keperawatan berfokus pada pemenuhan gangguan rasa aman terkait gangguan integritas kulit dan risiko infeksi pada pasien dengan ulkus diabetikum. Penulis memberikan intervensi setiap pagi hari selama 7 jam dalam kurun waktu 5 hari. Berikut data dari subjek yang didapatkan sesuai dengan kriteria hasil :

4.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian didapatkan pasien berinisial Tn. K berusia 58 tahun dengan jenis kelamin laki-laki. Hasil pengkajian didapatkan pasien dengan keluhan utama nyeri pada luka dibagian ekstremitas bawah kanannya. Pasien masuk ke rumah sakit pada tanggal 07 april 2023 dengan keluhan nyeri pada luka dan luka yang membengkak. Luka disebabkan terkena knalpot motor, luka sudah 2 minggu yang lalu dan tidak kunjung sembuh saat dilakukan perawatan dirumah. Saat dirumah

keluarga pasien merawat luka dengan menggunakan rivanol, bioplacenton dan salep 88 serta pasien juga meminum propolis. Saat dikaji, pasien mengatakan telah melakukan operasi debridemen pada tanggal 08 april 2023. Pasien mengatakan nyeri dan terdapat luka pada esktremitas bawah bagian kanan dibalut perban. Saat dilakukan pengkajian luka tampak ada rembesan darah pada balutan perbannya, ada sedikit sisa jaringan. Kedalaman luka sekitar 3-4 cm dengan panjang 15 cm dan lebar 3 cm, kondisi luka baik kulit berwarna merah muda tidak pucat, sensasi baik. Sebelumnya pasien tidak mengetahui memiliki penyakit DM, dan pasien juga mengatakan tidak ada anggota keluarga baik orangtuanya yang mengalami DM.

Pola aktivitas sehari-hari pasien di rumah sakit, pasien banyak bergantung pada istrinya. Pola nutrisi pasien pada saat di rumah sakit, pasien mengikuti jadwal dari rumah sakit karena pasien juga mendapatkan diet khusus yaitu diet 1.700 kalori bagi yang memiliki DM tipe II, setiap harinya pasien minum habis 1 liter. Pola tidur pasien saat di rumah sakit pasien tidur siang selama satu jam dalam seharinya dan tidur malam empat jam dalam seharinya. Hal ini karena pasien mengeluh sering terbangun karena nyeri pada kaki kanannya.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan, kesadaran pasien compos mentis dengan GCS 15 dengan keadaan umum pasien tampak lemas. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan, suhu : $36,7^{\circ}\text{C}$, RR : 20x/menit, N : 90x/menit, TD : 125/77 mmHg, dan SPO_2 : 98%. Hasil pemeriksaan sistem endokrin, hasil pemeriksaan kadar glukosa puasa pada tanggal 09 april 2023 317 mg/dL dan glukosa rapid 403 mg/dL dan pasien mengatakan mudah lelah dan lemas. Pada pemeriksaan sistem ektremitas didapatkan kekuatan otot pada ekstremitas bawah kanan pasien 4

karena adanya luka pada tibia yang dibalut perban. Hasil pemeriksaan sistem integumen, pada ekstremitas bawah bagian betis kanan terdapat luka dibalut perban, kulit pada punggung kaki tampak kering dan pecah-pecah pada tungkainya dan kulit area tungkai teraba kasar.

Data psikologis pasien didapatkan hasil pasien tidak mengalami masalah psikologis dibuktikan dengan status emosi pasien stabil, tidak tampak cemas mekanisme koping pasien adaptif, pasien dapat berkomunikasi secara verbal maupun non-verbal. Pada data sosial didapatkan hasil, pasien dan keluarga memiliki hubungan baik dengan tetangga di lingkungan tempat tinggalnya. Kemampuan beribadah pasien untuk sholat dibantu oleh istrinya dan beribadah diatas tempat tidur.

Data penunjang pasien, hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 07 april 2023 hasil pemeriksaan kadar glukosa darah rapid 442 mg/dL. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 09 april 2023 hasil pemeriksaan kadar glukosa puasa 317 mg/dL dan glukosa 2 jam PP rapid 403 mg/dL. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 11 april 2023 hasil pemeriksaan kadar glukosa darah puasa 117 dan glukosa darah 2 jam PP rapid 157 mg/dL.

Data terapi pengobatan yang digunakan pasien saat di rumah sakit adalah, infus ringer lactate 20 tpm, injeksi intravena ceftriaxone 1x2, injeksi intravena metronidazole 3x1, injeksi intravena ketorolac 2x1, injeksi intravena omeprazole 1x1, injeksi subcutan insulin (novorapid) 12 unit, metformin 3x1 (500mg), injeksi intravena asam traneksamat 3x50 gr. Sedangkan terapi pengobatan yang digunakan pasien saat di rumah sakit adalah asam mefenamat 3x1 (500mg), cefixime 2x1

(200mg), omeprazole 1x1 (20mg), metformin 3x1 (500mg), metronidazole 3x1 (500mg), dan insulin (ezelin) 18 unit.

Dari data pengkajian dapat dikelompokkan menjadi sebuah analisa data, yang pertama didapatkan data pasien mengatakan mudah lelah dan lemas, dan hasil pemeriksaan kadar glukosa darah bawah kanan, kondisi luka baik kulit berwarna merah muda tidak pucat, sensasi baik, TTV: S : 36,8⁰C, RR : 20x/menit, N : 90x/menit, TD : 120/80 mmHg. Berdasarkan data tersebut muncul masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah yang disebabkan dari faktor usia dan gaya hidup yang dapat menyebabkan resistensi insulin sehingga produksi insulin menjadi tidak seimbang akibat gula dalam darah tidak dapat masuk ke dalam sel yang menyebabkan hiperglikemia sehingga kadar glukosa darah menjadi tidak stabil.

Yang kedua didapatkan data pasien mengeluh nyeri pada luka dibagian ekstremitas bawah kanannya, pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10), nyeri dirasakan ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat, nyeri dirasakan pegal pada bagian betis sampai lutut dan tidak menjalar ke bagian lain, nyeri dirasakan kurang dari lima menit, dan nadi 90x/menit. Berdasarkan data tersebut didapatkan masalah keperawatan nyeri akut yang disebabkan karena adanya luka post operasi debridemen pada bagian ekstremitas bawah kanan.

Yang ketiga didapatkan data pasien post operasi debridemen pada tanggal 08 april 2023, tampak ada luka dibalut perban pada ekstremitas bawah bagian kanan, tampak ada rembesan darah pada balutan perban, kedalaman luka sekitar 3-4 cm, pada ekstremitas bawah bagian kanan kulit tampak kering dan pecah-pecah

pada tungkainya. Berdasarkan data tersebut didapatkan masalah keperawatan gangguan integritas kulit akibat DM tipe II yang menyebabkan kerusakan vaskuler akibat hiperglikemia yang mengakibatkan neuropati perifer yang berisiko tinggi pada ulkus diabetik, luka diakibatkan karena pasien post operasi debridemen pada bagian ekstremitas kanan bawahnya.

Pengelompokkan data yang terakhir didapatkan, pasien mengeluh nyeri pada luka bagian ekstremitas bawah kananya, tampak ada luka bagian ekstremitas bawah kanan, kondisi luka baik kulit berwarna merah muda tidak pucat dan sensasi baik, dengan S : 36,8⁰CRR : 20x/menit, N : 90x/menit dan TD : 120/80 mmHg. Berdasarkan data tersebut didapatkan masalah keperawatan risiko infeksi yang disebabkan karena adanya luka pada bagian ekstremitas bawah kanannya.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil studi kasus didapatkan diagnosa keperawatan pada Tn. K diantaranya, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, nyeri akut berhubungan dengan post operasi debridemen, gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka post operasi, dan risiko infeksi.

4.1.3 Perencanaan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ada disusunlah intervensi keperawatan. Intervensi yang dilakukan pada pasien diabetes melitus tipe II dengan ulkus diabetikum dalam memenuhi kebutuhan rasa aman adalah, pada diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan tujuan kestabilan kadar glukosa darah meningkat selama diberikan tindakan 3x7 jam dengan tindakan yang diberikan

diantaranya, identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, ajarkan pengelolaan diabetes, kolaborasi pemberian insulin, dan kolaborasi pemberian cairan IV. Untuk diagnosa nyeri akut dengan tujuan setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Adapun tindakan yang dilakukan, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, monitor tanda-tanda vital, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, dan kolaborasi pemberian analgetik. Pada diagnosa gangguan integritas kulit dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x7 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil, hidrasi kulit meningkat, perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan menurun, kemerahan menurun, nekrosis menurun, suhu kulit membaik. Adapun intervensi yang dilakukan diantaranya, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, monitor karakteristik luka (misal, drainase, warna, ukuran, dan bau), monitor tanda-tanda infeksi, lakukan perawatan luka dengan mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, dan kolaborasi pemberian antibiotik.

Intervensi pada diagnosa keperawatan risiko infeksi dengan tujuan setelah dilakukan intervensi selama 3x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kemerahan menurun, nyeri menurun, dan bengkak menurun. Adapun tindakan yang dilakukan diantaranya, monitor tanda-tanda infeksi, monitor tanda-tanda vital, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, dan ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

4.1.4 Implementasi

Implementasi dilakukan dari tanggal 10 april sampai tanggal 12 april 2023. Penulis melakukan implementasi untuk mengatasi empat diagnosa keperawatan yang ada pada pasien. Selama pelaksanaan implementasi pasien menunjukkan perkembangan yang baik setiap harinya dan selama dilaksanakan implementasi pasien dan keluarga kooperatif. Adapun untuk implementasi yang dilakukan pada pasien diabetes melitus tipe II dengan ulkus diabetikum dalam memenuhi kebutuhan rasa aman diantaranya :

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa adalah mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, mengajarkan pengelolaan diabetes, mengkolaborasikan pemberian insulin, serta mengkolaborasikan pemberian cairan IV.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan nyeri akut adalah memonitor tanda-tanda vital dan mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dan mengkolaborasikan pemberian analgetik.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi gangguan integritas adalah memonitor karakteristik luka, memonitor tanda-tanda infeksi, menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, melakukan perawatan luka dengan mempertahankan teknik steril, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, dan mengkolaborasikan pemberian antibiotik.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa risiko infeksi adalah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, memonitor tanda-tanda vital, memonitor tanda-tanda infeksi, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, dan mengajarkan mencuci tangan dengan benar.

4.1.5 Evaluasi

Evaluasi sumatif dilakukan pada tanggal 13 april 2023, dan evaluasi formatif dilakukan pada tanggal 14 april 2023. Adapun untuk hasilnya sebagai berikut :

Untuk diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah didapatkan kadar glukosa darah membaik dan intervensi diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah dipertahankan. Pada diagnosa nyeri akut didapatkan masalah teratasi dan intervensi pada diagnosa nyeri akut dipertahankan. Pada diagnosa gangguan integritas kulit didapatkan masalah teratasi sebagian dan intervensi diagnosa gangguan integritas kulit dilanjutkan. Pada diagnosa risiko infeksi didapatkan tidak ada tanda-tanda infeksi dan intervensi pada diagnosa risiko infeksi dipertahankan.

Adapun tindakan yang dapat dilakukan di rumah untuk diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu mempertahankan kepatuhan diet, menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, dan mempertahankan pengelolaan diabetes. Pada diagnosa nyeri akut tindakan yang dapat dilakukan di rumah adalah mengkolaborasikan pemberian analgetik. Pada diagnosa gangguan integritas kulit untuk tindakan yang dapat dilakukan di rumah adalah memonitor karakteristik luka, memonitor tanda-tanda infeksi, menganjurkan melakukan perawatan luka, menganjurkan untuk mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, dan menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering. Pada diagnosa risiko infeksi untuk tindakan yang dapat dilakukan di rumah adalah mempertahankan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak

dengan pasien dan lingkungan pasien, serta memonitor selalu tanda dan gejala infeksi.

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan pembahasan dalam asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II dengan ulkus diabetikum dalam memenuhi kebutuhan rasa aman di ruang nusa indah RSUD Kota Bandung yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian.

4.2.1 Pengkajian

Pada riwayat kesehatan sekarang pasien mengeluh nyeri, nyeri disebabkan karena adanya luka post operasi debridemen pada ekstremitas bawah kanan pasien. Pasien baru mengetahui dirinya memiliki DM saat dibawa ke rumah sakit dikarenakan lukanya yang sudah lama tidak sembuh. Menurut Kartika, Ronald W., (2017) ulkus kaki diabetik disebabkan tiga faktor yang sering disebut trias, salah satunya infeksi. Selain itu, kadar glukosa darah tidak terkontrol, menyebabkan gangguan sirkulasi jaringan sehingga suplai darah ke pembuluh darah menurun, ditandai dengan hilang atau berkurangnya denyut nadi pada arteri dorsalis pedis, tibialis dan poplitea, kaki menjadi atrofi, dingin dan kuku menebal. Kelainan selanjutnya terjadi nekrosis jaringan sehingga timbul ulkus (Tambunan, 2007 & Waspadji, 2006 dalam Supriyadi, 2017).

Saat dikaji pasien sudah dalam keadaan post operasi debridemen hari ke tiga. Menurut Wijaya, A.S., Putri, Y.M., (2015) dan Yulyastuti, D.A., dkk, (2021)

standar perawatan ulkus kaki diabetik diantaranya kontrol kadar gula darah, debridemen luka, kontrol infeksi, dan pemberian antibiotik yang tepat. Riwayat kesehatan dahulu pasien sebelumnya tidak memiliki riwayat DM dan pada riwayat kesehatan keluarga pasien tidak memiliki riwayat keturunan keluarga dengan DM. Menurut Sulastri (2022) faktor risiko diabetes melitus dibedakan menjadi dua, faktor risiko ini terdiri dari faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain ras dan etnik, riwayat keluarga dengan DM, umur >45 tahun (meningkat seiring dengan peningkatan usia). Adapun faktor yang dapat dimodifikasi berhubungan dengan pola hidup tidak sehat diantaranya adalah berat badan berlebih ($IMT \geq 23 \text{ kg/m}^2$), kurangnya latihan dan kebiasaan mengonsumsi diet tinggi gula dan rendah serat.

Pada pola berkemih dan pola nutrisi pasien tidak ditemukan adanya keluhan, menurut Perkeni (2021) pasien tanda dan gejala pasien DM diantaranya mengalami poliuria, karena sifatnya kadar glukosa darah yang tinggi akan menyebabkan banyak berkemih. Sering berkemih dalam jumlah banyak akan sangat mengganggu, terutama pada waktu malam hari. Gejala yang kedua yaitu, polidipsia. Rasa haus yang berlebih sering dialami oleh pasien diabetes karena banyaknya cairan yang keluar melalui urin. Yang ketiga polifagia, rasa lapar terus menerus sering timbul pada pasien DM karena mengalami keseimbangan kalori negatif, sehingga timbul rasa lapar terus menerus. Pasien mengatakan berat badannya ada penurunan namun tidak mengetahui secara spesifiknya, karena pasien jarang menimbang berat badannya. Menurut tinjauan pustaka, pasien DM juga dapat mengalami penurunan berat badan.

Pada pemeriksaan fisik, pemeriksaan kesadaran didapatkan kesadaran pasien compos mentis dengan GCS 15, pada tinjauan pustaka disebutkan kenaikan dan penurunan kadar glukosa darah dapat menyebabkan penurunan kesadaran pada pasien. Pada tinjauan kasus saat dikaji tidak terjadi penurunan kesadaran karena kondisi kadar glukosa darah pasien dalam keadaan mulai stabil. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital pasien didapatkan hasil dalam batas normal karena pasien sudah tidak mengalami infeksi, sedangkan pada tinjauan pustaka disebutkan pada pasien DM dengan ulkus dapat terjadi peningkatan tanda-tanda vital apabila mengalami infeksi.

Pada pemeriksaan sistem endokrin didapatkan kesenjangan karena pasien tidak mengalami gejala DM seperti poliuri, polifagi, dan polidipsi hanya mengalami gejala mudah lelah dan lemas karena pasien baru mengetahui dirinya memiliki penyakit DM. Menurut Perkeni (2021), rasa lemah yang timbul disebabkan karena glukosa dalam darah tidak dapat masuk dalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan tenaga. Pada pemeriksaan sistem integumen ditemukan adanya luka pada ekstremitas bawah kanan terbalut perban, pada kulit area tungkai tampak kering dan pecah-pecah. Hal ini disebabkan karena kadar glukosa darah yang tinggi dapat menurunkan sensitivitas kulit yang dapat menimbulkan adanya luka.

Pemeriksaan sistem persyarafan pasien tidak mengalami mati rasa terlihat dari kondisi luka pasien juga bagus, tidak ada pucat dan sensasi pasien juga baik masih bisa merasakan sentuhan perawat. Menurut Tambunan, 2007 & Waspadji, 2006 dalam Supriyadi, 2017, kadar glukosa darah yang tinggi semakin lama akan terjadi

gangguan mikro sirkulasi, berkurangnya aliran darah dan hantaran oksigen pada serabut syaraf yang mengakibatkan degenerasi pada serabut syaraf yang lebih lanjut akan terjadi neuropati. Neuropati perifer berupa hilangnya sensasi rasa yang berisiko tinggi menjadi penyebab terjadinya lesi yang kemudian berkembang menjadi ulkus diabetik.

Pada pemeriksaan sistem genitourinaria terdapat kesenjangan data yaitu, pada tinjauan pustaka disebutkan bahwa salah satu gejala DM tipe II adalah poliuri dan pasien DM tipe II berisiko terjadinya nefropati. Sedangkan pada tinjauan kasus pasien tidak ditemukan gejala poliuri dan pasien tidak mengalami nefropati diabetik. Hal ini karena pasien baru didiagnosis DM tipe II.

Data penunjang pasien tidak ada pemeriksaan urine, kultur pus, dan *anle brachial index* (ABI). Karena pada hasil laboratorium dalam rekam medis pasien tidak tercantum pemeriksaan urin dan kultur pus. Pada Pemeriksaan *anle brachial index* (ABI) pada pasien tidak dilakukan, hal ini karena kondisi luka pasien yang pas pada bagian *anle* sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukan pemeriksaan *anle brachial index* (ABI).

1.2.1. Diagnosa Keperawatan

Penetapan diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI). Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka yang tidak ditemukan pada tinjauan kasus adalah hambatan mobilitas fisik. Hal ini dikarenakan, dalam aktivitas sehari-harinya pasien tidak sepenuhnya bergantung pada bantuan istrinya. Ada empat diagnosa keperawatan pada pasien berdasarkan

hasil studi kasus, diantaranya ketidakstabilan kadar glukosa darah, nyeri akut, gangguan integritas kulit, dan risiko infeksi.

Diagnosa keperawatan yang menjadi fokus pada studi kasus ini adalah nyakut berhubungan dengan post operasi debridemen. Nyeri disebabkan karena adanya luka post operasi debridemen pada bagian ekstremitas bawah kanan. Yang kedua adalah gangguan integritas kulit. Akibat DM tipe II menyebabkan kerusakan vaskuler akibat hiperglikemia sehingga pasien yang mengalami trauma langsung atau cedera berisiko terjadinya ulkus diabetikum. Apabila sudah terjadi ulkus diabetikum perlu dilakukan tindakan untuk mengatasinya, salah satunya dengan operasi debridemen.

Dan yang terakhir adalah risiko infeksi dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada luka bagian ekstremitas bawah kananya, tampak ada luka bagian ekstremitas bawah kanan, kondisi luka baik kulit berwarna merah muda tidak pucat dan sensasi baik, dengan S : 36,8⁰CRR : 20x/menit, N : 90x/menit dan TD : 120/80 mmHg. Dengan adanya luka post operasi debridemen pada bagian ekstremitas bawah kanan pasien dapat menghambat proses penyembuhan luka dan berisiko terjadinya infeksi.

1.2.2. Perencanaan

Penulis menyusun rencana keperawatan dengan meliputi, observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi pada setiap diagnosa yang bersumber dari buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan keperawatan yang disusun untuk mengatasi semua masalah yang ada pada pasien. Perencanaan pada fokus diagnosa studi kasus diantaranya, untuk diagnosa nyeri akut dengan tujuan

setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Adapun tindakan yang dilakukan, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, monitor tanda-tanda vital, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, dan kolaborasi pemberian analgetik.

Untuk diagnosa gangguan integritas kulit dan risiko infeksi pada pasien diabetes melitus tipe II dengan ulkus diabetikum dalam memenuhi kebutuhan rasa aman diantaranya, dilakukan intervensi selama 3x7 jam dengan tujuan diharapkan integritas kulit membaik dan tindakan yang dilakukan gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, dan bau), lakukan perawatan luka dengan mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan prosedur perawatan luka mandiri, dan kolaborasi pemberian antibiotik. Terdapat kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu, pada tinjauan pustaka tidak dilakukan tindakan hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim, dan kolaborasi prosedur debridemen. Tindakan tersebut tidak dilakukan karena pasien post operasi debridemen dan pasien serta keluarga mengetahui kalau alkohol, suhu ekstrim dan asupan nutrisi berpengaruh pada kondisi luka pasien. Dan yang terakhir untuk diagnosa risiko infeksi intervensi yang dilakukan adalah, monitor tanda-tanda infeksi, monitor tanda-tanda vital, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan

pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, dan ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

1.2.3. Implementasi

Pada tahap implementasi penulis mengatasi empat diagnosa keperawatan yang ada pada pasien. Untuk seluruh implementasi telah diberikan kepada Tn. K dan memberikan dampak yang positif kepada pasien yang terbukti dari hasil evaluasi formatif yang didapatkan setiap harinya. Implementasi dilakukan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah disusun sebelumnya.

Implementasi pada diagnosa fokus pertama yaitu nyeri akut dengan melakukan tindakan memonitor tanda-tanda vital dan mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dan mengkolaborasikan pemberian analgetik. Menurut Chandra et al., (2016) dalam *jurnal Tingkat Pengetahuan Masyarakat Terhadap Obat Analgesik Pada Swamedikasi Untuk Mengatasi Nyeri Akut*, nyeri merupakan sensasi yang mengindikasikan bahwa tubuh sedang mengalami kerusakan jaringan, inflamasi, atau kelainan yang lebih berat seperti disfungsi sistem saraf. Oleh karena itu nyeri sering disebut sebagai alarm untuk melindungi tubuh dari kerusakan jaringan yang lebih parah. Rasa nyeri seringkali menyebabkan rasa tidak nyaman seperti rasa tertusuk, rasa terbakar, rasa kesetrum, dan lainnya sehingga mengganggu kualitas hidup pasien atau orang yang

mengalami nyeri. Analgesik adalah obat yang selektif mengurangi rasa sakit dengan bertindak dalam sistem saraf pusat atau pada mekanisme nyeri perifer, tanpa secara signifikan mengubah kesadaran.

Implementasi pada diagnosa gangguan integritas kulit dengan melakukan tindakan perawatan luka dengan mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan prosedur perawatan luka mandiri, dan mengkolaborasikan pemberian antibiotik, menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, dan memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, dan bau). Tindakan ini dilakukan setiap hari selama di rumah sakit. Saat dirumah pasien mendapatkan arahan dari dokter untuk perawatan luka dapat dilakukan setiap dua hari sekali, sehingga pada saat melakukan kunjungan rumah hanya sekali memberikan tindakan perawatan luka. Perawatan luka yang digunakan pasien adalah dengan menggunakan metode konvensional sesuai dengan standar operasional prosedur dari rumah sakit. Pada saat di rumah penulis menyarankan pasien dan keluarga untuk menggunakan metode perawatan luka modern.

Menurut Kemenkes (2022), ada perbedaan mendasar antara perawatan luka konvensional dengan perawatan luka modern. Dimana perawatan luka secara konvensional tidak mengenal perawatan luka lembab, kassa biasanya lengket pada luka karena luka dalam kondisi kering. Pada cara konvensional pertumbuhan jaringan lambat sehingga menyebabkan tingkat resiko infeksi lebih tinggi. Balutan yang digunakan juga hanya menggunakan kassa.

Sedangkan untuk teknik modern, perawatan luka lembab sehingga area luka tidak kering sehingga tidak mengakibatkan kassa tidak lengket pada luka. Dengan adanya kelembaban tersebut dapat memicu pertumbuhan jaringan lebih cepat dan tingkat resiko terjadinya infeksi menjadi rendah. Karena dengan balutan luka modern, luka tertutup dengan balutan luka. Lingkungan yang lembab mengoptimalkan dan mempercepat penyembuhan luka.

Keunggulan dari teknik perawatan luka modern dibanding cara konvensional yaitu, memfasilitasi autolysis debridement, atau kemampuan tubuh untuk melepaskan jaringan mati dengan bantuan zat yang dihasilkan tubuh yaitu enzim proteolitik. Dengan bersihnya jaringan mati maka akan mempercepat tumbuhnya jaringan sehat. Mengurangi biaya perawatan. Dengan berkurangnya waktu penyembuhan luka berkurangnya frekuensi pergantian balutan, konsep perawatan luka lembab dapat menurunkan biaya perawatan. Keunggulan lainnya dari teknik perawatan luka modern dibanding cara konvensional adalah dalam manajemen luka.

1.2.4. Evaluasi

Masalah keperawatan yang teratasi adalah nyeri akut dengan hasil evaluasi, ketidakstabilan kadar glukosa darah, dan risiko infeksi. Sedangkan untuk diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit belum teratasi penuh karena masih terdapat luka walaupun kondisi luka pasien baik, dan kulit area tungkai dan punggung kaki kering dan pecah-pecah. Untuk itu intervensi tetap dilanjutkan. Untuk diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah, nyeri risiko infeksi untuk intervensi tetap dipertahankan. Hal ini dikarenakan dengan kontrol glukosa darah

yang baik dan pencegahan infeksi berpengaruh pada proses penyembuhan luka pasien.

1.2.5. Pendokumentasian

Pendokumentasian asuhan keperawatan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada perbedaan, menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah. Data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah disusun sebelumnya. Untuk dokumentasi hasil studi kasus terlampir.

4.3 Keterbatasan

Berdasarkan pada pengalaman langsung dalam proses studi kasus ini, ada beberapa faktor yang dialami dan dapat menjadi faktor yang lebih diperhatikan kembali bagi yang akan melaksanakan studi kasus yang akan datang, karena dalam studi kasus memiliki kekurangan yang perlu terus diperbaiki untuk kedepannya. Pada saat melakukan studi kasus penulis tidak melakukan pemeriksaan *anckle brachial index* (ABI) hal ini karena kondisi luka pasien yang tidak memungkinkan untuk dilakukan pemeriksaan ABI. Selain itu, pada saat melakukan perawatan luka di rumah pasien, penulis mengalami keterbatasan alat sehingga pada saat perawatan di rumah penulis melakukan perawatan luka dengan alat seadaanya.