

BAB 2

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini menjelaskan terkait asuhan keperawatan yang dapat digambarkan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Menjelaskan mengenai perawatan luka dengan Teknik *moist wound healing* dengan gangguan integritas kulit pada pasien DM.

2.1 Pengkajian

2.1.1 Identitas Pasien

Pada pasien Ny. K berusia 55 tahun, status perkawinan kawin, Pendidikan SMA, pekerjaan IRT, agama islam, Alamat nya Banjarsari Permai L-19 Rt 11 Rw 02 Kec. Manyar Kab. Gresik. Pasien datang ke IGD pada tanggal 30 Desember 2022 jam 15.00 WIB dengan No RM 897xxx dengan diagnosis penyakit Diabetes melitus tipe II. Pasien dipindahkan ke ruang Ixia pada tanggal 30 Desember 2022 jam 23.00 WIB . Penanggungjawab pasien yaitu suaminya yang bernama Tn. A. Dilakukan pengkajian pada tanggal 2 Januari 2023 Jam 08.00 WIB.

2.1.2 Riwayat Penyakit

1. Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 2 Januari 2023 pasien mengeluh terdapat luka pad kaki kiri bagian tungkai yang tak kunjung sembuh.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien dibawa oleh suaminya ke IGD RSUD Ibnu Sina Gresik pada tanggal 30 Desember 2022 jam 15.00 wib. Pasien mengeluh kaki kirinya tidak kunjung sembuh terdapat luka sudah sejak 3 minggu yang lalu. Hasil TTV didapatkan TD: 171/88 mmHg Nadi : 98x/m Rr : 17x/m Suhu : 36°C SpO2 : 100%. Hasil GDA pada saat di IGD yaitu 480. Pasien dipindahkan ke ruang penyakit dalam yaitu ruangan Ixia.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki penyakit DM sudah sejak 5 tahun yang lalu. Dan pasien memiliki riwayat HT.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ibunya dahulu memiliki penyakit DM.

5. Riwayat Alergi

Pasien tidak ada riwayat alergi seperti alergi obat maupun makanan.

2.1.3 Pemeriksaan Fisik B1-B6

- *Breathing* (B1)

Inspeksi yang didapatkan gerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak ada retraksi otot bantu napas, tidak ada pernafasan cuping hidung. Auskultasi yang didapatkan terdengar bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat bunyi nafas tambahan. Palpasi yang didapatkan Tidak ada nyeri tekan pada dinding dada, tidak ada trauma dada, fremitus simetris kanan kiri vibrasi ringan teraba pada dinding dada selama bersuara. Perkusi yang didapatkan Terdengar suara sonor

- *Blood* (B2)

Inspeksi yang didapatkan Tidak ada iktus jantung,, kesadaran composmentis, GCS = E4V5M6. Hb : 11,2 Ht : 32 (L) HbA1c : 9,70 (H). Palpasi yang didapatkan Nadi teraba cepat (98x/Menit), tekanan darah meningkat (171/88 mmHg) HbA1c : 9,70 (H). Perkusi yang didapatkan batas kanan adalah ruang ICS ke 3 s/d 5 pada alenea parasternalis kanan. Batas kiri adalah ruang ICS ke 3 linea parasternalis kiri s/d ruang ICS ke 5 linea axilaris anterior kiri. Bagian Atas adalah ruang ICS ke 3 linea parasternal kanan s/d ke 3 linea parasternalis kiri. Batas bawah adalah ruang ICS ke 5 linea parasternalis kanan s/d ruang ICS ke 5 linea axilaris anterior kiri. Auskultasi yang didapatkan Terdengar S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi mur-mur.

- *Brain* (B3)
Inspeksi yang didapatkan kepala bulat tidak ada benjolan. Palpasi yang didapatkan tidak teraba benjolan dan tidak ada nyeri tekan.
- *Bladder* (B4)
Inspeksi yang didapat tidak ada pembengkakan pada kandung kemih, pasien terpasang kateter uk 16, urin tampung : 300/8 jam. Palpasi yang didapat tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.
- *Bowel* (B5)
Inspeksi yang didapat Bentuk abdomen simetris kanan kiri, tidak ada asites. Auskultasi yang didapat bising usus = 15x/menit. Perkusi yang didapat terdengar suara tympani, ada pantulan gelombang suara pantulan. Palpasi yang didapat tidak ada nyeri tekan pada abdomen.
- *Bone* (B6)
Inspeksi yang didapat Tidak ada fraktur, kaki simetris kanan kiri, terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai (calcaneus) , dengan kondisi luka : Terdapat cairan, Berwarna kuning kemerahan, Panjang luka : 10cm, Kedalaman luka : 2cm, Tercium bau gas, Palpasi yang didapat Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema. Perkusi yang didapat sensori kaki kanan dan kiri (+/+).

2.2 Diagnosa Keperawatan

2.2.1 Analisa Data

Tabel 2.1 : Analisa Data

Data Fokus	Etiologi	Masalah
Ds: Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai Do: 1) Terdapat luka pada kaki sebelah kiri bagian tungkai (calcaneus) 2) Pemeriksaan B6 (Bone)	Diabetes mellitus ↓ Kerusakan sel beta ↓ Kadar gula darah tinggi ↓	Gangguan integritas kulit

<p>- Inspeksi : Tidak ada fraktur, kaki simetris kanan kiri, terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai (calcaneus) , dengan kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat cairan • Berwarna kuning kemerahan hitam • Panjang luka : 10cm • Kedalaman luka : 2cm • Tercium bau gas <p>- Palpasi : Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema</p> <p>- Perkusi : sensori kaki kanan dan kiri (+/+)</p> <p>- Auskultasi : -</p> <p>3) GDA pagi : 280</p> <p>Pemeriksaan Penunjang</p> <p>- Hasil laboratorium pada tanggal 31 Desember 2022 Jam 18.00 WIB didapatkan HbA1c : 9,70 (H)</p>	<p>Kemampuan sel darah putih</p> <p>↓</p> <p>memfagositosis dan membunuh kuman berkurang</p> <p>Kekebalan tubuh menurun</p> <p>↓</p> <p>Kuman pada borok berkembangbiak</p> <p>↓</p> <p>Terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan kulit semakin melebar</p> <p>↓</p> <p>Gangguan integritas kulit</p>	
--	---	--

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil dari pengkajian dan analisis data yang telah dilakukan peneliti, dapat disimpulkan diagnosis keperawatan dari kasus tersebut adalah Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan luka pada kaki kiri bagian calcalius.

2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 : Intervensi Keperawatan

No	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Integritas kulit (L. 14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Kemerahan menurun 	<p>Perawatan Luka (I. 14564)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (Mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Melakukan perawatan luka dengan <i>Teknik moist wound healing</i> (SOP Terlampir) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan tanda dan gejala terjadinya infeksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi pemberian terapi obat yaitu : <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxone 3x1gr / IV - Novorapid 3x8 unit / SC

2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 2.3 : Implementasi Keperawatan

Hari/Tanggal/ Jam	Implementasi Keperawatan	Paraf
Hari ke-1 / 2-1-2023 08.30 08.35 08.40	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (Mis. Drainase, warna, ukuran, bau) <p>Respon :</p> <p>Kondisi luka pada kaki pasien sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat cairan - Berwarna kuning kemerahan hitam - Panjang luka : 10cm - Kedalaman luka : 2cm - Tercium bau gas <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Respon :</p> <p>Mencegah terjadinya infeksi</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Melakukan perawatan luka dengan <i>Teknik moist wound healing</i> (SOP Terlampir) <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan perawatan luka dengan <i>moist wound healing</i> sesuai SOP - Pada balutan terdapat cairan yang merembes - Mempertahankan Teknik steril saat perawatan luka - Pasien kooperatif <p>Edukasi :</p>	

08.50	<p>4. Jelaskan tanda dan gejala terjadinya infeksi</p> <p>Respon :</p> <p>Keluarga dan pasien kooperatif</p> <p>Kolaborasi</p>	
09.00	<p>5. Kolaborasi pemberian terapi obat yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxone 3x1gr / IV - Novorapid 3x8 unit / SC <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan Injeksi Iv Ceftriaxone 1 gr - Injeksi Sc Novorapid 8 Unit 	
<p>Hari ke-2 / 3-1-2023 08.30</p> <p>08.35</p> <p>08.40</p>	<p>Observasi :</p> <p>1. Monitor karakteristik luka (Mis. Drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>Respon :</p> <p>Kondisi luka pada kaki pasien sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat cairan - Berwarna kemerahan - Panjang luka : 10cm - Kedalaman luka : 2cm - Tercium bau gas <p>2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Respon :</p> <p>Mencegah terjadinya infeksi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Melakukan perawatan luka dengan <i>Teknik moist wound healing</i> (SOP Terlampir)</p> <p>Respon :</p>	

<p>08.50</p> <p>09.00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan perawatan luka dengan <i>moist wound healing</i> sesuai SOP - Pada balutan terdapat cairan yang merembes - Mempertahankan Teknik steril saat perawatan luka - Pasien kooperatif <p>Edukasi :</p> <p>4. Jelaskan tanda dan gejala terjadinya infeksi</p> <p>Respon :</p> <p>Keluarga dan pasien kooperatif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5. Kolaborasi pemberian terapi obat yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxone 3x1gr / IV - Novorapid 3x8 unit / SC <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan Injeksi Iv Ceftriaxone 1 gr - Injeksi Sc Novorapid 8 Unit 	
<p>Hari ke-3 / 4-1-2023 08.30</p>	<p>Observasi :</p> <p>1. Monitor karakteristik luka (Mis. Drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>Respon :</p> <p>Kondisi luka pada kaki pasien sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cairan berkurang - Berwarna kemerahan - Panjang luka : 10cm - Kedalaman luka : 2cm - Tercium bau gas 	

08.35	<p>2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Respon :</p> <p>Mencegah terjadinya infeksi</p> <p>Terapeutik :</p>	
08.40	<p>3. Melakukan perawatan luka dengan <i>Teknik moist wound healing</i> (SOP Terlampir)</p> <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan perawatan luka dengan <i>moist wound healing</i> sesuai SOP - Pada balutan terdapat cairan yang merembes - Mempertahankan Teknik steril saat perawatan luka - Pasien kooperatif <p>Edukasi :</p>	
08.50	<p>4. Jelaskan tanda dan gejala terjadinya infeksi</p> <p>Respon :</p> <p>Keluarga dan pasien kooperatif</p> <p>Kolaborasi</p>	
09.00	<p>5. Kolaborasi pemberian terapi obat yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxone 3x1gr / IV - Novorapid 3x8 unit / SC <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan Injeksi Iv Ceftriaxone 1 gr - Injeksi Sc Novorapid 8 Unit 	

2.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 2.4 : Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Paraf
3-1-2023 08.00	<p>S = Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - kondisi luka : <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat cairan • Berwarna kuning kemerahan hitam • Panjang luka : 10cm • Kedalaman luka : 2cm • Tercium bau gas - Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema - sensori kaki kanan dan kiri (+/+) • GDA Pagi : 200 • SPO2 100% <p>A = Masalah Keperawatan Gangguan Integritas Kulit</p> <p>P = Intervensi dilanjutkan (1-12)</p>	
4-1-2023 08.00	<p>S = Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - kondisi luka : <ul style="list-style-type: none"> • cairan berkurang • Berwarna kemerahan • Panjang luka : 10cm • Kedalaman luka : 2cm • Tercium bau gas 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema - sensori kaki kanan dan kiri (+/+) • GDA Pagi : 220 • SPO2 100% <p>A = Masalah Keperawatan Gangguan Integritas Kulit</p> <p>P = Intervensi dilanjutkan (1-12)</p>	
5-1-2023 08.00	<p>S = Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - kondisi luka : <ul style="list-style-type: none"> • Cairan Berkurang • Berwarna kemerahan • Panjang luka : 10cm • Kedalaman luka : 2cm • Tercium bau gas - Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema - sensori kaki kanan dan kiri (+/+) • GDA Pagi : 117 • SPO2 100% <p>A = Masalah Keperawatan Gangguan Integritas Kulit</p> <p>P = Intervensi dihentikan klien KRS, Kontrol Poli Penyakit Dalam</p>	

2.6 Penerapan rencana tindakan keperawatan berbasis bukti

Teknik perawatan luka dengan Moist wound healing ialah proses penyembuhan luka secara lembab atau moist dengan mempertahankan isolasi lingkungan luka berbahan oklusif dan semi oklusif (Fatmadona &

6 Oktarina, 2016). Teknik ini dilakukan perawat pada terapi non farmakologi untuk mempercepat proses penyembuhan pada pasien.

Prosedur dalam perawatan luka dengan prinsip Moist Wound Healing tetap memperhatikan tiga tahap yakni mencuci luka, membuang jaringan mati dan memilih balutan. Mencuci luka bertujuan menurunkan jumlah bakteri dan membersihkan sisa balutan lama. Cairan yang digunakan dalam prosedur perawatan luka Moist Wound Care pada hal ini ialah dengan menggunakan cairan Normal Saline 0,9 %. Kemudian membuang jaringan yang mati yang bertujuan untuk membuang jaringan nekrotik atau sel mati dari permukaan luka. Dan yang terakhir memilih balutan luka yang biasa digunakan dalam perawatan luka diabetic.

Dalam mengatasi masalah Ny. K selain penerapan tindakan keperawatan sesuai buku pedoman SIKI (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia) dan kolaborasi dengan tenaga medis yang lain. Perlu dilakukannya tindakan non farmakologis lainnya. Untuk mengatasi gangguan integritas kulit. Tindakan yang dilakukan yaitu perawatan luka dengan metode *moist wound healing*. Tujuan dari tindakan tersebut yaitu mempercepat proses luka pada pasien diabetes. Penyembuhan luka ± membutuhkan waktu 10- 14 hari untuk menghasilkan reepitalisasi secara normal dan biasanya menyisahkan jaringan parut tipis yang dengan cepat memudar dari warna merah muda menjadi putih. Meskipun demikian, diperlukan waktu beberapa bulan bagi jaringan untuk memperoleh kembali segala sesuatunya seperti kekuatan regangan mereka sebelumnya.