

BAB 3

PEMBAHASAN

3.1 Analisis Pengkajian

Analisis asuhan keperawatan pada Ny. K umur 55 tahun sebagai pasien kelolaan utama dengan diagnosa medis DM Tipe II didapatkan hasil pengkajian, pasien mengatakan keluhan utamanya mengeluh luka pada kaki bagian tungkai tidak kunjung sembuh. Px mengatakan sejak 1 bulan yang lalu luka tidak kering dan belum kunjung sembuh. Hasil pemeriksaan fisik yang berfokus pada B6 (*Bone*) Inspeksi : 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 : Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema. Perkusi : sensoris kaki kanan dan kiri (+/+), Auskultasi : -. Pada pemeriksaan Pengukuran tanda-tanda vital pasien didapatkan TD: 171/88 mmHg Nadi : 98x/m Rr : 17x/m Suhu : 36°C SpO₂ : 100%. Hasil GDA : 480.

Pengkajian pada pasien ke-2 yaitu Ny. T umur 55 tahun didapatkan data bahwa keluhan utama pasien mengatakan luka pada kaki. Px juga mengeluh luka tak kunjung sembuh, dan didiagnosa medis DM Tipe II. Pada pemeriksaan fisik yang difokuskan pada B6 (*Bone*) Inspeksi : Tidak ada fraktur, kaki simetris kanan kiri, terdapat luka pada kaki, dengan kondisi luka : Terdapat cairan, Berwarna kuning, Panjang luka : 12 cm, Kedalaman luka : 2cm, Tercium bau gas, Palpasi : Teraba hangat, CRT <3 detik, tidak terdapat edema. Perkusi : sensoris kaki kanan dan kiri (+/+), Auskultasi : -. Pada pemeriksaan Pengukuran tanda-tanda vital pasien didapatkan TD: 150/80 mmHg Nadi : 98x/m Rr : 17x/m Suhu : 36°C SpO₂ : 100%. Hasil GDA : 330.

Hasil analisis pengkajian pada pasien ke-3 melalui wawancara ke Ny. F umur 55 tahun didapatkan keluhan utama luka pada kaki dibagian paha. Keluarga Pasien mengatakan pasien terlalu lama betrest sehingga

muncul luka pada paha akibat gesekan di tempat tidur. Pasien memiliki riwayat CVA sejak 4 bulan yang lalu. Setelah itu dilakukan pemeriksaan fisik B6 (*Bone*) Inspeksi : Tidak ada fraktur, kaki simetris kanan kiri, terdapat luka pada kaki dibagian paha , dengan kondisi luka : Terdapat cairan, Berwarna putih, Panjang luka : 4cm, Kedalaman luka : 0,5 cm, Tercium bau gas, Palpasi : Teraba hangat, CRT <3 detik, tidak terdapat edema. Perkusi : sensoris kaki kanan dan kiri (-/-), Auskultasi : -. Pada pemeriksaan Pengukuran tanda-tanda vital pasien didapatkan TD: 180/90mmHg Nadi : 98x/m Rr : 17x/m Suhu : 36°C SpO2 : 100%. Hasil GDA : 455.

Pengkajian adalah data yang dikumpulkan secara sistematis untuk menentukan status kesehatan, fungsional serta pola respon klien pada saat ini dan sebelumnya. Pengkajian terdapat dua tahap yaitu mengumpulkan data dan analisis data. Pengumpulan data didapat dari sumber primer (klien) maupun sekunder (keluarga, tenaga kesehatan, rekam medis). Selanjutnya, analisis data sebagai data menegakkan diagnosis keperawatan yang berisi identifikasi dari berbagai masalah (Potter & Perry, 2009). Menurut Potter & Perry (2012) tanda dan gejala gangguan integritas kulit/jaringan terdapat lima tanda/gejala yaitu kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan dan hematoma. Dari hasil pengkajian yang didapat dari ketiga pasien terdapat salah satu tanda dan gejalanya seperti kemerahan. Proses terjadinya gangguan integritas kulit/jaringan pada pasien diabetes melitus diakibatkan adanya neuropati perifer dan perubahan sirkulasi.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Anggriani, S., Hariani., & Dwianti, U, 2019) pengkajian yang dilakukan pada pada pasien diabetes didapatkan luka yang tak kunjung sembuh sehingga dilakukan perawatan luka modern dressing dengan Teknik moist would healing. Kelompok balutan modern mempunyai perkembangan perbaikan luka yang lebih baik dibandingkan kelompok balutan konvensional.

3.2 Analisis Diagnostik

Berdasarkan pengkajian pada pasien kelolaan utama didapatkan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan luka pada kaki, kondisi luka : Terdapat cairan, Berwarna kuning kemerahan, Panjang luka : 10cm, Kedalaman luka : 2cm, Tercium bau gas.

Berdasarkan pengkajian pada pasien ke-2 dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan Perubahan sirkulasi ditandai dengan terdapat luka pada kaki, dengan kondisi luka : Terdapat cairan, Berwarna kuning, Panjang luka : 12 cm, Kedalaman luka : 2cm, Tercium bau gas.

Hasil pengkajian pada pasien ke-3 melalui pengkajian dapat dirumuskan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan kondisi luka : Terdapat cairan, Berwarna putih, Panjang luka : 4cm, Kedalaman luka : 0,5 cm, Tercium bau gas.

Peneliti berpendapat, gangguan integritas kulit merupakan hal penting yang harus segera ditangani pada DM Tipe II. Berdasarkan pengkajian yang didapat pengkajian pada pasien DM hiperglikemia dengan luka ulkus DM muncul diagnose keperawatan yaitu gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit kemerahan. Gangguan integritas kulit/jaringan merupakan kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen). Penegakan sebuah diagnosis keperawatan yaitu memenuhi kriteria ditemukannya 80-100% tanda/gejala mayor (SDKI, 2016).

3.3 Analisis Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan kasus DM Tipe II dan diagnosis keperawatan Gangguan integritas kulit yaitu dengan menggunakan intervensi perawatan luka. Meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi dengan tenaga medis lainnya untuk

memenuhi kriteria dan hasil yang telah ditetapkan. rencana tindakan yang akan diterapkan ke masing-masing pasien antara lain: Intervensi yang dilakukan yaitu perawatan luka yang meliputi monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, dan bau) untuk menilai luka apakah ada perbaikan atau perburukan pada luka tersebut, melakukan perawatan luka dengan tetap mempertahankan teknik steril pada perawatan menggunakan teknik moist wound healing agar mempercepat proses penyembuhan luka, serta mempertahankan teknik steril agar tidak terjadinya infeksi atau mencegah terjadinya infeksi, ajarkan prosedur perawatan luka dengan Teknik moist wound healing kepada pasien dan keluarga agar mampu melakukan bagaimana cara perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotik untuk mengatasi dan mencegah infeksi bakteri (SIKI, 2017)

Dengan menggunakan teknik lembab/ *moist wound healing*, dilakukan secara rutin. Tujuan utamanya adalah untuk mempercepat proses penyembuhan, kualitas penyembuhan baik serta dapat mengurangi biaya perawatan luka (Ose et al., 2018).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sri Angriani, Hj. Hariani & Ulfa Dwianti pada tahun 2019 (Efektivitas perawatan luka modern dressing dengan metode moist wound healing pada ulkus diabetik di klinik perawatan luka ETN CENTRE MAKASSAR) dan penelitian yang dilakukan oleh Subandi, E., & Sanjaya, K. A., pada tahun 2019 (Efektivitas modern dressing terhadap proses penyembuhan luka diabetes melitus tipe 2) terbukti bahwa moist wound healing efektif dalam penyembuhan ulkus diabetes (Lestari et al., 2022).

3.4 Analisis Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada pasien kelolaan utama dilakukan implementasi selama 3 hari. Mulai tanggal 2 Januari 2023 sampai 4 Januari 2023. Pasien DM tipe II dengan masalah keperawatan Gangguan integritas kulit diberikan implementasi berupa: Intervensi yang dilakukan yaitu perawatan luka yang meliputi monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, dan bau) untuk menilai luka apakah ada perbaikan atau perburukan

pada luka tersebut, melakukan perawatan luka dengan tetap mempertahankan teknik steril pada perawatan menggunakan teknik moist wound healing agar mempercepat proses penyembuhan luka, serta mempertahankan teknik steril agar tidak terjadinya infeksi atau mencegah terjadinya infeksi, ajarkan prosedur perawatan luka dengan Teknik moist wound healing kepada pasien dan keluarga agar mampu melakukan bagaimana cara perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotik untuk mengatasi dan mencegah infeksi bakteri.

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan (Afni Wulandari, 2019). Implementasi dilakukan pada ketiga klien secara umum merupakan tindakan keperawatan dari rencana yang telah direncanakan. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari mulai dari hari pertama pengkajian sampai hari ketiga.

Implementasi hari pertama terhadap klien kelolaan utama yaitu didapatkan hasil luka masih terdapat cairan dan masih memerah. Telah dilakukan perawatan luka dengan Teknik moist wound healing agar luka cepat mengering dan proses penyembuhan jadi lebih cepat. Begitu pula pada pasien Ny. T dan Ny. F luka pada hari pertama masih belum terdapat perubahan. Luka masih merah dan terdapat cairan serta berbau gas. Dilakukan perawatan luka untuk mempercepat proses penyembuhan lukanya. Dengan Teknik moist wound healing setiap perawatan luka nya dengan mempertahankan prinsip steril pada semua klien.

Implementasi hari kedua, pada pasien kelolaan utama luka masih memerah, tetapi cairan tidak banyak serta bau gas masih tercium. Dengan dilakukannya teknik perawatan luka moist wound healing kecepatan proses penyembuhan luka pada klien akan membaik. Mengontrol kadar gula darah dan insulin secara rutin.

Implementasi hari ketiga, Pada pasien kelolaan utama hari ketiga sudah tampak cairan tidak merembes pada kassa tapi luka masih memerah. Dengan ini luka dapat membaik dengan dilakukannya Teknik moist wound healing karena mengurangi produksi cairan pada luka dan luka jadi cepat mengering. Dengan itu peneliti ajarkan kepada keluarga pasien mengenai

Teknik perawatan luka dengan Teknik moist wound healing agar dapat di implementasikan pada klien sehingga proses penyembuhan luka pada klien dapat membaik.

3.5 Analisis Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan oleh peneliti pada keesokan harinya setelah dilakukan implementasi dan pada jam yang sama. Untuk hasil dari tindakan keperawatan hari pertama pada pasien utama penerapan intervensi perawatan luka dengan Teknik moist wound healing pasien kooperatif. Dari data subjektif, pasien mengatakan luka masih memerah. Sedangkan dari data objektif luka pada kaki pasien timbul granulasi kemerahan Terdapat cairan Berwarna kuning kemerahan hitam, Panjang luka : 10cm, Kedalaman luka : 2cm, Tercium bau gas.

Evaluasi dari tindakan keperawatan hari kedua pada pasien utama dengan penerapan intervensi keperawatan perawatan luka dengan *Teknik moist wound healing*. Didapatkan data subjektif pasien mengatakan luka timbul kemerahan, dan data objektif pasien kondisi luka cairan berkurang, warna kemerahan, bau gas berkurang.

Pada evaluasi keperawatan hari ketiga pasien utama, dengan intervensi keperawatan beserta perawatan luka dengan *Teknik moist wound healing* didapatkan evaluasi dari data subjektif Pasien mengatakan luka pada kaki nya sudah lebih membaik. Data objektifnya kondisi luka pada pasien timbul granulasi yang dapat mempercepat penyembuhan luka.

Untuk pasien kedua didapatkan hasil evaluasi keperawatan dihari pertama penerapan intervensi perawatan luka dengan Teknik *moist wound healing* pasien kooperatif dan mau diberikan perawatan. Dari data subjektif pasien mengeluh luka di kaki yang tak kunjung sembuh, dan dari data objektif kondisi luka pada pasien yaitu terdapat cairan, luka berwarna putih kemerahan dan Panjang 12cm dengan kedalaman 2cm.

Dihari kedua didapatkan hasil evaluasi dari data subjektif pasien mengatakan luka pada kaki timbul kemerahan. Data objektif kondisi luka cairan berkurang, luka berwarna kemerahan dan Panjang 12cm dengan kedalaman 2cm.

Pada evaluasi hari ketiga pada pasien kedua didapatkan hasil evaluasi berupa data subjektif pasien mengatakan luka pada kaki timbul kemerahan. Untuk data objektif kondisi luka cairan berkurang, luka berwarna kemerahan timbul granulasi dan Panjang 12cm dengan kedalaman 2cm.

Hasil evaluasi keperawatan pada pasien ketiga dihari pertama dan dengan intervensi yang sama didapatkan hasil berupa data subjektif pasien mengatakan luka pada paha tak kunjung sembuh. Data objektif keluarga pasien mengatakan luka pada pada akibat gesekan tempat tidur karena asien bedrest akibat CVA. Kondisi luka terapat cairan, warna kemerahan kuning, Panjang luka 7cm kedalaman luka yaitu 0,05cm.

Evaluasi keperawatan dihari kedua dengan intervensi yang sama didapatkan hasil berupa data subjektif pasien mengatakan luka pada paha yang memerah. Data objektif keluarga pasien mengatakan luka pada pada akibat gesekan tempat tidur karena asien bedrest akibat CVA. Kondisi luka cairan berkurang, warna kemerahan, Panjang luka 7cm kedalaman luka yaitu 0,05cm.

Dihari ketiga didapatkan hasil didapatkan hasil berupa data subjektif pasien mengatakan luka pada paha yang memerah. Data objektif keluarga pasien mengatakan luka pada pada akibat gesekan tempat tidur karena asien bedrest akibat CVA. Kondisi luka cairan berkurang, warna kemerahan, Panjang luka 7cm kedalaman luka yaitu 0,05cm.

Evaluasi yang diperoleh pada pasien kelolaan utama dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian, hal tersebut dapat dilihat tercapainya tujuan dan kriteria hasil integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil yaitu kerusakan lapisan kulit kriteria (1) menurun menjadi (3) sedang dan kemerahan kriteria (5) meningkat menjadi (1) menurun. Dengan hasil panjang luka 3 cm, lebar 2 cm dengan kedalaman 0,5 mm. Serta tetap mempertahankan kondisi dan lanjutkan intervensi secara mandiri/bantuan keluarga dengan mengajarkan Teknik perawatan luka *moist wound healing* untuk luka dengan tujuan untuk

mempertahankan kelembaban luka serta mempercepat proses penyembuhan luka.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Khoirunisa, D., Hisni, D., & Widowati, R., 2020. adanya perbedaan signifikan dalam rerata skor penyembuhan luka ulkus diabetikum sebelum dan sesudah diberikan modern dressing. Artinya dengan metode ini penyembuhan luka sangat signifikan dan dibuktikan dengan tumbuhnya granulasi pada luka setelah dilakukan perawatan luka pada pasien (Lestari et al., 2022).

