

Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan pada Ny.S dengan Diabetes Melitus di Ruang Edelweis Rsud Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga

Zulfa Amalia Winaz¹⁾, Amin Susanto²⁾, Ikit Netra Wirakhmi³⁾

Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Harapan Bangsa

¹Email : zulfaamalia2711@gmail.com; ²Email : aminsusanto@uhb.ac.id; ³Email : ikitwirakhmi@gmail.com

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic condition that occurs in the body because it is unable to produce or unable to produce a lot of the hormone insulin or the lack of effectiveness of insulin. Based on survey data obtained from RSUD dr. R. Goeteng Tareonadibrata Purbalingga in 2020 increased to 527 cases. Problems that often arise in people with Diabetes Mellitus are diabetic ulcers or gangrene which are at risk of experiencing infection, resulting in disruption of tissue integrity. The purpose of this study is to be able to carry out nursing care for Diabetes Mellitus clients who have impaired tissue integrity. This study uses data collection methods with interviews, observation and physical examination, as well as documentation studies. The results of the case studies conducted showed that the patient had impaired tissue integrity associated with peripheral neuropathy characterized by wound pain, tissue/skin damage, redness of the wound, pus, hematoma and blood sugar when 295 mg/dL. The actions taken are wound care and skin integrity care. The conclusion obtained is the implementation of nursing care for patients and their families to teach how to care for wounds every day in order to accelerate the healing of diabetes mellitus wounds.

Keywords: *Diabetes Mellitus, Nursing Care, Impaired Network Integrity*

ABSTRAK

Diabetes Melitus merupakan kondisi kronis yang terjadi pada tubuh karena tidak mampu menghasilkan atau tidak mampu memproduksi banyak hormon insulin atau kurangnya efektifitas insulin. Berdasarkan survey data yang didapat dari RSUD dr. R. Goeteng Tareonadibrata Purbalingga tahun 2020 meningkat menjadi 527 kasus. Masalah yang sering timbul pada penderita Diabetes Melitus adalah ulkus diabetikum atau gangren yang beresiko mengalami infeksi sehingga terjadinya gangguan integritas jaringan. Tujuan Penelitian ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Diabetes Melitus yang mengalami gangguan integritas jaringan. Penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data dengan wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi. Hasil studi kasus yang dilakukan menunjukkan bahwa pasien mengalami gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan adanya nyeri luka, kerusakan jaringan/lapisan kulit, kemerahan pada luka, terdapat nanah, hematoma serta gula darah sewaktu (GDS) 295 mg/dL. Tindakan yang dilakukan adalah perawatan luka dan perawatan integritas kulit. Kesimpulan yang didapat yaitu implementasi asuhan keperawatan pada pasien serta keluarga pasien untuk mengajarkan cara perawatan luka setiap sehari sekali agar mempercepat penyembuhan luka diabetes melitus.

Kata kunci : *Diabetes Melitus, Asuhan Keperawatan, Gangguan Integritas jaringan*

PENDAHULUAN

Internasional Diabetes Federation (IDF) (2019) menyatakan bahwa, Diabetes

Melitus adalah kondisi kronis yang terjadi pada tubuh karena tidak mampu menghasilkan atau tidak mampu memproduksi banyak hormon insulin atau

kurangnya efektifitas insulin. Insulin adalah hormon esensial yang diproduksi dalam pankreas.

Damayanti (2015) menyatakan bahwa komplikasi yang sering terjadi pada diabetes melitus adalah komplikasi neuropati yang menyebabkan munculnya gangguan integritas jaringan/kulit karena adanya penyempitan pembuluh darah sehingga menimbulkan ulkus diabetik. Neuropati perifer pada penyakit Diabetes Melitus dapat menimbulkan kerusakan pada serabut motorik, sensorik, dan autonomik. Kerusakan serabut motorik dapat menimbulkan kelemahan otot, atrofi otot, deformitas, bersama dengan adanya neuropati mempermudah terbentuk kalus. Kerusakan serabut sensorik menyebabkan penurunan sensasi nyeri sehingga memudahkan terjadinya ulkus kaki. Kerusakan serabut autonomi terjadinya kulit kering dan berbentuk fisura kulit dan edema kaki.

Berdasarkan data rekam medik RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga tahun 2019 kasus Diabetes Melitus mencapai 535 kasus, untuk DM type 2 mencapai 9 (1,6%) dan DM Unspecified mencapai 527 (98,5%) kasus. Diruang Edelweis penderita Ulkus Diabetikum mencapai 75 (14%) kasus. Tahun 2020 mengalami penurunan 38% mencapai 332 kasus, untuk DM Type 2 tercatat mencapai 2 (0,6%) kasus dan DM Unspecified tercatat mencapai 330 (99%). Diruang Edelweis penderita Ulkus DM mengalami penurunan 18% mencapai 62 (18%) kasus.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik melakukan karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan Pada Ny.X Dengan Diabetes Melitus di Ruang Edelweis RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga"

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif studi kasus dengan pendekatan yang dipilih yaitu asuhan keperawatan. Subyek penelitian ini yaitu pasien gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer.

Lokasi penelitian bertempat di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga dan dilaksanakan pada bulan Januari 2021. Tahapan pendekatan keperawatan yang dilakukan oleh peneliti diantaranya yaitu : 1) Pengkajian. 2) Diagnosis keperawatan. 3) Intervensi. 4) Implementasi. 5) Evaluasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian

Identitas pasien yaitu Ny. S dengan jenis kelamin perempuan, lahir pada tanggal 16 Januari 1979 (42 tahun). Dari proses pengkajian pada pasien didapatkan data subjektif : Ny. S mengatakan nyeri kaki dibagian kanan karena tertusuk paku, dan terdapat luka basah dibagian punggung kaki. Sedangkan data objektif yang diperoleh Ny. S terdapat luka tusuk ditelapak kaki kanan dengan lebar \pm 5 cm dan kedalaman \pm 1 cm dan luka yang melebar \pm 8 cm di bagian punggung kaki kanan, terdapat nanah, berwarna kemerahan di daerah luka, tampak bersih, tidak terdapat jaringan nekrotik, tepi luka berwarna merah, teraba hangat dan bengkak serta terdapat hematoma dipergelangan kaki kanan. Pemeriksaan laboratorium terdapat GDS 295 mg/dL. Dalam penelitian ini metode pengumpulan data yang digunakan adalah :

Wawancara

Hal – hal yang ditanyakan saat wawancara meliputi identitas, riwayat kesehatan seperti keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat penyakit terdahulu dan riwayat penyakit keluarga, serta menanyakan tentang perilaku pola gordon.

Observasi

Data yang bisa diobservasi pada penelitian ini antara lain pemeriksaan fisik head to toe, pemeriksaan TTV, keadaan umum pasien, kesadaran pasien, pemeriksaan ekstermitas serta pemeriksaan keadaan luka pasien.

Studi dokumentasi

Penelitian memperoleh data berupa diagnosis medis pasien, obat obatan yang diresepkan oleh pasien dan pemeriksaan

penunjang seperti pemeriksaan laboratorium dan GDS pasien.

Diagnosis Keperawatan

Dari hasil pengkajian dan analisis data Ny. S yang sesuai dengan teori, peneliti merumuskan masalah keperawatan gangguan integritas jaringan.

Intervensi keperawatan

Dalam melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari, penulis menggunakan pedoman pengelolaan pasien gangguan integritas jaringan yaitu SIKI sebagai berikut :

Perawatan Integritas kulit identifikasi

Penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas), ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, anjurkan minum air yang cukup, dan anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Perawatan Luka

Monitor karakteristik luka, monitor tanda – tanda infeksi, lakukan perawatan luka secara steril, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara perawatan luka secara mandiri, dan kolaborasi pemberian antibiotik.

Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada Ny. S dengan masalah keperawatan gangguan integritas jaringan dilakukan dari tanggal 4 Januari sampai dengan 6 Januari 2021. Implementasi yang dilakukan oleh peneliti kepada Ny. S sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan menggunakan SIKI yaitu perawatan integritas kulit (I.11353) dan perawatan luka (L.14564)

Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S dengan masalah asuhan keperawatan gangguan integritas jaringan selama tiga hari dari tanggal 4 Januari 2021 sampai dengan 6 Januari 2021, didapatkan indikator kerusakan jaringan dengan skor awal 3 setelah dilakukan tindakan skor akhir 4, indikator kerusakan lapisan kulit dengan skor awal 3 setelah dilakukan tindakan skor akhir 4, indikator

nyeri dengan skor awal 3 setelah dilakukan tindakan skor akhir 4, indikator kemerahan dengan skor awal 3 setelah dilakukan tindakan skor akhir 4, indikator hematoma dengan skor awal 3 setelah dilakukan tindakan keperawatan skor akhir 4, indikator suhu kulit dengan skor awal 3 setelah dilakukan tindakan skor akhir 5, dan indikator sensasi dengan skor awal 3 setelah dilakukan tindakan skor akhir 4. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan gangguan integritas jaringan pada Ny. S dengan Diabetes Melitus dapat teratasi sebagian.

Pembahasan

Penulis akan menguraikan tentang hasil studi kasus Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan pada Ny. S dengan Diabetes Melitus Di Ruang Edelweis RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, kemudian akan dibandingkan dengan tinjauan teori yang ada meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

a. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Senin, 04 Januari 2021 di Ruang Edelweis RSUD dr. R. Goeteng Taorenadibrata Purbalingga. Ny. S dengan diagnosis medis ulkus diabetikum.

Tujuh hari sebelum masuk RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga pasien mengalami luka pada telapak kaki kanan karena tertusuk paku, terdapat luka yang melebar dibagian punggung kaki kanan \pm 8 cm, luka bernanah, nyeri, kemerahan, suhu disekitar luka hangat, mengalami bengkak dan terdapat hematoma di pergelangan kaki kanan. Kaki pasien mengalami kesemutan dan kebas. PERKENI (2019), menyatakan bahwa derajat infeksi berdasarkan manifestasi klinis antara lain : derajat 1 tidak terinfeksi dan tidak ada kelainan, derajat 2 (ringan) terdapat lesi dengan 3 dari kriteria berikut : teraba hangat disekitar luka, eritema $> 0,5 - 2$ cm, nyeri akut, indurasi/bengkak lokal, dan sekret purulent, derajat 3 (sedang) terdapat eritema > 2 cm serta satu dari temuan yaitu infeksi yang menyerang jaringan di bawah kulit/jaringan subkutane, derajat 4 (berat) terdapat temperatur $> 39^{\circ}\text{C}$ atau

<36°C, Nadi > 90x/menit, PaCO₂ <32 mmHg, Leukosit >12.000, dan Limfosit imatur >10%. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa Ny. S mengalami tanda – tanda infeksi derajat 2 dimana terdapat lesi, teraba hangat disekitar luka, bengkak, nanah dan nyeri akut serta terdapat eritema pada luka.

Kartika (2017) menyampaikan klien mengalami ulkus diabetik karena diawali oleh adanya angiopati, neuropati dan infeksi. Neuropati menyebabkan gangguan sensorik yang menghilangkan atau menurunkan sensasi nyeri kaki, sehingga ulkus dapat terjadi tanpa terasa. Diabetes neuropati ini muncul akibat penyakit diabetes melitus. Hasil Pengkajian yang didapatkan pada Ny. S mengatakan kaki sering kesemutan dan kebas. Ny. S memiliki riwayat Diabetes Melitus sebelumnya dan terdapat GDS meningkat 295 mg/dL.

b. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data yang didapatkan dari Ny. S, penulis merumuskan diagnosis keperawatan untuk membantu proses keperawatan pasien selama di Ruang Edelweis RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Diagnosis keperawatan yang muncul yaitu gangguan integritas jaringan.

PPNI (2017) menyatakan bahwa ditemukan tanda – tanda mayor dan minor antara lain : kerusakan jaringan atau lapisan kulit, nyeri, kemerahan, perdarahan dan hematoma. Pada pengkajian didapatkan data Ny. S mengatakan mengatakan nyeri luka pada telapak kaki kanan karena tertusuk paku. Sedangkan data objektif yang muncul yaitu terdapat luka tusuk dengan lebar ± 5 cm dengan kedalaman ± 1 cm ditelapak kaki kanan, terdapat luka yang melebar ± 8 cm di bagian punggung kaki kanan, terlihat bengkak kemerahan, terdapat hematoma, suhu teraba hangat dan nanah.

c. Intervensi Keperawatan

Penulis menyusun rencana keperawatan dengan tujuan (SLKI) Integritas Jaringan (L.07056), setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, diharapkan integritas jaringan meningkat dengan kriteria hasil: kerusakan jaringan

menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, kemerahan disekitar luka menurun, hematoma menurun, suhu kulit membaik dan sensasi membaik. Intervensi yang penulis rencanakan yaitu pertama, perawatan integritas kulit (I.11353) karena agar tidak terjadi bertambahnya ulkus diabetikum dan membantu untuk mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit. Kedua perawatan luka (I.14564) karena untuk membantu merawat, mengatasi dan menyembukan masalah ulkus diabetikum menggunakan teknik steril agar cepat sembuh dan tidak terjadi bertambah parahnya infeksi pada luka yang akan menyebabkan pembusukan sehingga diharuskan amputasi.

Hal ini sesuai dengan penelitian Teori Setiadjo (2009) dalam Salawaney (2016), menyatakan bahwa perawatan luka menjadi penting dalam tindakan keperawatan ulkus diabetikum serta tetap memperhatikan prinsip steril agar bebas dari kuman dan mencegah terjadinya infeksi pada luka karena pencegahan infeksi pada luka adalah kunci dari keberhasilan kesembuhan luka.

d. Implementasi

Implementasi keperawatan yang sudah berjalan sesuai dengan intervensi yang dipilih, tetapi ada beberapa tindakan yang tidak dilaksanakan sepenuhnya, yang dilakukan hanya melakukan pengkajian nyeri, mengobservasi karakteristik luka seperti data objektif yang ditemukan terdapat luka tusuk dengan lebar ± 5 cm dengan kedalaman ± 1 cm ditelapak kaki kanan, terdapat luka yang melebar ± 8 cm di bagian punggung kaki kanan, terlihat bengkak kemerahan, terdapat hematoma, suhu teraba hangat dan nanah, tanda tanda infeksi pada luka dan penyebab gangguan integritas jaringan, melakukan terapeutik perawatan luka di hari pertama, mengubah posisi setiap 2 jam selama tirah baring, menganjurkan klien untuk minum air yang cukup dan meningkatkan nutrisi serta mengkolaborasi pemberian obat oral antibiotik dan analgesik (fenamin 2x500mg, infimicin 2x200mg, dan ,metronidazole 2x500mg) dihari kedua dan dihari ketiga mengajarkan cara perawatan luka mandiri. Penulis menyadari hal itu masih sangat kurang,

implementasi yang digunakan hanya beberapa tindakan saja, padahal di intervensi terdapat masih banyak tindakan. Hal itu dikarenakan yang ada didalam intervensi maksud dan tujuannya sama, jadi penulis hanya melakukan 10 tindakan tersebut.

1. Evaluasi Keperawatan

Pada Ny. S dengan prioritas masalah gangguan integritas jaringan, penulis menggunakan evaluasi formatif dilakukan setiap melakukan tindakan. Selama tiga hari penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S, hanya bisa melakukan tindakan perawatan integritas kulit seperti identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, mengubah posisi tiap 2 jam, menganjurkan minum air yang cukup dan meningkatkan nutrisi, dan tindakan perawatan luka seperti memonitor karakteristik luka seperti terdapat luka tusuk dengan lebar ± 5 cm dengan kedalaman ± 1 cm ditelapak kaki kanan, terdapat luka yang melebar ± 8 cm di bagian punggung kaki kanan, terlihat bengkak kemerahan, terdapat hematoma, suhu teraba hangat dan nanah, tanda – tanda infeksi, ganti balutan luka menggunakan kassa steril, mengajarkan prosedur perawatan luka dan pemberian antibiotik dan analgesik.

Evaluasi keperawatan pada Ny. S selama tiga hari didapatkan mengalami kemajuan dengan ditemukan luka yang mulai sedikit membaik, kesemutan dan kebas mulai menurun serta kadar glukosa pada Ny. S mulai menurun.

SIMPULAN

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis dengan cara wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Hal yang ditanyakan saat wawancara meliputi identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan seperti keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga dan perilaku pola gordon (sebelum dan sesudah sakit). Data yang bisa diobservasi pada studi kasus ini antara lain cek TTV, kesadaran, keadaan umum, pemeriksaan fisik *head to toe*, pemeriksaan penunjang serta obat –

obatan yang diresepkan diambil dari rekam medis pasien.

Diagnosis keperawatan yang ditemukan adalah gangguan integritas jaringan. Gejala yang mendukung pasien menderita masalah keperawatan tersebut yaitu Ny. S mengatakan nyeri luka pada telapak kaki kanan karena tertusuk paku dan terdapat luka melebar kurang lebih 8 cm di punggung kaki kanan, terdapat nanah pada luka, bengkak, teraba hangat disekitar luka, kemerahan dan nyeri, kaki terasa kebas dan kesemutan, GDS 295 mg/dL.

Intervensi keperawat gangguan integritas jaringan pada Ny. S menggunakan SIKI yaitu perawatan integritas kulit dan perawatan luka.

Implementasi keperawatan gangguan integritas jaringan pada Ny. S yaitu melakukan pengkajian nyeri, mengobservasi karakteristik luka, tanda – tanda infeksi dan penyebab gangguan integritas jaringan, melakukan terapeutik perawatan luka, mengubah posisi setiap 2 jam selama tirah baring, menganjurkan untuk minum air yang cukup dan meningkatkan nutrisi, mengajarkan cara perawatan luka, dan mengkolaborasi pemberian antibiotik dan analgesik.

Evaluasi keperawatan pada Ny. S selama tiga hari didapatkan mengalami kemajuan dengan ditemukan nyeri pada luka berkurang, tidak ada nanah, kemerahan cukup menurun, hematoma cukup menurun, kerusakan jaringan cukup menurun, kerusakan lapisan kulit cukup menurun, sensasi kebas dan kesemutan cukup membaik dan suhu kulit sekitar luka membaik.

SARAN

Untuk pasien dan keluarga menyarankan untuk menjaga kebersihan luka dengan cara perawatan luka harus benar dan steril yang sudah di ajarkan oleh perawat dan dianjurkan pasien untuk minum obat dengan teratur sesuai resep dokter serta menjaga pola makan diit rendah glukosa.

Bagi perawat diharapkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien diabetes dengan gangguan integritas jaringan lebih fokus pada aspek

sterilisasi, kenyamanan dan menciptakan perawatan yang komperhensif.

Bagi Peneliti diharapkan studi kasus ini sebagai referensi yang berkaitan dengan asuhan keperawatan klien yang mengalami diabetes mellitus tipe 2, serta guna memperluas wawasan keilmuan bagi peneliti.

DAFTAR PUSTAKA

- 9th Edition Committee. (2019). *What Is Diabetes ?*. Dalam : Belma, M.*et al*, ed(s). *Diabetes Atlas Ninth Edition 2019. International Diabetes Federation*. p 11-15
- Damayanti, Santi. (2015). *Diabetes Melitus Dan Pelaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Kartika, R. W. (2017). *Pengelolaan Gangren Kaki Diabetik. Continuing medical education, 2017-academia.edu*, Vol.44 No.01.
- PERKENI. (2019). *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2019*. Jakarta: PB Perkeni
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Salawaney. (2016). *Tingkat Keefektifan dari Perawatan Luka Ulkus Diabetes Melitus*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kristen Satya Wacana.