

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Dari hasil anamnesa data klien, yang paling terganggu berada pada ekstremitas bawah. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik (inspeksi) didapatkan bahwa klien mengalami gangguan integritas jaringan pada ekstremitas bawah sebelah kiri dimana pada saat dilakukan inspeksi kaki sebelah kiri pasien terdapat luka kaki diabetik. Pada awal pengkajian nampak luka berwarna kemerahan, ada bau pada luka, dan luka terasa hangat. Pada luka ini memiliki eksudat yang banyak dengan tipe pus. Penampilan luka Granulasi : 60 %, Slough : 40 %, luka pasien berukuran P : 14 cm, L : 12,5 cm dan Goa : 12 cm.

Selain itu penulis juga melakukan pengkajian nyeri secara berkelanjutan dengan hasil yang didapatkan klien mengeluh nyeri pada luka kaki diabetik, nyeri yang dirasakan terdapat pada kaki kiri dengan kualitas terasa tertusuk-tusuk, mempunyai skala 3, nyeri yang dirasakan dapat berlangsung sekitar 10 menit, hilang timbul dan semakin memberat pada saat dilakukan perawatan luka kaki diabetik. Selain itu klien juga nampak meringis, dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 101/61 mmHg, denyut nadi 83x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, dan suhu tubuh 36,5 °C.

Berdasarkan data tersebut etiologi nyeri akut ini kemungkinan disebabkan oleh agen cedera fisiologis karena adanya luka diabetik di kaki sebelah kiri. Oleh karena itu, masalah utama yang diidentifikasi adalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera fisiologis.

B. Diagnosa

Pada kasus ini ditemukan 2 diagnosa keperawatan diantaranya yaitu:

Diagnosa keperawatan yang pertama adalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dimana diagnosa ini menjadi diagnosa yang paling diutamakan dikarenakan sangat mengganggu klien dalam kehidupan sehari-hari. Diagnosa ini ditegakkan melalui beberapa data subjektif dan juga data objektif yang telah ditemukan. Adapun beberapa kriteria hasil dari Tingkat Nyeri dengan hasil menurun dan meliputi keluhan nyeri mengalami penurunan, penurunan ekspresi meringis, dan penurunan bersikap protektif (waspada).

Pada diagnosa keperawatan yang kedua yaitu gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer, diagnosa ini menjadi diagnosa dengan prioritas kedua dikarenakan meskipun gangguan integritas jaringan merupakan masalah serius, tetapi nyeri akut sering kali dianggap sebagai prioritas utama karena nyeri dapat menyebabkan penderitaan yang lebih langsung dan signifikan bagi klien. Tentunya pada diagnosa ini ditegakkan juga melalui adanya data subjektif dan data objektif yang telah ditemukan pada klien. Adapun beberapa kriteria hasil dari diagnosa ini yaitu peningkatan mobilitas fisik dalam hal ini meliputi Perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, kemerahan menurun, nekrosis menurun, suhu kulit membaik dan sensasi membaik.

C. Intervensi

1. Nyeri akut

Pada kasus ini intervensi yang diberikan pada klien yaitu **Manajemen Nyeri**, dimana Manajemen nyeri pada klien dengan nyeri pada luka kaki diabetik dapat melibatkan

pemberian analgetik sesuai dengan kebutuhan dan tingkat keparahan nyeri namun menganjurkan pemberian teknik non farmakologi seperti perawatan luka kaki lebih aman tanpa melibatkan efek samping.

Pada kasus ini tindakan yang diberikan pada hari Selasa tanggal 18 maret 2025 yaitu berupa manajemen nyeri dengan tindakan Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil skala nyeri 3 (ringan), Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri dengan hasil didapatkan faktor memperberat nyeri yaitu gaya hidup (merokok), gangguan sirkulasi darah karena adanya luka terbuka pada kaki kiri, Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan hasil perawatan luka kaki, Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri dengan hasil telah dijelaskan penyebab dan pemicu terjadinya nyeri.

Adapun intervensi yang telah di berikan yaitu manajemen nyeri. Untuk tindakan observasi Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Pada tindakan terapeutik berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, perawatan luka kaki). Selanjutnya lakukan edukasi pada pasien yaitu jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.

Pada kasus ini tindakan yang diberikan pada kunjungan kedua hari Kamis tanggal 20 maret 2025 yaitu berupa manajemen nyeri dengan tindakan Mengidentifikasi skala nyeri hasil : Skala nyeri 3 (ringan).

Adapun intervensi yang telah di berikan yaitu manajemen nyeri. Untuk tindakan observasi Identifikasi skala nyeri, Pada tindakan terapeutik berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, perawatan luka kaki).

2. Gangguan integritas jaringan

Pada kasus ini intervensi yang diberikan pada klien yaitu **Perawatan Luka**, dimana perawatan luka pada klien dengan luka kaki diabetik dapat melibatkan pemberian analgetik sesuai dengan kebutuhan dan tingkat keparahan namun pemilihan balutan luka juga dapat menjadi salah satu agar luka cepat pulih.

Pada kasus ini tindakan yang diberikan yaitu berupa manajemen nyeri dengan tindakan memonitor karakteristik luka (mis. warna, ukuran, bau) dengan hasil slough (40%), granulasi (60%), P : 14 cm, L : 12,5 cm, Goa : 12 cm. Memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil jumlah cairan banyak, Tercium bau setelah balutan lama dibuka, jenis cairan Pus. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan dengan hasil balutan lama dilepas secara perlahan. Membersihkan luka dengan cairan pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan dengan hasil luka dicuci menggunakan air mineral, dan sabun antiseptik (detol). Membersihkan jaringan nekrotik dengan hasil melakukan debridement atau pengangkatan jaringan mati dengan metode CSWD (Conservative Sharp Wound) dan mekanikal debridement. Memasang balutan sesuai jenis luka dengan hasil Balutan yang digunakan yaitu *topical therapy* (cream epitel), *hydrocolloid foam dressing* (melolin), kasa steril, popok, perban elastis dan adhesive tape.

Adapun intervensi yang telah diberikan yaitu perawatan luka. Untuk tindakan Monitor karakteristik luka (misal drainase, warna, ukuran, bau), Monitor tanda-tanda infeksi. Pada tindakan terapeutik Lepaskan balutan dan plester secara perlahan, Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, Bersihkan jaringan nekrotik, Pasang balutan sesuai jenis luka. Hal yang dilakukan sejalan

dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayat et al., (2023) tentang Efektifitas polyurethane foam dressing terhadap kontrol hipergranulasi pada luka dimana ia mengatakan bahwa pada penggunaan polyurethane foam dressing ini efektif untuk mengurangi hipergranulasi pada luka.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Maulidha & Naziyah, 2023 mereka mengatakan bahwa penggunaan polyurethane foam yang di barengi dengan perawatan luka menggunakan metode modern dressing dapat mempercepat penyembuhan. Metode ini juga lebih efektif dibandingkan dengan metode konvensional.

D. Implementasi

Adapun tindakan yang dilakukan terlebih dahulu oleh perawat adalah mengobservasi meliputi diantaranya yakni mengidentifikasi tempat yang nyaman dengan hasil klien telah diberikan ruangan yang tertutup untuk menjaga privasi pasien, memonitor secara berkala untuk memastikan klien nyaman dengan hasil klien mengatakan klien menjadi lebih nyaman, memonitor adanya indikator tidak nyaman dengan hasil klien mengatakan nyaman saat luka kaki diabetik mulai dirawat.

Tahap selanjutnya yaitu tindakan terapeutik diantaranya meliputi mengatur lingkungan agar tidak ada gangguan saat perawatan luka kaki dimulai dengan hasil klien telah diberikan lingkungan yang aman pada saat perawatan, memberikan posisi supine pada tempat tidur dengan hasil klien diposisikan pada tempat tidur untuk melakukan perawatan luka kaki diabetik menggunakan *modern dressing* dengan balutan *foam dressing*, memberikan waktu mengungkapkan perasaan tentang perawatan dengan hasil klien mengatakan setelah melakukan perawatan klien merasa lebih nyaman dan nyeri yang dirasakan berkurang.

Selanjutnya tindakan yang diberikan adalah tindakan edukasi kepada klien dengan ini meliputi menganjurkan menjaga kadar gula darah dengan hasil klien mengatakan akan berusaha untuk menjaga kadar gula darah.

Standar Operasional prosedur yang dilakukan klinik griya aflat yaitu sebelum melakukan tindakan terlebih dahulu mencuci kedua tangan kemudian menggunakan alat pelindung diri berupa masker, handscoon, selanjutnya melakukan wawancara pada klien, kemudian klien dibaringkan ditempat tidur. Sebelum dilakukan perawatan luka kaki dianjurkan membaca basmallah dan mendoakan kesembuhan klien, kemudian buka balutan lama dengan perlahan, selanjutnya bersihkan luka kaki menggunakan air mineral dengan sabun antiseptic (detol), mengeringkan luka menggunakan kasa steril, selanjutnya beri cream epitel dan balut menggunakan *foam dressing*, kasa steril, popok dan perben elastis diarea luka kaki. Mengucapkan alhamdulillah lalu mendoakan kesembuhan klien. Setelah selesai proses perawatan luka kaki dibetik klien, merapikan alat dan ruangan kemudian mencuci tangan.

Foam Dressing adalah balutan ini dirancang untuk menyerap cairan luka dalam jumlah besar (absorbent dressing) dan digunakan sebagai dressing primer atau sekunder. foam Dressing terbuat dari polyurethane semipermeabel, foam dressing mengandung larutan polimer berbusa dengan sel kecil terbuka yang dapat menampung cairan (Maulidha & Naziyah, 2023). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Christia et al., (2022) Menyatakan bahwa foam sebagai pelembap mengandung polyurethane foam, yang berfungsi untuk menyerap esudat dalam jumlah sedang hingga berlebihan. Foam juga berfungsi untuk mengurangi tekanan pada luka yang tidak sembuh, mengatasi hipergranulasi, dan membantu melindungi luka dari trauma, seperti decubitus.

E. Evaluasi

1. Nyeri akut

Melakukan evaluasi sesudah melakukan tindakan sangat penting untuk melihat adanya perubahan yang terjadi pada klien. Pada tahap evaluasi terdiri dari S (Subjektif), O (Objektif), A (Assesment), P (Planning). Pada diagnosa keperawatan nyeri akut didapatkan S (Data Subjektif) yaitu ditemukan klien mengatakan nyeri berkurang setelah dilakukan perawatan sedangkan O (Data Objektif) yang ditemukan pada klien yakni luka kaki klien tampak telah dibersihkan dan dirawat, klien tampak lebih rileks, A (Assesment) yang ditemukan pada klien yaitu analisa masalah nyeri akut yang belum teratasi dengan P (Planning) lanjutkan intervensi. Maka dengan ini diagnosa keperawatan nyeri akut belum teratasi.

2. Gangguan integritas jaringan

Melakukan evaluasi sesudah melakukan tindakan sangat penting untuk melihat adanya perubahan yang terjadi pada klien. Pada tahap evaluasi terdiri dari S (Subjektif), O (Objektif), A (Assesment), P (Planning). Pada diagnosa keperawatan nyeri akut didapatkan S (Data Subjektif) yaitu klien mengatakan nyaman setelah perawatan luka kaki diabetik, Klien mengatakan jika luka yang dirasakan oleh klie bersih. sedangkan O (Data Objektif) yang ditemukan pada klien yakni luka kaki klien tampak telah dibersihkan dan dirawat, klien tampak lebih rilekdi dapatkan adalah Luka belum menutup dengan karakteristik dengan ukuran luka panjang luka 14 cm, lebar luka 12,5 cm, dan kedalaman goa 12 cm, tepi luka tebal, warna dasar luka slough (40%) dan granulasi (60%), kulit sekitar luka hiperpigmentasi, A (Assesment) yang ditemukan pada klien yaitu analisa masalah gangguan integritas jaringan yang belum teratasi dengan P (Planning) lanjutkan intervensi.

Maka dengan ini diagnosa keperawatan gangguan integritas jaringan belum teratasi.

Berdasarkan hasil intervensi yang dilakukan pada klien dengan perawatan luka yaitu dilakukan perawatan luka kaki dengan *foam dressing* dalam hal ini yaitu perawatan luka kaki, setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam integritas jaringan yang dirasakan Tn. W belum mengalami perubahan hanya saja klien mengatakan nyaman setelah perawatan luka kaki diabetic dan luka yang dirasakan oleh klien bersih.

Hal ini sejalan dengan teori Maulidha & Naziyah, (2023) dimana pada teori ini menyebutkan bahwa Foam mengandung busa poliuretan yang menyerap eksudat. Foam dapat menyerap berbagai eksudat dari sedang hingga berat. Foam dressing juga digunakan untuk mencegah trauma fisik akibat benturan dan gesekan agar tidak menghambat migrasi sel epitel.

Hal ini dapat diartikan bahwa penerapan *foam dressing* dapat menjaga kelembaban luka dan menyerap eksudat dari sedang hingga berat. Klien juga mengatakan nyaman dan luka terasa bersih sehingga timbulnya perasaan rileks.