

Asuhan Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan pada Ny.M dengan Ulkus Diabetes Militus di Ruang Edelweis RSUD Dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga

Wahyu Dwi Saputro^{1,*}, Suci Khasanah², Siti Haniyah³

Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Harapan Bangsa,
Kembaran, Banyumas 53182, Indonesia

¹wahyudwisaput@gmail.com*; ²sucikhasanah@uhb.ac.id ; ³sitihaniyah@uhb.ac.id

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a metabolic disorder characterized by hyperglycemia associated with abnormalities in carbohydrate, fat and protein metabolism caused by decreased insulin secretion or decreased insulin sensitivity or both, leading to chronic microvascular complications and neuropathy. Diabetic ulcers (sores) in DM patients are a sign of vascular complications and neuropathy. As in chronic ulcer patients in general, diabetic ulcer patients can feel a loss of sensation, easy trauma and skin damage, leg deformity and even hospitalization to amputation. This writing aims to describe nursing care for damage to tissue integrity in Mrs. M with diabetes mellitus (DM) ulcers in the Edelweis room of RSUD Dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Writing method: using a case study with a descriptive case study design that describes the nursing care provided to patients starting from assessment, formulation of diagnoses, intervention plans, implementation and evaluation.

Key words : *Diabetes Mellitus, Damage to Network integrity*

ABSTRAK

Diabetes mellitus (DM) adalah gangguan metabolisme yang ditandai hiperglikemia yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya yang menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskuler dan neuropati. Ulkus (luka) diabetikum pada pasien DM merupakan tanda adanya komplikasi vaskular dan neuropathy. Seperti pada pasien ulkus kronik umumnya, pasien ulkus dm dapat merasakan kehilangan sensasi, mudah terjadi trauma dan kerusakan kulit, deformitas kaki bahkan sampai mengalami hospitalisasi hingga amputasi. Penulisan ini bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan kerusakan integritas jaringan pada Ny.M dengan ulkus diabetes Mellitus (DM) di ruang Edelweis RSUD Dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Metode Penulisan: menggunakan studi kasus dengan desain studi kasus deskriptif yaitu menggambarkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, rencana intervensi, implementasi dan evaluasi.

Kata kunci: *Diabetes Mellitus, Kerusakan integritas Jaringan.*

PENDAHULUAN

Diabetes mellitus (DM) adalah gangguan metabolisme yang ditandai hiperglikemia yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya yang menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskuler dan neuropati (NANDA, 2015)

Menurut *World Health Organization* (WHO) (2016), pada tahun 2015, 415 juta orang dewasa terkena diabetes angka ini naik sebesar 4 kali lipat dari 108 juta orang di tahun 1980. Pada tahun 2040 di perkirakan jumlahnya akan menjadi 642 juta orang. Menurut data Riskesdas (2018) prevalensi penderita DM di Indonesia terjadi peningkatan sejak tahun 2013 sebesar 1,5% menjadi 2,0% pada tahun 2018.

Data *Sample Registration Survey* tahun 2014 menunjukkan bahwa diabetes mellitus merupakan penyebab kematian terbesar nomor 3 di Indonesia dengan persentase sebesar 6,7%, setelah stroke (21,1%) dan penyakit jantung koroner (12,9%). Bila tidak di tanggulangi, kondisi ini dapat menyebabkan penurunan produktivitas, disabilitas, dan kematian dini (Kemenkes RI, 2016).

Indonesia juga menghadapi situasi ancaman diabetes serupa dengan dunia. *International Diabetes Federation* (IDF) Atlas 2017 melaporkan bahwa epidemi Diabetes di Indonesia masih menunjukkan kecenderungan meningkat menjadi 6%. Indonesia adalah negara peringkat keenam di dunia setelah Tiongkok, India, Amerika Serikat, Brazil dan Meksiko dengan jumlah penyandang Diabetes usia 20-79 tahun sekitar 10,3 juta orang.

Prevalensi untuk Provinsi Jawa Tengah sebesar (1,9%) (Kemenkes RI, 2014). Jumlah kasus DM tipe 2 di Jawa Tengah tahun 2015 sebanyak 99.646 kasus. Hal ini berbeda dengan tiga tahun sebelumnya. Pada 2014 kasus Diabetes Mellitus tipe 2 sebanyak 96.431 kasus (0,29%). Pada tahun 2013 kasus Diabetes Mellitus tipe 2 di Jawa Tengah yaitu sebesar 142.925 (0,43%) kasus,

sedangkan pada tahun 2012 sebesar 181.543 (0,55%) kasus.

Penanganan dapat dilakukan dengan pengobatan yang tepat pada pasien DM seperti pemeriksaan dan mengontrol gula darah secara rutin dan konsumsi obat antiseptik. Pengobatan pada DM merupakan langkah penanganan yang sangat penting untuk mengurangi komplikasi yang ditimbulkan. Salah satu komplikasi yang sering terjadi adalah gangren, dimana kulit dan jaringan sekitar luka akan mati atau nekrotik dan mengalami kematian jaringan, Gangren terjadi pada pasien bagian tubuh yang terendah diujung terutama pada ekstremitas bawah. Keadaan ini ditimbulkan oleh adanya mikroangiopati maupun makroangiopati yang dialaminya salah satu komplikasinya adalah ulkus diabetikum disebabkan karena kurangnya suplai O₂ dan nutrisi pada jaringan perifer (Smeltzer & Bare, 2012).

Ulkus (luka) diabetikum pada pasien DM merupakan tanda adanya komplikasi vaskular dan neuropathy. Seperti pada pasien ulkus kronik umumnya, pasien ulkus DM dapat merasakan kehilangan sensasi, mudah terjadi trauma dan kerusakan kulit, deformitas kaki bahkan sampai mengalami hospitalisasi hingga amputasi (Ribu & Wahl, 2014).

Indikasi utama ulkus DM yaitu neuropati, kemudian iskemia pembuluh darah perifer. Prevalensi neuropati perifer 23-50% pada pasien DM dan lebih dari 60% ulkus DM disebabkan neuropati yang berupa neuropati sensorik, motorik dan otonom. Hilangnya sensasi nyeri dan suhu akibat neuropati sensorik ini dapat menyebabkan hilangnya kewaspadaan terhadap trauma atau benda asing, akibatnya banyak luka yang tidak diketahui secara dini dan semakin memburuk karena terus-menerus mengalami penekanan (Bader, 2008).

Munculnya ulkus diabetik tersebut menimbulkan gangguan fisik maupun psikis terhadap pasien seperti nyeri kaki, intoleransi aktivitas gangguan pola tidur, cemas, penyebaran infeksi, dan lain-lain. Masalah keperawatan tersebut dapat ditangani dengan penatalaksanaan

perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh mulai dari pengkajian masalah, menentukan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, implementasi serta evaluasi asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus. Hal terpenting dalam asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dengan kerusakan integritas jaringan adalah perawatan secara non farmakologi dan farmakologi seperti memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan luka, olahraga, pemberian insulin rutin dan pencegahan terhadap kemungkinan terjadinya luka serta cara perawatan luka yang telah mengalami ulkus diabetik (Tarwoto, 2012).

METODE PENELITIAN

Karya tulis ini menggunakan studi kasus dengan desain studi kasus deskriptif yaitu menggambarkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, rencana intervensi, implementasi dan evaluasi.

Kasus yang dilaksanakan yaitu asuhan keperawatan kerusakan integritas jaringan pada Ny.M dengan Ulkus Diabetes Mellitus (DM) di Ruang Edelweis RSUD Dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

HASIL

Biodata Klien

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada tanggal 13 Maret 2019 di ruang Edelweis RSUD Dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, diperoleh data yang bersumber dari pasien yaitu pasien bernama Ny. M, umur 54 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama Islam, pendidikan tidak sekolah, suku Jawa, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Desa Babakan 17/05 Purbalingga, No RM. 00740694. Ny. M datang ke IGD pada tanggal 10 Maret 2019.

Penanggung jawab pasien bernama Ny.T, usia 26 tahun, jenis kelamin perempuan, suku Jawa, beragama Islam, pekerjaan karyawan, pendidikan SMA, alamat Desa Babakan RT 17/RW 05,

Purbalingga, hubungan dengan pasien adalah anak.

Pengkajian

a. Riwayat keperawatan

Pengkajian meliputi keluhan utama: Ny. M mengatakan awalnya Ny. M tidak mengetahui jika ada luka di punggung sebelah kiri bagian bawah karena awalnya hanya muncul benjolan kecil kurang lebih 1 cm dan lama kelamaan menjadi besar dan terasa sakit. Lukanya keluar pus atau nanah, berwarna putih tulang ada yang sedikit menghitam dan berbau. Ny. M datang ke IGD RSUD Dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga dengan keluhan terdapat benjolan di punggung kiri selama ± 2 minggu yang lalu dan terasa sakit/nyeri. Ny. M dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada pukul 19.15 WIB di IGD dengan hasil TD 95/80 mmHg, S: 36^o, N: 108 x/menit, RR: 20 x/menit, dan dilakukan pemeriksaan darah lengkap pada pukul 19.30 WIB dengan hasil leukosit 22.2%, gula darah sewaktu 538.3 mg/dL dan luka benjolan itu terlihat keluar pus dan pasien mengatakan terasa sakit pada luka. Kemudian pasien di bawa ke ruang rawat edelweis untuk dilakukan tindakan. Ny. M dilakukan pemeriksaan GDS ulang di ruang edelweis pada pukul 15.00 WIB dengan hasil GDS 325.2 mg/dL.

Pasien diberi terapi intravena RL 20 tpm, ketorolak 3x1 ampul, ceftriaxone 2x1 ampul. Kemudian dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan operasi dan pasien beserta keluarga menyetujuinya. Tindakan pembedahan dilakukan pada tanggal 12 Maret 2019 pukul 10.10 WIB. Setelah pembedahan pasien dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 292.3.

Riwayat penyakit dahulu: Ny. M mengatakan sakit asam lambung dan tidak mempunyai penyakit lain yang pernah dialami hanya batuk, pilek, dan demam.

b. Pola Fungsional Gordon

Pola fungsional Gordon meliputi pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan: Ny.M mengatakan jika sakit pasien langsung berobat ke rumah sakit atau puskesmas. Pola nutrisi dan metabolisme : Ny. M mengatakan sebelum sakit makan 3x sehari 1 porsi habis. Minum kurang lebih 7-8 gelas/hari, saat sakit makan 3x sehari, 1 porsi habis. Minum kurang lebih 7-8 gelas/hari. Pola eliminasi : Ny. M mengatakan sebelum sakit BAB 1-2x sehari warna kuning lembek. BAK 4-5x sehari warna kuning jernih dan saat sakit BAB 1x sehari warna kuning lembek. BAK 5-6x sehari warna kuning. Pola aktivitas dan latihan: Ny. M mengatakan sebelum sakit untuk berpakaian, toileting, dan makan pasien lakukan sendiri dan saat sakit untuk berpakaian, toileting, dan makan pasien dibantu oleh keluarganya.

Pola tidur dan istirahat: Ny. M mengatakan sebelum sakit tidur siang kurang lebih 1-2 jam tidur malam kurang lebih 6-7 jam dan saat sakit tidur siang kurang lebih 1 jam tidur malam kurang lebih 3-4 jam. Pola persepsi kognitif : Ny. M mengatakan cukup mengetahui tentang sakitnya tapi tidak banyak karena baru menderita sakit seperti ini. Pola persepsi dan konsep diri : Ny. M mengatakan berperan sebagai istri, ibu dan nenek dirumahnya. Pola hubungan dan peran: pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga baik dan perannya sebagai istri, ibu dan nenek dapat berjalan sesuai dengan harapannya namun saat sakit tidak bisa menjalankan perannya dengan baik.

Pola reproduksi seksual: Ny. M mengatakan sudah jarang berhubungan seksual. Pola penanggulangan stress: Ny. M mengatakan jika ada masalah cerita ke anak-anak dan suaminya untuk mencari jalan keluar. Sekarang juga pasien banyak bercerita tentang apa yang dirasakan kepada petugas kedokteran untuk mencari jalan keluar.

Pola tata nilai dan keyakinan: Ny. M mengatakan sakitnya adalah cobaan dari yang Maha Kuasa, pasien yakin akan sembuh. Pasien beragama islam.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum kesadaran composmentis (E4, M6, V5), tanda-tanda vital tekanan darah : 120/90 mmHg, suhu 36,5°, nadi : 84 x/menit, pernafasan : 20 x/menit, status gizi BB: 50 kg, TB: 150 cm, kepala mesocephal, rambut pasien terlihat rontok, penglihatan normal, sklera anikterik, konjungtiva anemik, pupil isokor, penciuman baik tidak ada kelainan. Tidak ada secret/darah/polip pada hidung, pendengaran baik tidak ada kelainan tidak ada secret/darah/polip, bibir kering dan pecah-pecah, mulut dan tenggorokan bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada gangguan menelan, gigi berlubang, nadi karotis teraba. Pada pemeriksaan dada hasilnya jantung inspeksi: ictus cordis terlihat, palpasi: teraba di intracosta ke V bagian kiri, perkusi: pekak batas atas intracosta ke 2 batas bawah intracosta ke 5 batas kiri di intracosta ke 5 midklavikula sinistra, batas bawah kanan ada di intercostal ke 4 midklavikula dextra. Auskultasi bunyi jantung 1 terdengar lemah di intercosta ke 3 bunyi jantung 2 terdengar kuat di intercostal ke 5 kiri.

Paru inspeksi: simetris tidak ada lesi, palpasi : senada dan seirama, perkusi : sonor, auskultasi: vesikuler. Abdomen: inspeksi: tidak ada nyeri tekan, perkusi: timpani. Turgor kulit: <2 detik, laserasi ada di punggung sebelah kiri, kekuatan otot 5,5,5,5, ROM tidak terbatas, akral hangat, CTR <3 detik. Kondisi luka: luka berlubang di punggung sebelah kiri dengan lebar kurang lebih 6 cm dengan kedalaman kurang lebih 4 cm, bau luka busuk, warna luka keseluruhan berwarna merah keruh dan putih terdapat pus berwarna putih. Luka berbau busuk, tidak ada penebalan jaringan, kedalaman luka pada derajat IV (kehilangan seluruh jaringan dengan

tulang, tendon, atau tampak otot). Saat diberikan perawatan luka bagian punggung yang terdapat luka masih sedikit terasa nyeri dan ada yang sudah tidak terasa.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pada Ny. M dilakukan pemeriksaan darah lengkap pada tanggal 10 Maret 2019 jam 20.00 WIB dengan hasil eritrosit $4.210^6/uL$, hemoglobin 12.4 g/dL, hematokrit 35%, trombosit $439 10^3/uL$, leukosit $22.2 10^3/uL$, neutrofil 86%, GDS hari ke 1 538,3 mg/dL, GDS hari ke 2 325.2 mg/dL, GDS hari ke 3 292.3 mg/dL.

Rumusan Masalah

Berdasarkan hasil pengkajian yang diperoleh bahwa keluhan utama Ny. M adalah luka abses si punggung yang ±2 minggu yang awalnya hanya benjolan kecil dan membesar dan akhirnya dilakukan pembedahan. Selama pasien di kaji didapatkan data subjektif bahwa Ny. M mengatakan lukanya sudah dilakukan pembedahan. Data objektif yang di dapat GDS hari ke 1: 538,3 mg/dL, GDS hari ke 2: 325.2 mg/dL, GDS hari ke 3:292.3 mg/dL, kedalaman luka kurang lebih 4 cm, terdapat pus, luka berwarna merah keruh dan putih, bagian luka sebelum dilakukan perawatan luka pus tersebut berwarna putih, lalu berbau seperti busuk, tidak ada penebalan jaringan, kedalaman luka derajat IV (kehilangan seluruh jaringan tulang, tendon, atau tampak otot, cekungan atau bekas luka tampak pada beberapa bagian luka), saat diberikan perawatan luka bagian punggung yang terdapat luka terasa sedikit sakit dan ada yang sudah tidak terasa apa apa namun pada bagian tertentu masih terasa sedikit nyeri.

Perencanaan (Planning)

Rencana keperawatan yang sesuai untuk mengatasi diagnosis keperawatan kerusakan integritas jaringan yang sesuai dengan tujuan intervensi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kerusakan integritas jaringan teratasi dengan kriteria hasil : NOC : Integritas jaringan : Kulit dan Membran Mukosa (1101)

Tabel 1 Indikator Perencanaan

Indikator	Awal	Akhir
Terdapat penebalan pada kulit (11019)	1	4
Terdapat pertumbuhan jaringan baru (110117)	1	4

Keterangan :

1. Keluhan sangat berat
2. Keluhan berat
3. Keluhan sedang
4. Keluhan ringan
5. Tidak ada keluhan

NIC yang digunakan yaitu Perlindungan Infeksi (6550): monitor kerentanan terhadap infeksi, tingkatkan asupan nutrisi yang cukup, anjurkan istirahat, menganjurkan untuk pemberian antibiotik (ceftriaxone) sesuai resep. Perawatan Luka (3660): angkat balutan dan plester perekat, ukur luas luka, berikan perawatan ulkus, pertahankan teknik balutan luka steril ketika melakukan perawatan luka, kolaborasi dengan ahli diet pemberian makanan, kolaborasi dengan dokter pemberian obat, anjurkan pasien dan keluarga pada prosedur perawatan luka, dokumentasi lokasi luka, ukuran dan tampilan. Pengecekan Kulit (3590): monitor warna dan suhu kulit, monitor kulit adanya kekeringan yang berlebihan dan kelembaban. Pemberian Obat (2300): pertahankan aturan dan prosedur yang sesuai dengan keakuratan dan keamanan pemberian obat-obatan, ikuti prosedur lima benar pemberian obat, beritahu klien mengenai jenis obat, alasan pemberian obat, hasil yang diharapkan dan efek samping, intruksikan klien dan keluarga mengenai efek samping dan efek lanjutan obat.

Pelaksanaan (Implementation)

Diagnosa keperawatan : kerusakan integritas jaringan implementasi yang sudah berjalan sesuai dengan intervensi yang dipilih, tetapi ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan sepenuhnya, yang dilakukan dihai pertama adalah melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital seperti tekanan darah 120/90 mmHg, nadi

84x/menit dan suhu 36,5°C, pemeriksaan fisik, memeriksa lebar dan dalam luka, memeriksa karakteristik cairan luka, mengangkat balutan dan plester perekat, mengukur luas luka yang sesuai, memberikan perawatan ulkus yang sesuai indikasi, mempertahankan teknik balutan steril, melakukan debridement memberikan cairan metronidazol, mendokumentasikan hasil TTV, luka berukuran 4 cm dan tampilan luka pasien.

Hari kedua memonitor tanda-tanda vital untuk mengetahui keadaan abnormal pada tubuh klien, memonitor tanda dan gejala infeksi, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, memeriksa perawatan kulit dan area luka, membersihkan dengan larutan NaCl, membersihkan jaringan nekrotik, mempertahankan teknik steril selama perawatan luka, reposisi pasien setidaknya setiap 2 jam, mendokumentasikan lokasi luka ukuran dan tampilan.

Hari ketiga memonitor karakteristik luka, monitor, meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan asupan cairan dengan tepat, menganjurkan istirahat, mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana cara menghindari infeksi, mengintruksikan pasien menggunakan antibiotik, mengikuti prosedur lima benar obat, memberitahukan pada pasien dan keluarga tentang jenis obat, menganjurkan istirahat, mendokumentasikan karakteristik luka.

Evaluasi

Hasil evaluasi dari tindakan setelah dilakukan tindakan keperawatan integritas jaringan selama 3 hari di dapatkan data subjektif: Pasien mengatakan lukanya terdapat nanah dan lukanya masih belum kering. Data objektif: Pasien tampak tenang, pasien lukanya sedikit membaik, balutan luka tampak bersih. Berdasarkan indikator yang ditetapkan didapatkan hasil terdapat pertumbuhan jaringan yang baru dari skala berat menjadi ringan sudah menunjukkan adanya perbaikan. Terdapatnya penebalan pada kulit dari skala berat menjadi ringan belum menunjukkan adanya perbaikan. Hentikan

intervensi (pasien sudah di bolehkan pulang oleh dokter).

PEMBAHASAN

Berdasarkan pengelolaan kasus yang telah dilakukan sesuai urutan pelaksanaan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Di dalam kasus tersebut telah muncul beberapa hal yang perlu untuk dibahas sehubungan dengan adanya permasalahan, rencana tindakan atau intervensi dan respon klien/perkembangan masalah yang dicapai setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada Ny. M dengan diabetes mellitus (ulkus abses punggung) selama tiga hari dan penulis telah menemukan satu masalah keperawatan. Masalah keperawatan yang muncul yaitu: kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme. Kerusakan integritas jaringan merupakan cedera pada membran mukosa, kornea, sistem integumen, fascia muskular, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligament (Herdman & Kamitsuru S, 2018).

Menurut (Rodero dan Khosrotehrani, 2010) tahapan penyembuhan luka meliputi inflamasi, proliferasi dan remodelling. Setiap tahapan akan menyebabkan tahapan selanjutnya tidak berjalan dengan baik. Penyembuhan luka merupakan proses dimana sejumlah jaringan hidup mengalami regenerasi atau kembali ke struktur normal melalui pertumbuhan sel yang melibatkan proses fisiologis (Kozier dan Erb, 2010).

Pada Ny. M untuk tipe penyembuhan luka menggunakan penyembuhan luka secara sekunder, karena penyembuhan luka pada tepi kulit yang tidak dapat menyatu dengan cara pengikisan jaringan granulasi dan kontraksi. Misalnya pada leg ulcers, multiple trauma, ulkus diabetik, dan lainnya (Carville, K, 2012).

Pengkajian

Hasil pengkajian pada Ny. M yang dilakukan pada tanggal 13 Maret 2019 pukul 13.00 setelah dibandingkan dengan teori adalah sebagai berikut:

Pengkajian yang di dapat sesuai teori yaitu terdapat bau busuk dan ada cairan encer atau pus. Pemeriksaan secara inspeksi dan palpasi difokuskan pada warna kulit, turgor kulit, dan adanya edema (Barbara, Audre, & Snyder, 2010). Pada Ny. M mengalami luka yang keluar cairan encer terdapat pus yang berwarna kecoklatan, warna kulit sekitar sedikit kemerahan (eritema) dan tidak ada edema.

Luka diabetik adalah luka yang terjadi pada pasien diabetic yang melibatkan gangguan saraf peripheral dan autonomik (Suryadi, 2004 dalam Wijaya & Putri). Luka diabetik adalah luka yang terjadi karena adanya kelainan pada saraf, kelainan pembuluh darah dan kemudian adanya infeksi.

Table 2 perbandingan hasil pengkajian pada pasien kerusakan integritas jaringan dengan tanda dan gejala secara teori

No	Teori	Kasus
1.	Penyembuhan luka lama atau tertunda	Ny. M mengalami sakit diabetes mellitus ±2 minggu, dengan kondisi yang awalnya hanya benjolan kecil lalu lama kelamaan menjadi besar dan dilakukan pembedahan. Dengan kondisi luka keluar pus, berbau seperti busuk, dan derajat IV (Kehilangan seluruh jaringan dengan tulang, tendon, atau tampak otot).

Berdasarkan perbandingan dari data pengkajian di atas dapat disimpulkan bahwa : Menurut Digiulio et al (2014) klien dengan diabetes mellitus mengalami penyembuhan luka yang lama atau tertunda karena kelebihan zat gula dalam darah dapat mengakibatkan luka pada tubuh sulit mengering atau lama sembuh. Pada kasus Ny. M mengalami penyembuhan luka yang lama atau tertunda dikarenakan peningkatan kadar glukosa dalam darah dan keadaan luka yang semakin memburuk. Dalam keadaan

luka yang keluar pus terus, berbau busuk, tidak ada penebalan jaringan, kedalaman luka derajat IV (kehilangan seluruh jaringan dengan tulang, tendon, atau tampak otot cekungan atau bekas luka tampak pada beberapa bagian luka).

Hal ini disebabkan karena infeksi yang lama, infeksi kuman dan gangguan metabolisme tubuh yang menurun mengakibatkan luka sulit sembuh dan luka menjadi berbau. Penyembuhan luka yang abnormal menghalangi resolusi mikroorganisme yang masuk mengadakan kolonisasi di daerah ini. Sistem imun yang abnormal, bakteri sulit dibersihkan dan bakteri menyebar ke jaringan sekitar (Wijaya & Putri, 2013)

Diagnosis Keperawatan

Kerusakan integritas jaringan adalah Kerusakan integritas jaringan adalah cedera pada membran mukosa, kornea, sistem integumen, fascia muskular, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan ligament (Herdman & Kamitsuru S, 2018).

Menurut Herdman dan Kamitsuru S (2018) kerusakan integritas jaringan dapat terjadi jika ditemukan tanda-tanda sebagai berikut nyeri akut, perdarahan, jaringan rusak, hematoma, area lokal panas, kemerahan, kerusakan jaringan. Batasan karakteristik yang sudah dipenuhi pada kasus klien yaitu klien mengalami kerusakan jaringan (luka klien sudah mengikis lapisan kulit baik dermis ataupun epidermis, mengikis kelenjar membran serta otot yang sudah tidak ada penebalan pada jaringan). Yang kedua klien mengalami jaringan rusak (karakteristik luka pada klien yang semakin memburuk dengan keadaan luka yang semakin melebar sudah, keluar pus, berbau busuk, tidak ada penebalan jaringan, kedalaman luka pada derajat IV (kehilangan seluruh jaringan dengan tulang, tendon, atau tampak otot. Cekungan atau bekas luka tampak pada beberapa bagian luka). Yang ketiga nyeri akut (nyeri yang terjadi pada luka dan sekitar luka meskipun tidak menyeluruh).

Batasan karakteristik yang ada pada diagnosis kerusakan integritas jaringan semuanya muncul pada klien, jika batasan

karakteristik yang dapat diambil untuk ditegakkan sebagai diagnosis minimal 3.

Penulis menegaskan masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan berdasarkan data yang ditemukan pada Ny. M, antara lain: Ny. M mengatakan masih merasakan sedikit sakit saat dilakukan perawatan dan ada bagian luka yang sudah tidak terasa apapun sekalipun luka sempat ditusuk sedikit dengan benda tumpul, Ny. M mengalami luka diabetes mellitus kurang lebih sudah 2 minggu, dengan kondisi luka yang semakin memburuk dengan keadaan luka yang semakin melebar mulai menghitam, keluar pus, berbau busuk, tidak ada penebalan jaringan, kedalaman luka pada derajat IV (kehilangan seluruh jaringan dengan tulang, tendon, atau tampak otot. Cekungan atau bekas luka tampak pada beberapa bagian luka). Berdasarkan data tersebut, maka penulis merumuskan diagnosis keperawatan kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme (diabetes mellitus).

Penulis memprioritaskan kerusakan integritas jaringan menjadi masalah keperawatan yang utama karena kerusakan integritas jaringan merupakan masalah kebutuhan keamanan atau perlindungan yang berperan penting dalam perlindungan tubuh, yang artinya kerusakan integritas jaringan tidak hanya merusak jaringan saja tetapi juga merusak kerja pembuluh darah serta sistem saraf lainnya yang bertugas mengangkat darah ke seluruh tubuh dan sebagai alat komunikasi sebagai pengendali atau pengatur kerja dan pusat pengendali tubuh. Inilah yang bertugas memelihara kelangsungan tubuh manusia (Herdman & Kamitsuru S, 2018). Menurut Brunner dan Suddart (2013) dan Wijaya dan Putri (2013) bahwa kerusakan integritas jaringan yang tidak segera diatasi secara adekuat juga mempunyai efek yang membahayakan. Selain merasakan keamanan dan perlindungan yang terganggu karena kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme (diabetes mellitus) dapat menimbulkan kematian saraf, Hipoglikemia (gangguan kesehatan yang

terjadi ketika kadar gula di dalam darah berada dibawah kadar normal).

Zat gula didapat dari makanan yang dicerna dan diserap, Diabetik Ketoasidosis (DKA) sindrom dari sinergi simtoma hiperglisemia, ketosis, asidemia dan ketonemia dengan parameter klinis disebabkan karena kurangnya insulin dalam tubuh yang terjadi ketika tubuh tidak mampu untuk menggunakan glukosa karena tidak ada cukup insulin (kehabisan hormon insulin untuk mengatur gula darah) hal ini dapat disebabkan oleh sejumlah masalah yang mendasari termasuk infeksi, lupa atau sengaja melewati suntikan insulin atau gejala diabetes yang tidak terdiagnosis), penyakit makrovaskuler (pembuluh darah besar): mempengaruhi sirkulasi pembuluh darah perifer, dan pembuluh darah otak terjadi karena tingginya kadar gula darah dan tidak terkendalinya tekanan darah, kadar kolesterol dan lipid darah, penyakit mikrovaskuler (pembuluh darah kecil): mempengaruhi mata (retinopati) dan ginjal (neftropati), kontrol kadar gula darah untuk menunda atau mencegah terjadinya komplikasi mikrovaskular maupun makrovaskular terjadi karena dinding pembuluh darah semakin lemah dan rapuh dapat disebabkan juga oleh faktor genetik (Brunner & Suddart, 2013 dan Wijaya & Putri, 2013).

Intervensi Keperawatan

Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan dengan tujuan (NOC) integritas jaringan: kulit dan membran mukosa (1101), setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, diharapkan kerusakan integritas jaringan teratasi, dengan kriteria hasil: terdapat pertumbuhan jaringan yang baru, dan tidak ada nekrosis. Intervensi yang penulis rencanakan yaitu perlindungan infeksi (6550) karena luka yang sukar sembuh akan menimbulkan infeksi pada luka yang akan mengakibatkan luka semakin memburuk.

Hal ini sesuai dengan teori Digiulio (2014), bahwa penyembuhan luka yang tertunda/lama akan mengakibatkan infeksi

karena bakteri tumbuh dari kelebihan glukosa.

Perawatan luka (3660) karena menggunakan perawatan luka sesuai SOP akan membantu proses penyembuhan. Sesuai dengan teori Gitarja (2008) dalam suarbawa (2017), bahwa untuk menangani luka ganggren diabetes mellitus memerlukan perawatan luka dengan prinsip steril dan balutan yang sesuai.

Pengecekan kulit (3590) karena monitor kulit akan membantu mencegah terjadinya infeksi pada kulit dan untuk mengetahui bagaimana keadaan kulit sebelum dan sesudah dilakukan perawatan luka pada derajat berapa lukanya. Hal ini sesuai dengan teori Perry dan Potter et al (2009) bahwa pada diabetes mellitus memiliki derajat luka sesuai dengan kondisi luka.

Pemberian obat (2300) untuk membantu proses penyembuhan pasien misalnya untuk mencegah terjadinya infeksi, mengurangi nyeri dan membantu sembuh luka. Hal ini sesuai dengan penelitian Wijaya dan Putri (2013) tentang penatalaksanaan pasien diabetes mellitus tentang pemberian obat.

Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang sudah dijalankan sesuai dengan intervensi yang dipilih, tetapi ada beberapa tindakan yang tidak dilaksanakan sepenuhnya yang dilakukan dihari pertama adalah memonitor tanda-tanda vital (tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien) dilakukan setiap awal masuk shift, warna kulit berwarna coklat dengan suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ dan kelembaban untuk mengetahui keadaan luka, memonitor lebar dan kedalam luka untuk mengetahui luka pada derajat berapa, memonitor karakteristik cairan luka untuk mengetahui cairan luka apakah pus atau darah, mengangkat balutan dan plester perekat untuk mengurangi iritasi pada tepi luka, mengukur luas luka untuk mengetahui grade/derajat luka sebelumnya adalah 2 dan setelah dilakukan tatalaksana debridemen menjadi 3, memberikan perawatan ulkus sesuai indikasi untuk membantu proses

penyembuhan luka, mempertahankan teknik balutan luka steril untuk meminimalisir terjadinya infeksi, upaya yang dilakukan untuk mencegah komplikasi yang lebih berat diperlukan intervensi perawatan luka yang efektif dan efisien. Perawatan luka adalah membersihkan luka, mengobati dan menutup luka dengan memperhatikan teknik steril (Ghofar, 2012).

Perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0.9% untuk mencuci luka dan membalut dengan kasa yang dibasahi, cairan NaCl 0.9% merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk perawatan luka dengan cara menjaga kelembapan, menjaga granulasi tetap kering, melakukan debridement untuk mengurangi nekrosis, memberikan cairan metronidazole untuk membantu proses penyembuhan luka, mendokumentasikan lokasi, ukuran dan tampilan dilakukan setiap shift untuk memberikan kenyamanan pada pasien. Mengetahui keadaan luka bagaimana cairan luka adakah paparan infeksi oleh kuman atau bakteri dan untuk memberikan perawatan agar mempercepat penyembuhan luka (Tiara, 2010).

Hari kedua memonitor tanda-tanda vital untuk mengetahui keadaan abnormal pada tubuh klien, melakukan kolaborasi dengan ahli diet dan dokter untuk memberikan NaCl 20 tpm melalui intravena untuk memenuhi kebutuhan cairan, ketorolak melalui intravena untuk mengurangi nyeri, ceftriaxone melalui intravena untuk meminimalisir adanya infeksi bakteri, mengikuti prosedur lima benar obat untuk meminimalisir terjadinya kesalahan dalam pemberian obat, menganjurkan pasien dan keluarga pada prosedur perawatan luka agar keluarga pasien serta pasien mengetahui bagaimana perawatan luka dilakukan, memonitor lebar dan dalam luka untuk mengetahui luka pada derajat berapa, memonitor karakteristik cairan luka untuk mengetahui cairan yang keluar pada luka, mengangkat balutan dan plester perekat menghindari terjadinya iritasi akibat balutan, mengukur luas luka untuk mengetahui tingkat derajat luka, memberikan perawatan ulkus untuk

membantu proses penyembuhan, mempertahankan teknik balutan steril untuk meminimalisir terjadinya infeksi, melakukan debridement untuk membantu proses penyembuhan luka, memberikan cairan metronidazole, mendokumentasikan luka.

Hari ketiga memonitor tanda-tanda vital untuk mengetahui keadaan normal atau abnormal, menginstruksikan pasien menggunakan antibiotik untuk mengurangi terjadinya infeksi pada tubuh yang diakibatkan oleh bakteri, ikuti prosedur lima benar obat (benar obat, benar dosis, benar klien, benar cara pemberian, benar waktu), memberitahukan pada klien dan keluarga tentang jenis obat manfaat dan efek samping, memberikan perawatan ulkus sesuai indikasi untuk membantu proses penyembuhan luka, memberikan kontrol nyeri, menganjurkan pasien istirahat, mempertahankan teknik balutan luka steril untuk meminimalisir terjadinya infeksi, menganjurkan pasien dan keluarga pada prosedur perawatan luka agar dapat merawat lukanya dirumah, menganjurkan pasien untuk mencuci kaki dan mengeringkannya, memperingatkan hal-hal yang bisa menyebabkan cedera kaki dan mendeskripsikan sepatu dan kaos kaki yang baik dan tepat, anjurkan pasien untuk istirahat dan mendokumentasikan lokasi luka, ukuran dan tampilan. Perawatan luka dengan konsep lembab ini telah banyak digunakan, modern dressing atau balutan luka yang menggunakan konsep moist atau lembab digunakan bertujuan untuk mempercepat fibrolisis, pembentukan kapiler pembuluh darah baru, menurunkan infeksi, mempercepat pembentukan sel aktif dan pembentukan faktor-faktor pertumbuhan (Slater, 2008 dalam Wijaya, 2018).

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien terhadap standar atau kriteria yang ditentukan oleh tujuan yang ingin dicapai (Triyoga & Dewi, 2015)

Evaluasi hari pertama untuk masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme (diabetes mellitus) tidak

teratasi dengan data yang diperoleh pasien mengatakan saat dilakukan perawatan luka masih terasa sakit dan ada bagian yang sudah tidak terasa. Pasien tampak merasa sakit, luka tampak terlihat banyak pus, luka dalam, luka berbau. Pada tabel indikator kerusakan integritas jaringan masih tampak ada keluhan berat. Karena hiperglikemia yang lama akan menyebabkan arterosklerosis, penebalan membran basalis dan perubahan pada saraf perifer. Ini akan memudahkan terjadinya gangren (Price, 2006 dalam Wijaya dan Putri, 2013).

Evaluasi hari kedua masalah belum teratasi pasien mengatakan lukanya masih dalam, lukanya bau, terdapat pus, pasien tampak tidak tenang. Pada tabel indikator kerusakan integritas jaringan masih tampak ada keluhan. Karena pada dasarnya luka pada pasien diabetes mellitus sulit untuk di sembuhkan secara cepat dan total sebab, kelebihan glukosa dalam tubuh yang menghambat proses penyembuhan luka maka luka akan sulit sembuh dan mengering dan sering terjadi infeksi karena bakteri hidup dari kelebihan glukosa (Digiulio, 2014).

Evaluasi hari ke 3 balutan luka tampak bersih, keluar pus hanya sedikit. Pada table indikator kerusakan integritas jaringan sudah tampak keluhan sedang, hasil penelitian hari ke 3 terlihat adanya efektifitas penyembuhan luka pada Ny. M setelah perawatan luka dengan menggunakan cairan NaCl 0.9% mengalami perbaikan, didapatkan kondisi luka merah, mulai muncul granulasi, tumbuhnya jaringan baru ditepi luka, serta tidak muncul tanda-tanda infeksi. Masalah sudah teratasi, intervensi di hentikan karena pasien sudah diijinkan boleh pulang atas izin dokter.

KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi selama 3 hari pada asuhan keperawatan kerusakan integritas jaringan pada Ny. M dengan diabetes mellitus (ulkus abses punggung) di ruang Edelweis RSUD DR. R Goeteng Teroenadibrata Purbalingga, maka dapat ditarik kesimpulan:

Pengkajian

Penulis telah melakukan pengkajian pada Ny. M dengan menanyakan tentang identitas pasien, keluhan utama yang dirasakan pasien, riwayat penyakit pasien, pola fungsional kesehatan sampai pemeriksaan fisik. Data-data yang diperoleh dengan cara wawancara, observasi, dokumentasi. Dimana data-data yang diperoleh tersebut akan memberikan gambaran mengenai fisik, psikologis, sosial budaya, spiritual, kognitif dan kemampuan fungsi serta gaya hidup pasien dan tentang pasien secara lengkap.

Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny. M dan berdasarkan prioritas masalah adalah kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme (diabetes mellitus).

Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan tahap proses keperawatan dimana penulis membuat rencana keperawatan yang memuat intervensi intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan. Intervensi yang dibuat sudah sesuai dengan *Nursing Interventions Classification* (NIC). Label NIC : perlindungan infeksi (6550), perawatan luka (3660), pengecekan kulit (3590), pemberian obat (2300)

Implementasi keperawatan

Penulis mengamplifikasikan intervensi-intervensi yang telah diidentifikasi dan di terapkan dalam tindakan keperawatan. Dalam melakukan setiap intervensi yang direncanakan, penulis juga memantau dan mencatat respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada masalah keperawatan pertama adalah kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme (diabetes mellitus) masalah sudah teratasi karena pasien sudah diijinkan boleh pulang oleh dokter.

DAFTAR PUSTAKA

- Arisanty. (2013). Keperawatan Medikal Bedah edisi 12 (12 ed.).
- Barbara, K., Audrey, B, & Snyder, S. J. (2010). Buku Ajar Keperawatan Fundamental.
- Black, Joyce M, J. H. H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah.
- Brunner, S. (2013). Keperawatan Medikal Bedah.
- Bulechek. M Gloria. (2016). Nursing Interventions Classification.
- Digiulio Mary, J. D. & J. K. (2014). Keperawatan Medikal Bedah.
- Doenges, M.E., M.F Moohouse, dan A. C. M. (2014). Manual Diagnosa Keperawatan, Rencana, Intervensi & Dokumentasi Asuhan Keperawatan (Edisi 3).
- Dosen Keperawatan Medikal-Bedah Indonesia. (2016). Buku Kedokteran.
- Ghofar, A. (2012). Mitra Buku.
- Gitarja, W. (2008). Wocare Publishing.
- Herdman Heather dan Kamitsuru Shigemi. (n.d.). Buku Kedokteran.
- Kemenkes RI. (2014). Profil Kesehatan Indonesia.
- M, A. (2010). Kreasi Wacana.
- Moorhead Sue. (2016). Nursing Outcomes Classification.
- Mubarok Wahid Iqbal, Indrawati Lilis, dan S. J. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar.
- NANDA. (2015). No Title.
- Noor, F. R. (2013). Diabetes Mellitus Tipe 2. Medical Facility. Jurnal Penelitian J Majority. www.google-cendekiawan.co.id
- Perry Anne G,A Patricia, P. (2009). Fundamental Of Nursing 7 th Edition (7 ed.).
- Price, S.A., dan L. M. W. (2012). Patofisiologi (6 ed.).
- Rauddatussalamah dan A.R. Fitri. (2012).

Psikologi kesehatan. Al-Mujtahadah.

- Riyadi Sujono dan Sukarmin. (2008). Graha Ilmu.
- Smeltzer, S.C., dan B. G. B. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth.
- Sriyanto. (2016). Penelitian Publikasi. Jurnal Penelitian Publikasi Ilmiah. www.google-schooler.co.id
- Sudoyo Aru, Setiyohadi Bambang, Alwi Idrus, Simadibrata Marcellus, & S. S. (2010). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III (5 ed.).
- Tiara. (2010). Jurnal publikasi ilmiah. publikasi ilmiah. www.gogle-scholer.co.id
- Triyoga Akde dan Dewi Prita Ayu Kusuma. (2015). Jurnal penelitian Keperawatan. penelitian Keperawatan. www.goggle-scholer.co.id
- Utaminingsih Wahyu Rahayu. (2009). Media Ilmu.
- Wicak dan Aditya dee-dee. (2009). A TriExs Media's Book.
- Wijaya Andra., S.Kep & Putri Yessie., S. K. (2013). Nuha Medika.
- Wijaya, I. M. S. (2018). CV. Andi Offset.
- Yahya Nadjibah. (2018). Hidup Sehat dengan Diabetes (PT Tiga Serangkai Pustaka Mandiri (ed.)).
- Yuani Dewi Nur Rita. (2008). Gangguan Sistem Endokrin Diabetes Melitus Dengan Ulkus. Penelitian R Medicine. www.gogle-cendekiawan.co.id