



ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN INTEGRITAS JARINGAN/KULIT PADA PASIEN NY. O DENGAN ULKUS DEKUBITUS DI IRYOU HOUJIN AIWAKAI IKEDA EN

Uji Niswa Hidayannah*, Indri Heri Susanti, Ririn Isma Sundari

Program Studi Keperawatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Harapan Bangsa

Jl. Raden Patah No.100, Kedunglongsir, Ledug, Kembaran, Banyumas, Jawa Tengah 53182, Indonesia

*ujiniswahidayannah@gmail.com

ABSTRAK

Ulkus dekubitus pada lansia akibat tekanan berkepanjangan memerlukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk mencegah komplikasi. Penelitian ini didasarkan pada tantangan perawatan lansia di Jepang, di mana populasi lanjut usia semakin meningkat, sehingga masalah ulkus dekubitus menjadi perhatian utama dalam pelayanan kesehatan. Metode studi kasus digunakan sebagai metode dalam melakukan asuhan keperawatan gangguan integritas jaringan/kulit pada pasien melalui proses keperawatan selama 3 hari. Kasus yang dikaji adalah lansia berusia 75 tahun dengan ulkus dekubitus tahap II di pinggang bagian belakang (atas gluteal). Pengkajian dilakukan secara menyeluruh menggunakan metode head-to-toe, skala fungsi kesehatan Gordon, penilaian nyeri dengan skala PQRST, serta pengkajian khusus pada lansia. Diagnosis utama yang ditegakkan adalah gangguan integritas kulit/jaringan, dengan diagnosis kedua nyeri kronis. Intervensi yang dilakukan meliputi perawatan luka menggunakan obat topikal berbahan gula dan *povidone-iodine*, reposisi posisi miring kanan dan kiri setiap 2 jam, serta manajemen nyeri untuk meningkatkan kenyamanan pasien. Hasil menunjukkan bahwa selama 3 hari belum terdapat perbaikan signifikan pada kondisi luka, namun intensitas nyeri menurun sehingga memberikan kenyamanan lebih baik bagi pasien. Kesimpulan dari studi ini adalah bahwa kombinasi perawatan luka dan manajemen nyeri efektif dalam mengurangi nyeri kronis, meskipun penyembuhan luka memerlukan waktu lebih lama. Pendekatan holistik, kolaboratif, dan perawatan berkelanjutan diperlukan untuk mempercepat pemulihan ulkus dekubitus pada lansia.

Kata kunci: gangguan integritas jaringan; lansia; nyeri kronis; ulkus dekubitus

NURSING CARE FOR TISSUE/SKIN INTEGRITY DISORDERS IN PATIENT MRS. O WITH PRESSURE ULCER AT IRYOU HOUJIN AIWAKAI IKEDA EN

ABSTRACT

Pressure ulcers in the elderly due to prolonged pressure require comprehensive nursing care to prevent complications. This research is based on the challenges of elderly care in Japan, where the aging population is increasing, making pressure ulcers a major concern in healthcare services. The case study method is used as an approach in providing nursing care for skin/integrity disorders in patients through a nursing process over 3 days. The case examined is a 75-year-old elderly patient with stage II pressure ulcers in the lower back region (upper gluteal). The assessment was conducted comprehensively using head-to-toe assessment, Gordon's functional health patterns, pain assessment using the PQRST scale, and specific assessments for the elderly. The primary diagnosis is skin/integrity disorder, with a secondary diagnosis of chronic pain. Interventions included wound care using topical agents with sugar and povidone-iodine, repositioning in a right-left lateral position every 2 hours, and pain management to enhance patient comfort. Results showed no significant improvement in wound condition over 3 days, but the intensity of pain decreased, providing better comfort for the patient. The conclusion of this study is that a combination of wound care and pain management effectively reduces chronic pain, although wound healing requires more time. A holistic, collaborative, and continuous care approach is necessary to accelerate the recovery of pressure ulcers in the elderly.

Keywords: chronic pain, elderly; pain management; pressure ulcers; skin/integrity disorders

PENDAHULUAN

Dengan bertambahnya usia harapan hidup, populasi usia 60 tahun ke atas, yang dikenal sebagai lansia, mengalami peningkatan. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan jumlah lansia di seluruh dunia akan meningkat dua kali lipat, dari 12% menjadi 22% pada tahun 2050 (WHO, 2022). Tingkat populasi penduduk lansia yang berusia ≥ 65 di Jepang mengalami peningkatan setiap tahunnya, pada tahun 2019 28,1% menjadi 29,8% pada tahun 2021 (Paschaline *et al.*, 2023). Lansia cenderung memiliki kulit yang rentan akibat perubahan fisik yang terkait dengan penuaan, seperti penipisan jaringan dermal dan subkutan serta berkurangnya ketahanan dan elastisitas kulit (Lephart & Naftolin, 2021). Perawatan kulit yang tidak teratur dan tidak konsisten pada lansia dapat menyebabkan kerusakan pada integritas kulit dan jaringan. Kerusakan kulit dapat disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama, iritasi kulit, atau ketidakmampuan bergerak, hal tersebut jika tidak diperhatikan akan menimbulkan kerusakan pada kulit diantaranya kejadian luka tekan (ulkus decubitus) (Kohara *et al.*, 2021).

Luka tekan adalah cedera lokal pada kulit atau jaringan yang mendasarinya, yang biasanya terjadi di area tonjolan tulang akibat tekanan atau kombinasi antara tekanan dan gesekan (*European Pressure Ulcer Advisory Panel et al.*, 2019). Lansia yang menghabiskan banyak waktu berbaring memiliki risiko tinggi untuk mengalami luka dekubitus. Hal ini terjadi karena faktor utama yang mendorong terbentuknya luka dekubitus adalah gesekan dan cedera. Kondisi ini menyebabkan penyumbatan pembuluh darah kecil yang mengakibatkan iskemia. Iskemia menyebabkan peradangan dan anoksia jaringan (Seyhan, 2018). Anoksia jaringan ini mengakibatkan kematian sel, nekrosis, dan luka. Imobilisasi yang berlangsung lama dapat menyebabkan luka dekubitus jika bagian tubuh terletak pada area dengan perbedaan tekanan (Wibowo & Saputra, 2019).

Tahun 1982, *National Council of State Boards of Nursing* menyempurnakan tahapan proses keperawatan menjadi 5 tahap, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Lima tahap ini adalah langkah-langkah yang saat ini digunakan dalam proses keperawatan (Deswani, 2011). Potter & Perry, (2017) menyebutkan bahwa terdapat tiga bidang intervensi keperawatan utama untuk mencegah luka tekan. Pertama, perawatan kulit yang meliputi kebersihan dan pemberian obat topikal, kedua, pencegahan mekanis dan dukungan permukaan, yang mencakup penggunaan tempat tidur, penataan posisi tubuh, dan kasur anti-dekubitus, dan ketiga, pendidikan. Penatalaksanaan posisi miring kiri dan kanan tubuh juga merupakan intervensi keperawatan penting dalam mencegah luka tekan. Didukung oleh penelitian Wahidin dan Muzaki (2022) yang menyebutkan bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penurunan risiko luka tekan, seperti memobilisasi pasien dengan posisi sisi kanan dan kiri setiap 2 jam serta membersihkan area yang sering tertekan agar tidak terdapat banyak keringat atau urin yang dapat menyebabkan iritasi kulit.

Jumlah populasi lansia semakin bertambah dikarenakan peningkatan usia angka harapan hidup. Jepang saat ini dikenal sebagai negara dengan jumlah penduduk lansia terbanyak di dunia. Rata-rata harapan hidup wanita mencapai 87,5 tahun, sementara pria mencapai 81,4 tahun pada tahun 2019 (Statistic Bureau 2021). Karena jumlah lansia yang meninggi sekitar 30 tahun yang lalu, di Jepang semakin banyak pendirian *Roujin Home*. Salah satunya yakni Aiwakai Ikeda En. *Roujin Home* disebut juga sebagai panti jompo atau tempat untuk para lansia yang sakit ataupun sehat. Saat ini di Aiwakai Ikeda En terdapat 67 lansia yang dirawat oleh 8-9 perawat lansia dan 3 perawat perharinya, dari 67 lansia, 25 lansia sudah tirah baring. Mayoritas lansia memiliki luka tekan atau ulkus dekubitus di area sekitar pantat dan paha.

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dijelaskan, rumusan masalah yang diajukan adalah “Bagaimana asuhan keperawatan gangguan integritas jaringan/kulit pada pasien Ny. O dengan ulkus dekubitus di Iryou Houjin Aiwakai Ikeda En” yang memiliki tujuan untuk melakukan asuhan keperawatan gangguan integritas jaringan/kulit pada pasien Ny. O dengan ulkus dekubitus di Iryou Houjin Aiwakai Ikeda En.

METODE

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus, penelitian studi kasus adalah penelitian dengan memeriksa suatu masalah melalui suatu kasus yang terdiri dari satu unit.. Tempat yang digunakan dalam melaksanakan asuhan keperawatan gangguan integritas jaringan/kulit pada pasien Ny. O dengan ulkus dekubitus berada di Ikeda En, Iryou Houjin Aiwakai, Okinawa, Jepang dan dilakukan pada bulan Juni – Februari 2025. Subjek pada studi kasus ini 1 orang dengan diagnosa medis ulkus dekubitus di Iryou Houjin Aiwakai, Ikeda En. Pengumpulan data menggunakan observasi dengan pengamatan secara langsung, pemeriksaan fisik *head to toe*, wawancara dengan klien, serta studi dokumentasi dari rekam medis.

Pendekatan proses keperawatan yang dilakukan penulis meliputi tahapan yaitu: 1) Pengkajian, dalam pengkajian dilakukan dari anamnesa, pengkajian *head to toe*, pengkajian lansia (Pola Fungsional Indeks Katz, Indeks Barthel, SPMSQ, *Time Up and Go* (TUG), dan Pengkajian Status Gizi (MNA)), menilai *Braden Scale*, tanda-tanda infeksi, serta nyeri PQRST. 2) Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang mereka alami, baik yang bersifat aktual maupun potensial, dengan tujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan komunitas klien dalam situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (PPNI, 2018). 3) Intervensi keperawatan, penulis menyusun intervensi keperawatan untuk meningkatkan, mencegah serta memulihkan kesehatan klien. 4) Implementasi keperawatan, penulis melakukan implementasi pada kasus karya tulis ilmiah ini berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). 5) Evaluasi keperawatan, penulis melakukan evaluasi pada kasus karya tulis ilmiah ini berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI).

HASIL

Hasil pengkajian pada Ny. O yang dilakukan pada tanggal 2 Juni 2024 pukul 09.00 adalah sebagai berikut:

1. Gejala kerusakan kulit: Ny. O merasa ada luka saat bergerak, dengan luka dekubitus 4 cm x 2 cm x 1,5 cm, kemerahan, panas, nyeri, tanpa pembengkakan.
2. Tahap kedua ulkus dekubitus: Luka terbuka dengan dasar merah/merah muda, sedikit kemerahan pada luka Ny. O.
3. Keluhan nyeri pada luka: Nyeri pada luka dekubitus di pinggang bagian belakang, dengan tanda minor seperti nyeri dan kemerahan.
4. Meringis saat dibersihkan: Salah satu gejala mayor objektif nyeri kronis adalah tampak meringis.
5. Bersikap protektif: Klien menghindari posisi yang menyebabkan nyeri, menunjukkan sikap protektif.
6. Letak ulkus dekubitus: Terletak di pinggang bagian belakang (atas gluteal), akibat tekanan pada area tersebut.
7. Eksudat pada luka: Cairan putih keluar dari luka saat perawatan, bisa menjadi tempat berkembangnya bakteri.
8. Tidak ada edema, ada inflamasi: Inflamasi ditemukan, yang memperlambat proses penyembuhan luka.

9. Pengkajian nyeri PQRST didapatkan hasil P (provokatif) : adanya luka tekan pada pasien, Q (quality) : pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut, R (region) : nyeri pada luka dekubitus di pinggang bagian belakang (atas gluteal), S (scale) : skala nyeri 3 (0-10), T (time) : nyeri dirasakan hilang timbul.
10. Skala Braden: Skor 12 menunjukkan risiko sedang terhadap luka tekan.

PEMBAHASAN

1. Pengkajian

- a. Gejala kerusakan pada jaringan dan/atau lapisan kulit yang ada dalam teori muncul pada kasus, di mana Ny. O merasa ada luka yang mengganggu ketika sedang bergerak. Didapatkan hasil dari pengkajian yakni luka dekubitus memiliki panjang 4 cm, lebar 2 cm, dan kedalaman 1,5 cm. Selain itu didapatkan adanya kemerahan, terasa panas, nyeri, tidak ada pembengkakan dan fungsi laesa. Hal ini dikaji dari tanda-tanda inflamasi yang berupa kemerahan (rubor), panas (kalor), nyeri (dolor), pembengkakan (tumor) (Octavian, 2022).
- b. Menurut *National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure* (NPUAP) dalam Wiguna et al., (2022), tahap kedua klasifikasi ulkus dekubitus yakni hilangnya sebagian ketebalan lapisan epidermis dan dermis (ulkus terbuka) dengan dasar luka merah/merah muda. Pada kasus ini terdapat sedikit kemerahan pada luka dekubitus pasien.
- c. Klien mengeluh sedikit nyeri pada luka tekan/dekubitus di pinggang bagian belakang (atas gluteal). Menurut Putri (2023), gejala yang sering muncul (tanda mayor) yaitu kerusakan jaringan atau lapisan kulit dan gejala tanda minor yaitu nyeri, pendarahan, kemerahan, hematoma. Kondisi klinis terkait yaitu imobilisasi, gagal jantung kongesti, gagal ginjal, diabetes melitus, dan immunodefisiensi.
- d. Klien tampak meringis ketika luka dibersihkan. Menurut Tim PPNI (2016), salah satu gejala dan tanda mayor objektif dari diagnosis nyeri kronis adalah tampak meringis.
- e. Klien terkadang tampak bersikap protektif yakni menghindari posisi nyeri. Menurut Tim PPNI (2016), salah satu gejala dan tanda mayor objektif dari diagnosis nyeri kronis adalah bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri).
- f. Letak ulkus dekubitus klien ada di pinggang bagian belakang (atas gluteal). Menurut Khoiriyah (2018), ulkus dekubitus merupakan kerusakan kulit pada suatu area dan dasar jaringan yang disebabkan oleh tulang yang menonjol sebagai akibat dari tekanan, pergeseran, gesekan atau kombinasi dari beberapa hal tersebut. Ulkus dekubitus biasanya muncul di area tubuh yang sering mendapatkan tekanan, seperti tulang ekor, pinggul, siku, dan tumit.
- g. Menurut Sucitawati (2021), eksudat merupakan cairan atau pus pada luka yang dapat menjadi tempat berkembangnya bakteri. Saat perawatan kulit dilakukan pada pasien yaitu menekan dan memberikan pijatan area sekitar luka, ada sedikit eksudat atau cairan yang keluar berwarna putih.
- h. Dalam pengkajian Ny. O tidak ditemukan edema atau pembengkakan namun ditemukan peradangan atau inflamasi. Menurut Niemiec et al., (2020) pada luka tekan, peradangan yang berlangsung terus-menerus di dasar luka menyebabkan respons imun yang tidak normal dan memperlambat proses penyembuhan.
- i. Nyeri yang dirasakan Ny. O masuk ke dalam kategori nyeri ringan. Adapun pengkajian PQRST yang sudah dilakukan adalah sebagai berikut. *Provocation/palliative* adalah faktor yang memicu atau menyebabkan nyeri adalah luka tekan. Q atau *quality* adalah kualitas rasa sakit, klien mengatakan nyeri seperti berdenyut. R atau *region* yakni lokasi nyeri, lokasi nyeri klien ada di luka dekubitus di pinggang bagian belakang (atas gluteal). S atau *scale* adalah skala nyeri, klien

mengatakan skala nyeri adalah 3. *T* atau *time* adalah waktu dimana klien merasa nyeri yang dirasakan adalah hilang timbul. Menurut Sucitawati (2021), nyeri terasa saat istirahat, sensitivitas atau nyeri sebegini besar tidak terasa lagi atau kadang-kadang dimana ini pernyataan ini sesuai dengan kondisi klien sekarang.

- j. Skala Braden disarankan untuk digunakan sebagai alat skrining terhadap risiko terjadinya luka tekan terutama pada pasien yang mengalami perawatan yang lama (Kale, 2014). Pada klien mengindikasikan risiko sedang di mana memiliki skor 12.

2. Diagnosis Keperawatan

Gangguan integritas kulit/jaringan dapat terjadi jika terdapat tanda-tanda seperti kerusakan pada jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, dan hematoma, Tim PPNI (2016). Batasan karakteristik yang sudah dipenuhi pada kasus yaitu adanya luka dekubitus dengan ukuran dan kedalaman luka dan kemerahan. Adapun pengkajian dari luka tersebut adalah panjang 4cm, lebar 2 cm, dan kedalaman 1,5 cm, tepi luka menyatu dengan luka. Luka berada di pinggang bagian belakang (atas gluteal) dengan area sekitar kulit normal. Luka tampak keluar cairan atau eksudat berwarna putih sedikit ketika dibersihkan. Terlihat ada sekitar kemerahan di area luka. Penulis juga menilai dari skala braden di mana didapatkan skor 12 yang mengindikasikan risiko sedang. Berdasarkan data tersebut, maka penulis merumuskan diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129).

Adapun masalah keperawatan kedua yakni nyeri kronis. Menurut Tim PPNI (2016), nyeri kronis terjadi jika ada tanda-tanda sebagai berikut: mengeluh tentang rasa sakit, merasa tertekan, tampak cemberut, gelisah, tidak dapat menyelesaikan aktivitas, takut akan cedera ulang, bersikap melindungi diri (misalnya, menghindari rasa sakit), waspada, pola tidur yang berubah, anoreksia, fokus sempit, dan fokus pada diri sendiri. Batasan karakteristik yang sudah dipenuhi pada kasus yakni mengeluh nyeri, tampak meringis, dan bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri). Adapun pengkajian nyeri terhadap pasien yakni pasien mengeluh sedikit nyeri pada luka tekan/dekubitus di pinggang bagian belakang (atas gluteal), pasien tampak meringis ketika luka dibersihkan, dan bersikap protektif yakni menghindari posisi nyeri. Penulis memprioritaskan gangguan integritas kulit/jaringan menjadi masalah keperawatan utama karena dapat menyebabkan komplikasi. Gangguan integritas kulit dapat meningkatkan risiko infeksi, gangguan mobilitas, dan penurunan fungsi, serta dapat menyebabkan kehilangan anggota tubuh atau bahkan nyawa (Murphree, 2017).

3. Intervensi Keperawatan

Penulis menyusun rencana keperawatan berdasarkan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam, diharapkan integritas kulit dan jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil: kerusakan jaringan dengan hasil akhir 4 (cukup menurun) dari 2 (cukup meningkat), kerusakan lapisan kulit dengan hasil akhir 4 (cukup menurun) dari 2 (cukup meningkat), serta kemerahan dengan hasil akhir 4 (cukup menurun) dari 2 (cukup meningkat). Intervensi yang penulis rencanakan yaitu perawatan luka. Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), perawatan luka merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mempercepat proses penyembuhan luka serta mencegah timbulnya komplikasi pada luka tersebut. Hal ini sesuai dengan penelitian Dimantika dalam Sari dan Naziyah (2023) mengungkapkan bahwa infeksi luka ulkus dekubitus bisa dicegah dengan perawatan luka yang benar.

Intervensi kedua yang penulis rencanakan yaitu pemberian obat topikal. Hal ini sesuai dengan penelitian Mahmuda (2019) mengungkapkan bahwa perawatan luka dekubitus

dengan memberikan bahan topikal, sistemik, atau bedah harus dilakukan sejak dini agar proses penyembuhan dapat berlangsung lebih cepat. Obat topikal yang digunakan adalah salep gula negmin dengan tujuan membantu penyembuhan luka dengan cara mempercepat regenerasi jaringan dan menjaga kelembapan luka. Penulis menyusun rencana keperawatan berdasarkan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: porsi makanan yang dihabiskan dengan hasil akhir 4 (cukup meningkat) dari 3 (sedang) dan nafsu makan 4 (cukup membaik) dari 3 (sedang). Intervensi yang penulis rencanakan yaitu manajemen nyeri. Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), manajemen nyeri merupakan intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengenali dan mengatasi pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau fungsi, yang bisa terjadi tiba-tiba atau secara bertahap, dengan tingkat keparahan yang bervariasi dari ringan hingga berat dan bersifat terus-menerus.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang telah dilakukan sesuai dengan intervensi yang dipilih seperti perubahan posisi dua jam sekali sesuai dengan penelitian Mayangsari dan Yenny (2020) mengungkapkan bahwa mengubah posisi pasien setiap 2 jam dapat mencegah terjadinya dekubitus pada individu dengan tingkat risiko ringan hingga berat. Selain itu, tindakan ini juga efektif dalam mengurangi risiko dekubitus, dari yang awalnya berisiko sedang menjadi berisiko rendah. Skala Braden adalah indikator yang akurat untuk pergerakan posisi yang sebenarnya dan dapat diandalkan dalam perencanaan perawatan pencegahan PrI (Pressure Injury) pada orang dewasa lanjut usia (Kennerly *et al.*, 2022). Pada pasien parameter persepsi sensori, kelembapan, nutrisi mendapatkan skor 3. Mobilisasi dan gesekan mendapatkan skor 2 dan aktivitas mendapatkan skor 1. Implementasi yang sudah dilakukan untuk skala braden yaitu tetap menjaga kelembapan pada luka pasien dan memonitor nutrisi pasien. Namun, penulis menyadari bahwa hal tersebut masih sangat terbatas, dan beberapa implementasi tidak diterapkan dalam intervensi tersebut.

Adapun implementasi yang tidak dilaksanakan sepenuhnya salah satunya yakni dalam Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), disebutkan bahwa salah satu isi dari intervensi perawatan luka adalah membersihkan luka dengan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan. Penulis menggunakan air hangat untuk membersihkan luka tekan tersebut. NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014) menganjurkan untuk membersihkan sebagian besar luka dekubitus menggunakan air yang aman untuk diminum atau larutan saline standar. Dalam satu penelitian, pasien melaporkan bahwa air hangat dapat menenangkan/mengurangi rasa sakit (Gorecki *et al.*, 2011). Tindakan yang tidak dilaksanakan yakni memberikan penjelasan mengenai tanda dan gejala infeksi, jenis obat, alasan pemberian, tujuan tindakan yang diharapkan, serta efek samping yang mungkin terjadi sebelum diberikan kepada pasien, mengingat keterbatasan bahasa. Keterbatasan bahasa juga menyebabkan penulis tidak bisa maksimal dalam menjelaskan strategi meredakan nyeri dan menganjurkan teknik nonfarmakologis lainnya. Terapi distraksi dilakukan karena tidak ada pemberian analgesik, menurut Gorecki *et al.*, (2011), analgesik jarang diresepkan untuk nyeri luka dekubitus, dan ketika diresepkan, jarang efektif dalam mengurangi rasa sakit.

5. Evaluasi Keperawatan

Gangguan integritas jaringan atau kulit masih belum teratasi. Hal ini terlihat pada hari ketiga warna luka masih pink putih dan sedikit ada kemerahan, ukuran luka tidak berubah masih memiliki panjang 4 cm, lebar 2 cm, dan kedalaman 1,5 cm, luka tidak berbau, masih adanya tanda-tanda kerusakan kulit yang belum sembuh, seperti luka yang masih

terbuka, adanya perubahan warna kulit, atau kerusakan jaringan yang belum menunjukkan proses penyembuhan yang optimal. Kondisi ini memerlukan intervensi lanjutan untuk mempercepat perbaikan integritas kulit dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Berdasarkan pada diagnosis di atas, luka dekubitus pasien berada pada tahap 2. Alasan yang mendukung diagnosis ulkus dekubitus tahap 2 adalah adanya kehilangan sebagian lapisan kulit yang melibatkan epidermis dan/atau dermis, tanpa mencapai jaringan yang lebih dalam seperti subkutan. Luka pada tahap ini biasanya tampak sebagai lepuhan berisi cairan serosa atau ulserasi dangkal dengan dasar luka berwarna merah muda atau merah cerah, tanpa adanya jaringan mati atau nekrosis. Karakteristik ini menunjukkan bahwa kerusakan jaringan masih terbatas pada lapisan permukaan kulit.

Adapun diagnosis nyeri kronis sudah teratasi sebagian dengan indikator keluhan nyeri dan meringis berkurang di hari kedua, menunjukkan adanya perbaikan pada kondisi nyeri pasien. Menurut Gorecki *et al.*, (2011) pasien dengan luka kronis seperti luka tekan, nyeri bisa bersifat siklik, yaitu ketidaknyamanan dapat muncul berulang kali dengan perawatan atau gerakan yang sama atau berulang. Selain itu, nyeri juga bisa non-siklik, yaitu nyeri yang terjadi dalam situasi tertentu, seperti saat debridemen. Penulis juga melakukan teknik distraksi yakni pasien dapat mendengarkan musik sesuai dengan hobi pasien ketika sedang dilakukan perawatan luka. Menurut Mubarak *et al.*, (2015) dalam Saputra *et al.*, (2021) mengatakan teknik distraksi adalah teknik yang digunakan untuk mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian klien pada hal-hal lain, sehingga klien dapat lupa terhadap nyeri yang dialami. Distraksi membantu menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri dan meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit. Pada hari kedua saat penulis memberikan arahan untuk mendengarkan musik. Didapatkan respon subjektif dari pasien yakni perlahan nyeri berkurang dan penulis tidak mendengar ringisan dari pasien.

SIMPULAN

Berdasarkan uraian tentang asuhan keperawatan pada bab sebelumnya, kesimpulannya adalah:

1. Hasil pengkajian awal asuhan keperawatan pada pasien Ny. O didapatkan luka dekubitus di pinggang bagian belakang (atas gluteal) dengan panjang 4 cm, lebar 2 cm, dan kedalaman 1,5 cm. Terlihat ada kemerahan, terasa panas, nyeri, tidak ada pembengkakan dan fungsi laesa. Keadaan umum pasien compos mentis dengan hasil tanda-tanda vital tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 96 x/menit, RR 20 x/menit dan suhu 36,2 °C. Selain itu, pada pengkajian nyeri PQRST didapatkan hasil P (provokatif) : Luka tekan pada pinggang bagian belakang (atas gluteal), Q (quality) : pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut, R (region) : nyeri pada luka dekubitus di pinggang bagian belakang (atas gluteal), S (scale) : skala nyeri 3 (0-10), T (time) : nyeri dirasakan hilang timbul.
2. Diagnosis pada pasien Ny. O ada dua dengan diagnosis prioritas yakni gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas ditandai dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit (D.0129). Diagnosis yang kedua adalah nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf ditandai dengan mengeluh nyeri (D.0078).
3. Intervensi keperawatan yang ditegakkan sudah sesuai dengan kondisi pasien yaitu memonitor karakteristik luka dan tanda-tanda infeksi, melakukan perawatan luka, menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, memberikan obat topikal, memonitor skala nyeri kronis, memberikan teknik nonfarmakologis, dan memfasilitasi istirahat dan tidur.
4. Implementasi keperawatan untuk mengatasi gangguan integritas kulit/jaringan sudah dilakukan dengan membersihkan luka pada pasien, melakukan perawatan luka, memberikan obat topikal berupa salep gula negmin, menjadwalkan perubahan posisi sesuai dengan kondisi pasien, memonitor rasa nyeri pasien, melakukan teknik distraksi

dengan mendengarkan musik agar rasa nyeri pasien berkurang, serta memfasilitasi pasien istirahat dan tidur.

5. Hasil evaluasi akhir atas implementasi perawatan luka dan pemberian obat topikal belum teratasi ditandai dengan warna luka masih pink putih dan sedikit ada kemerahan, ukuran luka tidak berubah masih memiliki panjang 4 cm, lebar 2 cm, dan kedalaman 1,5 cm, luka tidak berbau. Selain itu implementasi manajemen nyeri teratasi sebagian ditandai dengan berkurangnya keluhan nyeri (skala 3 menjadi 4) dan ringisan (skala 3 menjadi 4) dari pasien di hari kedua setelah dilakukan teknik distraksi dengan mendengarkan musik saat perawatan luka berlangsung.

DAFTAR PUSTAKA

- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries*.
- Gorecki, C., Closs, S. J., Nixon, J., & Briggs, M. (2011). Patient-reported pressure ulcer pain: a mixed-methods systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 42(3), 443-459.
- Kale, E. D., Nurachmah, E., & Pujasari, H. (2014). Penggunaan skala braden terbukti efektif dalam memprediksi kejadian luka tekan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 17(3), 95-100.
- Kennerly, S. M., Sharkey, P. D., Horn, S. D., Alderden, J., & Yap, T. L. (2022, November). Nursing assessment of pressure injury risk with the Braden scale validated against sensor-based measurement of movement. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 11, p. 2330). MDPI.
- Khoiriyah, Z. (2018). *Aplikasi CSWD Pada Tn. P Dengan Masalah Kerusakan Integritas Kulit Akibat Ulkus Dekubitus* (Doctoral dissertation, Skripsi, Universitas Muhammadiyah Magelang).
- Kohara, H. T., Ikeda, M., Yokotani, K., Okawa, M., & Nishimoto, S. (2021). Skin Characteristics of Sites Predisposed to Pressure Ulcers among Bedridden Elderly Patients in Japan. *Open Journal of Nursing*, 11(06), 497-512. <https://doi.org/10.4236/ojn.2021.116043>
- Lephart, E. D., & Naftolin, F. (2021). Menopause and the Skin: Old Favorites and New Innovations in Cosmeceuticals for Estrogen-Deficient Skin. *Dermatology and Therapy*, 11(1), 53-69. <https://doi.org/10.1007/s13555-020-00468-7>
- Mayangsari, B., & Yenny, Y. (2020). Pengaruh Perubahan Posisi Terhadap Resiko Terjadinya Dekubitus di Rumah Sakit PGI Cikini. *Jurnal Keperawatan Cikini*, 1(2).
- Niemiec, S. M., Louiselle, A. E., Liechty, K. W., & Zgheib, C. (2020). Role of microRNAs in pressure ulcer immune response, pathogenesis, and treatment. *International journal of molecular sciences*, 22(1), 64.
- Octavian, I. P. Y. (2022). Aktivitas Antiinflamasi Ekstrak Etanol Tanaman Patah Tulang (*Euphorbia Tirucalli* L.). *Humantech: Jurnal Ilmiah Multidisiplin Indonesia*, 1(7), 902-908.

- Paschaline, F. F., Prastita, R. A., & Mega, E. (2023). Japan's Aging Society: A Challenge to Japan's Diversity & Social Inclusion. *Transformasi Global*, 10(1), 20–34. <https://doi.org/10.21776/ub.jtg.010.01.3>
- Perry, P. &. (2017). *Fundamentals of Nursing Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Salemba Medika.
- Putri, R. N., Hidayat, N., Supriadi, D., & Setiawan, H. (2023). Perawatan Luka Modern pada Pasien Ulkus Diabetikum: Sebuah Studi Kasus Intervensi Keperawatan. *INDOGENIUS*, 2(2). <https://doi.org/10.56359/igj.v2i2.250>
- Saputra, A. A., & Jamaluddin, M. (2021). PENGARUH TEKNIK DISTRAKSI DAN TEKNIK RELAKSASI TERHADAP NYERI SELAMA PERAWATAN LUKA OPERASI DI RSUD KOTA MAKASSAR. *JIMPK: Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 1(2), 203-209.
- Seyhan, S. (2018). Decubitus Ulcer Development: An Investigation on Its Effect and Evidence in Home Care Patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 505–511. <https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC>
- Sucitawati, I. (2021). *Gambaran Tingkat Pengetahuan Tentang Ulkus Diabetikum Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Desa Adat Padangaji Tahun 2021* (Doctoral dissertation, Jurusan Keperawatan 2021).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Wibowo, D. A., & Saputra, B. D. (2019). Gambaran Peran Keluarga Tentang Pencegahan Ulkus Dekubitus Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik. *Jurnal ILKES (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 10(1), 53–59.
- Wiguna, I. N. A. P., Aryani, L. P. S., & Vittala, G. (2022). Penerapan Proper Positioning dan Waktu Perubahan Posisi Tubuh pada Pasien Stroke dalam Mencegah Ulkus Dekubitus. *Jurnal Yoga dan Kesehatan*, 5(1), 14-26.
- WHO. (2022). *Ageing and Health 2022*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

