

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ULKUS DEKUBITUS DENGAN MASALAH UTAMA GANGGUAN INTEGRITAS JARINGAN DI RS NISHIHARA KEIAIEN JEPANG

Yordan Diska Ananda, Wasis Eko Kurniawan, Tri Sumarni

Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Harapan Bangsa Banyumas
yordandiskaananda@gmail.com, 088802751242

Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Harapan Bangsa Banyumas
Wasiseko1270@gmail.com

Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Harapan Bangsa Banyumas
trisumarni@uhb.ac.id

ABSTRAK

Luka tekan atau ulkus dekubitus adalah kondisi dimana terjadi cedera pada kulit atau jaringan lunak yang terletak di atas tulang yang menonjol, atau disebabkan oleh penggunaan perangkat medis atau peralatan lainnya. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan dan intervensi yang tepat pada pasien ulkus dekubitus dengan gangguan integritas jaringan. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan *case study*. Instrumen *case study* menggunakan format pendokumentasian asuhan keperawatan, observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik. Hasil penelitian setelah dilakukan proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan hasil masalah integritas kulit/jaringan teratasi sebagian dengan kriteria kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit membaik, kemerahan menurun, dan nyeri menurun. Perawatan luka tekan dan alih baring harus dilakukan secara rutin dan didampingi dengan terapi farmakologi agar pasien dapat sembuh secara optimal.

Kata kunci: Ulkus decubitus, gangguan integritas jaringan, luka tekan dan alih baring.

ABSTRACT

Pressure sores or decubitus ulcers are conditions where there is injury to the skin or soft tissue located over a protruding bone, or caused by the use of medical devices or other equipment. This study aims to describe appropriate nursing care and interventions for decubitus ulcer patients with impaired tissue integrity. Method: This research uses a descriptive method with a case study approach. The case study instrument uses the format of documenting nursing care, observation, interviews, and physical examination. The results of the research after the nursing care process was carried out for 3 days showed that skin/tissue integrity problems were partially resolved with the criteria of decreased tissue damage, improved skin layer damage, decreased redness and pain decreases. Treatment of pressure ulcers and bed sores must be carried out routinely and accompanied by pharmacological therapy so that patients can recover optimally.

Key words: *Decubitus ulcers, tissue integrity disorders, pressure sores and bed rest.*

PENDAHULUAN

Luka tekan atau dekubitus adalah cedera jaringan lokal yang diakibatkan adanya kompresi jaringan lunak di atas tonjolan tulang

dan adanya tekanan dari luar dengan kurun waktu yang lama. Kompresi jaringan mengganggu sirkulasi darah di area yang diregangkan. Jika hal ini berlangsung lama, akan menyebabkan kegagalan sirkulasi,

anoksia atau iskemia jaringan dan kemungkinan berujung pada kematian (Mahmuda, 2019). Prevalensi ulkus dekubitus dalam beberapa negara di Asia seperti di Singapura berkisar (18,1%), di Malaysia (15,5%), di Jepang (9,8%) dan di China (1,8%). Angka kejadian ulkus dekubitus di Indonesia sendiri mencapai 33,3% dimana angka ini cukup tinggi dibandingkan dengan angka prevalensi ulkus dekubitus di Asia tenggara yang hanya berkisar 2,1% sampai 31,3%. Sementara data penderita ulkus dekubitus di rumah sakit Jawa Tengah tercatat sebanyak 9.413 orang atau sekitar 30% dari prevalensi yang berada di Indonesia (Krisnawati *et al.*, 2022). Menurut *The UK General Practitioner Research Database* insiden dekubitus pada lansia sekitar 11%. Risiko terkena dekubitus pada kelompok usia 70-75 tahun dua kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan mereka yang berusia 55-69 tahun. Kelompok usai 80-84 tahun memiliki insiden tertinggi untuk kasus ini (1).

Perkembangan ulkus dekubitus kompleks dan multifaktorial. Penyebab utamanya yaitu karena hilangnya persepsi sensorik, gangguan kesadaran lokal dan umum, bersama dengan penurunan mobilitas, kondisi tersebut membuat pasien tidak menyadari ketidaknyamanan sehingga tidak mengurangi tekanan yang terjadi. Ulkus dekubitus dapat terjadi karena disebabkan oleh faktor eksternal (tekanan, gesekan, gaya geser dan kelembapan) dan faktor internal (demam, malnutrisi, anemia, dan disfungsi endotel) (2). Dampak yang muncul akibat dari ulkus dekubitus antara lain dampak terhadap kondisi fisik, sosial, psikologis, finansial, dampak yang diakibatkan dari gejala ulkus dekubitus, dan dampak terhadap

kesehatan secara umum (3). Tekanan yang terjadi secara berkelanjutan pada tubuh dapat mengakibatkan luka tekan yang menyakitkan dan tidak nyaman. Luka dekubitus dapat menyebabkan komplikasi serius seperti infeksi kronis pada luka, kulit, maupun bagian dalam tubuh. Hal ini disebabkan karena adanya infeksi dari bakteri yang masuk ke dalam tubuh melalui luka dekubitus yang terbuka dan tidak di tangani dengan baik. Jika proses ini terus berlangsung maka dapat menimbulkan komplikasi yang lebih serius seperti abses, osteomielitis, sepsis, bahkan dapat menimbulkan kematian akibat dari infeksi yang berkepanjangan (4).

Salah satu masalah keperawatan pada pasien ulkus dekubitus yang perlu penanganan khusus yaitu gangguan kulit/jaringan. Faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan kulit/jaringan pada ulkus dekubitus diantaranya: mengganti posisi penderita untuk miring kanan dan kiri setidaknya 2 jam sekali. Menggunakan alat bantu seperti bantal busa lunak untuk mengurangi tekanan pada kulit, menjaga kulit tetap bersih dan kering, bisa digunakan bedak untuk kulit yang rentan terkena gesekan dan menjaga asupan makanan bergizi dan cukup minum. Selain itu pencegahan terjadinya dekubitus bisa dengan melakukan perawatan kulit dengan menjaga agar kulit bersih dan lembab, menggunakan pembersih kulit dengan pH yang seimbang untuk melindungi kulit dari kelembaban yang berlebihan dengan memberikan topikal untuk mengurangi risiko kerusakan jaringan (5).

Dengan dilakukan perawatan pada luka ulkus dekubitus seperti merawat kulit atau luka ulkus dan pemberian posisi alih baring diharapkan angka prevalensi dekubitus dapat berkurang.

Angka prevalensi kasus terjadinya dekubitus di Jepang masih tergolong tinggi dengan 9,8% dan khususnya di RS Nishihara Keiaien di ruang Nikai dari jumlah pasien 45 orang yang mengalami ulkus dekubitus ada 11 orang (24,4%), angka ini juga termasuk kategori tinggi.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan *case study*. Instrumen *case study* menggunakan format pendokumentasian asuhan keperawatan, observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik. Partisipan penelitian ini adalah Tn. Y dengan masalah gangguan integritas jaringan. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 11 sampai 13 Juni 2023. Partisipan pada penelitian ini yaitu Tn. Y dengan ulkus dekubitus yang berada di RS Nishihara Keiaien Okinawa Jepang dengan masalah utama gangguan integritas jaringan. Penyajian data dilakukan dengan cara pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Proses pengumpulan data menggunakan instrumen format pengkajian gerontik serta alat pemeriksaan fisik seperti sphygmomanometer, termometer, dan stetoskop. Proses analisis data dilakukan dengan cara mengelompokkan data yang didapatkan dari hasil pengkajian, kemudian dilakukan analisis berdasarkan data subjektif, dan data objektif sehingga dapat ditemukan dan dapat disimpulkan diagnosa keperawatan. Langkah selanjutnya adalah dengan menyusun rencana keperawatan, melakukan implementasi, evaluasi, dan dokumentasi keperawatan. Hasil penelitian

selanjutnya hasil analisis disajikan secara deskriptif untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan studi kasus dengan fokus implementasi keperawatan perawatan luka tekan dan alih baring.

HASIL

Tindakan keperawatan pada lansia dengan gastritis memiliki fokus masalah keperawatan yaitu gangguan integritas jaringan dengan tindakan pemberian perawatan luka tekan dan alih baring menjadi fokus tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan selama 3x24 jam. Hasilnya adalah sebagai berikut:

Pengkajian

Berdasarkan pengkajian dengan teknik pemeriksaan fisik *head to toe*, data yang didapatkan adalah Tn. Y mengatakan terasa nyeri dan gatal di area tulang ekor. Tn. Y sudah dirawat di rumah sekitar 14 hari. Awalnya Tn. Y datang dengan post jatuh di kamar mandi sehingga kaki cedera, klien sudah berusia 72 tahun. Pada pengkajian post jatuh 17 hari Tn. Y mengatakan terasa perih dan sering gatal pada area tulang ekor sejak 4 hari yang lalu, dan Tn. Y mengeluh nyeri dengan skala 4, kulit terlihat kemerahan, dan meringis kesakitan. Terdapat luka lecet terbuka dengan luka dekubitus derajat 2 lebar 2 cm seperti luka melepuh di area kulit tulang ekor. Tn. Y mengatakan ekstremitas bawah tidak bisa digerakan karena pernah jatuh sehingga pergerakan pasien terbatas. P : luka dekubitus, Q : seperti terbakar, R : tulang ekor/sakrum, S : skala 4, T : hilang timbul. Dengan pemeriksaan TTV : TD

: 130/80 mmHg, N : 70x/menit, RR : 20x/menit,
S : 36, 5 derajat C.

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa utama yang ditegakkan pada Tn. Y berdasarkan hasil pengkajian yang didapat yaitu gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan pada tonjolan pada tulang, gesekan) dengan bukti terdapat luka dekubitus pada daerah sakrum dengan tingkat derajat dua dan lebar sekitar dua cm, seperti luka melepuh terbuka, kulit sekitar kemerahan, dan klien mengatakan sering gatal di area sakrum dan mengeluh nyeri dengan skala 4 dari rentang 0-10.

Intervensi Keperawatan

Rencana intervensi keperawatan yang ditetapkan untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan pada Tn. Y dengan diagnosis medis ulkus dekubitus dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1 Gambaran Intervensi Keperawatan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan pada Tn. Y dengan Ulkus Dekubitus

1. Perawatan Luka Tekan

Tindakan :

Observasi

- Monitor kondisi luka (meliputi ukuran luka, derajat luka, perdarahan, warna dasar luka, infeksi, eksudat, bau luka, kondisi tepi luka)
- Monitor tanda dan gejala infeksi pada luka
- Monitor status nutrisi (mis. asupan kalori, protein)

Terapeutik

- Bersihkan kulit di sekitar luka dengan sabun dan air
- Bersihkan luka bagian dalam dengan menggunakan NaCl 0,9%
- Lakukan pembalutan pada luka, jika perlu
- Oleskan salep, jika perlu
- Gunakan tempat tidur dan kasur khusus, jika perlu
- Pertahankan kepala tempat tidur pada posisi terendah yang dapat di toleransi
- Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
- Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
- Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi

Edukasi

- Anjurkan melaporkan tanda-tanda kerusakan kulit
- Anjurkan menghindari duduk dalam jangka waktu lama
- Ajarkan prosedur perawatan luka Kolaborasi
 - Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatis, biologis mekanis, autolitik), jika perlu
 - Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. Y dengan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan pada tonjolan pada tulang, gesekan) yaitu dilakukan selama 3 hari pada tanggal 11 Juni 2023 sampai 13 Juni 2023, implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah di ambil. Implementasi yang dilakukan yaitu memonitor

kondisi luka, tanda dan gejala infeksi pada luka, membersihkan luka dengan menggunakan NaCl 0,9%, mengoleskan salep, merubah posisi setiap 2 jam, dan memberi antibiotik yang termasuk dalam mengoles salep Gentasin 0,1%.

Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan selama 3x24 jam didapatkan hasil yaitu klien mengatakan nyeri namun sudah berkurang, luka terlihat sudah mengering, sudah tidak perlu balutan, warna kemerahan pink. Masalah integritas kulit dan jaringan teratasi sebagian dengan beberapa indikator membaik seperti kerusakan jaringan menurun dari awal 3 (sedang) menjadi 4 (cukup menurun), kerusakan lapisan kulit dari awal 3 (sedang) tetap 3 (sedang), kemerahan dari awal 2 (cukup meningkat) menjadi 3 (sedang), dan nyeri dari 3 (sedang) menjadi 4 (cukup menurun). Masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian.

Pembahasan

Pada kasus Tn. Y luka dekubitus terdapat pada area sakrum atau tulang ekor tepat di atas tonjolan tulang. Tempat yang paling sering terjadi dekubitus, yaitu sakrum, tumit, siku, maleolus lateral, trokan terbesar, dan tuberositiskial (7). Dekubitus termasuk salah satu trauma pada kulit yang menyebabkan kulit dan jaringan menjadi rusak. Pada Tn. Y luka dekubitus pada Tn. Y dengan derajat 2 sudah merusak lapisan kulit hingga dermis. Kerusakan kulit atau jaringan ini didukung dengan penelitian (8) yang responden dari

penelitian ini yaitu pasien dengan kerusakan kulit dan jaringan pada dekubitus di suatu desa yang berjumlah 10 orang.

Gangguan integritas kulit atau jaringan sering ditandai dengan munculnya 5 tanda gejala seperti keluarnya hematoma atau penumpukan darah abnormal pada luar pembuluh darah akibat cedera atau hantaman pada benda yang tumpul, pendarahan, diawali dengan kemerahan pada kulit, dan terjadinya kerusakan kulit/jaringan akibat dari kurangnya perawatan pada kulit maupun cedera karena benda tertentu sehingga menyebabkan kulit/jaringan robek (6). Penulis menegaskan masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan berdasarkan data yang ditemukan pada Tn. Y diantaranya yaitu : terdapat luka dekubitus pada daerah sakrum dengan tingkat derajat 2 lebar sekitar 2 cm, seperti luka lepuh, kulit sekitar kemerahan, dan klien mengatakan sering gatal di area sakrum dan mengeluh nyeri dengan skala 4.

Indikator yang penulis gunakan untuk masalah gangguan integritas kulit/jaringan yaitu kerusakan jaringan, kerusakan lapisan kulit, kemerahan, dan nyeri dengan label integritas kulit dan jaringan (L. 14125). Sementara intervensi yang digunakan yaitu perawatan luka tekan (I.14565). tindakan yang dilakukan diantaranya monitor kondisi luka, monitor tanda dan gejala infeksi pada luka, bersihkan luka bagian dalam dengan menggunakan NaCl 0,9%, oleskan salep, jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, dan kolaborasi pemberian antibiotik

Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian (9) bahwa proses penyembuhan luka dengan NaCl 0,9% begitu efektif selain untuk

membersihkan juga karena NaCl 0,9% merupakan larutan isotonis yang aman untuk tubuh, non-iritan, melindungi granulasi jaringan dari kekeringan, menjaga kelembaban di sekitar luka, dan mendukung proses penyembuhan luka. Selain perawatan luka dengan NaCl 0,9% perubahan posisi sangat mempengaruhi hasil asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan luka dekubitus. Hasil penelitian (10) menyatakan bahwa implementasi keperawatan risiko gangguan integritas kulit/jaringan salah satunya ialah memberikan posisi miring kanan dan kiri.

KESIMPULAN DAN SARAN

Evaluasi hasil dari kasus asuhan keperawatan yang diberikan pada Tn. Y selama 3 hari dari tanggal 11 sampai dengan 13 Juni 2023 dengan masalah keperawatan gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan pada tonjolan pada tulang, gesekan) ditandai dengan kemerahan pada kulit, kerusakan jaringan, nyeri, dan kerusakan lapisan kulit. Hasil evaluasi akhir dari implemtasi perawatan luka tekan dengan pembersihan luka dengan NaCl 0,9% dan perubahan posisi miring kanan kiri setiap 2 jam didapatkan hasil gangguan integritas kulit/jaringan membaik. Ditandai dengan klien mengatakan nyeri namun sudah berkurang, luka terlihat sudah mengering, sudah tidak perlu balutan, warna kemerahan pink. Dengan indikator kemerahan menurun dan kerusakan jaringan menurun.

DAFTAR PUSTAKA

1. Yustina, A., Setiawan, & Putra, I. B. (2021). Pengembangan Panduan Pencegahan Ulkus Dekubitus Di Ruang Intensive Care Unit (Icu). *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3(1), 204–216. <https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JOTING/article/view/2184/1387>
2. Mahmuda, I. N. N. (2019). Pencegahan Dan Tatalaksana Dekubitus Pada Geriatri. *Biomedika*, 11(1), 11. <https://doi.org/10.23917/biomedika.v11i1.5966>
3. Muhammad, L., Rianta, M., Eka Purwanti, M., Salsabilla, R., & Rahmah, S. (2022). Ulkus Kronis: Mengenali Ulkus Dekubitus Dan Ulkus Diabetikum. *Jurnal Syntax Fusion*, 2(02), 272–286. <https://doi.org/10.54543/fusion.v2i02.153>
4. Krisnawati, D., Faidah, N., & Purwandari, N. putri. (2022). *Pengaruh Perubahan Posisi Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Di Ruang Irin Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus*. 7(1).
5. Rahmayanti, W. O., Erika, K. A., Amin, A., Hariati, S., Fadilah, N., & Yusuf, M. (2023). Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Hidrosefalus Di Ruang Pediatric Intensive Care Unit. *Ners Muda*, 4(3), 248. <https://doi.org/10.26714/nm.v4i3.12934>
6. 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), 1–7
7. Erika, E., Fridayana Fitri, R., & Sumiati, A. (2022). Pengaruh Perawatan Luka Menggunakan Gel Lidah Buaya Terhadap Kesembuhan Dekubitus. *Jurnal Indah*

-
- Sains Dan Klinis*, 2(3), 40–51.
<https://doi.org/10.52622/jisk.v2i3.35>
8. D. N. M. Sari & Mukhamad, M. (2021). Gambaran Pengelolaan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan pada Pasien Post Op Debridement atas Indikasi Ulkus Dm Pedis Dextra di Desa Lungge Kabupaten Temanggung. *Indonesian Journal of Nursing Research (IJNR)*, 4(2), 99–105
9. Laily Maftuhah, Mey Nurrohmah, & Dwi Wahyuni. (2024). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Pemberian Intervensi Posisi Miring Kanan Kiri Terhadap Pencegahan Dekubitus. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, 3(1), 78–82.
<https://doi.org/10.55606/jurrikes.v3i1.2680>
10. Sartika, L. D., Kusumastuti, A., Sartika, R., Susanto, A. D., & Idu, C. J. (2023). Efektifitas perawatan luka dengan povidone iodine dan nacl 0,9% terhadap proses penyembuhan luka catheter double lumen pada pasien hemodialisa. *Journals of Ners Community*, 13(2), 293–305