

**APLIKASI CSWD PADA Tn. P DENGAN MASALAH KERUSAKAN  
INTEGRITAS KULIT AKIBAT ULKUS DEKUBITUS**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai  
Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi D3 Keperawatan



Disusun Oleh :

Zuhriatul Khoiriyah

NPM : 15.0601.0058

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

**2018**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah

**APLIKASI CSWD PADA Tn. P DENGAN MASALAH KERUSAKAN  
INTEGRITAS KULIT AKIBAT ULKUS DEKUBITUS**

Telah direvisi dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah

Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang



Pembimbing II



Ns. Margono, M.Kep

NIK. 158408153

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah

**APLIKASI CSWD PADA Tn. P DENGAN MASALAH KERUSAKAN  
INTEGRITAS KULIT AKIBAT ULKUS DEKUBITUS**

Disusun Oleh:

Nama: Zuhriatul Khoiriyah

NPM: 15.0601.0058

Telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 25 Agustus 2018

Susunan Penguji:

Penguji I:

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep

Penguji II:

Ns. Sodik Kamal, S.Kep., M.Sc

Penguji III:

Ns. Margono, M.Kep



Magelang, 25 Agustus 2018

Program Studi D3 Keperawatan

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang

Dekan,



Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep  
NIK. 947308063

*(Handwritten signature of Dekan)*

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Aplikasi CSWD Pada Tn. P Dengan Masalah Kerusakan Integritas Kulit Akibat Ulkus Dekubitus” pada waktu yang di tentukan.

Adapun tujuan Karya Tulis Ilmiah untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dalam menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mengalami berbagai kesulitan. Namun berkat bantuan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung maka terselesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang
2. Retna Tri Astuti, M.Kep., Ns selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Reni Mareta, M.Kep selaku Kaprodi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah memberikan kesempatan untuk menimba ilmu di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Sodiq Kamal, S.Kep.,M.Sc. selaku dosen pembimbing 1, yang telah bersedia membimbing, memotivasi, memberikan arahan dan saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Margono, M.Kep selaku dosen pembimbing 2, yang juga telah bersedia membimbing, memotivasi, memberikan arahan dan saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah
6. Semua Staf dan Karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang telah memberikan

bekal ilmu kepada penulis dan telah membantu memperlancar proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.

7. Ayah, Ibu, Keluarga besar yang tidak henti-hentinya memberikan doa dan restunya, tanpa mengenal lelah selalu memberi semangat, mendukung dan membantu penulis baik secara moril, materil maupun spiritual hingga selesainya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah banyak membantu dan telah banyak memberikan kritik dan saran, yang setia menemani dan mendukung selama 3 tahun bersama yang kita lalui.
9. Semua pihak yang telah membantu penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sampai selesai yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Semoga amal bapak/ibu/saudara/i yang telah diberikan kepada penulis memperoleh imbalan yang setimpal dari Allah SWT. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi sempurnanya Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya hanya kepada Allah SWT semata penulis memohon perlindungan-Nya. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semuanya.

Magelang, 18 April 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR .....	viii
DAFTAR LAMPIRAN .....	ix
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan .....	3
1.3 Metode Pengumpulan Data .....	3
1.4 Manfaat Penulisan .....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	5
2.1 Dekubitus.....	5
2.2 Fraktur Vertebra .....	13
2.3 <i>Conservative Sharp Wound Debridement (CSWD)</i> .....	25
2.4 Pathway .....	27
BAB 3 LAPORAN KASUS.....	28
3.1 Pengkajian .....	28
3.2 Intervensi.....	31
3.3 Implementasi .....	32
3.4 Evaluasi .....	35
BAB 4 PEMBAHASAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1 Pengkajian .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2 Diagnosa .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.3 Intervensi.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.4 Implementasi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

4.5 Evaluasi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
BAB 5 PENUTUP.....	39
5.1 Kesimpulan.....	39
5.2 Saran .....	39
DAFTAR PUSTAKA .....	41

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Derajat luka menurut (NPUAP, 2014). .....	6
Gambar 2.2 Anatomi Fisiologi Medula Spinalis.....	14
Gambar 2.3 segmen-segmen medulla spinalis .....	15
Gambar 2.4 jalur persyarafan dalam medulla spinalis .....	17
Gambar 2.5 Vaskularisasi medulla spinalis, servikalis .....	18
Gambar 2.6 Patway .....	27



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. <i>Bates Jensen</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 2. Tabel Gambar Luka .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 3. Asuhan Keperawatan.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 4. Lembar konsultasi KTI.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 5. Lembar Oponen .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 6. Undangan Ujian KTI.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 7. Formulir bukti penerimaan naskah .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 8. Formulir bukti ACC KTI.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 9 Formulir Pengajuan Ujian KTI.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 10 Formulir Pengajuan Judul KTI .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 11 Surat Pernyataan.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 9 Formulir Pengajuan Ujian KTI.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Menurut Gosnell (2009), di Amerika Serikat pasien yang menjalani perawatan ortopedi atau fraktur tulang mencapai insiden 66%. Pasien yang menderita dekubitus di rumah sakit menderita dekubitus sebanyak 3-10% dan 2,7% berpotensi terbentuk dekubitus baru. Insiden dan prevalensi dekubitus di Indonesia mencapai 40% atau yang tertinggi diantara negara-negara besar ASEAN lainnya. Menurut Bujang (2013), kejadian dekubitus di Indonesia terdapat pada tatanan perawatan akut sebesar 5-11%, pada tatanan perawatan jangka panjang sebesar 15-25%, dan tatanan perawatan di rumah sebesar 7-12%. Menurut data dari Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) 2010, di Jawa Tengah kasus patah tulang mengalami peningkatan setiap tahun sejak 2007. Pada 2007 ada 22.815 insiden patah tulang, pada 2008 menjadi 36.947, pada 2009 menjadi 42.280 dan pada 2010 ada 43.003 kasus. Dari keterangan di atas dapat disimpulkan bahwa pasien yang menjalani perawatan post op tulang belakang dan memicu timbulnya luka tekan atau dekubitus cukup tinggi.

Kulit merupakan organ tubuh paling luar dan membatasi bagian dalam tubuh dari lingkungan luar. Kulit mempunyai fungsi yang sangat vital bagi integritas kulit. Fungsi kulit adalah untuk pelindung, indera, penyeimbang cairan, pengatur suhu, dan produksi vitamin. Kulit digambarkan sebagai pelindung, bersifat sensitive dan mampu mempertahankan hemostasisnya sendiri (Morton, et al., 2012, hlm.1497). Gangguan integritas kulit terjadi akibat tekanan yang lama, iritasi kulit, atau imobilisasi, sehingga menyebabkan terjadi dekubitus atau luka tekan (Potter & Perry, 2010, hlm.125). Dekubitus atau luka tekan adalah nekrosis jaringan lokal yang ketika jaringan lunak tertekan di antara tonjolan tulang dengan permukaan eksternal dalam jangka waktu yang lama (Saryono, 2010, hlm.96).

Dekubitus dapat meningkatkan biaya perawatan di mana dalam hal ini akan memberatkan beban finansial yang harus ditanggung pasien, memperpanjang lama perawatan serta memperlambat program rehabilitasi bagi pasien (Potter & Perry, 2012, hlm.1251). Menurut Al Kharabsheh et.al (2014), dekubitus terjadi sebagai akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus menerus sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi darah setempat. Timbulnya luka dekubitus diawali dengan terjadinya kompresi berkepanjangan pada jaringan lunak antara tonjolan tulang dan permukaan yang padat.

Pada luka dekubitus akan menimbulkan nekrosis dan akan membutuhkan debridemen, yaitu CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*). Dari beberapa metode debridemen yang paling tepat adalah CSWD karena merupakan metode yang sesuai dengan kewenangan perawat. Adapun *surgical debridement* bukan merupakan wewenang perawat, *autolytic debridement* hanya dapat melembutkan luka ketika terdapat jaringan yang keras pada luka dan tetap membutuhkan CSWD. *Enzymatic debridement* belum *aksesible* di Indonesia dan membutuhkan biaya yang mahal. Dengan *Larval debridement*, sebagian orang masih jijik dan larva yang diaplikasikan harus di kultur atau dikembang biakkan dalam sebuah medium yang steril, dan di Indonesia belum ada fasilitasnya. *Mechanical debridement* di Indonesia juga belum memiliki alatnya (*Europe Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel*, 2014). Dari beberapa metode *debridement* di atas, metode yang paling memungkinkan di Indonesia adalah CSWD.

Insiden dekubitus dengan fraktur tulang belakang di Indonesia cukup tinggi yaitu mencapai 66% dan metode *conservative sharp wound debridement* merupakan metode *debridement* yang sesuai dengan keadaan luka pada Tn. P membuat penulis tertarik menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Aplikasi CSWD Pada Tn. P dengan Masalah Kerusakan Integritas Kulit Akibat Ulkus Dekubitus”.

## **1.2 Tujuan Penulisan**

### 1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan penulis karya tulis ilmiah ini adalah melakukan aplikasi CSWD pada Tn. P dengan masalah kerusakan integritas kulit akibat ulkus dekubitus.

### 1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Memahami dan melakukan pengkajian yang tepat serta aplikasi CSWD pada Tn. P dengan masalah kerusakan integritas kulit akibat ulkus dekubitus.

1.2.2.2 Memahami cara melakukan aplikasi CSWD pada Tn. P untuk menghilangkan jaringan mati pada pasien dekubitus dengan masalah kerusakan integritas kulit

1.2.2.3 Memahami dan melakukan intervensi yang tepat pada Tn. P dengan luka dekubitus post op tulang belakang di Mertoyudan, Magelang

1.2.2.4 Memahami dan melakukan implementasi yang tepat pada Tn. P dengan luka dekubitus post op tulang belakang di Mertoyudan, Magelang

1.2.2.5 Memahami dan melakukan evaluasi yang tepat pada Tn. P dengan luka dekubitus post op tulang belakang di Mertoyudan, Magelang.

## **1.3 Metode Pengumpulan Data**

Penulis menggunakan 4 metode untuk mendapatkan data klien, yaitu :

### 1.3.1 Observasi Partisipatif

Penulis melakukan pengamatan secara langsung terhadap keadaan klien kelolaan meliputi semua aktivitas selama di rumah

### 1.3.2 Studi Dokumentasi

Penulis mempelajari keluhan utama klien dan riwayat penyakit sekarang serta riwayat kesehatan masa lalu

### 1.3.3 Wawancara dan Tanya Jawab

Penulis melakukan wawancara secara langsung kepada keluarga. Tanya jawab dilakukan dengan mengajukan pertanyaan secara langsung pada keluarga klien

### 1.3.4 Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik berupa pengkajian luka

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### 1.4.1 Profesi Keperawatan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan bahan acuan atau rujukan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan luka dekubitus

### 1.4.2 Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan menjadi bahan pembelajaran dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada klien dengan ulkus dekubitus

### 1.4.3 Institusi Rumah Sakit

Institusi Rumah Sakit diharapkan dapat dijadikan bahan acuan dalam rangka meningkatkan asuhan keperawatan pada klien dengan ulkus dekubitus dan dapat dijadikan masukan atau alternatif pemecahan masalah dalam memberikan asuhan keperawatan

### 1.4.4 Penulis

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, menambah wawasan, dan mengaplikasikan teori, dan memperoleh pengalaman yang bermakna dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dengan pendekatan prinsip proses keperawatan terhadap asuhan keperawatan medikal bedah dengan luka dekubitus.

### 1.4.5 Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga diharapkan dapat menambah pengetahuan terkait dalam menjaga kondisi luka agar dapat mempercepat proses penyembuhan dan mencegah terjadinya infeksi.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Dekubitus**

##### 2.1.1 Definisi

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 (NPUAP, 2014). Dekubitus adalah luka pada kulit dan atau jaringan dibawahnya, biasanya disebabkan oleh adanya penonjolan tulang, sebagai akibat dari tekanan atau kombinasi tekanan dengan gaya geser dan atau gesekan, menurut Perry et al, (2012).

##### 2.1.2 Etiologi

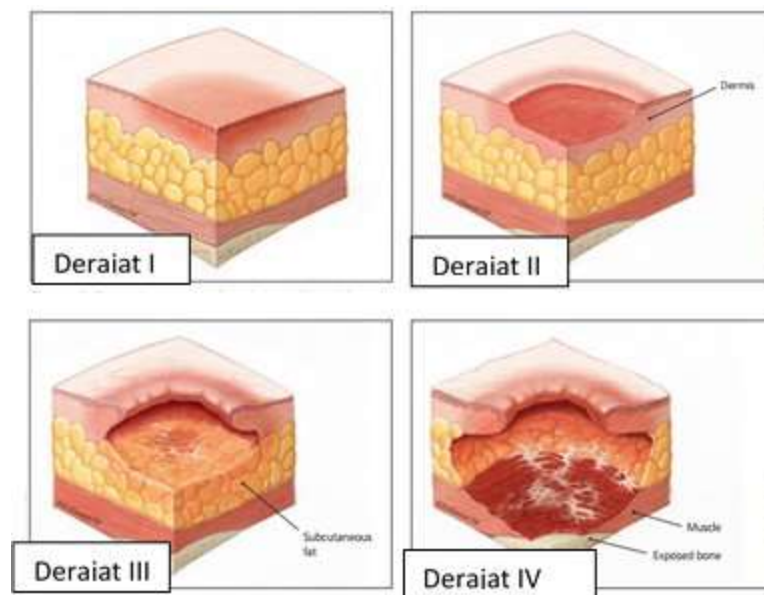
Tekanan kapiler yang normal berkisar 16-33 mmHg di segmen yang berbeda. Tekanan eksternal lebih dari 33 mmHg akan menyumbat pembuluh darah sehingga jaringan di bawahnya dan sekitarnya menjadi anoxic dan jika tekanan terjadi secara terus-menerus dalam jangka waktu yang lama, maka kematian sel akan terjadi yang akan mengakibatkan nekrosis jaringan lunak dan akhirnya ulserasi. Sebagaimana telah diuraikan diatas bahwa tekanan yang berkepanjangan adalah faktor utama terjadinya ulkus dekubitus.

Telah terbukti bahwa ada hubungan antara tingkat tekanan dan durasi tekanan. Dimana tekanan yang tinggi membutuhkan waktu yang lebih singkat sementara tekanan terus menerus yang lebih rendah yang membutuhkan waktu yang lebih lama untuk menyebabkan nekrosis jaringan dan tekanan *ulserasi*. Tekanan yang tinggi untuk durasi waktu yang singkat tidak hanya dapat menyebabkan nekrosis jaringan akibat penyumbatan pembuluh kapiler tetapi juga menghasilkan efek tekanan pada pembuluh darah yang dapat menyebabkan trombosis, terutama pada pembuluh vena.

Karena efek dari tekanan, perubahan degeneratif iskemik pada kulit, lemak subkutan, otot dan fascia. Jika nekrosis subkutan terjadi, *ulserasi* akan tampak pada gambaran klinis. Pada masing-masing daerah mempunyai variasi tekanan tersendiri. Selama duduk, tekanan rata-rata di daerah ischia sekitar 100 mmHg. Pada posisi terlentang tekanan pada daerah sacral sekitar 40-60 sedangkan saat berbaring posisi lateral memerlukan tekanan sebesar 70-80 mm Hg di daerah trochanters. Hal ini terjadi dikarenakan oleh karena adanya perbedaan dalam jumlah jaringan lunak antara kulit dan penonjolan tulang (NPUAP, 2014).

### 2.1.3 Anatomi Fisiologi

*National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) 2014* membagi derajat dekubitus menjadi enam dengan karakteristik :



Gambar 2.1 Derajat luka menurut (NPUAP, 2014).

#### 2.1.3.1 Derajat I : *Nonblanchable Erythema*

Derajat I ditunjukkan dengan adanya kulit yang masih utuh dengan tanda-tanda akan terjadi luka. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut : perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), dan perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih luka akan kelihatan sebagai kemerahan yang menetap, sedangkan pada orang kulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu. Cara untuk menentukan derajat I adalah dengan menekan daerah kulit yang merah (*erytoma*) dengan jari selama tiga detik, apabila kulitnya tetap berwarna merah dan apabila jari diangkat juga kulitnya tetap berwarna merah.

#### 2.1.3.2 Derajat II : *Partial Thickness Skin Loss*

Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superfisial dengan warna dasar luka merah-pink, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal. Derajat I dan II masih bersifat *refersibel*.

#### 2.1.3.3 Derajat III : *Full Thickness Skin Loss*

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam. Disebut sebagai "*typical decubitus*" yang ditunjukkan dengan adanya kehilangan bagian dalam kulit hingga subkutan, namun tidak termasuk tendon dan tulang. Slough mungkin tampak dan mungkin meliputi *undermining* dan *tunneling*.

#### 2.1.3.4 Derajat IV : *Full Thickness Tissue Loss*

Kehilangan jaringan secara penuh sampai dengan terkena tulang, tendon atau otot. Slough atau jaringan mati (*eschar*) mungkin ditemukan pada beberapa bagian dasar luka (*wound bed*) dan sering juga ada *undermining* dan *tunneling*. Kedalaman derajat IV dekubitus bervariasi berdasarkan lokasi anatomi, rongga hidung, telinga, oksiput dan *malleolar* tidak memiliki jaringan subkutan dan lukanya dangkal. Derajat IV



dapat meluas ke dalam otot dan atau struktur yang mendukung (misalnya pada fascia, tendon atau sendi) dan memungkinkan terjadinya *osteomyelitis*. Tulang dan tendon yang terkena bisa terlihat atau teraba langsung.

#### 2.1.3.5 *Unstageable : Depth Unknown*

Kehilangan jaringan secara penuh dimana dasar luka (*wound bed*) ditutupi oleh slough dengan warna kuning, coklat, abu-abu, hijau, dan atau jaringan mati (*eschar*) yang berwarna coklat atau hitam didasar luka. *slough* dan atau *eschar* dihilangkan sampai cukup untuk melihat (*mengexpose*) dasar luka, kedalaman luka yang benar, dan oleh karena itu derajat ini tidak dapat ditentukan.

#### 2.1.3.6 *Suspected Deep Tissue Injury : Depth Unknown*

Berubah warna menjadi ungu atau merah pada bagian yang terkena luka secara terlokalisir atau kulit tetap utuh atau adanya *blister* (melepuh) yang berisi darah karena kerusakan yang mendasari jaringan lunak dari tekanan dan atau adanya gaya geser. Lokasi atau tempat luka mungkin didahului oleh jaringan yang terasa sakit, tegas, lembek, berisi cairan, hangat atau lebih dingin dibandingkan dengan jaringan yang ada di dekatnya. Cidera pada jaringan dalam mungkin sulit untuk di deteksi pada individu dengan warna kulit gelap. Perkembangan dapat mencakup *blister* tipis diatas dasar luka (*wound bed*) yang berkulit gelap. Luka mungkin terus berkembang tertutup oleh *eschar* yang tipis. Dari derajat dekubitus diatas, dekubitus berkembang dari permukaan luar kulit ke lapisan dalam (*top-down*), namun menurut hasil penelitian saat ini, dekubitus juga dapat berkembang dari jaringan bagian dalam seperti *fascia* dan otot walupun tanpa adanya kerusakan pada permukaan kulit. Ini dikenal dengan istilah injury jaringan bagian dalam (*Deep Tissue Injury*).

## 2.2.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada dekubitus untuk pertama kali ditandai dengan kulit *eritema* atau kemerahan, terdapat ciri khas bila ditekan dengan jari, tanda *eritema* akan lama kembali lagi atau persisten. Kulit mengalami edema, dan temperature di area kulit meningkat atau bila diraba akan terasa hangat. Tanda pada luka dekubitus ini akan dapat berkembang, sehingga sampai ke jaringan otot dan tulang. *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) pada tahun 2014 membagi tahap dekubitus menjadi empat dengan karakteristik sebagai berikut:

### 2.2.4.1 Tahap 1

Kulit berwarna kemerahan, pucat pada kulit putih, biru, merah atau ungu pada kulit hitam. Temperatur kulit berubah hangat atau dingin, bentuk perubahan menetap dan ada sensasi gatal atau nyeri.

### 2.2.4.2 Tahap 2

Kehilangan sebagian lapisan kulit namun tidak lebih dalam dari dermis, terjadi abrasi, lepuhan, luka dangkal dan superfisial.

### 2.2.4.3 Tahap 3

Kehilangan lapisan kulit secara lengkap meliputi *subkutis*, termasuk jaringan lemak dibawahnya atau lebih dalam lagi namun tidak sampai *fascia*. Luka membentuk lubang yang dalam.

### 2.2.4.4 Tahap 4

Kehilangan lapisan kulit secara lengkap hingga tampak tendon, dan ruang sendi. Kondisi ini berpotensi terjadi destruksi dan resiko *osteomyelitis*.

### 2.2.5 Patofisiologi

Dekubitus terjadi sebagai hasil hubungan antara waktu dengan tekanan (Potter dan Perry, 2012). Insiden terbentuknya luka dipengaruhi oleh besar tekanan dan lamanya durasi tekanan. Kulit dan jaringan subkutan dapat mentoleransi beberapa tekanan. Tekanan eksternal terbesar dari pada tekanan dasar kapiler akan menurunkan atau menghilangkan aliran darah kedalam jaringan sekitarnya. Jaringan ini menjadi hipoksia, sehingga terjadi cedera iskemi. Pembuluh darah akan *kolaps* dan mengalami *thrombosis* apabila tekanan eksternal lebih besar dari 32 mmHg dan tidak dihilangkan dari tempat yang mengalami hipoksia. Tekanan jika dihilangkan sebelum titik kritis maka sirkulasi pada jaringan akan pulih kembali melalui mekanisme fisiologis *hyperemia* reaktif. Kulit mempunyai kemampuan yang lebih besar untuk mentoleransi iskemi dari otot. Dekubitus dimulai ditulang dengan iskemi otot yang berhubungan dengan tekanan yang akhirnya melebar ke epidermis (Potter dan Perry, 2012).

Pembentukan dekubitus juga berhubungan dengan adanya gaya gesek yang terjadi saat menaikkan posisi klien di atas tempat tidur. Tumit merupakan area yang paling rentan. Efek tekanan juga dapat ditingkatkan oleh distribusi berat badan yang tidak merata. Seseorang mendapatkan tekanan konstan pada tubuh dari permukaan tempatnya berada karena adanya gravitasi. Tekanan tidak terdistribusi secara merata pada tubuh maka gradien tekanan jaringan yang mendapatkan tekanan akan meningkat dan metabolisme sel kulit di titik tekanan mengalami iskemik sehingga timbul luka dekubitus (Potter dan Perry, 2012).

### 2.2.6 Komplikasi

Komplikasi sering terjadi pada dekubitus III dan IV, walaupun dapat terjadi pada luka yang superfisial. Subandar (2009) membagi komplikasi dekubitus dibagi menjadi 5 yaitu:

#### 2.2.6.1 Infeksi

Infeksi umumnya bersifat multibakterial baik *aerobic* maupun *anaerobic*.

#### 2.2.6.2 Anemia

Penurunan hemoglobin mengurangi kapasitas darah membawa oksigen dan mengurangi jumlah oksigen yang tersedia untuk jaringan. Anemia juga mengganggu metabolisme sel dan mengganggu penyembuhan luka.

#### 2.2.6.3 Hipoalbuminemia

Nutrisi yang buruk khususnya kekurangan protein mengakibatkan jaringan lunak mudah sekali rusak. Kehilangan protein yang parah hingga *hypoalbuminemia* (kadar albumin serum <3g/100 ml) menyebabkan perpindahan cairan dari ekstraseluler ke jaringan sehingga mengakibatkan edema. Edema ini akan menurunkan sirkulasi darah ke jaringan, meningkatkan akumulasi sampah metabolik, sehingga meningkatkan resiko dekubitus.

#### 2.2.6.4 Kematian

Luka dekubitus yang tidak ditangani dengan tepat dapat menyebabkan komplikasi yang berujung pada kematian.

#### 2.2.7 Penatalaksanaan

Rendy (2013) mengungkapkan pengobatan dekubitus dengan pemberian bahan *topical*, sistematis ataupun dengan tindakan bedah dilakukan secepat mungkin agar reaksi penyembuhan terjadi lebih cepat.

##### 2.2.7.1 Perawatan luka dekubitus

2.2.7.2 Terapi fisik, dengan menggunakan pusran air untuk menghilangkan jaringan yang mati.

##### 2.2.7.3 Terapi obat :

- a. Obat *antibacterial topical* untuk mengontrol pertumbuhan bakteri.
- b. Antibiotik profilaksis agar luka tidak terinfeksi.

#### 2.2.7.4 Terapi diet

Nutrisi yang adekuat dapat mempercepat proses penyembuhan luka, terdiri dari kalori, protein, vitamin, mineral dan air. Pengobatan ulkus dekubitus memiliki beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain :

- a. Tekanan dikurangi lebih lanjut pada daerah ulkus. Pengurangan tekanan sangat penting karena ulkus tidak akan sembuh selama masih ada tekanan yang berlebihan dan terus menerus.
- b. Ulkus dan sekitarnya dipertahankan dalam keadaan bersih. Keadaan tersebut akan menyebabkan proses penyembuhan luka lebih cepat dan baik. Tindakan perawatan luka dilakukan dengan kompres, pencucian, pembilasan, pengeringan dan pemberian bahan-bahan *topical* seperti larutan NaCl 0,9%, larutan H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 3%, larutan plasma dan larutan *antiseptic* lainnya.
- c. Jaringan nekrotik harus diangkat. Jaringan nekrotik pada ulkus akan menghambat aliran bebas dari bahan yang terinfeksi dan karenanya juga menghambat pembentukan jaringan granulasi dan epitelisasi. Pengangkatan jaringan nekrotik akan mempercepat proses penyembuhan dekubitus.

Rendy (2013) membagi metode perawatan luka menjadi 3 metode yang dapat dilakukan antara lain :

- 1) *Sharp debridement* (dengan pisau, gunting dan lain-lain)
- 2) *Enzymatic debridement* (dengan enzim proteolitik, kolagenolitik, dan fibrinolitik)
- 3) *Mechanical debridement* (dengan teknik pencucian, pembilasan, kompres dan hidroterapi)

- d. Pemeriksaan kultur dan tes resistensi untuk menurunkan dan mengatasi infeksi. Antibiotika sistemik dapat diberikan pada penderita yang mengalami sepsis, selulitis. Ulkus yang terinfeksi harus dibersihkan beberapa kali sehari dengan

larutan *antiseptic* seperti larutan H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 3%, povidone iodine 1%, seng sulfat 0,5%.

Radiasi ultraviolet (terutama UVB) mempunyai efek bakterisidal.

- e. Pemberian terapi untuk merangsang dan membantu pembentukan jaringan granulasi dan epitelisasi, hal ini dapat dicapai dengan pemberian antara lain :
- 1) Bahan-bahan *topical* misalnya salep asam salisilat 2% , preparat seng (Zn O, Zn SO)
  - 2) Oksigen hiperbarik selain mempunyai efek bakteristatik terhadap sejumlah bakteri, juga mempunyai efek proliferasi epitel, menambah jaringan granulasi dan memperbaiki keadaan *vascular*.
  - 3) Radiasi infra merah, *short wave diathermy*, dan pengurutan dapat membantu penyembuhan ulkus karena adanya efek peningkatan vaskularisasi.
  - 4) Tindakan bedah selain untuk pembersihan ulkus juga diperlukan untuk mempercepat penyembuhan dan penutupan ulkus, terutama ulkus dekubitus stadium III & IV dan karenanya sering dilakukan tandur kulit ataupun *myocutaneous flap*.

## 2.2 Fraktur Vertebra

### 2.1.1 Definisi

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya (Bruner, 2013). Fraktur vertebra adalah trauma kompresi hebat yang dapat menyebabkan fraktur-dislokasi dengan rupturnya satu diskus. Jika terjadi fraktur kominuta, rupturnya dua diskus (Setiati, dkk 2014). Fraktur vertebra adalah gangguan kontinuitas jaringan tulang terjadi jika tulang dikenai stres yang lebih besar dari yang diabsorbsinya yang terjadi pada ruas-ruas tulang pinggul karena adanya trauma/benturan yang dapat menyebabkan tulang patah dapat berupa trauma langsung atau tidak langsung (Mansjoer, Arif 2014). Dari beberapa keterangan diatas dapat disimpulkan bahwa fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang yang disebabkan karena trauma langsung maupun trauma tidak langsung.

### 2.1.2 Etiologi

Menurut Sjamsuhidajat 2010, trauma di bagi menjadi dua macam, yaitu trauma langsung dan trauma tidak langsung. Trauma langsung berarti benturan pada tulang dan mengakibatkan fraktur di tempat itu, misalnya benturan pada lengan bawah

#### a. Trauma langsung

Berarti benturan pada tulang dan mengakibatkan fraktur di tempat itu. Misal benturan pada lengan bawah yang menyebabkan patah tulang radius dan ulna.

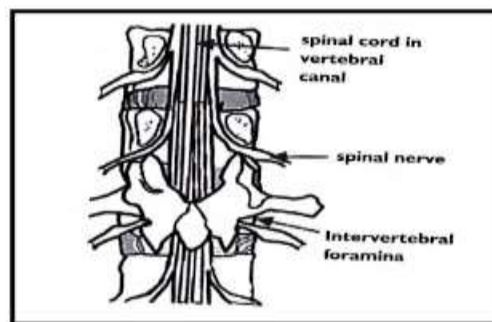
#### b. Trauma tidak langsung

Bila mana titik tumpu benturan dengan terjadinya fraktur berjauhan.

### 2.1.3 Anatomi Fisiologi

#### 2.1.3.1 Medula Spinalis

Menurut Mahadewa (2009, hlm. 3) medulla spinalis adalah bagian dari susunan saraf pusat yang seluruhnya terletak dalam kanalis vertebralis, dikelilingi oleh tiga lapis selaput pembungkus yang disebut *meningen*. Lihat pada gambar 2.2 dibawah ini:



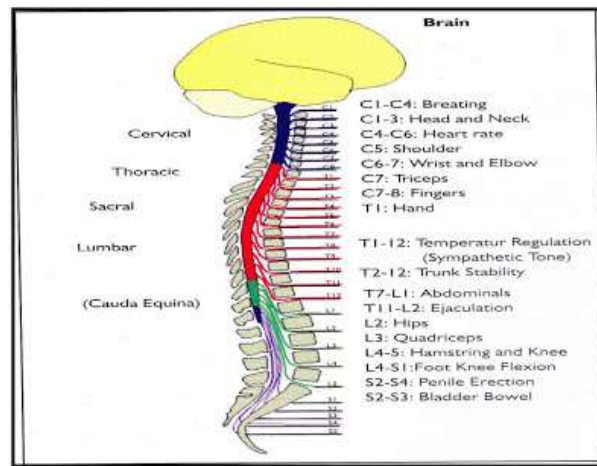
Gambar 2.2 Anatomi Fisiologi Medula Spinalis

(Mahadewa, 2009, hlm. 136)

Lapisan-lapisan dan struktur yang mengelilingi medulla spinalis dari luar ke dalam antara lain: Dinding kanalis vertebralis (terdiri atas *vertebrae* dan ligamen), lapisan jaringan lemak (ekdtradura) yang mengandung anyaman pembuluh-pembuluh darah

vena, *Duramater*, *Arachnoid*, Ruang subaraknoid (*cavitas subarachnoidealis*) yang berisi *liquor cerebrospinalis*, *Piamater*, yang kaya dengan pembuluh-pembuluh darah dan yang langsung membungkus permukaan sebelah luar medulla spinalis.

Berikut dijelaskan segmen-segmen medulla spinalis menurut Mahadewa dan Meliawan (2009, hlm. 4) seperti pada gambar 2.3 dibawah ini:



Gambar 2.3 segmen-segmen medulla spinalis

(Mahadewa dan Maliawan, 2009, hlm.4)

Medulla spinalis terbagi menjadi sedikitnya 30 segmen, yaitu 8 segmen servikal (C), 12 segmen thorax (T), 5 segmen lumbal (L), 5 segmen sacral (S), dan beberapa segmen coccygeal (Co). Dari tiap segmen akan keluar beberapa serabut saraf. Medulla spinalis lebih pendek daripada kolumna vertebralis sehingga segmen medulla spinalis yang sesuai dengan segmen kolumna vertebralis tersebut (Mahadewa, 2009, hlm. 6).



### 2.2.3.2 Kolumna Vertebralis

Menurut Mahadewa (2009, hlm. 46) anatomi fisiologi kolumna vertebralis di klasifikasikan menjadi ruas tulang belakang, bagian-bagian tulang belakang dan lengkung kolumna vertebralis yang di paparkan sebagai berikut :

#### a. Ruas tulang belakang

Bentuk dari tiap-tiap ruas tulang belakang pada umumnya sama hanya ada pebedaannya sedikit bergantung pada kerja yang ditanganinya.

Adapun fungsi ruas tulang belakang menurut Mahadewa (2009, hlm. 52) yaitu:

1. Menahan kepala dari alat-alat tubuh yang lain
2. Melindungi alat halus yang ada didalamnya (sumsum tulang belakanag)
3. Tempat melekatnya tulang iga dan tulang panggul
4. Menentukan sikap tubuh

#### b. Bagian-bagian tulang belakang

Bagian-bagian tulang belakang menurut Syaifudin (2010, hlm. 53) adalah sebagai berikut:

1. Vertebra servikalis (tulang leher) terdiri dari 7 ruas,
2. Vertebra torakalis (tulang punggung) terdiri dari 12 ruas,
3. Vertebra lumbalis (tulang pinggang) terdiri dari 5 ruas,
4. Vertebra sakralis (tulang kelangkang) terdiri dari 5 ruas,
5. Vertebra koksigialis (tulang ekor) terdiri dari 4 ruas. Ruas-ruasnya kecil dan menjadi sebuah tulang yang disebut juga oskoksigialis.

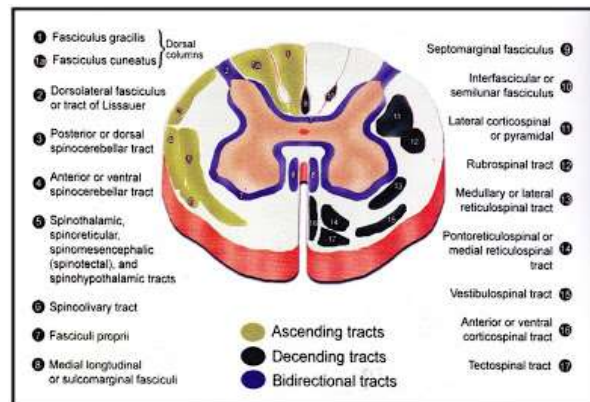
#### c. Lengkung Kolumna Vertebralis

Dilihat dari samping kolumna vertebralis terlihat ada empat kurva atau lengkung. Lengkung vertikal, daerah leher melengkung ke depan, daerah torakal melengkung ke belakang, daerah lumbal melengkung ke depan dan daerah pelvis melengkung melengkung ke belakang. Sendi kolumna vertebralis dibentuk oleh bantalan tulang rawan yang terletak di antara tiap dua vertebra yang di kuatkan

oleh ligamentum yang berjalan di depan dan di belakang vertebra sepanjang kolumna vertebralis. (Syaifudin, 2010, hlm. 53).

### 2.2.3.3 Persarafan Medula Spinalis

Perjalanan serabut saraf dalam medula spinalis terbagi menjadi dua, jalur desenden dan jalur asenden. Jalur desenden terdiri dari traktus kortikospinalis lateralis, traktus kortikospinalis anterior, traktus vestibulospinalis, traktus rubrospinalis, traktus retikulospinalis, traktus tektospinalis, fasikulus longitudinalis medianus (Mahadewa, 2009, hlm. 7). Jalur asenden antara lain sistem kolumna dorsalis, traktus spinothalamikus, traktus spinocerebellaris dorsalis, traktus spinocerebellaris ventralis, dan traktus spinoretikularis. Terdapat banyak jalur saraf (*traktus*) di dalam medula spinalis. Jalur saraf tersebut dapat dilihat pada gambar 2.4 dibawah ini :

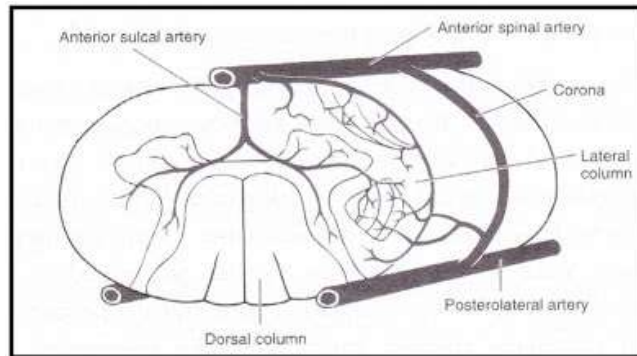


Gambar 2.4 jalur persarafan dalam medulla spinalis

(Mahadewa, 2009, hlm. 8)

## 2. Peredaran darah di medulla spinalis

Menurut Mahadewa (2009, hlm. 11) medula spinalis diperdarahi oleh 2 susunan arteria yang mempunyai hubungan istimewa. Arteri - arteri spinal terdiri dari arteri spinalis anterior dan posterior serta arteri radikularis. Dapat lihat pada gambar 2.5 dibawah ini:



Gambar 2.5 Vaskularisasi medulla spinalis, servikalis

(Mahadewa, 2009, hlm. 11).

- Arteri spinalis anterior dibentuk oleh cabang kanan dan dari segmen intrakranial kedua arteri vertebralis.
- Arteri spinalis posterior kanan dan kiri juga berasal dari kedua arteri vertebralis.
- Arteria radikularis dibedakan menjadi arteria radikularis posterior dan anterior.
- Sistem anastomosis anterior adalah cabang terminal arteria radikularis anterior. Cabang terminal tersebut berjumlah dua, satu menuju rostra dan yang lain menuju ke caudal dan kedua-duanya berjalan di berjalan di garis tengah permukaan ventral medula spinalis.

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Mansjoer, Arif (2014) tanda dan gejala fraktur vertebra adalah sebagai berikut :

2.1.4.1 Deformitas (perubahan struktur dan bentuk) disebabkan oleh ketergantungan fungsional otot pada kestabilan otot.

2.1.4.2 Bengkak atau penumpukan cairan/darah karena kerusakan pembuluh darah, berasal dari proses vasodilatasi, eksudasi plasma dan adanya peningkatan leukosit pada jaringan di sekitar tulang.

2.1.4.3 Spasme otot karena tingkat kecacatan, kekuatan otot yang sering di sebabkan karena tulang menekan otot.

2.1.4.4 Nyeri karena kerusakan jaringan dan perubahan struktur yang meningkat karena penekanan sisi-sisi fraktur dan pergerakan bagian fraktur.

2.1.4.5 Kurangnya sensasi yang dapat terjadi karena adanya gangguan saraf, dimana saraf ini dapat terjepit atau terputus oleh fragmen tulang.

2.1.4.6 Hilangnya atau berkurangnya fungsi normal karena ketidakstabilan tulang, nyeri atau spasme otot.

2.1.4.7 Pergerakan abnormal

2.1.4.8 Krepitasi, sering terjadi karena pergerakan bagian fraktur sehingga menyebabkan kerusakan jaringan sekitarnya.

#### 2.1.5 Patofisiologi

Trauma yang terjadi pada tulang vertebra bisa terjadi karena trauma langsung (benturan langsung) dan trauma tidak langsung (jatuh dan bertumpu pada orang lain), serta bisa juga terjadi karena proses patologis misalnya osteoporosis, infeksi atau kanker. Akibat dari fraktur lumbal adalah bias terjadinya kerusakan pembuluh darah dan kortek pada jaringan lunak serta dapat mengakibatkan penekanan pada fragmen tulang lumbal. Penekanan tersebut akan menyebabkan kerusakan pada saraf jaringan lunak di medulla spinalis sehingga menimbulkan nyeri. Kerusakan pembuluh darah dan kortek pada jaringan lunak akan menyebabkan adanya peningkatan tekanan yang berlebih dalam satu ruangan sehingga menimbulkan sindrom koptemen yang akan menimbulkan nekrosis jaringan, luka baik terbuka maupun tertutup sehingga dapat menimbulkan resiko infeksi.

Terjadinya fraktur pada vertebra lumbal 1 akan menyebabkan terjepitnya semua area ekstremitas bawah yang menyebar sampai pada bagian belakang sehingga penderita biasanya akan mengalami hemiparase atau paraplegia. Vertebra lumbal 2 berhubungan dengan daerah ekstremitas bawah, kecuali sepertiga atas aspek interior paha. Sehingga kerusakan pada vertebra lumbal 2 akan menekan daerah kandung

kemih yang menyebabkan inkontinensia urine. Fraktur pada lumbal 3 akan menyebabkan terjepitnya ekstremitas bagian bawah dan sadel, sehingga penderita akan mengalami gangguan bowel. Kerusakan pada daerah lumbal 4 akan mengganggu organ seks dan genetalia, sehingga akan menyebabkan adanya penurunan libido. Sedangkan kerusakan pada lumbal 5 akan menyebabkan sendi-sendi tidak dapat digerakkan karena vertebra lumbal ke 5 berhubungan dengan pergelangan kaki, ekstremitas bawah dan area sadel (Ross, 2011).

#### 2.1.6 Komplikasi

Komplikasi fraktur vertebra menurut (Mansjoer, Arif, 2014) adalah sebagai berikut:

2.1.6.1 Syok hipovolemik akibat perdarahan dan kehilangan cairan ekstrasel ke jaringan yang rusak sehingga terjadi kehilangan darah dalam jumlah besar akibat trauma.

2.1.6.2 *Mal union*, gerakan ujung patahan akibat imobilisasi yang buruk menyebabkan mal union, sebab-sebab lainnya adalah infeksi dari jaringan lunak yang terjepit diantara fragmen tulang, akhirnya ujung patahan dapat saling beradaptasi dan membentuk sendi palsu dengan sedikit gerakan (*non union*).

2.1.6.3 *Non union* adalah jika tulang tidak menyambung dalam waktu 20 minggu. Hal ini diakibatkan oleh reduksi yang kurang memadai.

2.1.6.4 *Delayed union* adalah penyembuhan fraktur yang terus berlangsung dalam waktu lama dari proses penyembuhan fraktur.

2.1.6.5 Tromboemboli, infeksi, koagulopati intravaskuler diseminata (KID). Infeksi terjadi karena adanya kontaminasi kuman pada fraktur terbuka atau pada saat pembedahan dan mungkin pula disebabkan oleh pemasangan alat seperti plate, paku pada fraktur.

2.1.6.6 Emboli lemak saat fraktur, globula lemak masuk ke dalam darah karena tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari tekanan kapiler. Globula lemak akan bergabung dengan trombosit dan membentuk emboli yang kemudian menyumbat pembuluh darah kecil, yang memasok ke otak paru, ginjal, dan organ lain.

2.1.6.7 Sindrom kompartemen, masalah yang terjadi saat perfusi jaringan dalam otot kurang dari yang dibutuhkan untuk kehidupan jaringan. Berakibat kehilangan fungsi ekstremitas permanen jika tidak ditangani segera.

## 2.2.8 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

### 2.2.8.1 Pengkajian

*North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* dan modul pelatihan *certified basic woundcare* program, Rumah Luka Indonesia (2014) menjelaskan pengkajian pada klien dengan dekubitus, antara lain :

#### a) Identitas klien dan penanggung jawab

Pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, tanggal masuk Rumah Sakit, alamat. Penanggung jawab dituliskan nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, dan alamat.

#### b) Riwayat Kesehatan

Keluhan utama dikaji yang menyebabkan klien dirawat. Penyebab dan pencetus timbulnya penyakit, bagian tubuh yang mana yang sakit, kebiasaan saat sakit kemana minta pertolongan, apakah diobati sendiri atau menggunakan fasilitas kesehatan. Pengkajian alergi, kebiasaan merokok, minum alkohol, minum kopi atau minum obat-obatan.

c) Riwayat Penyakit

Penyakit apa yang pernah diderita oleh klien, riwayat penyakit yang sama atau penyakit lain yang pernah diderita oleh klien yang menyebabkan klien dirawat. Riwayat penyakit yang sama diderita oleh anggota keluarga yang lain atau riwayat penyakit lain yang bersifat genetik maupun tidak.

d) Pemeriksaan fisik *Head to toe*

1) Keadaan Umum

Penderita datang dengan keadaan sakit dan gelisah atau cemas akibat adanya kerusakan integritas kulit yang dialami.

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah normal, nadi cepat, suhu meningkat dan respirasi meningkat.

3) Pemeriksaan Kepala dan Leher

Pemeriksaan meliputi bentuk kepala, penyebab dan perubahan warna rambut serta pemeriksaan tentang luka. Nyeri dan kerusakan kulit pada daerah tersebut, disebabkan oleh adanya luka.

4) Pemeriksaan Dada dan Thorax

Inspeksi bentuk thorax dan ekspansi paru, auskultasi irama pernafasan, vocal fremitus, adanya suara tambahan, bunyi jantung, dan bunyi jantung tambahan, perkusi thorax untuk mencari ketidaknormalan pada daerah thorax.

5) Abdomen

Bentuk perut datar atau flat, bising usus mengalami penurunan karena immobilisasi, ada mssa karena konstipasi, dan perkusi abdomen hipersonor jika distensi abdomen atau tegang.

6) Urogenital

Inspeksi adanya kelainan pada perineum. Klien dengan ulkus dan paraplegi terpasang kateter untuk buang air kecil.

7) Muskuloskeletal

Fraktur pada tulang akan menyebabkan klien *bed rest* dalam waktu lama, sehingga terjadi penurunan kekuatan otot.

8) Pemeriksaan Neurologi

Tingkat kesadaran dikaji dengan system GCS (*Glasgow Coma Scale*). Nilai GCS bisa menurun jika terjadi nyeri hebat (*syok neurogenik*) dan panas atau demam tinggi, mual muntah, dan kaku kuduk.

e) Pengkajian Fisik Kulit

Pengkajian kulit melibatkan seluruh area kulit termasuk membrane mukosa, kulit kepala, rambut, dan kuku. Tampilan kulit yang perlu dikaji yaitu warna, suhu, kelembaban, kekeringan, tekstur kulit (kasar atau halus), lesi, dan vaskularitas.

f) Pengkajian Luka

Pengkajian luka dilakukan dengan mengkaji: penyebab luka, usia luka, stadium luka: stadium 1-4. Warna dasar luka: merah, kuning, hitam. Cairan luka: nanah, darah, cairan serous, cairan campuran. Tanda-tanda infeksi: kalor, rubor, dolor, tumor. Kultur jaringan luka, ukuran luka, tepi luka: halus, tipis, bersih, menyatu dengan luka. Kulit sekitar luka: eritema, sianosis, pucat, kering, dan nyeri.

2.2.9 Diagnosa Keperawatan

NANDA (Herdman, 2012) merumuskan diagnose keperawatan yang muncul pada klien dengan dekubitus adalah:

2.2.9.1 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal (tekanan pada tonjolan tulang).

2.2.9.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrien.

2.2.9.3 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas



Intevensi Keperawatan :

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal (tekanan pada tonjolan tulang).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam kerusakan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil :

- a. Mengidentifikasi faktor penyebab luka dekubitus
- b. Mengidentifikasi rasional untuk pencegahan dan tindakan
- c. Berpartisipasi dalam rencana tindakan yang diprogramkan untuk meningkatkan penyembuhan luka
- d. Menunjukkan kemajuan penyembuhan dekubitus

Intervensi :

- 1) Observasi ukuran, warna, kedalaman luka, jaringan nekrotik dan kondisi sekitar luka  
Rasional : untuk mengetahui sirkulasi pada daerah yang luka
- 2) Pantau/evaluasi tanda-tanda vital dan perhatikan adanya demam  
Rasional : Demam mengidentifikasi adanya infeksi
- 3) Identifikasi derajat perkembangan luka tekan (ulkus)  
Rasional : mengetahui tingkat keparahan pada luka
- 4) Mengetahui tingkat keparahan pada luka  
Rasional : mencegah terpajan dengan organisme infeksius, mencegah kontaminasi silang, menurunkan resiko infeksi
- 5) Bersihkan jaringan nekrotik  
Rasional : mencegah auto kontaminasi
- 6) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik oral, topical, dan intravena sesuai indikasi  
Rasional : mencegah atau mengontrol infeksi.

### **2.3 Conservative Sharp Wound Debridement (CSWD)**

*Conservative sharp wound debridement* merupakan debridemen bedah dengan menggunakan benda tajam dengan memotong jaringan mati. (*Europe Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014*).

SOP (*Standar Operational Prosedure*) CSWD adalah :

2.3.1 Membuka balutan luka

2.3.2 Membersihkan luka menggunakan NaCl 0,9% dan kassa steril yang sudah direndam dalam cairan NaCl 0,9%.

2.3.3 Mengompres area luka yang terdapat nekrosis/ jaringan mati agar menjadi lunak.

2.3.4 Nekrosis yang sudah di kompres dengan NaCl 0,9% di potong dengan menggunakan pisau atau gunting atau dengan metode CSWD.

2.3.5 Metode CSWD harus dilakukan dengan orang yang terlatih atau sesuai dengan aturan yang berlaku.

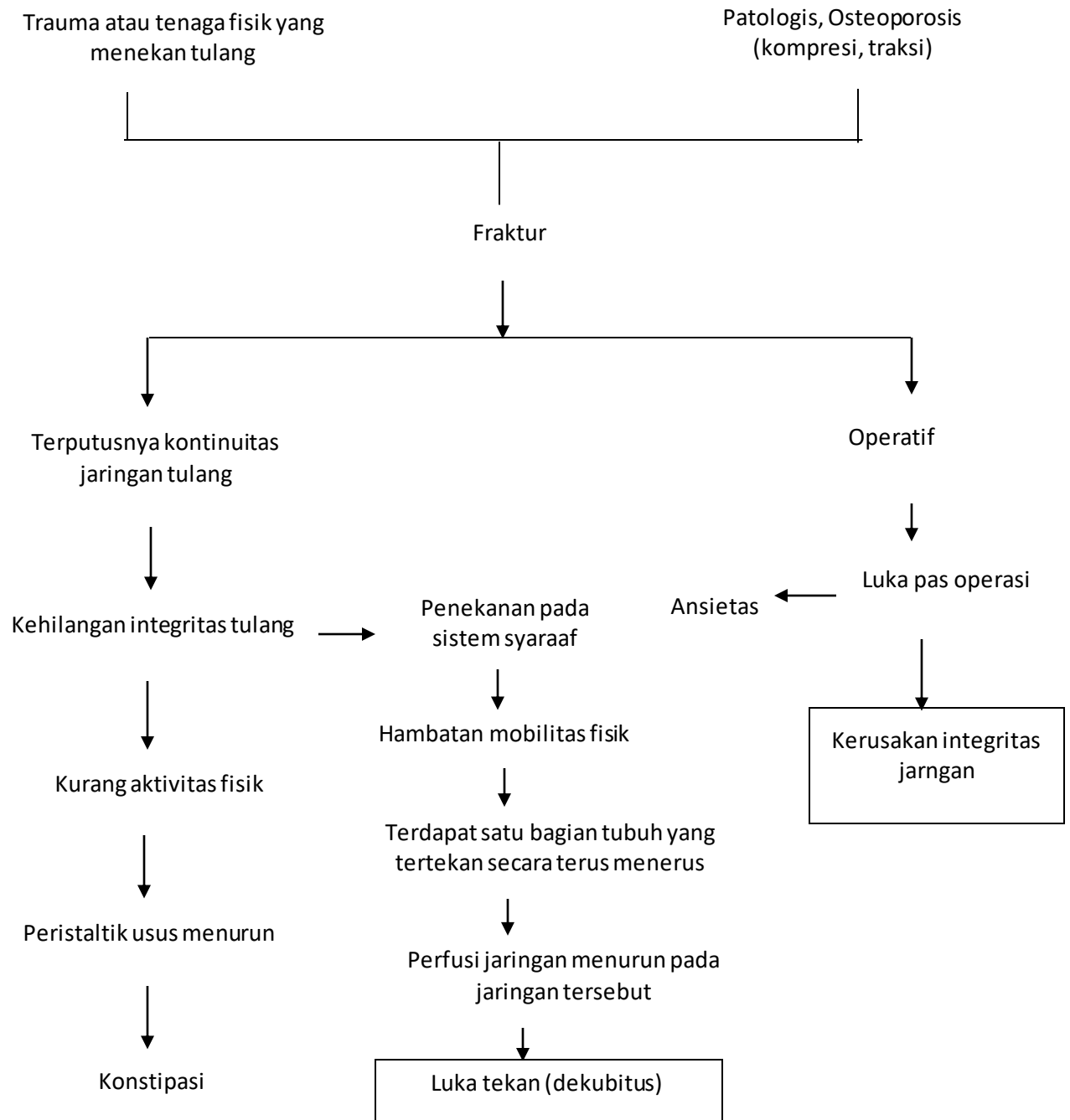
2.3.6 Metode ini terdapat beberapa hal yang perlu di perhatikan, yaitu: pada imun yang tidak kompeten, seperti AIDS, klien yang tidak bisa makan, berat badan yang terlalu kurus.

2.3.7 Jika terdapat pasien sepsis (sistemik) berpotensi untuk sepsis atau bahkan sudah terjadi infeksi dan berpotensi untuk menyebar maka tidak boleh dilakukan CSWD, apabila tidak memiliki antibiotik yang bisa mengcover secara sistemik, maka harus di bawa ke Rumah Sakit untuk mendapat antibiotik, dan jika keadaan sudah stabil maka bisa di lakukan debridemen kembali (*Europe Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014*).

2.3.8 Jika keadaan luka yang masih stabil (iskemik) atau kurang darah maka tidak boleh dilakukan debridemen.

2.3.9 Pemeriksaan pada ulcer tertutup oleh sesuatu yang kering, menempel, dilakukan pada setiap penggantian balutan atau yang ketika dicurigai ada infeksi, kemerahan, edema, purulent, krepitus, bau yang sangat menyengat, maka harus dicurigai terjadi infeksi, maka tidak di perbolehkan dilakukan tindakan apapun. Ketika terjadi seperti itu, maka hanya di debridemen pada permukaan, jangan sampai ke dalam luka (*Europe Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014*).

## 2.4 Pathway



Gambar 2.6 Patway

Sumber: Sylvia Price, Ph. D, R N (2010)

## **BAB 3**

### **LAPORAN KASUS**

Penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn.P Sejak tanggal 6 Juni hingga 26 Juni 2018 sebagai kasus dalam penyusunan tugas akhir dan penulis menguraikan data yang didapatkan dari hasil asuhan keperawatan sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

Pengkajian pada tanggal 6 Juni 2018 pukul 10.00 WIB, penulis mendapatkan klien dengan identitas nama Tn.P umur 42 tahun, agama Islam, pekerjaan sebagai petani yang beralamat di Desa Wonokromo, Mertoyudan, Magelang. Riwayat penyakit sekarang klien mengatakan dua bulan yang lalu klien terjatuh dari pohon dengan posisi terduduk. Klien mengalami patah tulang belakang (vertebra) dan sudah dilakukan operasi satu bulan yang lalu mengalami tirah baring dan muncul luka dekubitus di pantat kanan setelah operasi tulang belakang di rumah sakit. Perawatan luka di rumah terkadang dengan bantuan perawat untuk dilakukan perawatan luka setiap dua hari sekali. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan, obat-obatan maupun cuaca. Pemeriksaan tanda-tanda vital dihasilkan data tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,5<sup>0</sup>C, nadi 85x/menit, respirasi 22x/menit.

Pengkajian 13 Domain NANDA didapatkan data yaitu pada promosi kesehatan, keluarga mengatakan kesehatan merupakan hal yang terpenting, paling utama dan harus dijaga bila terjadi masalah kesehatan, biasanya para anggota keluarga dan klien selalu melakukan pemeriksaan di puskesmas terdekat atau ke rumah sakit dengan kondisi klien yang sekarang. Riwayat pengobatan klien yaitu Amoxilin 3 x 500 mg, Paracetamol 3 x 500 mg. Pengobatan sekarang klien menggunakan Nacl dalam melakukan perawatan luka. Pengkajian nutrisi didapatkan data bahwa sebelum sakit klien makan 3 kali sehari dengan porsi cukup yaitu berupa nasi, lauk pauk, sayur, nafsu makan baik, tidak ada pantangan makanan, minum air putih kurang lebih 8

gelas setiap hari. Klien mengatakan setelah sakit nafsu makan klien menurun dan klien hanya makan 2 kali dalam satu hari dengan porsi yang sedikit. Klien setiap hari minum jus jambu biji merah sebanyak 2 gelas. Berat badan (BB) klien sebelum sakit 55 kg, berat badan klien saat ini tidak dapat terkaji karena penulis mengalami kesulitan teknis dalam menimbang berat badan klien terkait dengan kondisi klien dengan kaki tidak dapat digerakkan, sehingga penulis melakukan penilaian status nutrisi dengan cara menghitung LILA (Lingkar Lengan Atas) pada klien dengan rumus ukuran LILA klien/standar LILA laki-laki  $\times 100\% = 25/29,3 \times 100 = 85,3\%$  (*underweight*) dengan nilai normal 90-110%, tinggi badan (TB) 165 cm.

Pemeriksaan fisik yang berkaitan antara lain bagian kepala atas tidak ada hematoma, tipe rambut pendek kaku, distribusi rambut merata dan warna rambut hitam. Konjungtiva anemis, pada bibir dan mulut tidak ada sianosis, tidak ada sariawan, tidak menggunakan gigi palsu, mukosa bibir kering. Leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan nadi karotis teraba. Pemeriksaan abdomen inspeksi supel, simetris, auskultasi peristaltik 15x/menit, palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi tympani suara lambung, dan pekak suara hepar. Pengkajian pada pola eliminasi yaitu sebelum sakit klien Buang Air Kecil (BAK) 4-5x dalam sehari, saat sakit klien BAK menggunakan kateter, warna kuning keruh dengan jumlah 1000cc/hari. Klien BAB 1x dalam sehari dengan dibantu oleh keluarga. Kulit klien berwarna cokelat.

Pengkajian domain aktivitas latihan dan istirahat yaitu sebelum sakit klien dapat bekerja sebagai petani dan setelah mengalami kecelakaan jatuh dari pohon dan mengalami tirah baring aktivitas klien dibantu oleh keluarga karena terdapat luka dekubitus. Klien hanya terbaring lemah di tempat tidur dengan skala ketergantungan 2 yaitu dibantu oleh alat untuk BAK dan orang lain untuk melakukan *Activity Daily Living* (ADL). Klien sebelum sakit biasanya tidur dari pukul 21.00-05.00 WIB, selama sakit klien *bedrest* total. Pemeriksaan fisik pada jantung saat inspeksi *ictuscordis* teraba mid klavikula intercosta ke 4-5, perkusi redup dan auskultasi bunyi

jantung normal lup dan dup, regular. Pemeriksaan paru-paru pada inspeksi tidak ada retraksi dada dan pengembangan dada simetris, palpasi vokal fremitus kanan dan kiri sama, perkusi sonor dan auskultasi tidak ada suara tambahan seperti *wheezing*, auskultasi vesikuler. Pemeriksaan ekstremitas tidak ada edema. Kekuatan otot ekstremitas atas kanan 5 kiri 5, kemudian ekstremitas bawah kanan 1 kiri 1, skala ketergantungan 2, dengan bantuan orang lain dan alat.

Pengkajian domain persepsi dan kognitif yaitu tidak ada gangguan pada penglihatan dan pendengaran, komunikasi antara klien dengan keluarga, bahasa yang digunakan dalam berkomunikasi yaitu bahasa Jawa, keadaan umum lemah, GCS 15. Pengkajian pola persepsi yaitu menurut klien dirinya merasa tidak nyaman dengan keadaannya sekarang dan ingin lekas sembuh agar dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Klien mengerti dengan keadaan sakitnya ini dan tidak merasa takut maupun khawatir dikarenakan keluarga selalu mendampingi, mendukung dan memberikan perhatian. Pengkajian seksual didapatkan data klien berjenis kelamin laki-laki, belum menikah, klien terdiri dari dua bersaudara, klien merupakan anak pertama, jumlah saudara klien satu berjenis kelamin laki-laki, pada genetalia terpasang kateter dan tidak ada kelainan pada genetalia.

Pengkajian prinsip hidup klien beragama Islam, menurut keluarga, klien rajin beribadah dan mengikuti kegiatan keagamaan di desanya. Selama sakit klien tetap melaksanakan sholat lima waktu di tempat tidur. Pengkajian pada coping toleransi yaitu jika klien merasa sedih dan ada masalah atau tidak nyaman selalu diceritakan pada keluarga untuk memberikan solusi bagi klien klien melakukan ibadah untuk memperkuat diri dari masalah yang dihadapi. Pengkajian proteksi dan keamanan didapatkan data keluarga sangat memperhatikan klien saat dirumah. Keluarga selalu mendampingi klien. Klien mengatakan merasa aman dan nyaman apabila berada didekat keluarganya.

Pengkajian data kenyamanan yaitu klien merasa tidak nyaman dengan luka yang disebabkan tirah baring terlalu lama. Luka telah muncul 2 bulan yang lalu, warna dasar luka merah, stadium luka 3, terdapat goa luka dengan kedalaman 2cm, cairan yang ada pada luka darah, terdapat nekrosis 50%, tipe jaringan luka granulasi, bau khas, tepi luka halus, kulit sekitar luka kering, ukuran luka panjang 10 cm, lebar 8 cm dengan kedalaman luka 0,5 cm. Klien tidak merasa nyeri, dan tidak ada masalah pada domain terakhir pada pertumbuhan dan perkembangan. Klien mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal. Analisa data pada tanggal 6 Juni 2018 didapatkan daftar masalah keperawatan yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal (tekanan pada tonjolan tulang). Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas.

### **3.2 Intervensi**

Tujuan dari diagnosa adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 10x kunjungan diharapkan kerusakan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil dari NOC integritas kulit (110113), kriteria hasil yang diharapkan pada 3 (cukup terganggu) dan ditingkatkan ke 4 (sedikit terganggu), sensasi (110102), kriteria hasil yang diharapkan pada 1 (sangat terganggu) dan ditingkatkan ke 3 (cukup terganggu), perfusi jaringan (110111), kriteria hasil yang diharapkan pada 3 (cukup terganggu) dan ditingkatkan ke 4 (sedikit terganggu), nekrosis (110123), kriteria hasil yang diharapkan pada 3 (sedang) dan ditingkatkan ke 5 (tidak ada). Intervensi keperawatan yang akan dilakukan adalah perawatan luka tekan (3520) yaitu catat karakteristik luka tekan setiap 2 hari sekali meliputi ukuran (panjang x lebar x dalam), tingkatkan luka (1-4), lokasi, eksudat, granulasi atau jaringan nekrotik, dan epitalisasi. Monitor warna, suhu, udem, kelembaban, dan kondisi area sekitar luka. Jaga agar luka tetap lembab untuk membantu proses penyembuhan. Lakukan debridemen dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound*



*Debridement*). Catat karakteristik cairan luka. Monitor tanda dan gejala infeksi di area luka. Perawatan tirah baring dan monitor tanda-tanda vital.

### **3.3 Implementasi**

Kerusakan integritas kulit untuk masalah keperawatan tersebut dilakukan tindakan keperawatan hari pertama pada tanggal 7 Juni 2018 pada pukul 11.00 WIB yaitu mengkaji keluhan klien, mengkaji luka dan melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*), dan memonitor tanda-tanda vital klien dengan respon klien mengatakan tidak merasa nyeri saat dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, area sekitar luka kering, jumlah nekrosis 50%, TD 120/80 mmHg, nadi 83x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36°C.

Kerusakan integritas kulit untuk masalah keperawatan ini dilakukan tindakan keperawatan hari kedua pada tanggal 9 Juni 2018 pada pukul 11.00 yaitu mengkaji keluhan klien dan keadaan umum klien, mengkaji luka dan melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*), memonitor tanda-tanda vital dengan respon klien mengatakan lebih nyaman setelah dilakukan ganti balut, klien mengatakan tidak merasa nyeri pada saat dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, area sekitar luka kering, jumlah nekrosis 50%, tekanan darah klien 120/80 mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36°C.

Kerusakan integritas kulit untuk masalah keperawatan ini dilakukan tindakan keperawatan hari ketiga pada tanggal 11 Juni 2018 pada pukul 10.00 WIB yaitu mengkaji keluhan klien dan keadaan umum klien, mengkaji luka dan melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*), memonitor tanda-tanda vital dengan respon klien mengatakan tidak ada keluhan, klien mengatakan lebih nyaman setelah dilakukan ganti balut, luka

klien terlihat lembab, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 48%, tekanan darah klien 110/80 mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36°C.

Kerusakan integritas kulit untuk masalah keperawatan ini dilakukan tindakan keperawatan hari keempat pada tanggal 13 Juni 2018 pada pukul 14.00 WIB yaitu mengkaji keluhan klien dan keadaan umum klien, mengkaji luka dan melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*), memonitor tanda-tanda vital dengan respon klien mengatakan badannya pegel-pegel karena hanya berbaring setiap hari, klien mengatakan lebih nyaman setelah dilakukan ganti balut, luka klien terlihat lembab, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 47%, tekanan darah klien 110/80 mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36°C.

Kerusakan integritas kulit untuk masalah keperawatan ini dilakukan tindakan keperawatan hari kelima pada tanggal 15 Juni 2018 pada pukul 11.00 WIB yaitu mengkaji keluhan klien dan keadaan umum klien, mengkaji luka dan melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*), memonitor tanda-tanda vital dengan respon klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 45%, tekanan darah klien 120/80 mmHg, nadi 83x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36,5°C.

Kerusakan integritas kulit untuk masalah keperawatan ini dilakukan tindakan keperawatan hari keenam pada tanggal 18 Juni 2018 pada pukul 11.00 WIB yaitu mengkaji keluhan klien dan keadaan umum klien, mengkaji luka dan melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*), memonitor tanda-tanda vital dengan respon klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, area

sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 43%, tekanan darah klien 120/70 mmHg, nadi 82x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36,5°C.

Kerusakan integritas kulit untuk masalah keperawatan ini dilakukan tindakan keperawatan hari ketujuh pada tanggal 20 Juni 2018 pada pukul 11.00 WIB yaitu mengkaji keluhan klien dan keadaan umum klien, mengkaji luka dan melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*), memonitor tanda-tanda vital dengan respon klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 42%, tekanan darah klien 120/80 mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 25x/menit, suhu 36,5°C.

Kerusakan integritas kulit untuk masalah keperawatan ini dilakukan tindakan keperawatan hari kedelapan pada tanggal 22 Juni 2018 pada pukul 11.00 WIB yaitu mengkaji keluhan klien dan keadaan umum klien, mengkaji luka dan melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*), memonitor tanda-tanda vital dengan respon klien mengatakan tidak merasa nyeri saat dilakukan perawatan luka, klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah di ganti balutannya, luka klien terlihat lembab, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 40%, tekanan darah klien 110/80 mmHg, nadi 82x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36,5°C.

Kerusakan integritas kulit untuk masalah keperawatan ini dilakukan tindakan keperawatan hari kesembilan pada tanggal 24 Juni 2018 pada pukul 11.00 WIB yaitu mengkaji keluhan klien dan keadaan umum klien, mengkaji luka dan melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*), memonitor tanda-tanda vital dengan respon klien mengatakan agak lemas, klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah

nekrosis 38%, tekanan darah klien 110/80 mmHg, nadi 83x/menit, respirasi 24x/menit, suhu 36,5°C.

Kerusakan integritas kulit untuk masalah keperawatan ini dilakukan tindakan keperawatan hari kesepuluh pada tanggal 26 Juni 2018 pada pukul 14.00 WIB yaitu mengkaji keluhan klien dan keadaan umum klien, mengkaji luka dan melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*), memonitor tanda-tanda vital dengan respon klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka, klien mengatakan tidak ada keluhan, luka klien terlihat lembab, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 35%, tekanan darah klien 110/80 mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36,5°C.

### **3.4 Evaluasi**

Evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit pada hari pertama tanggal 7 Juni 2018 pukul 12.00 WIB yaitu klien mengatakan tidak merasa nyeri saat dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, masih terdapat goa luka dengan kedalaman 2cm, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 50%, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 83x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36°C, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*).

Evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit pada hari kedua tanggal 9 Juni 2018 pukul 12.15 WIB yaitu klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah diganti balutannya, klien mengatakan tidak merasa nyeri saat dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, masih terdapat goa luka dengan kedalaman 2cm, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 50%, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 83x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36°C,

masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*).

Evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit pada hari ketiga tanggal 11 Juni 2018 pukul 11.30 WIB yaitu klien mengatakan tidak ada keluhan, klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah diganti balutannya, luka klien terlihat lembab, masih terdapat goa luka dengan kedalaman 2cm, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 48%, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36<sup>0</sup>C, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*).

Evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit pada hari keempat tanggal 13 Juni 2018 pukul 15.00 WIB yaitu klien mengatakan badannya pegel-pegel karena hanya berbaring setiap hari, klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah diganti balutannya, luka klien terlihat lembab, masih terdapat goa luka dengan kedalaman 2cm, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 47%, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36<sup>0</sup>C, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*).

Evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit pada hari kelima tanggal 15 Juni 2018 pukul 12.00 WIB yaitu klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, masih terdapat goa luka dengan kedalaman 2cm, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 45%, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 83x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi melakukan

perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*).

Evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit pada hari keenam tanggal 18 Juni 2018 pukul 12.00 WIB yaitu klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, masih terdapat goa luka dengan kedalaman 2cm, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 45%, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 82x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*).

Evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit pada hari ketujuh tanggal 20 Juni 2018 pukul 12.00 WIB yaitu klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, masih terdapat goa luka dengan kedalaman 2cm, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 42%, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 25x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*).

Evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit pada hari kedelapan tanggal 22 Juni 2018 pukul 12.15 WIB yaitu klien mengatakan tidak merasa nyeri saat dilakukan perawatan luka, klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, masih terdapat goa luka dengan kedalaman 2cm, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 40%, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 82x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*).

Evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit yaitu pada hari kesembilan tanggal 24 Juni 2018 pukul 12.00 WIB yaitu klien mengatakan agak lemes, klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, masih terdapat goa luka dengan kedalaman luka 2cm, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 38%, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 83x/menit, respirasi 24x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*).

Evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit yaitu pada hari kesepuluh tanggal 26 Juni 2018 pukul 15.00 WIB yaitu klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka, luka klien terlihat lembab, masih terdapat goa luka dengan kedalaman 2cm, area sekitar luka kering, tidak terdapat pus, jumlah nekrosis 35%, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 24x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*).

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. P dengan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal (tekanan pada tonjolan tulang), ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrien, dan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas. Pada ketiga diagnosa tersebut penulis memprioritaskan diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal (tekanan pada tonjolan tulang). Rencana keperawatan yang telah disusun tidak mengalami kendala dan dapat dilakukan dengan baik. Penulis menyusun rencana keperawatan yang disusun adalah pada prioritas masalah yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal (tekanan pada tonjolan tulang) karena yang sesuai dengan inovasi yang penulis lakukan yaitu aplikasi perawatan luka dengan menggunakan metode CSDW (*Conservative Sharp Wound Debridement*). Dalam melakukan implementasi penulis mengalami masalah terkait dengan balutan yang sesuai untuk klien. Evaluasi terhadap tindakan keperawatan selama 21 hari (10 kali pertemuan) perawatan luka masalah kerusakan integritas kulit tidak teratasi, perencanaan selanjutnya yaitu melanjutkan intervensi melakukan perawatan luka dengan menggunakan metode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*).

#### **5.2 Saran**

Saran yang dapat penulis berikan berdasarkan hasil karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

##### **5.2.1 Bagi Profesi**

Hasil karya tulis ini dapat menjadi bahan pengembangan ilmu pengetahuan asuhan keperawatan pada klien dengan Ulkus Dekubitus.



### 5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menambah referensi di perpustakaan, peningkatan kualitas dan pengembangan mahasiswa melalui studi kasus dari pelayanan kesehatan pada klien dengan Ulkus Dekubitus.

### 5.2.3 Bagi Institusi Rumah Sakit

Rumah Sakit disarankan untuk lebih meningkatkan pengetahuan dan sikap perilaku perawat dalam upaya pencegahan decubitus di rumah sakit, karena mencegah lebih baik daripada mengobati. Penulis menyarankan tindakan untuk mengatasi Ulcus Decubitus di rumah sakit dapat dimodifikasi dengan teknik perawatan luka dengan meode CSWD (*Conservative Sharp Wound Debridement*) seperti yang penulis lakukan.

### 5.2.4 Bagi Mahasiswa

Mahasiswa keperawatan diharapkan dapat memberikan intervensi alternatif bagi masalah keperawatan yang muncul dengan kemampuan yang dimiliki oleh klien. Mahasiswa keperawatan mampu memberikan intervensi dengan ilmu yang baru dengan berpedoman pada ilmu keperawatan yang ada untuk membantu peningkatan penyembuhan klien. Mahasiswa keperawatan diharapkan mampu menggunakan komunikasi *terapeutik* dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi klien agar timbul rasa saling percaya antara perawat dengan klien.

### 5.2.5 Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga diharapkan dapat menambah pengetahuan terkait dalam menjaga kondisi luka agar dapat mempercepat proses penyembuhan dan mencegah terjadinya infeksi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Al Kharabsheh, M., Al Rimawati, R., Al Assaf, R., Saleh, M.2014. *Exploring Nurses Knowledge and Perceived Barriers to Carry Out Pressure Ulcer Prevention an Treatment, Documentation, and Risk Assesment. American International Journal of Contemporary Research*, 4(4), p. 112-119.
- Brunner & Suddart. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta : EGC
- Bujang, Aini & Purwaningsih (2013). Pengaruh Alih Baring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke yang Mengalami Hemiparesis di Ruang Yudistira RSUD Semarang, *Jurnal Mitra Sehat Volume 3*, Halaman 26-32
- EPUAP & NPUAP *Europe Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel*, (2014).
- Maliawan S. dan Mahadewa T. 2009. *Diagnosa dan Tatalaksana Kegawat Daruratan Tulang Belakang*. Jakarta.
- Mansjoer, Arif (2014), *Kapita Selektta Kedokteran Pada Anak*
- Morton, P.G., et al (2012). *Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik*. Edisi 8. Jakarta : EGC.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2012*.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) dan Modul Pelatihan Certified Basic Woundcare Program, Rumah Luka Indonesia (2014)*
- Potter & Perry, (2010). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter & Perry, (2012). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Rendy, M.C., & Margareth. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Ross and Wilson, 2011. Dasar-dasar Anatomi dan Fisiologi, Penerjemah Elly Nurachmah dan Rida Angraini, Salemba Medika, Jakarta.

Saryono, & Widiyanti, A.T., (2010). Kebutuhan Dasar Manusia. Yogyakarta : Nuha Medika.

Setiati, Siti, dkk. (2014). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta : Interna Publishing.

SIRS (Sistem Informasi Rumah Sakit) di Jawa Tengah 2010.

Sjamsuhidayat, 2010. Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi 11. Jakarta : EGC.

Subandar (2009). Ulkus Dekubitus. Medical Faculty- Sebelas Maret University in Surakarta (internet). Surakarta : UNS Tersedia dalam <[http : //fk.uns.ac.id/](http://fk.uns.ac.id/)> (diakses 21 Agustus 2012).