

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kebutuhan Dasar Manusia

1. Teori Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

Keamanan adalah suatu keadaan yang terbebas dari segala fisik fisiologis yang merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi, serta dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Sedangkan, kenyamanan adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketenteraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi) dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah). Kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan dan bantuan (Sinthania *et al.*, 2022).

Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik, dimana ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retmal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang yang dalam bentuk nyata atau hanya imajinasi misalnya karena penyakit, nyeri dan cemas (Rohayati, 2019).

2. Faktor Yang Mempengaruhi Pemenuhan Kebutuhan

Secara umum, terdapat beberapa factor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan manusia. Faktor-faktor tersebut meliputi :

a. Penyakit

Saat seseorang sakit dalam kondisi sakit, ia tidak akan mampu memenuhi kebutuhannya sendiri. Dengan demikian, individu tersebut akan bergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

b. Hubungan yang berarti

Keluarga merupakan sistem pendukung bagi individu (klien). Selain itu, keluarga juga dapat membantu klien dalam menyadari kebutuhannya dan mengembangkan cara yang sehat untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dalam praktek di tatanan layanan kesehatan, perawat dapat membantu upaya pemenuhan kebutuhan dasar klien yang membina hubungan yang berarti.

c. Konsep diri

Individu dengan konsep diri yang positif akan mudah mengenali dan memenuhi kebutuhannya tersebut. Sedangkan seseorang dengan konsep diri yang negatif, misalnya penderita depresi, akan mengalami perubahan kepribadian dan suasana hati yang dapat mempengaruhi persepsi dan kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan tersebut.

d. Tahap perkembangan

Dalam hal ini, pemenuhan kebutuhan dasar akan dipengaruhi oleh perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku individu sebagai hasil dari interaksinya dengan lingkungan.

e. Struktur keluarga

Struktur keluarga dapat mempengaruhi cara klien memuaskan kebutuhannya.

B. Intervensi *Moist Wound Healing* dari Hasil Review Literatur

1. Definisi *Moist Wound Healing*

Intervensi *Moist wound healing* merupakan suatu metode yang mempertahankan lingkungan luka tetap terjaga kelembabannya untuk memfasilitasi penyembuhan luka. Luka lembab dapat diciptakan dengan cara *occlusive dressing* atau perawatan luka tertutup (Gitarja, 2018). Perkembangan pengetahuan tentang teknik perawatan luka terkini menjadi trend tersendiri di dunia keperawatan. Pemahaman perawat yang benar tentang teknik perawatan luka terkini akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Ose et al, 2018). Salah satu komplikasi yang banyak ditakutkan oleh kebanyakan orang adalah timbulnya luka pada daerah ekstermitas baik atas maupun bawah. Luka bisa

teratasi secara optimal jika penanganan luka dilakukan dengan tepat. Oleh karena itu, digunakan salah satu metode untuk mengatasi hal tersebut.

Moist wound healing merupakan metode untuk mempertahankan kelembaban luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban, sehingga penyembuhan luka dan pertumbuhan jaringan dapat terjadi secara alami (Angriani, 2018). Prinsip *Moist wound Healing* (lembab) akan meningkatkan epitelisasi 30-50%. Meningkatkan sintesa kolagen 50%, rata-rata repitelisasi dengan kelembaban 2-5 kali lebih cepat serta dapat mengurangi kehilangan cairan dari atas permukaan luka (Ose et al, 2018). Penerapan teknik perawatan luka dengan *Moist Wound Healing* saat ini banyak di gunakan di beberapa rumah sakit dibanding dengan penggunaan teknik *Wet-Dry* karena dianggap efisien dalam proses penyembuhan luka dan lama rawat pasien akan menjadi lebih singkat. Banyak pakar telah melakukan penelitian antara kedua teknik perawatan tersebut dan terbukti teknik perawatan *Moist Wound Healing* dapat menyembuhkan luka menjadi 3-5 kali lebih cepat (Primadani,2020).

2. Prinsip *Moist Wound Healing*

Prinsip *Moist Wound Healing* antara lain pertama, dapat mengurangi dehidrasi dan kematian sel karena sel-sel neutropil dan makrofag tetap hidup dalam kondisi lembab, serta terjadi peningkatan angiogenesis pada balutan berbahan oklusive (Merdekawati & Rasyidah, 2017). Prinsip kedua, yaitu meningkatkan *debridement* autolysis dan mengurangi nyeri. Pada lingkungan lembab enzim proteolitik di dasar luka dan melindungi ujung syaraf sehingga dapat mengurangi/menghilangkan rasa nyeri saat *debridement* (Fatmadona & Oktarina, 2016). Prinsip ketiga, yaitu meningkatkan re-epitelisasi pada luka yang lebar dan dalam. Proses epitalisasi membutuhkan suplai darah dan nutrisi. Pada krusta yang kering dapat menekan/menghalangi suplai darah dan memberikan barrier padaepitelisasi (Fatmadona & Oktarina, 2016).

3. Pemilihan Balutan Pada Ulkus Dekubitus dengan Prinsip *Moist Wound Healing*

Dalam pemilihan balutan ulkus dekubitus dapat menggunakan balutan kassa steril atau disebut *gauze* (Fatmadona & Oktarina, 2016). Terdapat berbagai jenis pemilihan balutan luka selain *gauze* yaitu seperti *hidrogel*, *film dressing*, *hydrocolloid*, *calcium alginate*, *foam/absorbant dressing*, *antimicrobial dressing*, *antimicrobial hydrophobic*, dan banyak contoh dressing yang dapat digunakan dalam proses perawatan luka *moist* sesuai indikasi masing- masing luka (Kartika, 2015).

Balutan kasa dari tenunan dan serat non tenunan, rayon, *poliester*, atau kombinasi dari serat lain bersifat steril. Berbagai produk tenunan ada yang kasar dan berlubang, tergantung pada benangnya. Kasa berlubang yang baik sering digunakan untuk membungkus, seperti balutan basah lembab normal saline. Kasa katun kasar, seperti balutan basah lembab normal saline digunakan untuk *debridement* non-selektif (mengangkat debris dan atau jaringan yang mati). Banyak kasa yang bukan tenunan dibuat dari *poliester*, rayon, atau campuran bermacam serat yang ditenun seperti kasa katun tetapi lebih kuat, besar, lunak, dan lebih menyerap. Beberapa balutan, seperti kasa saline hipertonik kering digunakan untuk *debridement*, berisi bahan-bahan yang mendukung penyembuhan (Fatmadona & Oktarina, 2016).



Gambar 1: Kasa (Sumber: Fatmadona & Oktarina, 2016)

Tujuan dalam memilih balutan dalam perawatan luka yaitu menciptakan lingkungan yang kondusif dalam penyembuhan luka, melindungi luka dan kulit sekitar luka, meningkatkan kenyamanan pasien, mengurangi nyeri pada ujung syaraf (kondisi oklusif), mempertahankan suhu pada luka, mengontrol dan mencegah perdarahan mencegah dan menangani infeksi pada luka, dan

mengurangi stres yang ditimbulkan oleh luka dengan menutup secara tepat. Balutan yang dianjurkan dalam luka pasca-pembedahan adalah balutan yang tidak menempel saat dibuka, mencegah trauma pada dasar luka, mengurangi nyeri saat penggantian balutan dan *cost-effective* dengan meminimalkan frekuensi penggantian balutan. Misalnya, *transparent film dressing* seperti *opsite post op*, *hydrocolloid*, *calcium alginate*, *Vaseline zalf*, dan *gauze* (Arisanty, 2014).

4. Indikasi *Moist Wound Healing*

Perawatan luka dengan prinsip lembab atau *moist* dapat diaplikasikan dalam tiga tipe luka yaitu :

a. Tipe luka berdasarkan waktu penyembuhan

Berdasarkan lama penyembuhan bisa dibedakan menjadi akut dan kronis. Luka akut jika penyembuhan terjadi dalam 2-3 minggu. Sedangkan luka kronis adalah segala jenis luka yang tidak ada tanda-tanda sembuh. Luka insisi bisa dikategorikan luka akut jika proses penyembuhan berlangsung sesuai dengan proses penyembuhan normal, tetapi dapat juga dikatakan luka kronis jika penyembuhan terlambat (*delayed healing*) atau jika menunjukkan tanda-tanda infeksi (Kartika, 2015).

b. Tipe luka berdasarkan anatomi kulit

Luka Derajat 1 jika warna dasar luka merah dan hanya melibatkan epidermis, epidermis masih utuh atau tanpa merusak epidermis, contoh adakemerahan di bokong. Luka Derajat 2 jika warna dasar luka merah dan melibatkan lapisan epidermis-dermis. Luka Derajat 3 jika warna dasar lukamerah dan lapisan kulit mengalami kehilangan epidermis, dermis, hingga sebagian hipodermis (*full-thickness*). Luka Derajat 4 jika warna dasar lukamerah dan lapisan kulit mengalami kerusakan dan kehilangan lapisan epidermis, dermis, hingga seluruh hipodermis, dan mengenai otot dantulang (*deep-full-thickness*).

c. Tipe luka berdasarkan warna dasar luka

Hitam adanya jaringan *necrosis* (mati) dengan kecenderungan keras dan kering karena tidak ada vaskularisasi. Kuning artinya jaringan nekrosis(mati)

yang lunak berbentuk seperti nanah beku pada permukaan kulit seperti *slough*. *Merah* artinya jaringan granulasi dengan vaskularisasi yang baik dan memiliki kecenderungan mudah berdarah. Dan *Pink* artinya terjadi proses epitelisasi dengan baik dan maturasi, atau luka sudah menutup (Arisanty, 2014).

5. Manfaat *Moist Wound Healing*

Dalam perawatan luka dengan teknik lembab memiliki beberapa manfaat, antara lain seperti:

- a. Nyeri minimal karena frekuensi penggantian balutan tidak setiap hari tapi tiga sampai lima hari. Hal tersebut berfungsi untuk menciptakan lingkungan luka tetap lembab, melunakkan serta menghancurkan jaringan nekrotik tanpa merusak jaringan sehat, yang kemudian terserap dan terbuang bersama pembalut, sehingga tidak sering menimbulkan trauma dan nyeri pada saat penggantian balutan (Kartika, 2015).
- b. *Cost-effective* yaitu jumlah pemakaian alat, fasilitas, waktu dan tenaga karena tidak setiap hari dilakukan rawat luka.
- c. Infeksi minimal karena menggunakan konsep balutan oklusif atau tertutup rapat.
- d. Mempercepat penyembuhan ulkus dekubitus dengan konsep lembab (Arisanty, 2014).

C. Hasil Review Literatur

1. Pertanyaan Klinis (PICOT)

Berisi rumusan pertanyaan klinis yang tepat, sebagai berikut :

- a. *Problem* : Gangguan Integritas Jaringan pada Pasien Stroke dengan Ulkus Dekubitus
- b. *Intervention* : Penerapan *Moist Wound Healing*
- c. *Comparison* : Perbandingan antara keefektifan penerapan *Moist Wound Healing* dengan perawatan luka

konvensional

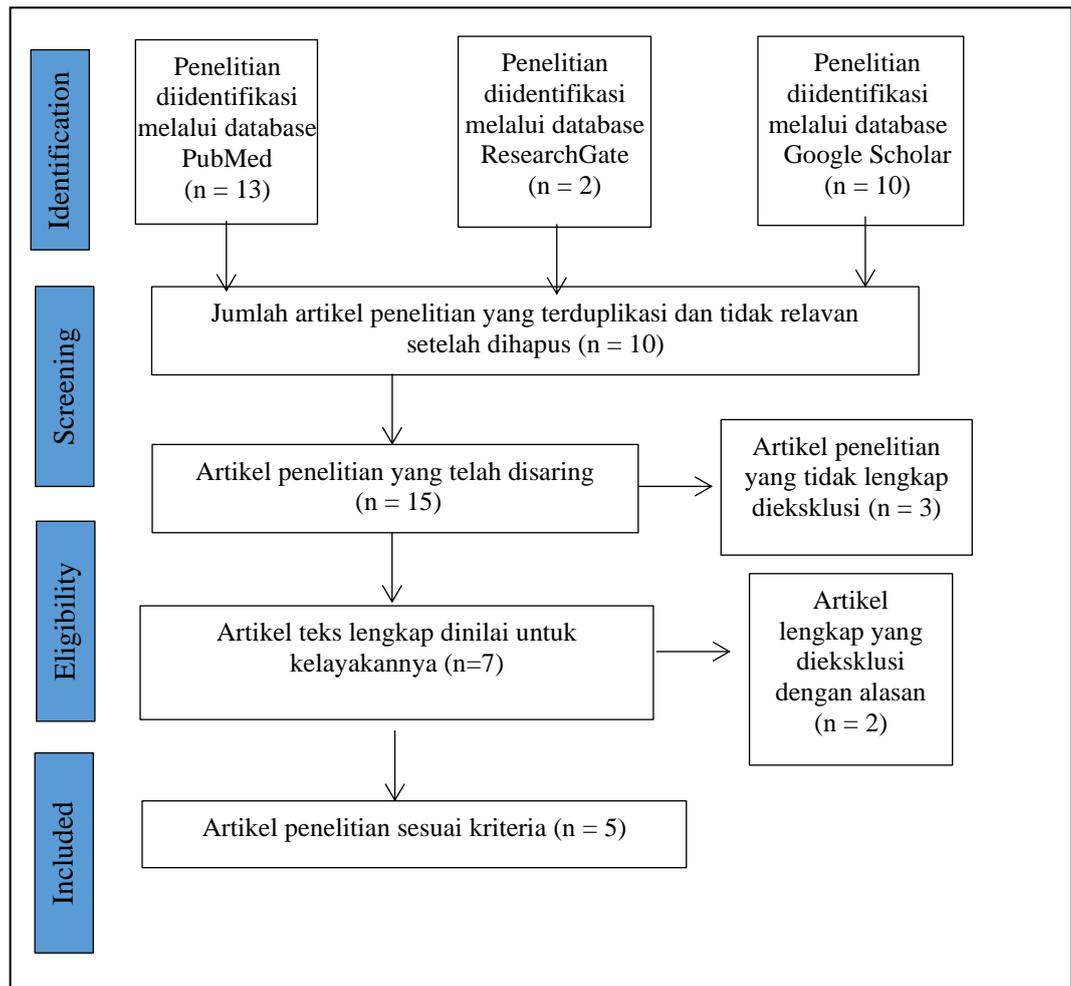
d. *Outcome* : Penerapan *Moist Wound Healing* Terhadap Masalah Gangguan Integritas Jaringan sangat efektif untuk dilakukan

e. *Time* : 1 kali sehari selama 30 menit

Sehingga dapat dirumuskan masalah klinis dari permasalahan yang ditemukan yaitu “Penerapan *Moist Wound Healing* Terhadap Masalah Gangguan Integritas Jaringan Pada Pasien Stroke Dengan Ulkus Dekubitus di RSUD Bagas Waras Klaten”.

2. Metode Penelusuran *Evidence*

Pencarian artikel ditetapkan dengan menggunakan jurnal yang sudah terpublikasi baik nasional maupun internasional dengan batasan tahun terbit 2018 sampai dengan 2023. Pencarian artikel melalui *database PubMed*, *ResearchGate*, dan *Google Scholar* pada 20 Februari-04 Maret 2023 didapatkan 25 artikel penelitian sesuai kata kunci yang meliputi stroke, *decubitus ulcer*, *impaired tissue integrity*, *moist wound healing* untuk jurnal internasional dan kata kunci seperti stroke, ulkus dekubitus, gangguan integritas jaringan, *moist wound healing* untuk jurnal nasional. Penyeleksian artikel penelitian berdasarkan terpublikasi, tidak relevan dengan topik penelitian, dan kesamaan artikel sehingga perlu dikeluarkan 10 artikel dan tersisa 15 artikel. Peneliti melakukan skrining berdasarkan judul (15), abstrak (7), dan *full text* (5). Hasil penelitian tersebut dibuat dalam diagram alir berdasarkan PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic and Meta Analyses*) dalam gambar berikut.



Gambar 2. Diagram Alir PRISMA

3. Review Literatur

Setelah menganalisa artikel yang sudah ditemukan, penulis menyajikan data dalam tabel.

Tabel 1. Hasil Analisis PICOT

No.	Penulis	Judul Jurnal	Population)	Intervention	Comparison	Outcome	Time	Sumber
1.	Maria, O., Utami, P., & Damayanti, A.	Efektivitas Perawatan Luka Teknik Balutan <i>Wet-Dry</i> Dan <i>Moist Wound Healing</i> Pada Penyembuhan Ulkus Diabetikus	Populasi yang digunakan ialah seluruh pasien Diabetes yang mengalami ulkus, dimana sebanyak 18 responden menggunakan perawatan luka dengan teknik <i>wet-dry</i> dan 15 responden ulkus diabetik yang dilakukan perawatan luka dengan teknik <i>Moist Wound Healing</i> .	Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu penggunaan balutan dengan teknik <i>Wet-Dry</i> dan dengan teknik balutan <i>Moist Wound Healing</i>	Melihat efektivitas penyembuhan luka dengan membandingkan penggunaan balutan dengan teknik <i>Wet-Dry</i> dan dengan teknik balutan <i>Moist Wound Healing</i>	Data variabel berdistribusi normal setelah diuji dengan Saphiro-Wilk. Uji t-berpasangan menunjukkan nilai signifikan $p = 0,004$ yang mana nilai p Value $< 0,05$ sehingga ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang antara kelompok penyembuhan luka dengan perawatan luka dengan teknik <i>Wet dry</i> dengan kelompok perawatan luka <i>Moist Wound Healing</i> . Kesimpulan : Kesimpulan dari penelitian ini perawatan luka pada ulkus diabetik dengan teknik moist healing lebih cepat proses penyembuhannya sehingga pasien mendapatkan perawatan lebih efektif dan efisien baik dari segi waktu dan biaya	2018	Google Scholar
2.	Sri Angriani, Hj. Hariani, & Ulfa Dwianti	Efektifitas Perawatan Luka <i>Modern Dressing</i> Dengan Metode <i>Moist Wound Healing</i> Pada Ulkus Diabetik Di Klinik Perawatan Luka Etn Centre Makassar.	Populasi dari penelitian ini adalah semua pasien ulkus diabetes melitus yang didapatkan pada data rekam medik di Klinik Perawatan Luka ETN Centre, sebanyak 30 penderita. Populasi yang digunakan ialah 2 responden yang terlibat dalam penelitian ini.	Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu <i>Moist wound healing</i>	Tidak ada kelompok pembanding	Adanya perbedaan rerata selisih skor perkembangan perbaikan luka yang signifikan ($p = 0,031$) pada kedua kelompok. Kelompok balutan modern mempunyai perkembangan perbaikan luka yang lebih baik dibandingkan kelompok balutan konvensional yaitu balutan modern (16%) dan konvensional (8,75%). Kesimpulan : Perawatan Luka Modern dengan metode moist wound healing efektif terhadap	2019	Google Scholar

No.	Penulis	Judul Jurnal	Population)	Intervention	Comparison	Outcome	Time	Sumber
						proses penyembuhan Luka ulkus diabetikum dibandingkan metode konvensional.		
3.	Muhammad Irwan, Indrawati 1 , Maryati , Risnah, Salmah & Arafah	Efektivitas Perawatan Luka Modern dengan Konvensional Terhadap Proses Penyembuhan Luka Diabetik	Populasi dari penelitian ini adalah semua pasien Ulkus Diabetikum berdasarkan usia dan lama menderita DM di Poliklinik Bedah RSUD Majene dan klinik Ikram Wound care dengan jumlah responden 36 pasien.	Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu perawatan luka modern dan perawatan luka konvensional	Melihat efektivitas penyembuhan luka dengan membandingkan penggunaan perawatan luka modern dengan perawatan luka konvensional. Dimana, subjek pada penelitian ini terdiri dari 2 kelompok, yaitu kelompok 1 (intervensi) yang diberikan perlakuan <i>moist dressing</i> , kelompok 2 atau control (perawatan luka konvensional).	Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan rerata selisih skor perkembangan perbaikan luka yang signifikan ($\rho=0,002$) pada dua Kelompok. Pada perawatan luka modern mempunyai efektivitas perkembangan perbaikan luka yang lebih baik di bandingkan dengan kelompok perawatan luka konvensional. Modern Dressing sangat efektif untuk mempercepat fase penyembuhan luka.	2022	Google Scholar
4.	Yangling Li, Meiyang Yao, Xia Wang, Yangqing	<i>Effects of gelatin sponge combined with moist wound healing nursing Intervention in the treatment of phase III bedsore</i>	Populasi yang digunakan ialah 50 pasien dengan luka baring fase III dilibatkan dalam penelitian ini. Pasien secara acak dibagi menjadi kelompok kontrol (n=25) dan observasi (n=25).	Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu Pasien pada kelompok kontrol mendapatkan perawatan konvensional, sedangkan pasien pada kelompok observasi mendapatkan perawatan agar-agar sponge yang dikombinasikan dengan perawatan penyembuhan luka lembab.	Melihat efektivitas penyembuhan luka dengan membandingkan pasien kelompok kontrol mendapatkan perawatan konvensional dan pasien pada kelompok observasi mendapatkan perawatan agar-agar sponge yang dikombinasikan dengan	Penelitian menunjukkan bahwa tingkat peningkatan kelompok observasi secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol ($P<0,05$). Skor Branden dan area luka tekan pada kelompok observasi secara signifikan lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol ($P<0,05$). Frekuensi dan waktu penggantian balutan serta biaya rata-rata rawat inap kelompok observasi secara signifikan lebih	2016	Pubmed

No.	Penulis	Judul Jurnal	Population)	Intervention	Comparison	Outcome	Time	Sumber
					perawatan penyembuhan luka lembab	rendah dibandingkan kelompok kontrol ($P < 0,001$). Kesimpulan : Spons gelatin yang dikombinasikan dengan intervensi keperawatan penyembuhan luka lembab secara signifikan dapat meningkatkan pengobatan luka baring fase III.		
5.	Shun Huang, Ying Yang, Xiaoli, Yonggang Wang	<i>The efficacy of gelatin sponge combined with moist wound healing nursing intervention for the treatment of pressure ulcers</i>	Populasi yang digunakan ialah kelompok kontrol dan kelompok studi, dengan 40 anggota di setiap kelompok.	Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu pasien kelompok kontrol mendapatkan asuhan keperawatan rutin sedangkan pada kelompok studi, pasien mendapatkan perawatan spons yang dikombinasikan dengan penyembuhan luka lembab.	Melihat efektivitas penyembuhan luka dengan membandingkan pasien kelompok kontrol mendapatkan asuhan keperawatan rutin sedangkan pada kelompok studi, pasien mendapatkan perawatan spons yang dikombinasikan dengan penyembuhan luka lembab.	Penelitian menunjukkan bahwa intervensi spons gelatin yang dikombinasikan dengan penyembuhan luka lembab ternyata dapat meningkatkan efisiensi penyembuhan luka tekan. Kesimpulan : Spons gelatin yang dikombinasikan dengan intervensi keperawatan penyembuhan luka lembab secara signifikan ternyata dapat meningkatkan efisiensi penyembuhan luka tekan.	2021	Research Gate

4. Rangkuman Dari *Evidence* Tentang Penerapan *Moist Wound Healing*

Jurnal pertama dari Maria, O., Utami, P., & Damayanti, A (2018) menyatakan bahwa pemilihan balutan yang efektif dan tepat merupakan hal yang penting dalam perawatan luka ulkus. Kondisi lingkungan luka yang bersih dan lembab dapat mencegah dehidrasi jaringan dan kematian sel, akselerasi angiogenesis dan memungkinkan interaksi antara faktor pertumbuhan dengan sel target. Pada penelitian ini, perawatan luka menggunakan dua teknik balutan yaitu *Wet-dry* dan *Moist Wound Healing*. Terlihat perbedaan efektifitas hasil untuk perawatan luka dengan menggunakan metode balutan basah-kering dengan metode balutan lembab. Perawatan luka dengan menggunakan teknik *Wet-dry* sangat dipengaruhi oleh suhu lingkungan sekitar. *Wet-dry* dapat menyebabkan luka menjadi terlalu basah apabila balutan terlalu basah sehingga menyebabkan vaskularisasi pada luka menjadi terganggu dan menyebabkan malserasi. Apabila balutan terlalu kering maka menjadi sulit untuk mengganti balutan luka. Sedangkan untuk teknik balutan *Moist Wound Healing* tidak dipengaruhi oleh suhu lingkungan sekitar karena lapisan balutan tertutup rapat. Selain itu teknik moist healing tidak memberikan nyeri maupun perdarahan saat balutan diangkat dari luka. Sedangkan untuk penggunaan perawatan luka balutan basah kering akan sangat sulit saat ingin membuka balutan tersebut dikarenakan balutan tersebut menjadi kering dan akan menimbulkan nyeri dan juga perdarahan apabila balutan tersebut diangkat (Wahidin, 2013). Berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa proses penyembuhan luka dengan menggunakan teknik *moist healing* lebih cepat penyembuhannya daripada dengan menggunakan teknik *Wet-dry*.

Jurnal kedua dari Sri Angriani, Hj. Hariani, & Ulfa Dwianti (2019) menyatakan bahwa perawatan luka menggunakan prinsip *moisture balance* ini dikenal sebagai metode *modern dressing*. Selama ini, ada anggapan bahwa suatu luka akan cepat sembuh jika luka tersebut telah mengering. Namun faktanya, lingkungan luka yang kelembapannya seimbang memfasilitasi pertumbuhan sel dan proliferasi kolagen dalam matriks

nonseluler yang sehat. Prinsip *moisture* dalam perawatan luka antara lain adalah untuk mencegah luka menjadi kering dan keras, meningkatkan laju epitelisasi, mencegah pembentukan jaringan eschar, meningkatkan pembentukan jaringan dermis, mengontrol inflamasi dan memberikan tampilan yang lebih kosmetis, mempercepat proses *autolysis debridement*, dapat menurunkan kejadian infeksi, *cost effective*, dapat mempertahankan gradien voltase normal, mempertahankan aktifitas neutrofil, menurunkan nyeri, memberikan keuntungan psikologis dan mudah digunakan. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa perawatan luka modern dengan *metode moist wound healing* efektif terhadap proses penyembuhan luka ulkus.

Jurnal ketiga dari Muhammad Irwan *et al* (2022) menyatakan bahwa perawatan luka yang diberikan pada pasien harus dapat meningkatkan proses perkembangan luka. Perawatan yang diberikan bersifat memberikan kehangatan dan lingkungan yang lembab pada luka (Banner, 2015). Kondisi yang lembab pada permukaan luka dapat meningkatkan proses perkembangan perbaikan luka, mencegah dehidrasi jaringan dan kematian sel. Kondisi ini juga dapat meningkatkan interaksi antara sel dan faktor pertumbuhan. Oleh karena itu balutan harus bersifat menjaga kelembaban dan mempertahankan kehangatan pada luka (Pashar, 2018). Prinsip balutan modern dan konvensional sama yaitu menjaga kelembaban, kehangatan dan mencegah dari trauma. Namun balutan tradisional kurang dapat menjaga kelembaban karena NaCl akan menguap sehingga kasa menjadi kering. Kondisi kering menyebabkan kasa lengket pada luka sehingga mudah terjadi trauma ulang. Kekurangan kasa dalam menjaga kelembaban lingkungan luka menyebabkan masa perawatan luka yang memanjang. Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa perawatan luka konvensional dapat mempertahankan kelembaban luka tetapi proses penyembuhan luka lebih lambat di bandingkan perawatan luka modern. Terdapat perbedaan rata-rata penyembuhan luka pada balutan modern dibandingkan perawatan luka konvensional. Perawatan luka *Modern Moist dressing* memiliki hasil yang paling signifikan dalam penyembuhan ulkus kaki diabetik dibandingkan dengan perawatan luka konvensional.

Jurnal keempat dari Yangling Li *et al* (2016) menyatakan bahwa perawatan luka konvensional yang biasa digunakan, memiliki daya serap kelembapannya yang buruk. Spons gelatin secara efektif menyerap cairan jaringan, dan menguntungkan untuk hemostasis lokal. Selain itu, juga dapat menyerap air 50 kali lipat dan darah 48 kali lipat beratnya sendiri. Studi lain pada permukaan luka telah mengkonfirmasi bahwa perawatan konvensional kurang efektif dan dapat memperburuk tingkat kerusakan jaringan, sementara perawatan *moist* lebih baik untuk penyembuhan permukaan luka. *Moist Wound Healing* dapat meningkatkan dan mempercepat penyembuhan alami serta penyembuhan di lingkungan lembab lebih cepat daripada lingkungan kering. Lingkungan yang lembab menguntungkan untuk permukaan luka dan tidak akan merusak jaringan granulasi atau jaringan epitel luka, menghilangkan rasa sakit yang dialami oleh pasien. Pasien dari kelompok kontrol menerima perawatan kasa steril. Selama pembalutan, pembalut kasa cenderung melekat pada permukaan luka, membuatnya tidak baik untuk penyerapan rembesan, dan rembesan yang berlebihan juga membutuhkan penggantian kasa yang sering. Pasien dari kelompok observasi diberikan perawatan spons gelatin, yang secara efektif meningkatkan efek penyerapan rembesan, menjaga area luka tekan di ruang tertutup dan menghindari invasi dan infeksi mikroorganisme eksternal. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat perbaikan kelompok observasi secara signifikan lebih tinggi daripada kelompok kontrol, skor Branden dan area luka tekan secara signifikan lebih rendah daripada kelompok kontrol, serta frekuensi dan waktu penyembuhan. Kesimpulannya, spons gelatin yang dikombinasikan dengan intervensi keperawatan penyembuhan luka lembab secara signifikan dapat meningkatkan penyembuhan luka baring fase III.

Jurnal kelima dari Yangling Li *et al* (2021) menyatakan bahwa pada kelompok kontrol, pasien menerima asuhan keperawatan rutin. Yodium atau hidrogen peroksida digunakan untuk *debridement* mekanis dan desinfeksi lokal untuk menghilangkan sekresi purulen pada jaringan nekrotik. Rongga laten luka tekan diisi dengan kasa etakridin. Luka ditutup

dengan menggunakan balutan aseptik, dan balutan tersebut harus diganti setiap 1 hingga 2 hari. Pada kelompok belajar, pasien diberikan asuhan keperawatan kombinasi sponge gelatin dan *Moist Wound Healing*. Permukaan luka dibersihkan dengan menggunakan kasa dan *normal saline*. Permukaan luka yang kuning dibersihkan melalui *debridement* bedah untuk melakukan eksisi jaringan nekrotik dan spons gelatin dapat menyerap eksudat, lalu menutupi luka. Jika terinfeksi, permukaan kuning bisa ditutupi malleolus adalah area anatomi berisiko tinggi untuk ulkus pada pasien. Spons gelatin yang dikombinasikan dengan intervensi keperawatan penyembuhan luka lembab secara signifikan ternyata dapat meningkatkan efisiensi penyembuhan luka tekan.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Ulkus Dekubitus

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar bagi seorang perawat dalam melakukan pendekatan secara sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisa, sehingga dapat diketahui kebutuhan klien tersebut. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu menentukan status kesehatan dan pola pertahanan klien serta memudahkan menentukan status kesehatan dan pola pertahanan klien serta memudahkan dalam perumusan diagnosa keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).

Terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi atau cairan, eliminasi, aktivitas atau latihan, neurosensori, reproduksi atau seksualitas, nyeri atau kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan atau perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan atau pembelajaran, interaksi sosial, dan keamanan atau proyeksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pada langkah pengkajian klien dengan Ulkus Dekubitus, hal yang dilakukan adalah dengan melakukan pengumpulan data menurut Budiono (2016):

- a. Identitas klien yang meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, suku/bangsa, status perkawinan, alamat, tanggal

masuk, ruangan, nomor register, dan diagnosa medis.

a. Riwayat penyakit

1) Keluhan utama

Biasanya klien datang ke RS dengan keluhan utama mengalami Ulkus Dekubitus dengan masalah Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan yaitu kerusakan jaringan, nyeri, kemerahan, dan hematoma.

2) Riwayat penyakit sekarang

Mencakup data sejak kapan dirasakan keluhan sampai keluhan yang dirasakan saat ini.

3) Riwayat penyakit dahulu

Perlu ditanyakan riwayat klien pernah mengalami sakit apa saja dan usahakan/tindakan klien untuk mengurangi dan mengantisipasi penyakit tersebut.

4) Riwayat penyakit keluarga

Perlu ditanyakan apakah ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit seperti ini, penyakit yang menyertai, siapa dan apakah sembuh atau meninggal

b. Kesehatan Fungsional

1) Aktivitas Istirahat

Gejala: Lemah, letih, sulit bergerak/berjalan kram otot, tonus otot menurun. Gangguan tidur/istirahat.

Tanda: Takikardia dan takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas. Letargi/disorientasi, koma. Penurunan kekuatan otot.

2) Sirkulasi

Gejala: Adanya riwayat hipertensi, *Infark Myocard Acute*, klaudikasi, kebas, dan kesemutan pada ekstremitas. Ulkus pada sacrum dengan penyembuhan yang lama.

Tanda: Takikardia. Perubahan tekanan darah postural; hipertensi. Nadi yang menurun/tak ada, disritmia, kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung.

3) Integritas Ego

Gejala: Stres; tergantung pada orang lain. Masalah finansial yang

berhubungan dengan kondisi.

Tanda : Ansietas, peka rangsang

4) Eliminasi

Gejala: Perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia. Rasa nyeri terbakar. Kesulitan berkemih (infeksi). ISK baru/berulang. Nyeri tekan abdomen.

Tanda: Urine encer, pucat, kuning; poliuri (dapat berkembang menjadi oliguria/anuria jika terjadi hipovolemia berat). Urine berkabut, bau busuk (infeksi). Abdomen keras, adanya ascites. Bising usus lemah dan menurun; hiperaktif (diare).

5) Makanan/cairan

Gejala: Hilang nafsu makan. Mual/muntah. Tidak mengikuti diet; peningkatan masukan glukosa/karbohidrat. Penurunan berat badan lebih dari periode beberapa hari/minggu. Haus. Penggunaan diuretic (tiazid).

Tanda: Kulit kering/bersisik, turgor jelek. Kekakuan/distensi abdomen, muntah. Pembesaran tiroid (peningkatan kebutuhan metabolic dengan peningkatan gula darah). Bau halitosis/manis, bau buah (napas aseton).

6) Neurosensori

Gejala: Pusing/pening. Sakit kepala. Kesemutan, kebas kelemahan pada otot, parestesia. Gangguan penglihatan.

Tanda: Disorientasi, mengantuk, letargi, stupor, koma (tahap lanjut). Gangguan memori (baru, masa lalu); kacau mental. Refleks Tendon Dalam (RTD) menurun (koma).

7) Nyeri/Kenyamanan

Gejala: Abdomen yang tegang/nyeri (sedang/berat).

Tanda: Wajah meringis dengan palpitasi; tampak sangat berhati-hati.

8) Pernapasan

Gejala: Merasa kekurangan oksigen, batuk dengan/tanpa sputum purulen (tergantung adanya infeksi/tidak).

Tanda: Lapar udara. Batuk dengan/tanpa sputum purulen (infeksi).
Frekuensi pernapasan.

9) Keamanan

Gejala: Kulit kering, gatal; ulkus kulit

Tanda: Demam, diaforesis. Menurunnya kekuatan umum/rentang gerak. Parestesia/paralysis otot termasuk otot-otot pernapasan.

10) Seksualitas

Gejala: Rabas vagina (cenderung infeksi), masalah impoten pada pria; kesulitan orgasme pada wanita

11) Penyuluhan/Pembelajaran

Gejala:Faktor resiko keluarga; diabetes mellitus, penyakit jantung, stroke, hipertensi, fenobarbital, penyembuhan yang lambat
Penggunaan obat seperti steroid, diuretik (tiazid); Dilantin dandapat meningkatkan kadar glukosa darah. Pertimbangan: menunjukkan rata lama dirawat ; 5 – 9 hari. Rencana Pemulangan: Mungkin memerlukan bantuan dalam pengaturan diet, pengobatan, perawatan diri, pemantauan terhadapglukosa darah.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital.

2) Pemeriksaan *head to toe*

Menurut Smeltzer (2014), pemeriksaan fisik pada pasien dengan ulkus, antara lain :

a) Kepala: wajah dan kulit kepala bentuk muka, ekspresi wajah gelisah dan pucat, rambut, bersih/tidak dan rontok/tidak, ada/tidak nyeri tekan.

b) Mata: mata kanan dan kiri simetris/tidak, mata cekung/tidak, konjungtiva anemis/tidak, selera ikterit/tidak, ada/tidak sekret, gerakan bola mata normal/tidak, ada benjolan/tidak, ada/tidak nyeri tekan/ fungsi pengelihatan menurun/tidak.

c) Hidung: ada/tidak polip, ada/tidak sekret, ada/tidak radang,

- ada/tidak benjolan, fungsi penghidu baik/buruk,
- d) Telinga: canalis bersih/kotor, pendengaran baik/menurun, ada/tidak benjolan pada daun telinga, ada/tidak memakai alat bantu pendengaran,
 - e) Mulut: gigi bersih/kotor, ada/tidak karies gigi, ada/tidak memakai gigi palsu, gusi ada/tidak peradangan, lidah bersih/kotor, bibir kering/lembab.
 - f) Leher: ada/tidak pembesaran thyroid, ada/tidak nyeri tekan, ada/tidak bendungan vena jugularis dan ada/tidak pembesaran kelenjar limfe.
 - g) Paru: bentuk dada normal chesr simetris/tidak, kanan dankiri. Inspeksi: pada paru-paru didapatkan data tulang iga simetris /tidak kanan, payudara normal/tidak, RR normal atautidak, pola nafas regular/tidak, bunyi vesikuler/tidak, ada/tidak sesak napas. Palpasi: vocal fremitus anteria kanan dan kiri simetris/tidak, ada/tidak nyeri tekan. Auskultasi: suara napas vesikuler/tidak, ada/tidak ronchi maupun wheezing, ada/tidak. Perkusi: suara paru-paru sonor/tidak pada paru kanan da kiri.
 - h) Abdomen: abdomen simetris/tidak, datar dan ada/tidak luka auskultasi: peristaltik 25x/menit. Palpasi ada/tidak nyeri, dan kuadran kiri atas. Perkusi : suara hypertimpani.
 - i) Genetalia data tidak terkaji, terpasang katheter/tidak
 - j) Musculoskeletal: ekstremitas atas: simetris/tidak, ada/tidak odema atau lesi, ada/tidak nyeri tekan, ekstremitas bawah: kaki kanan dan kaki kiri simetris ada/tidak kelainan. Ada/tidak luka.
 - k) Integumentum: warna kulit, turgor kulit baik/jelek/kering ada lesi/tidak, ada/tidak pengurusan kulit, ada/tidak nyeri tekanan.
- 3) Pemeriksaan fisik pada ulkus diabetikum antara lain
- a) Inspeksi
Denervasi kulit menyebabkan produktivitas keringat menurun, sehingga kulit kaki kering, pecah, rabut kaki/jari(-),kalus, *claw toe*. Ulkus tergantung saat ditemukan (0-5)

- b) Palpasi
 - i) Kulit kering, pecah-pecah, tidak normal
 - ii) Klusi arteri dingin, pulsasi
 - iii) Ulkus : kalus tebal dan keras
- c) Pemeriksaan vaskuler

Tes vaskuler noninvasif: pengukuran oksigen transkutaneus, ankle brachial index (ABI), *absolute toe systolic* betis dengan tekanan sistolik lengan.
- d) Pemeriksaan radiologis: gas subkutan, benda asing, osteomyelitis
- e) Pemeriksaan laboratorium
- f) Pemeriksaan Diagnostik

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Setelah mengumpulkan data-data klien yang relevan, informasi tersebut dibandingkan dengan ukuran normal sesuai umur klien, jenis kelamin, tingkat perkembangan, latar belakang sosial dan psikologis.

Diagnosa keperawatan terkait Ulkus decubitus menurut Arsa (2020) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017) :

- a. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Defisit Nutrisi (D.0019) berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme
- c. Risiko Hipovolemia (D.0034) berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif
- d. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, nyeri
- e. Gangguan Integritas Kulit (D.0129) berhubungan dengan neuropati

perifer

- f. Risiko Infeksi (D.0142) berhubungan dengan penyakit kronis (mis. Ulkus dekubitus)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi keperawatan pada kasus ulkus Diabetes Mellitus menurut Arsa tahun 2020 yang mengacu pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia sebagai berikut:

- a. Nyeri Akut (**D.0077**) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri (**L.08066**) menurun. Kriteria Hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Kesulitan tidur menurun
- 5) Tekanan darah membaik

Perencanaan:

Manajemen Nyeri (**L.08238**)

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- 6) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, kompres hangat/dingin)

- 7) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
(mis. Suhuruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 8) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 9) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 10) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 11) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 12) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 13) Kolaborasi pemberian analgetik

- b. Defisit Nutrisi (**D.0019**) berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi (**L.03030**) membaik. Kriteria hasil :

- 1) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat
- 2) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat
- 3) Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan

Perencanaan:

Manajemen Nutrisi (**I.03119**)

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Monitor asupan makanan
- 3) Monitor berat badan
- 4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- 5) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)
- 6) Ajarkan diet yang diprogramkan
- 7) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

- c. Risiko Hipovolemia (**D.0034**) berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan (**L.03028**) membaik. Kriteria hasil :

- 1) Kekuatan nadi meningkat
- 2) Output urine meningkat
- 3) Turgor kulit membaik
- 4) Rasa haus menurun
- 5) Intake cairan membaik

Perencanaan:

Manajemen Hipovolemia (I.03116)

- 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
- 2) Monitor intake dan output cairan
- 3) Berikan asupan cairan oral
- 4) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

- d. Gangguan Mobilitas Fisik (**D.0054**) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, nyeri

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik (**L.05042**) meningkat. Kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Gerakan terbatas menurun
- 6) Kelemahan fisik menurun

Perencanaan:

Manajemen Energi (I.05178)

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- 3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
- 4) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, dan kunjungan)

- 5) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- 6) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- 7) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

e. Gangguan Integritas Kulit (**D.0129**) berhubungan dengan neuropati perifer

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit(**L.14125**) meningkat. Kriteria hasil :

- 1) Perfusi jaringan meningkat
- 2) Nyeri menurun
- 3) Perdarahan menurun
- 4) Kemerahan menurun
- 5) Hematoma menurun
- 6) Nekrosis menurun
- 7) Suhu kulit membaik
- 8) Tekstur membaik

Perencanaan:Perawatan Luka (I.14564)

- 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)
- 2) Monitor tanda tanda infeksi
- 3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 4) Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu
- 5) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik,sesuaikebutuhan
- 6) Bersihkan jaringan nekrotik
- 7) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
- 8) Pasang balutan sesuai jenis luka
- 9) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- 10) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat atau drainase
- 11) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 12) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

- 13) Kolaborasi prosedur amputasi
- 14) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

- f. Risiko Infeksi (**D.0142**) berhubungan dengan penyakit kronis (mis. Ulkus dekubitus)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi (**L.14137**) menurun. Kriteria hasil :

- i. Kebersihan badan meningkat
- ii. Demam menurun
- iii. Kemerahan menurun
- iv. Nyeri menurun
- v. Bengkak menurun
- vi. Kultur area luka membaik

Perencanaan:

Pencegahan Infeksi (**L.14539**)

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- 2) Batasi jumlah pengunjung
- 3) Berikan perawatan kulit pada daerah area edema
- 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
- 6) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 7) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 8) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

- g. Risiko Jatuh (**D.0143**)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh (**L.14138**) menurun. Kriteria Hasil :

- 1) Jatuh dari tempat tidur menurun
- 2) Jatuh saat berdiri menurun

- 3) Jatuh saat di kamar mandi menurun

Perencanaan:**Pencegahan Jatuh (I.14540)**

- 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia>65 tahun, neuropati)
- 2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)
- 3) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. *Fall Morse Scale*), jika perlu
- 4) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- 5) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- 6) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
- 7) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
- 8) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- 9) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
- 10) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Mulyanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna untuk mengetahui tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Pada tahap ini perawat membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dan kenyataan yang ada pada klien (Dinarti & Mulyati, 2017). Evaluasi keperawatan pasien dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP, yakni Subjektif (segala bentuk pernyataan atau keluhan klien), Objektif (data yang didapat dari hasil pengamatan, penilaian dan pemeriksaan), *Assessment* (kesimpulan dari objektif dan subjektif) dan *Planning* (rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa) (Febriana, 2017).

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi merupakan bukti pencatatan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan (Selviana, 2019). Pendokumentasian yang baik mempunyai ciri-ciri berdasarkan fakta, data yang akurat, kelengkapan, ringkas, terorganisasi, ketepatan waktu, mudah untuk dibaca (Mongi, 2021). Standar pendokumentasian meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan sesuai 3S (SDKI, SLKI, SIKI). Prinsip dokumentasi penulisan pengkajian menurut Sepang *et al* (2021) yaitu:

- a. Sistematis: pengkajian dari saat masuk rumah sakit sampai pulang.
- b. Format tersusun dan berkesinambungan.
- c. Terdiri dari pencatatan pengumpulan data, terkelompok dan analisa data yang mendukung klien.
- d. Ditulis secara jelas dan singkat.

- e. Menuliskan identitas waktu tanggal, nama dan tanda tangan pelaksana pengkajian.
- f. Ikut aturan atau prosedur yang dipakai dan disepakati instansi.

Menurut Hastuti *et al* (2022) prinsip dokumentasi penulisan diagnosa sebagai berikut.

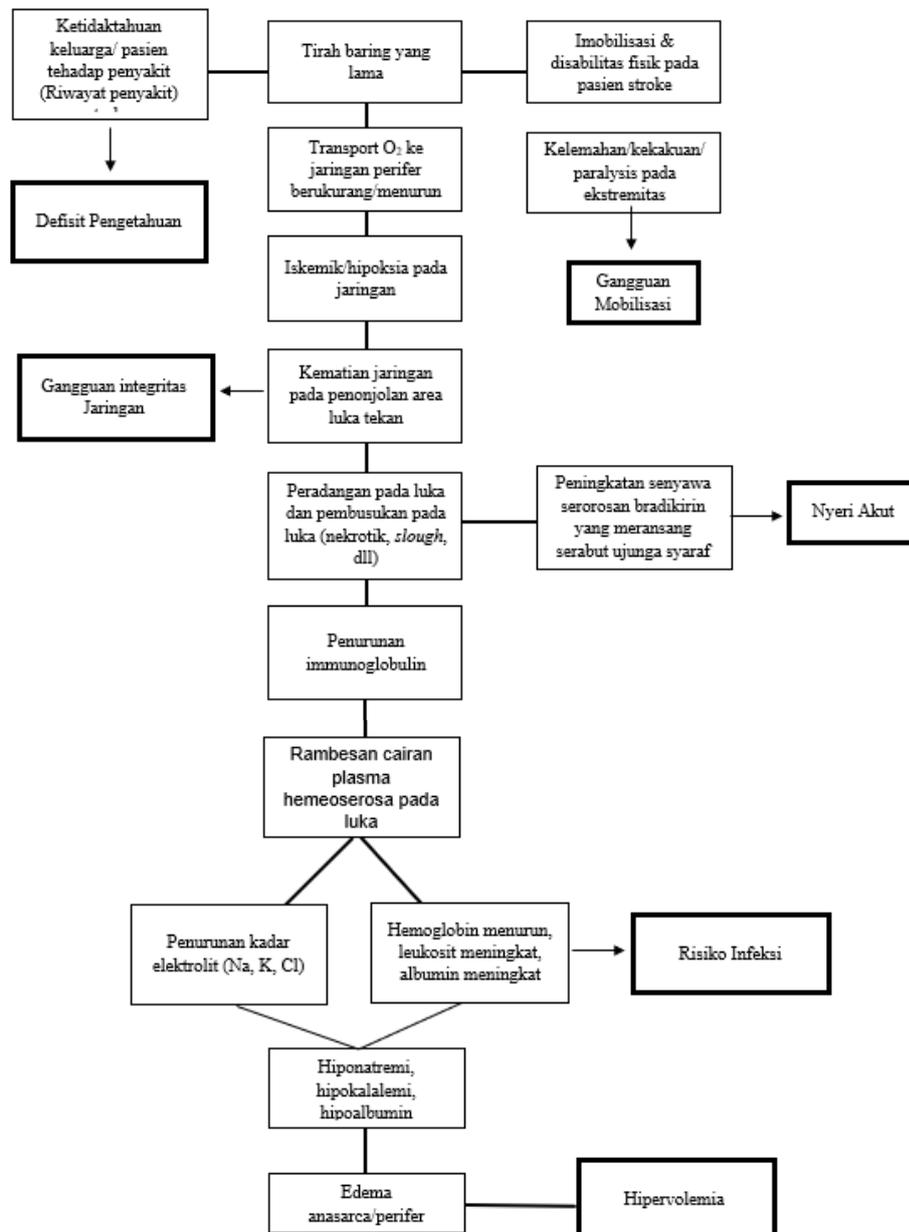
- a. Gunakan format masalah b.d penyebab d.d tanda/gejala untuk diagnosa aktual, diagnosa resiko menggunakan format masalah d.d faktor resiko.
- b. Masukkan diagnosis keperawatan ke dalam daftar masalah.
- c. Hubungkan pada tiap-tiap diagnosa keperawatan ketika menemui masalah keperawatan.
- d. Setiap pergantian jaga perawat, gunakan diagnosa keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, tindakan dan evaluasi.
- e. Menuliskan identitas waktu tanggal dan tanda tangan pelaksana perumusan

Menurut Basri *et al* (2020) prinsip dokumentasi penulisan intervensi sebagai berikut.

- a. Sebelum menuliskan rencana tindakan, kaji ulang semua data yang ada.
- b. Daftar dan jenis masalah aktual resiko dan kemungkinan. Berikan prioritas utama pada masalah aktual yang mengancam kesehatan.
- c. Tulis dengan jelas khusus, terukur, kriteria hasil yang diharapkan untuk menetapkan masalah bersama dengan klien tentukan ketrampilan kognitif, afektif dan psikomotor yang merupakan perhatian.
- d. Mulai rencana tindakan dengan menggunakan *action verb*. Catat tanda- tanda vital setiap pergantian dinas.
- e. Tulis rasional dari rencana tindakan.
- f. Menuliskan identitas waktu tanggal dan tanda tangan pelaksana.
- g. Rencana tindakan harus dicatat sebagai hal yang permanen.
- h. Klien dan keluarganya jika memungkinkan diikuti dalam perencanaan.

- i. Rencana tindakan harus sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan diusahakan untuk selalu diperbaharui.

H. Web Of Caution (WOC)



Gambar 3. Web Of Caution (WOC)
Sumber : (Bening Setyowati *et al* 2018)