



Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit pada NY.K dengan Ulkus Dekubitus di Iryou Houlin Aiwa Kai Kaigo Roujin Hokken Shisetsu Ikeda En Jepang

Kavita Dwi Pramudya^{1*}, Atun Raudotul Ma'rifah², Siti Haniyah³

1,2,3 Program Studi Keperawatan, Program Sarjana, Fakultas Kesehatan,
Universitas Harapan Bangsa

Received: 22 Juli 2026
Revised: 29 Juli 2026
Accepted: 5 Agustus 2026

Abstract

This case study report highlights the issue of pressure ulcers, which pose a significant challenge in nursing care, especially for elderly people with limited mobility. At the Iryou Houlin Aiwa Kai Kaigo Roujin Hoken Shisetsu Ikeda En facility in Japan, approximately 30% of the elderly population suffer from pressure sores caused by prolonged pressure that inhibits blood flow and causes tissue damage. This study aims to describe comprehensive nursing care for patients with skin integrity disorders, from assessment to evaluation. Through a case study method on Mrs. K (72 years old) with a medical diagnosis of ischemic stroke, a pressure ulcer measuring $\pm 4 \times 3$ cm was found in the sacrum area, accompanied by necrotic tissue, serous exudate, and pain. The main nursing diagnosis established was skin integrity impairment related to prolonged pressure. The interventions implemented included aseptic wound care and repositioning every two hours to distribute pressure on the body. After three days of treatment, the evaluation results showed improvement in tissue integrity, marked by reduced pain and improved granulation, although the wound had not yet completely closed. This study concluded that consistency in wound care and repositioning scheduling is crucial to prevent worsening of pressure ulcer conditions in long-term bedridden patients.

Keywords: *Nursing Care, Pressure Ulcers, Skin Integrity Disorders, Repositioning, Elderly.*

(*) Corresponding Author: kavitadwipramudya@gmail.com, atunraudotul@uhb.ac.id, sitihaniyah@uhb.ac.id

How to Cite: Pramudya, K., Ma'rifah, A., & Haniyah, S. (2026). Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit pada NY.K dengan Ulkus Dekubitus di Iryou Houlin Aiwa Kai Kaigo Roujin Hokken Shisetsu Ikeda En Jepang. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 12(8.B), 233-241. Retrieved from <https://jurnal.peneliti.net/index.php/JIWP/article/view/13776>.

PENDAHULUAN

Ulkus dekubitus merupakan cedera jaringan pada kulit atau jaringan lunak yang terjadi akibat tekanan yang berlangsung dalam jangka waktu lama pada area tubuh tertentu, terutama pada bagian yang menonjol dan mengalami kontak langsung dengan permukaan [1]. Ulkus dekubitus terjadi akibat adanya tekanan yang berkepanjangan pada individu yang mengalami imobilisasi dalam waktu lama, seperti pasien yang terus-menerus berada dalam posisi berbaring. Tekanan ini dapat menghambat aliran darah ke area kulit yang tertekan, sehingga mengakibatkan kekurangan oksigen (anoksia) dan kerusakan jaringan (nekrosis) [2].

Menurut data global, ulkus dekubitus masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang signifikan, khususnya pada pasien dengan keterbatasan mobilitas. Berdasarkan hasil meta-analisis terhadap 1.366.848 pasien, prevalensi ulkus

dekubitus secara global mencapai 12,8% [3]. Di fasilitas perawatan jangka panjang, prevalensinya dilaporkan berkisar antara 2,6% hingga 24%, sementara di unit perawatan intensif (ICU), angka prevalensi mencapai 16,6% Medscape, 2023; BMC, 2023. Angka kejadian ini cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya usia, dengan prevalensi tertinggi terjadi pada kelompok usia 95 tahun ke atas *Frontiers in Public Health*, 2025. Tingginya angka kejadian tersebut mencerminkan perlunya perhatian lebih dalam upaya pencegahan dan penanganan ulkus dekubitus secara komprehensif.

Di wilayah Asia Tenggara, ulkus dekubitus masih menjadi permasalahan kesehatan yang memerlukan perhatian serius, terutama pada kelompok usia lanjut dan pasien dengan keterbatasan mobilitas. Berdasarkan data yang dikemukakan oleh [4], prevalensi ulkus dekubitus di Singapura mencapai 18,1%, diikuti oleh Malaysia sebesar 15,5%, Jepang sebesar 9,8%, dan Tiongkok sebesar 1,8%. Sementara itu, menurut World Health Organization WHO, 2018, prevalensi ulkus dekubitus secara global diperkirakan mencapai 21% atau sekitar 8,5 juta kasus. Prevalensi ini bervariasi berdasarkan jenis layanan kesehatan, yaitu sebesar 5–11% pada fasilitas perawatan akut (acute care), 15–25% pada fasilitas perawatan jangka panjang (long-term care), dan 7–12% pada layanan perawatan di rumah (home health care).

Sementara itu, analisis beban penyakit global menunjukkan bahwa Thailand mengalami peningkatan signifikan dalam angka prevalensi ulkus dekubitus yang disesuaikan dengan usia selama periode 1990 hingga 2019 [5]. Di Filipina, studi retrospektif terhadap pasien rawat inap di rumah sakit umum mengungkapkan bahwa ulkus dekubitus merupakan salah satu kondisi yang umum dijumpai pada pasien lansia, meskipun angka prevalensi spesifik belum dilaporkan [6]. Temuan ini menunjukkan bahwa ulkus dekubitus merupakan tantangan nyata dalam sistem pelayanan kesehatan di Asia Tenggara dan membutuhkan upaya pencegahan serta penanganan yang lebih efektif.

Di Jepang, prevalensi ulkus dekubitus menunjukkan variasi yang cukup signifikan tergantung pada lingkungan pelayanan kesehatan. Pada pasien rawat inap di rumah sakit universitas, angka prevalensi tercatat sebesar 1,58% [7]. Namun, angka tersebut meningkat pada populasi lansia di panti jompo, di mana sekitar 9,6% penghuni mengalami ulkus dekubitus dengan kategori I ke atas [8].

Ulkus dekubitus sendiri juga menjadi indikator penting dalam menilai mutu pelayanan keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Tingginya angka kejadian luka tekan seringkali mencerminkan kurang optimalnya upaya pencegahan serta pemantauan dalam perawatan pasien yang mengalami imobilisasi, terutama pada pasien lanjut usia atau dengan penyakit kronis. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengklasifikasikan ulkus dekubitus sebagai salah satu kejadian yang seharusnya dapat dicegah melalui pemberian pelayanan keperawatan yang tepat dan berkesinambungan WHO, 2020.

Upaya pencegahan ulkus dekubitus merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan dasar yang sangat esensial. Beberapa intervensi yang terbukti efektif dalam mencegah luka tekan antara lain adalah perubahan posisi pasien secara berkala, penggunaan alat bantu seperti kasur antidekubitus, perawatan kulit yang tepat, serta pemberian edukasi kepada keluarga atau pendamping pasien. Sayangnya, penerapan langkah-langkah pencegahan ini di lapangan sering kali

belum maksimal, disebabkan oleh keterbatasan tenaga keperawatan, beban kerja yang tinggi, dan minimnya pelatihan yang berkesinambungan [9].

Berdasarkan data yang diperoleh dari Iryou Houlin Aiwa Kai Kaigo Roujin Hoken Shisetsu Ikeda En, sebuah fasilitas pelayanan keperawatan lanjut usia di Jepang, diketahui bahwa dari total 60 orang lansia yang tinggal di lantai dua dan tiga, terdapat sekitar 18 orang yang mengalami ulkus dekubitus. Hal ini menunjukkan bahwa sekitar 30% dari populasi lansia di tempat tersebut menderita luka tekan. Angka ini menunjukkan bahwa ulkus dekubitus masih menjadi permasalahan nyata dalam pelayanan keperawatan, khususnya pada kelompok usia lanjut yang memiliki keterbatasan mobilitas dan ketergantungan tinggi terhadap bantuan perawatan.

Tingginya angka kejadian tersebut memperkuat urgensi perlunya intervensi preventif, seperti tindakan alih baring, dilakukan secara optimal dan konsisten. Ketidakefektifan dalam pelaksanaan alih baring atau kurangnya pengawasan terhadap jadwal reposisi dapat berdampak langsung terhadap peningkatan risiko luka tekan. Oleh karena itu, penting untuk dilakukan evaluasi mengenai pelaksanaan tindakan alih baring yang dilakukan oleh tenaga keperawatan di fasilitas tersebut, sebagai Langkah awal untuk menurunkan prevalensi ulkus dekubitus dan meningkatkan kualitas hidup lansia yang dirawat. Berdasarkan latar belakang itulah penulis tertarik untuk membuat Laporan Studi Kasus dengan judul "Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Pada Ny.K Dengan Ulkus Dekubitus".

Ulkus dekubitus merupakan cedera jaringan pada kulit atau jaringan lunak yang terjadi akibat tekanan yang berlangsung dalam jangka waktu lama pada area tubuh tertentu, terutama pada bagian yang menonjol dan mengalami kontak langsung dengan permukaan [1]. Ulkus dekubitus terjadi akibat adanya tekanan yang berkepanjangan pada individu yang mengalami imobilisasi dalam waktu lama, seperti pasien yang terus-menerus berada dalam posisi berbaring. Tekanan ini dapat menghambat aliran darah ke area kulit yang tertekan, sehingga mengakibatkan kekurangan oksigen (anoksia) dan kerusakan jaringan (nekrosis) [2].

Amirsyah [10] menyebutkan bahwa ulkus dekubitus terjadi ketika tekanan eksternal yang terjadi secara terus-menerus mengganggu sirkulasi darah di area tubuh tertentu, khususnya pada bagian tubuh yang bersentuhan langsung dengan permukaan keras. Hal ini dapat menyebabkan jaringan kulit mengalami kerusakan, bahkan berisiko mengalami infeksi apabila tidak segera dirawat.

Kementerian Kesehatan RI [11] dalam Jurnal Kreativitas PKM 2023 menjelaskan bahwa luka tekan merupakan bentuk cedera jaringan yang disebabkan oleh tekanan lokal dalam durasi lama. Selain itu, gesekan serta peregangan jaringan juga turut memperparah kerusakan pada kulit, terutama jika tekanan tidak segera dikurangi atau dihilangkan.

Berdasarkan berbagai pendapat di atas, ulkus dekubitus dapat diartikan sebagai luka jaringan lunak yang berkembang akibat tekanan yang terjadi secara terus-menerus. Kondisi ini umumnya dialami oleh pasien dengan keterbatasan mobilitas, sehingga memerlukan penanganan yang tepat untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

METODE

Pendekatan deskriptif dalam penelitian digunakan untuk menggambarkan suatu fenomena atau kondisi berdasarkan data apa adanya, tanpa adanya manipulasi atau perlakuan tertentu terhadap variabel yang diamati. Sugiyono [12] menyatakan bahwa metode ini bertujuan untuk menjelaskan ciri-ciri atau keadaan suatu kelompok atau objek penelitian secara rinci dan sistematis. Tempat yang akan digunakan dalam melaksanakan asuhan keperawatan terhadap gangguan integritas kulit pada Ny.K yang mengalami ulkus decubitus berada di Iryou Houlin Aiwa Kai Kaigo Roujin Hoken Shisetsu Ikeda En. Penelitian dalam studi kasus ini tidak menggunakan konsep populasi dan sampel, melainkan lebih menekankan pada subjek yang dijadikan fokus kajian. Dengan demikian, subjek dalam penelitian ini adalah seorang pasien, yaitu pasien K yang didiagnosis dengan ulkus dekubitus.

HASIL & PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada pasien Ny. K, lansia berusia 72 tahun dengan berat badan 60kg dengan diagnosis medis Stroke Iskemik + Ulkus Dekubitus, menunjukkan adanya keluhan utama berupa luka tekan pada area sakrum yang semakin membesar dan terasa nyeri terutama saat dilakukan perawatan luka atau saat pasien diubah posisinya. Luka tampak kemerahan, mengeluarkan cairan berbau, serta disertai jaringan nekrotik pada bagian tengah. Pasien tampak lemah dan tidak mampu bergerak secara mandiri akibat kondisi tirah baring yang berkepanjangan.

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan tanda vital dalam batas normal (TD 110/98 mmHg, Nadi 76x/menit, RR 19x/menit, Suhu 36,6°C). Pada inspeksi kulit ditemukan luka tekan di area sakrum dengan diameter sekitar 4×3 cm, dasar luka kemerahan dengan eksudat serous, tepi luka lembab, serta kulit sekitar tampak hangat. Tidak ditemukan tanda-tanda infeksi sistemik, namun area luka menunjukkan inflamasi lokal.

Temuan tersebut sesuai dengan teori yang dijelaskan oleh [2] dan [1] bahwa ulkus dekubitus merupakan cedera jaringan akibat tekanan yang terjadi terus-menerus pada area tubuh tertentu, terutama pada bagian tonjolan tulang seperti sakrum, tumit, dan punggung. Tekanan yang berkepanjangan menyebabkan gangguan aliran darah ke jaringan, mengakibatkan hipoksia dan nekrosis jaringan. Selain itu, teori Carville [13] menyebutkan bahwa pasien dengan imobilisasi jangka panjang, seperti pada kasus stroke, memiliki risiko tinggi mengalami luka tekan karena ketidakmampuan untuk mengubah posisi tubuh secara mandiri.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian [4] yang melaporkan bahwa pasien geriatri dengan imobilisasi jangka panjang memiliki risiko tinggi mengalami ulkus dekubitus, terutama pada area sakrum, tumit, dan punggung. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa tekanan berkepanjangan pada area tubuh tertentu menyebabkan gangguan perfusi jaringan dan nekrosis, yang menjadi faktor utama terbentuknya luka tekan pada pasien lansia tirah baring [4].

Dalam SDKI PPNI, 2019, tanda mayor dari Gangguan Integritas kulit (D.0129) meliputi adanya kerusakan jaringan kulit, perubahan warna kulit, luka terbuka, serta nyeri pada area yang tertekan. Seluruh tanda tersebut ditemukan pada Ny. K. Dengan demikian, hasil pengkajian pada kasus ini konsisten dengan teori

yang telah diuraikan dalam Bab II, sehingga penegakan diagnosa Kerusakan Integritas Jaringan dapat dilakukan secara tepat dan terukur.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang diperoleh, diagnosa keperawatan utama yang ditegakkan pada Ny. K adalah agangguan Integritas Kulit (D.0129) berhubungan dengan tekanan berkepanjangan pada area sakrum. Diagnosa ini didukung oleh data subjektif pasien yang mengeluhkan luka terasa nyeri dan tidak nyaman terutama saat dibersihkan atau ketika berbaring lama pada posisi yang sama. Data objektif menunjukkan adanya luka pada area sakrum berukuran $\pm 4 \times 3$ cm dengan dasar luka kemerahan, terdapat jaringan nekrotik, eksudat serous, bau tidak sedap, serta kulit sekitar luka tampak lembab dan hangat.

Menurut SDKI (PPNI, 2019), Gangguan Integritas Kulit didefinisikan sebagai kondisi di mana terjadi kerusakan pada jaringan subkutan, otot, tulang, atau struktur pendukung lainnya akibat faktor internal maupun eksternal. Tanda dan gejala mayor mencakup adanya luka terbuka, perubahan warna kulit, kerusakan jaringan yang tampak, serta keluarnya eksudat dari area luka. Seluruh tanda tersebut ditemukan pada Ny. K, sehingga diagnosa ini dapat ditegakkan dengan kuat berdasarkan bukti klinis.

Temuan ini sejalan dengan pendapat Carville [13] dan Riani [2] yang menyatakan bahwa tekanan berkepanjangan pada area tonjolan tulang, terutama pada pasien dengan keterbatasan mobilitas, menyebabkan gangguan perfusi jaringan yang berujung pada nekrosis dan terbentuknya ulkus dekubitus. Selain itu, Agus et al. [14] menambahkan bahwa kelembapan kulit, gesekan, serta gaya geser turut memperburuk kondisi luka dan memperlambat proses penyembuhan.

Penelitian Trizolla [4] menunjukkan bahwa faktor risiko paling dominan dalam kejadian ulkus dekubitus pada pasien lansia adalah mobilitas terbatas dan tirah baring lama. Tekanan konstan pada area tonjolan tulang menyebabkan penurunan aliran darah kapiler dan iskemia jaringan, sehingga kulit mengalami nekrosis. Temuan ini memperkuat alasan penegakan diagnosa keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan pada pasien lansia yang mengalami kondisi tirah baring di fasilitas perawatan jangka Panjang [4]

Hasil penelitian Setian et al. [15] juga mendukung bahwa tindakan pencegahan luka tekan harus diawali dengan identifikasi risiko tinggi sejak awal melalui pengkajian keperawatan. Pasien dengan imobilisasi lama seperti Ny. K perlu mendapatkan perhatian khusus terkait posisi tubuh, kelembapan kulit, dan penggunaan alas antidekubitus. Penelitian tersebut menegaskan bahwa semakin dini diagnosa ditegakkan, semakin efektif intervensi yang diberikan dalam mencegah kerusakan jaringan yang lebih berat [15].

Diagnosa Gangguan Integritas Kulit pada kasus Ny. K sesuai dengan teori dan standar diagnosis keperawatan yang berlaku. Penegakan diagnosa ini menjadi dasar dalam merencanakan intervensi keperawatan yang tepat, terutama dalam upaya menjaga kebersihan luka, mengurangi tekanan pada area rentan, dan mempercepat regenerasi jaringan kulit.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan kepada Ny. K dengan diagnosa Gangguan Integritas Kulit difokuskan pada perawatan luka tekan (ulkus dekubitus)

dan pencegahan komplikasi akibat tirah baring, melalui tindakan utama berupa Perawatan Luka Tekan (I.02085). Intervensi ini disusun berdasarkan SIKI (PPNI, 2019) yang merekomendasikan intervensi tersebut untuk pasien dengan luka tekan akibat imobilisasi berkepanjangan.

Tujuan utama intervensi ini adalah untuk meningkatkan integritas jaringan kulit, mencegah perluasan luka, serta mempercepat proses penyembuhan melalui peningkatan sirkulasi darah dan oksigenasi jaringan. Tindakan yang dilakukan meliputi: membersihkan luka dengan larutan NaCl 0,9% menggunakan teknik aseptik, menjaga kelembapan dan kebersihan area sekitar luka, mengganti balutan secara teratur, serta membantu pasien alih baring setiap dua jam guna mengurangi tekanan terus-menerus pada area sakrum.

Teori yang dikemukakan oleh Carville (2017) dan NPIAP (2020) menyebutkan bahwa pengendalian tekanan melalui perubahan posisi secara teratur merupakan komponen kunci dalam pencegahan dan penyembuhan luka tekan. Perubahan posisi membantu mempertahankan perfusi jaringan dan mencegah nekrosis lebih lanjut. NaCl 0,9% pada perawatan luka dapat mencegah kerusakan integritas kulit, menjaga kelembapan jaringan, serta mempercepat pembentukan jaringan granulasi baru. Prinsip ini sangat relevan bagi pasien tirah baring dengan risiko tinggi terjadinya ulkus dekubitus karena tekanan yang berkepanjangan [16]

Selain perawatan luka, intervensi keperawatan juga mencakup alih baring setiap dua jam dan penggunaan bantal penyangga pada area tonjolan tulang seperti sakrum, tumit, dan siku untuk mengurangi tekanan langsung pada jaringan. Berdasarkan hasil penelitian Setiani et al. [15] perubahan posisi tubuh yang dilakukan secara rutin terbukti meningkatkan aliran darah ke jaringan perifer, mengurangi risiko nekrosis, serta mempercepat proses penyembuhan luka tekan. Hal ini menunjukkan pentingnya penerapan manajemen posisi tubuh yang terjadwal bagi pasien tirah baring.

Dengan demikian, intervensi keperawatan yang diterapkan pada Ny. K sudah sesuai dengan teori dan standar keperawatan yang berlaku, serta relevan untuk mencapai tujuan peningkatan integritas jaringan. Tindakan ini juga menunjukkan penerapan prinsip *evidence-based practice* dalam penatalaksanaan ulkus dekubitus pada pasien dengan imobilisasi jangka panjang.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada Ny. K dengan diagnosis ulkus dekubitus Grade II dilaksanakan secara sistematis dan berkesinambungan selama tiga hari, yaitu pada tanggal 19–21 Maret 2025, bertempat di roujin home (panti jompo) Jepang. Pelaksanaan tindakan keperawatan difokuskan pada perawatan luka tekan, perubahan posisi secara teratur (alih baring), serta pemantauan kondisi kulit guna mencegah perluasan luka dan mempercepat proses penyembuhan. Seluruh tindakan dilakukan dengan memperhatikan prinsip sterilitas, keamanan, dan kenyamanan pasien.

Perawat melakukan observasi luka secara berkala untuk menilai perkembangan penyembuhan luka, meliputi ukuran luka, warna dasar luka, jumlah dan karakteristik eksudat, serta kondisi kulit di sekitar luka. Perawatan luka dilakukan setiap hari sesuai dengan standar prosedur operasional yang berlaku di roujin home Jepang. Prosedur perawatan luka diawali dengan membersihkan area luka menggunakan sabun dan air bersih untuk menghilangkan kotoran dan

mengurangi jumlah mikroorganisme pada permukaan luka. Setelah luka dibersihkan dan dikeringkan secara perlahan, perawat mengoleskan salep Prostant secara tipis dan merata pada area luka sebagai upaya untuk mendukung proses penyembuhan jaringan dan mencegah terjadinya infeksi. Selanjutnya, luka ditutup menggunakan kasa steril dan difiksasi dengan heparik agar balutan tetap terpasang dengan baik serta memberikan perlindungan optimal pada area luka.

Selain perawatan luka, perawat juga membantu pasien melakukan alih baring setiap dua jam untuk mengurangi tekanan pada area sakrum yang menjadi lokasi ulkus. Pemberian posisi miring kanan dan kiri disertai penggunaan bantal atau bantal sebagai alat bantu dilakukan untuk meminimalkan tekanan pada tonjolan tulang serta meningkatkan sirkulasi darah ke jaringan. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah terjadinya kerusakan jaringan lebih lanjut akibat tekanan yang berkepanjangan.

Hasil observasi selama pelaksanaan implementasi menunjukkan adanya perbaikan kondisi luka secara bertahap. Pada hari pertama, luka tampak kemerahan dan pasien mengeluhkan nyeri saat dilakukan pembersihan luka. Pada hari kedua, luka terlihat lebih bersih, jumlah eksudat berkurang, dan mulai tampak pembentukan jaringan granulasi. Pada hari ketiga, ukuran luka mulai mengecil, warna dasar luka berubah menjadi merah muda, serta nyeri yang dirasakan pasien berkurang secara signifikan. Temuan ini menunjukkan bahwa tindakan keperawatan yang diberikan memberikan hasil positif terhadap proses penyembuhan ulkus dekubitus.

Implementasi keperawatan yang dilakukan sejalan dengan teori Carville [13] dan pedoman NPIAP, 2020 yang menyatakan bahwa perubahan posisi setiap dua jam dan perawatan luka dengan teknik yang tepat merupakan strategi utama dalam pencegahan dan penatalaksanaan luka tekan. Dengan demikian, implementasi keperawatan yang diberikan kepada Ny. K telah sesuai dengan teori keperawatan dan standar intervensi keperawatan PPNI (2019). Pelaksanaan tindakan secara konsisten dan tepat waktu berkontribusi terhadap peningkatan integritas jaringan, penurunan nyeri, serta pencegahan komplikasi lanjutan akibat imobilisasi jangka panjang.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai efektivitas tindakan yang telah diberikan kepada Ny. K selama tiga hari (19–21 Maret 2025). Berdasarkan hasil evaluasi yang dicatat setiap hari menggunakan format SOAP dan indikator SLKI, diperoleh data bahwa kondisi luka pasien menunjukkan perbaikan bertahap dari hari pertama hingga hari ketiga.

Pada awal pelaksanaan, pasien mengeluhkan nyeri dan rasa perih pada area sakrum, dengan tampilan luka berwarna kemerahan, mengeluarkan eksudat, dan kulit sekitar tampak lembab. Setelah dilakukan perawatan luka teratur dengan NaCl 0,9%, penggantian balutan steril, serta alih baring setiap dua jam, tampak adanya perubahan positif pada kondisi luka. Nyeri berkurang, eksudat menurun, dan jaringan granulasi mulai terbentuk.

Pada hari ketiga, warna dasar luka tampak merah muda, eksudat minimal, dan tepi luka mulai mengecil. Pasien juga melaporkan bahwa nyeri sudah jauh berkurang dan merasa lebih nyaman dalam posisi berbaring. Berdasarkan SLKI (PPNI, 2019), indikator keberhasilan Integritas Jaringan Meningkat (L.01029)

meliputi penurunan nyeri, berkurangnya eksudat, peningkatan warna jaringan sehat, dan mengecilnya luas luka, seluruh indikator tersebut telah tercapai sebagian besar pada Ny. K.

Temuan ini sejalan dengan teori Carville [13] dan NPIAP, 2020 yang menyebutkan bahwa luka tekan akan menunjukkan tanda penyembuhan apabila tekanan dapat dikurangi, luka dirawat dengan teknik aseptik, serta kelembapan kulit dijaga. Peningkatan perfusi jaringan dan kebersihan luka menjadi faktor penting yang mempercepat proses regenerasi jaringan.

Penggunaan NaCl 0,9% dapat mempercepat penyembuhan luka dengan cara menjaga kelembapan jaringan dan mengurangi risiko infeksi pada area luka. Hal tersebut sejalan dengan hasil observasi pada pasien, di mana jumlah eksudat mulai menurun dan nyeri berkurang setelah dua kali perawatan [16].

Keberhasilan perawatan luka pada pasien tirah baring juga sangat dipengaruhi oleh perubahan posisi tubuh secara rutin untuk mencegah iskemia jaringan akibat tekanan yang berkepanjangan. Dalam hal ini, intervensi alih baring yang dilakukan setiap dua jam terbukti membantu mempercepat sirkulasi darah dan mengurangi nyeri pada area luka [15].

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan pada Ny. K sebagian besar telah teratasi, ditandai dengan membaiknya tampilan luka dan berkurangnya keluhan nyeri. Namun, perawatan tetap perlu dilanjutkan secara rutin untuk mencapai penyembuhan sempurna dan mencegah terjadinya ulkus dekubitus berulang di area lain.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pelaksanaan dan pembahasan asuhan keperawatan pada Ny. K dengan ulkus dekubitus grade II di panti jompo (roujin home), dapat disimpulkan bahwa hasil pengkajian menunjukkan adanya luka tekan pada area sakrum berukuran $\pm 4 \times 3$ cm dengan dasar luka kemerahan, eksudat serous, kulit sekitar lembap dan hangat, serta keluhan nyeri saat perawatan, yang sesuai dengan tanda dan gejala ulkus dekubitus grade II menurut National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP, 2020). Diagnosa keperawatan utama yang ditegakkan adalah gangguan integritas kulit (D.0129) berhubungan dengan tekanan berkepanjangan pada area sakrum akibat imobilisasi jangka panjang. Intervensi keperawatan yang diberikan meliputi perawatan luka tekan (I.02085) melalui pembersihan luka menggunakan larutan NaCl 0,9%, penggantian balutan steril, serta tindakan alih baring setiap dua jam untuk mengurangi tekanan. Hasil implementasi dan evaluasi menunjukkan adanya perbaikan kondisi luka yang ditandai dengan perubahan warna dasar luka menjadi merah muda, berkurangnya eksudat, dan penurunan nyeri, sehingga dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan telah sesuai dengan teori keperawatan, standar PPNI (2019), serta prinsip evidence-based practice dalam penanganan ulkus dekubitus pada lansia dengan tirah baring jangka panjang.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Zaidi, S., & Sharma, S. (2021). Ulkus dekubitus: Tinjauan literatur. *Jurnal Syntax Fusion*, 2(2), 274–280.

- [2] Riani, P. (2022). Faktor risiko ulkus dekubitus pada pasien imobilisasi. *Jurnal Keperawatan*, 8(2), 102–110.
- [3] Li, Z., Lin, F., Thalib, L., & Chaboyer, W. (2020). Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalized adult patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 105, 103546.
- [4] Trizolla, D., Mulyana, N., & Nurhayati, T. (2019). Profil pasien geriatri dengan ulkus dekubitus di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 1(3), 123–130.
- [5] Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Ruktrakul, R., & Pinyopornpanish, M. (2021). The burden of pressure ulcers in Thailand from 1990 to 2019: Findings from the Global Burden of Disease Study. *Scientific Reports*, 11, 21822.
- [6] Cruz, M. C., Reyes, M. J. M., & Tolentino, J. M. (2020). Clinical profile of inpatients with pressure ulcers in a tertiary hospital. *Acta Medica Philippina*, 54(6), 683–689.
- [7] Yamamoto, Y., Ohura, T., Nakajo, T., & Ichikawa, N. (2020). Prevalence and characteristics of pressure injuries in Japanese university hospitals: A nationwide survey. *PLoS ONE*, 15(11), e0242611.
- [8] Ogawa, A., Aoyama, T., Takeda, K., & Yamamoto, K. (2021). Incidence and characteristics of pressure injuries in long-term care facilities: A nationwide survey in Japan. *International Wound Journal*, 18(5), 627–635.
- [9] Moore, Z. E., & Cowman, S. (2016). Interventions for preventing and treating pressure ulcers in hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(12).
- [10] Amirsyah. (2020). *Luka dekubitus pada pasien tirah baring: Asuhan keperawatan*. Poltekkes Kemenkes Malang. Diakses dari https://perpus-utama.poltekkesmalang.ac.id/assets/file/kti/P17110203046/BAB_II.pdf
- [11] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Edukasi penatalaksanaan ulkus dekubitus pada pasien tirah baring di RSUD Jambi. *Jurnal Kreativitas Pengabdian kepada Masyarakat (PKM)*, 6(3), 842–847.
- [12] Sugiyono. (2018). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- [13] Carville, K. (2017). *Wound care manual* (7th ed.). Osborne Park, WA: Silver Chain Foundation.
- [14] Agus, F., Wahyuni, S., & Hamidah, H. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ulkus dekubitus pada pasien tirah baring di ruang rawat inap RSUD Kota Kendari. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan*, 8(2), 35–42. Diakses dari <https://jurnal.poltekkeskdi.ac.id/index.php/JIK/article/view/227>
- [15] Setiani, N., Rahmawati, E., & Handayani, T. (2024). Metode pencegahan dekubitus pada lansia di fasilitas pelayanan kesehatan. *PhasIJ: Public Health and Science Journal*, 4(1), 45–52. <https://mand-ycmm.org/index.php/phasij/article/view/116>
- [16] Suriani, A., Syaharuddin, S., Samsul, T. D., & Fardi, F. (2023). Penerapan pembersihan luka dengan menggunakan NaCl 0,9% untuk menghindari

kerusakan integritas kulit pada pasien yang mengalami ulkus diabetik.
Jurnal Ilmiah Sehat dan Keperawatan Holistik, 12(2), 102–110.