

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Debridemen Ulkus Diabetes Melitus**

##### **2.1.1 Pengkajian**

Menurut Herdman Kamitsuru (2015), pengkajian merupakan sebuah komponen utama untuk mengumpulkan informasi, data, memvalidasi data, mengorganisasikan data, dan mendokumentasikan data. Pengumpulan data antara lain meliputi:

##### 1. Data Identitas

###### a. Identitas pasien

Nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis, nomor rekam medis.

###### b. Identitas penanggung jawab

Nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien

##### 2. Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien post operasi debridemen ulkus diabetes melitus biasanya, terdapat luka terbuka pada ekstermitas bawah.

##### 3. Riwayat Kesehatan

###### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Data diambil saat pengkajian berisi tentang perjalanan penyakit pasien dari sebelum sakit sampai dengan mendapatkan perawatan.

- 1) Propokatif/Paliatif, (kejadian pemicu) biasanya pada pasien post operasi debridemen ulkus diabetes melitus terdapat luka terbuka pada ekstermitas akibat operasi pembedahan ulkus.
- 2) Quality/Kuantitas, (gejala yang muncul) bagaimana gejala dirasakan, dirasakannya seperti apa. Kebanyakan

klien dengan post operasi debridemen ulkus diabetes melitus akan merasakan nyeri seperti tertusuk-tusuk.

- 3) Region, lokasi dimana gejala dirasakan dan penyebarannya. Pada pasien dengan post operasi debridemen ulkus diabetes, luka operasi terletak di bagian kaki kanan/kiri, bagian bawah pada tungkai dan telapak kaki.
- 4) Saverity/Scale, seberapa tingkat keparahan yang dirasakan, pada skala berapa 1-10.
- 5) Timing, biasanya luka terbuka yang di alami berlangsung lama.

b. Riwayat Kesehatan Masalalu

Adakah riwayat penyakit masalalu yang pernah diderita oleh pasien tersebut, seperti pernah menjalani operasi berapa kali, dan dirawat di rumah sakit berapa kali.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit keluarga, adakah anggota keluarga dari pasien yang menderita penyakit diabetes melitus karena diabetes melitus ini termasuk penyakit yang menurun. Perlu ditanyakan apakah didalam satu keluarga pernah ada yang menderita penyakit diabetes melitus. Penyakit diabetes melitus kalau keturunan dari ibu sebanyak 50% dari ayah 30%, sedangkan keturunan penyakit diabetes melitus dari kedua orangtua maka sang anak akan mengidap penyakit diabetes melitus sebanyak 80% (Putra, 2019).

4. Pola Fungsi Kesehatan

Menurut Herdman Kamitsuru (2015), pola fungsi kesehatan aktivitas sehari-hari saat dirumah maupun di rumah sakit meliputi:

a. Pola Persepsi Kesehatan

Pada saat dirumah maupun dirumah sakit adakah riwayat infeksi sebelumnya, persepsi pasien dan keluarga mengenai pentingnya kesehatan bagi anggota keluarganya.

b. Pola Nutrisi dan Cairan

Pola makan dan minum sehari-hari pada saat dirumah maupun dirumah sakit, bagaimana jumlah makanan dan minuman yang dikonsumsi, jenis makanan dan minuman, waktu berapa kali sehari, nafsu makan menurun/tidak, jenis makanan yang disukai, penurunan berat badan.

c. Pola Eliminasi

Mengkaji pola BAB dan BAK pada saat dirumah maupun dirumah sakit, mencatat konsistensi, warna, bau, dan berapa kali sehari, konstipasi, haluaran urin berlebih.

d. Pola Aktivitas

Reaksi setelah beraktivitas (muncul keringat dingin, kelelahan/keletihan), perubahan pola nafas setelah aktifitas, kemampuan pasien dalam aktivitas secara mandiri pada saat dirumah maupun dirumah sakit.

e. Pola Tidur dan Istirahat

Pola tidur dan istirahat Pada saat dirumah maupun dirumah sakit apakah, sehari tidur 8 jam, terbiasa tidur siang, gangguan selama tidur (sering terbangun), nyenyak, dan nyaman.

f. Pola Persepsi Kognitif

Pola persepsi kognitif pada saat dirumah maupun dirumah sakit bagaimana konsentrasi, daya ingat, dan kemampuan mengetahui tentang penyakitnya.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pola persepsi dan konsep diri sebelum dan selama sakit adakah perasaan terisolasi diri atau perasaan tidak percaya diri karena sakitnya.

h. Pola Mekanisme dan Koping

Pola mekanisme dan koping mengenai emosi, ketakutan terhadap penyakitnya, kecemasan yang muncul tanpa alasan yang jelas.

i. Pola Keyakinan dan Spiritual

Pola keyakinan dan spiritual agama pasien, gangguan beribadah selama sakit, ketaatan dalam berdo'a dan beribadah.

5. Pemeriksaan fisik

a. Status kesehatan umum

1) Keadaan umum : Keadaan umum pada pasien ulkus diabetes melitus yaitu kelemahan, susah berjalan/bergerak, dengan kesadaran compos mentis dan dikaji tingkat kesadaran secara kualitatif dengan *Glasgow coma scale* (GCS) (Hidayat, 2008 dalam Aisyah, 2016).

2) Tanda-tanda vital : kaji tanda-tanda vital (Tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan)

b. Sistem pernafasan

Menurut Herdman Kamitsuru (2015), Ada gangguan dalam pola napas pasien, biasanya pada pasien post pembedahan pola pernafasannya sedikit terganggu akibat pengaruh obat anesthesia yang diberikan di ruang bedah dan pasien diposisikan semi fowler untuk mengurangi atau menghilangkan sesak napas.

Adanya sesak nafas, nyeri dada, penderita diabetes melitus mudah terjadi infeksi. Bentuk dada normal chest simetris/tidak kanan dan kiri.

Inspeksi : pada paru – paru didapatkan data tulang iga simetris/tidak kanan dan kiri, payudara normal/tidak, respirasi normal atau tidak, pola nafas regular/tidak, bunyi vesikuler/tidak,ada/tidak sesak nafas.

Palpasi : *vocal fremitus* anterior kanan dan kiri simetris/tidak, ada/tidak nyeri tekan. *Vocal fremitus* posterior kanan = kiri, gerak pernafasan kanan = kiri simetris/tidak.

Auskultasi : suara vesikuler/tidak, ada/tidak ronkhi maupun wheezing.

Perkusi : suara paru – paru sonor/tidak pada paru kanan dan kiri.

c. Sistem kardiovaskuler

Menurut Herdman Kamitsuru (2015), Denyut jantung, pemeriksaan meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi pada permukaan jantung, tekanan darah dan nadi meningkat.

Inspeksi dan palpasi: mengamati adanya pulsasi dan iktus cordis

Perkusi: meliputi batas-batas jantung

Auskultasi: irama reguler/ireguler, kualitas, ada/tidaknya bunyi tambahan pada jantung.

d. Sistem persyarafan

Menurut Herdman Kamitsuru (2015), Adakah terjadinya penurunan sensori, parathesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi. Kaji tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS dan dikaji semua fungsi 12 nervus saraf cranial.

e. Sistem perkemihan

Menurut Herdman Kamitsuru (2015), Adakah Poliuri, retensi urin, inkontinensia urin, rasa panas atau rasa sakit saat berkemih.

f. Sistem pencernaan

Menurut Herdman Kamitsuru (2015), Pada penderita post pembedahan biasanya ada rasa mual akibat sisa bius, setelahnya normal dan dilakukan pengkajian tentang nafsu makan, bising usus, berat badan.

Inspeksi: abdomen tampak simetris/tidak, apakah terdapat lesi

Auskultasi: terdapat bising usus normal

Palpasi: apakah terdapat nyeri tekan

Perkusi: kaji ada/tidaknya distensi abdomen

g. Sistem integumen

Menurut Herdman Kamitsuru (2015), Turgor kulit biasanya normal atau menurun akibat input dan output yang tidak seimbang. Pada luka post debridement kulit dikelupas untuk membuka jaringan mati yang tersembunyi di bawah kulit tersebut.

Inspeksi: tampak ada luka terbuka ada/tidak tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, adakah kehitaman disekitar luka.

Palpasi: terdapat ada/tidak oedema di sekitar luka, cek akril apakah teraba panas, turgor kulit biasanya kering atau bersisik.

h. Sistem muskuloskeletal

Menurut Herdman Kamitsuru (2015), Pada penderita ulkus diabetik biasanya ada masalah pada sistem ini karena pada bagian kaki biasanya jika sudah mencapai stadium 3 – 4 dapat menyerang sampai otot. Dan adanya penurunan aktivitas pada bagian kaki yang terkena ulkus karena nyeri post pembedahan.

i. Sistem endokrin

Mungkin ada ganggren, lokasi ganggren, kedalaman, bentuk, ada pus, bau. Adanya polifagi, polidipsi dan poliuri (Putra, 2019).

### **2.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pengkajian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan (Budiono, 2016).

Diagnosa yang muncul pada pasien dengan adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan
- b. Nyeri akut
- c. Gangguan mobilitas fisik
- d. Resiko ketidakstabilan kadar gula darah
- e. Resiko infeksi

### **2.1.3 Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah pengembangan strategis desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan (Budiono, 2016).

Tabel 2. 1  
Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	Luaran & kriteria hasil	Intervensi
1	Gangguan integritas kulit/ jaringan	<p>Gangguan integritas kulit/ jaringan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hidrasi cukup meningkat</li> <li>2. Perfusi jaringan cukupmeningkat</li> <li>3. Kerusakan jaringanmenurun</li> <li>4. Kerusakan lapisan kulitmenurun</li> <li>5. Kemerahan menurun</li> </ol>	<p>Perawatan luka</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>3. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>4. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>5. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>3. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ol>
2	Nyeri akut	<p>Nyeri akut dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi membaik</li> <li>2. Pola nafas membaik</li> <li>3. Keluhan nyeri menurun</li> <li>4. Meringis menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> </ol> <p>-Kesulitan tidur menurun</p>	<p><b>Manajemen nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentangnyeri</li> </ol>

No.	Diagnosa	Luaran & kriteria hasil	Intervensi
			<p>6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>7. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi untuk pemberian analgetik</p>
3	Gangguan mobilitas fisik	<p>Gangguan mobilitas fisik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot cukup meningkat</li> <li>3. Nyeri cukup menurun</li> <li>4. Kaku sendi cukup menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Ambulasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulaimobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu</li> <li>2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan ambulasi sederhana yang harus</li> </ol>

No.	Diagnosa	Luaran & kriteria hasil	Intervensi
			dilakukan (mis.berjalan, duduk, setengah duduk)
4	Resiko ketidakstabilan kadar gula darah	Resiko ketidakstabilan kadar gula darah dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kadar glukosa darah membaik</li> <li>2. Jumlah urine membaik</li> <li>3. Mengantuk menurun</li> <li>4. Pusing menurun</li> <li>5. Lelah lesu menurun</li> <li>6. Keluhan lapar menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hiperglikemia</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>2. Monitor kadar glukosa darah jika perlu</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>4. Monitor intake dan output cairan</li> <li>5. Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan asupan cairan oral</li> <li>2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga</li> <li>2. Ajarkan pengelolaan diabetes</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian insulin jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian cairan IV jika perlu</li> <li>3. Kolaborasi pemberian kalsium jika perlu</li> </ol> <p><b>Manajemen Hipoglikemia</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda gejala hipoglikemia</li> <li>2. Identifikasi penyebab hipoglikemia</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan karbohidrat sederhana</li> <li>2. Berikan glukagen jika perlu Pertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>3. Pertahankan akses IV jika perlu</li> </ol>

No.	Diagnosa	Luaran & kriteria hasil	Intervensi
			<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. anjurkan membawa karbohidrat setiap saat</li> <li>2. anjurkan monitor kadar glukosa darah</li> <li>3. ajarkan pengelolaan hipoglikemi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian dextrose jika perlu</p>
5	Resiko infeksi	<p>Resiko infeksi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan infeksi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada daerah edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara memeriksakan luka</li> <li>3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pembelian imunisasi, jika perlu</p>

Sumber: SDKI 2017, SLKI 2018, SIKI 2018

#### 2.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tindakan dari sebuah perencanaan. Tindakan keperawatan terdiri dari tindakan mandiri (*independen*) dan kolaborasi (*dependen*). Tindakan mandiri merupakan tindakan yang berasal dari keputusan bersama dengan profesi lain (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Implementasi juga meliputi pencatatan perawatan pasien dalam dokumen yang telah disepakati. Dokumen ini dapat digunakan sebagai alat bukti apabila ternyata timbul masalah hukum terkait dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit umumnya dan perawat khususnya (Budiono, 2016).

### 2.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi merupakan proses terakhir keperawatan yang menentukan tingkat keberhasilan keperawatan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak (Budiono, 2016).

Untuk memudahkan mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP

Tabel 2. 2  
Catatan Perkembangan SOAP

Perkembangan SOAP	
S: Data Subjektif	Perawat menuliskan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan
O: Data Objektif	Data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan
A: Analisis	Suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif
P: Planning	Perencanaan keperawatan yang akan di lanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditemukan sebelumnya.

## 2.2 Konsep penyakit

### 2.2.1 Pengertian

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2016, Diabetes mellitus adalah suatu penyakit kronis dimana organ pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau ketika tubuh tidak efektif dalam menggunakannya. Diabetes melitus merupakan salah satu bagian dari penyakit tidak menular. Diabetes mellitus merupakan penyakit yang disebabkan oleh tingginya kadar gula darah akibat gangguan pada pankreas dan insulin. Empat jenis penyakit tidak menular utama menurut WHO adalah penyakit kardiovaskular (penyakit jantung koroner dan stroke), kanker, penyakit pernafasan kronis (Asma dan Penyakit Paru Obstruksi Kronis), dan Diabetes Mellitus (Depkes, 2017).

Ulkus diabetes melitus merupakan luka terbuka pada permukaan kulit karena adanya komplikasi makroangiopati sehingga terjadi vaskuler insusifiensi dan neuropati, keadaan lebih lanjut terdapat luka pada penderita yang sering tidak dirasakan, dan dapat berkembang menjadi infeksi disebabkan oleh bakteri aerob maupun anaerob (Hastuti dalam Supriyadi, 2017). Luka diabetes melitus adalah luka yang terjadi karena adanya kelainan syaraf, kelainan pembuluh darah dan kemudian adanya infeksi. Bila infeksi tidak diatasi dengan baik, hal itu akan berlanjut menjadi pembusukan bahkan dapat diamputasi (Wijaya, 2013).

Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka secara umum berdasarkan faktor instrinsik, yaitu (Purwaningsih, 2014):

#### a. Usia.

Semakin tua seseorang maka akan menurunkan kemampuan penyembuhan jaringan, dan semakin tua usia maka jaringannya akan semakin kurang lentur.

#### b. Nutrisi.

Pada proses penyembuhan luka faktor nutrisi sangat penting.

Pada pasien yang mengalami penurunan tingkat albumin, total limfosit dan transferin adalah merupakan faktor resiko terhambatnya proses penyembuhan luka. Proses penyembuhan luka tidak hanya dipengaruhi oleh protein saja, vitamin A, E, dan C mempengaruhi dalam proses penyembuhan luka. Kekurangan vitamin A dapat menyebabkan berkurangnya makrofag yang konsekuensinya rentan terhadap infeksi, retardasi epitelisasi, dan sintesis kolagen. Defisiensi vitamin C dapat menyebabkan kegagalan fibroblas untuk memproduksi kolagen, mudahnya terjadi ruptur pada kapiler dan rentan terhadap infeksi.

c. Hipovolemia.

Kurangnya volume darah akan mengakibatkan vasokonstriksi dan menurunnya ketersediaan oksigen dan nutrisi untuk penyembuhan luka.

d. Hematoma.

Hematoma merupakan bekuan darah. Seringkali darah pada luka secara bertahap diabsorpsi oleh tubuh masuk kedalam sirkulasi. Tetapi jika terdapat bekuan hal tersebut memerlukan waktu untuk dapat diabsorpsi tubuh. Sehingga menghambat penyembuhan.

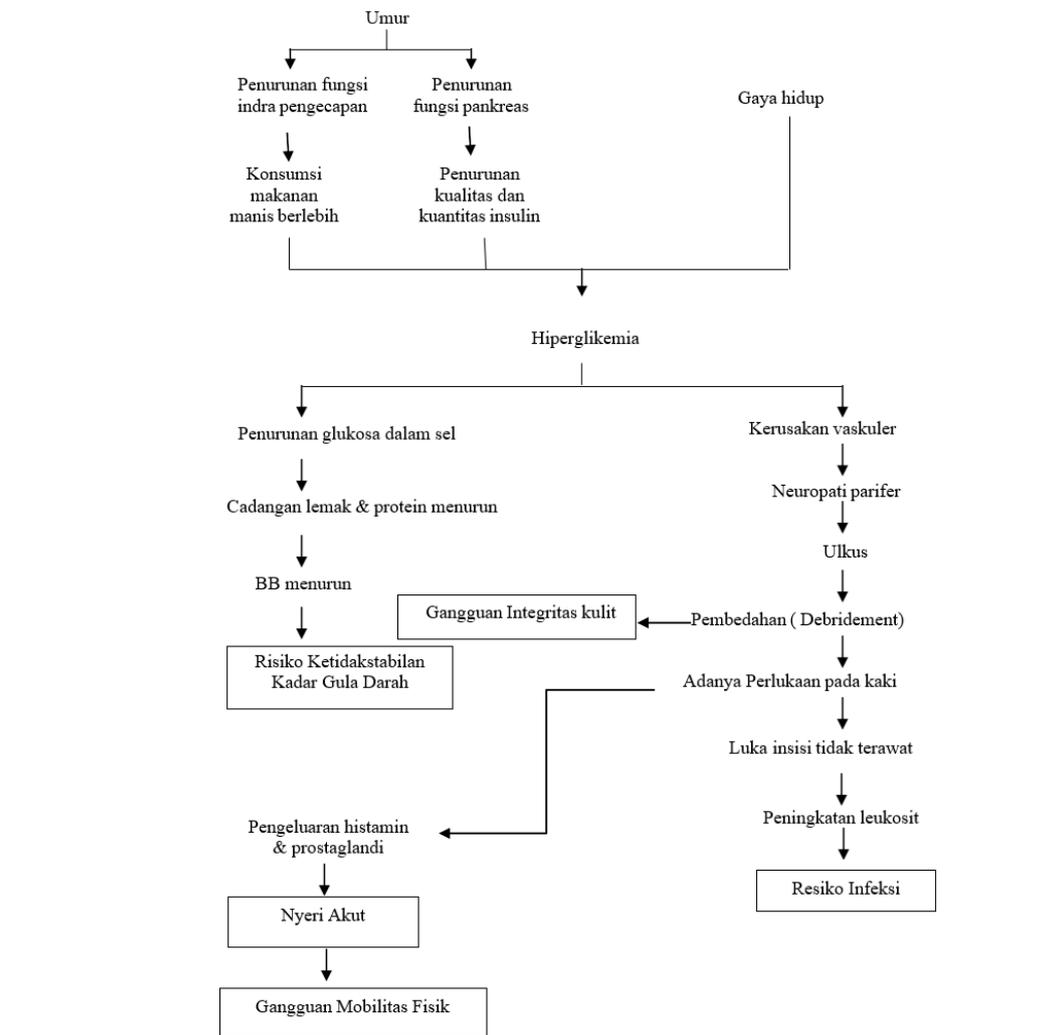
e. Edema.

Adanya edema dapat mengakibatkan penurunan suplai oksigen.

f. Insufisiensi Oksigen jaringan.

Diakibatkan karena adanya gangguan fungsi organ paru, kardiovaskular, ataupun karena adanya vasokonstriksi se

## 2.2.2 Patofisiologi/ Pathway



Gambar 2. 1  
Pathway Diabetes Melitus Sumber : Muttaqqin dalam Arriyanto (2017)

Ulkus diabetes melitus disebabkan oleh adanya tiga faktor yang sering disebut *Critical Triad of Diabetic Ulcers* yaitu Iskemik, Neuropati, dan Infeksi. Neuropati perifer merupakan multifaktorial dan diperkirakan adalah akibat penyakit vaskuler yang menutupi vasa nervorum, disfungsi endotel, defisiensi mioinositol, perubahan sintesis mielin dan menurunnya aktivitas Na-K ATPase,

hiperosmolaritas kronis, menyebabkan oedema pada saraf tubuh serta pengaruh peningkatan sorbitol dan fruktose (Frykberg dalam Dafianto, 2016).

Menurut Price & Wilson dalam Dafianto (2016), keadaan hiperglikemia akan meningkatkan metabolisme glukosa melalui jalur sorbitol. Sorbitol yang meningkat dapat mengakibatkan keadaan neuropati pada pasien diabetes melitus. Keadaan makroangiopati diabetik mempunyai gambaran hispatologis berupa aterosklerosis. Pada keadaan makroangiopati diabetik akan mengakibatkan penyumbatan vaskular dan apabila mengenai arteri-arteri perifer dapat mengakibatkan insufisiensi vaskular perifer yang disertai klaudikasio intermiten dan gangren pada ekstermitas.

### **2.2.3 Etiologi**

Menurut Maryunani (2013), terdapat 2 penyebab ulkus diabetes melitus secara umum yaitu neuropati dan angiopati diabetik. Neuropati diabetik merupakan kelainan urat saraf akibat diabetes melitus karena kadar gula dalam darah yang tinggi bisa merusak urat saraf penderita dan menyebabkan hilang atau menurunnya rasa nyeri pada kaki, sehingga apabila penderita trauma kadang-kadang tidak terasa. Kerusakan saraf menyebabkan mati rasa dan menurunnya kemampuan merasakan sakit, panas atau dingin. Titik tekanan, seperti akibat pemakaian sepatu yang terlalu sempit menyebabkan kerusakan saraf yang dapat mengubah cara jalan klien. Kaki depan lebih banyak menahan berat badan rentan terhadap luka tekan. Dapat disimpulkan bahwa gejala-gejala neuropati meliputi kesemutan, rasa panas, rasa tebal di telapak kaki, kram, badansakit semua terutama malam hari.

#### 2.2.4 Manifestasi Klinis

Gangren diabetik akibat mikro angiopati disebut juga gangren panas karena walaupun nekrosis, daerah akral itu tampak merah dan terasa hangat oleh peradangan, dan biasanya teraba pulpasi arteri dibagian distal. Biasanya terdapat ulkus diabetik pada telapak kaki.

Proses makroangiopati menyebabkan sumbatan pembuluh darah, sedangkan secara akut emboli akan memberikan gejala klinis 5P, yaitu : Pain (nyeri), Paleness (kepucatan), Paresthesia (parestesia dan kesemutan), Pulselessness (denyut nadi hilang), Paralysis (lumpuh). Menurut Wijaya & Yessie (2013) bila terjadi sumbatan kronik, akan timbul gambaran klinis :

Tabel 2. 3  
Gambaran Klinis

Stadium I	Asimtomatis atau gejala tidak khas (kesemutan)
Stadium II	Terjadi klaudikasio intermiten
Stadium III	Timbul nyeri saat istirahat
Stadium IV	Terjadinya kerusakan jaringan karena anoksia (ulkus)

### 2.2.5 Klasifikasi

Klasifikasi ulkus diabetes melitus menurut Wijaya & Yessie (2013) adalah sebagai berikut :

Tabel 2. 4  
Klasifikasi Ulkus Diabetes Melitus

Derajat 0	Tidak ada lesi terbuka, luka masih utuh dengan kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti “claw, callus”
Derajat I	Ulkus superfisial terbatas pada kulit.
Derajat II	Ulkus dalam menembus tendon dan tulang.
Derajat III	Abses dalam, dengan atau tanpa osteomielitis.
Derajat IV	Gangren jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa selulitis.
Derajat V	Gangren seluruh kaki atau sebagian tungkai.

Klasifikasi PEDIS digunakan pada saat pengkajian ulkus diabetik. Pengkajian dilihat dari bagaimana gangguan perfusi pada kaki, berapa ukuran dalam mm (milimeter) dan sejauh mana kedalaman dari ulkus diabetik, ada tidaknya gejala infeksi serta ada atau tidaknya sensasi pada kaki. Kemudahan yang ingin diperkenalkan untuk menilai derajat keseriusan luka adalah menilai warna dasar luka. Sistem ini diperkenalkan dengan sebutan RYB (Red, Yellow, Black) atau merah, kuning, dan hitam (Arsanti dalam Yunus, 2015), yaitu:

#### A. Red/Merah

Merupakan luka bersih, dengan banyak vaskularisasi, karena mudah berdarah. Tujuan perawatan luka dengan warna dasar merah adalah mempertahankan lingkungan luka dalam keadaan lembab dan mencegah terjadinya trauma dan perdarahan.

## B. Yellow/Kuning

Luka dengan warna dasar kuning atau kuning kehijauan adalah jaringan nekrosis. Tujuan perawatannya adalah dengan meningkatkan sistem autolisis debridement agar luka berwarna merah, absorb eksudate, menghilangkan bau tidak sedap dan mengurangi kejadian infeksi.

## C. Black/Hitam

Luka dengan warna dasar hitam adalah jaringan nekrosis, merupakan jaringan vaskularisasi. Tujuannya adalah sama dengan warna dasar kuning yaitu warna dasar luka menjadi merah.

### 2.2.6 Data Penunjang

Menurut (Suddarth, 2014), pemeriksaan diagnostik pada ulkus diabetikum adalah:

#### 1. Pemeriksaan radiologis

Rontgen dan CT scan untuk mengetahui:

##### a. Emfisima subcutan

Adalah kondisi ketika terdapat udara atau gas di bawah jaringan kulit.

##### b. Asteomielitis

Adalah infeksi tulang yang umumnya disebabkan oleh bakteri *staphylococcus*.

#### 2. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah :

##### a. Pemeriksaan darah meliputi :

GDS > 200mg/dl, gula darah puasa 120mg/dl dan dua jam post prandial >200 mg/dl

##### b. Urine Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine.

Pemeriksaan dilakukan dengan cara benedict ( reduksi ).

Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna urine ( hijau,

kuning, merah , dan merah bata )

c. Kultur pus

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik

yang sesuai dengan jenis kuman.

d. Pemeriksaan darah lengkap

Untuk mengetahui apakah ada peningkatan nilai leukosit dan mengetahui nilai HB, trombosit, fungsi hati, fungsi ginjal dll.

### **2.2.7 Komplikasi**

Terdapat beberapa komplikasi yang mungkin terjadi pada ulkus diabetikum menurut (suddarth 2014), diantaranya :

a. Osteomielitis (infeksi pada tulang)

Osteomielitis adalah infeksi tulang yang disebabkan oleh mikroorganisme yang masuk ke dalam tubuh lewat luka atau penyebaran infeksi lewat darah.

b. Sepsis

Sepsis adalah kondisi medis serius dimana terjadi peradangan di seluruh tubuh yang disebabkan oleh infeksi. Sepsis dapat menyebabkan kematian pada pasiennya. Sepsis adalah penyakit yang mengancam kehidupan yang dapat terjadi ketika seluruh tubuh bereaksi terhadap infeksi. Pada pasien yang menderita ulkus diabetikum terjadi penurunan kemampuan leukosit yang berfungsi untuk menghancurkan bakteri. Sehingga pada pasien yang memiliki penyakit diabetes yang tidak terkontrol rentan terjadi infeksi yang akhirnya apabila infeksi itu tidak dapat tertangani dapat menyebabkan sepsis.

c. Kematian

Kematian adalah kondisi akhir pada pasien setelah mengalami beberapa komplikasi serius seperti osteomielitis, sepsis, atau karena tidak ditangani dan lain-lain.

### 2.2.8 Penatalaksanaan

Menurut Singh et al. Dalam Dafianto (2016), perawatan standar untuk ulkus diabetik idealnya diberikan oleh tim multidisiplin dengan memastikan kontrol glikemik, perfusi yang adekuat, perawatan luka lokal dan debridemen biasa, *off-loading* kaki, pengendalian infeksi dengan antibiotik dan pengelolaan komorbiditas yang tepat. Pendidikan kesehatan pada pasien akan membantu dalam mencegah ulkus dan kekambuhannya.

#### 1) Debridemen

Debridemen adalah proses mengangkat jaringan mati dan benda asing dari dalam luka untuk memaparkan jaringan sehat di bawahnya. Jaringan mati bisa berupa pus, krusta, eschar (pada luka bakar), atau bekuan darah.

#### 2) Dressing

Bahan dressing kasa *saline-moistened (wet-to-dry)*, dressing mempertahankan kelembaban (hidrogel, hidrokoloid, hydrofibers, transparent films dan alginat) yang menyediakan debridement fisik dan autolytic masing-masing, dan dressing antiseptik (dressing perak, cadexomer).

#### 3) *Off-loading*

Tujuan dari *Off-loading* adalah untuk mengurangi tekanan plantar dengan mendistribusikan ke area yang lebih besar, untuk menghindari pergeseran dan gesekan, dan untuk mengakomodasi deformitas.

#### 4) Terapi medis

Kontrol glikemik yang ketat harus dijaga dengan penggunaan diet diabetes, obat hipoglikemik oral dan insulin. Infeksi pada jaringan lunak dan tulang adalah penyebab utama dari perawatan pada pasien dengan ulkus diabetik di rumah sakit.

#### 5) Terapi adjuvan

Strategi manajemen yang ditujukan matriks ekstraselular yang

rusak pada ulkus diabetik termasuk mengganti kulit dari sel-sel kulit yang tumbuh dari sumber autologus atau alogenik ke kolagen atau asam polylactic. Hiperbarik oksigen telah merupakan terapi tambahan yang berguna untuk ulkus diabetik dan berhubungan dengan penurunan tingkat amputasi. Keuntungan terapi oksigen topikal dalam mengobati luka kronis juga telah tercatat.

6) Manajemen bedah

Manajemen bedah yang dapat dilakukan ada 3 yaitu wound closure (penutupan luka), revascularization surgery, dan amputasi. Penutupan primer memungkinkan untuk luka kecil, kehilangan jaringan dapat ditutupi dengan bantuan cangkok kulit, lipatan atau pengganti kulit yang tersedia secara komersial.

7) Pencegahan

Ada korelasi langsung antara pengontrolan glikemik dengan pembentukan ulkus. Oleh karena itu pemantauan diri dapat mengurangi risiko ulserasi. Merokok dan konsumsi alkohol harus diminimalkan, meskipun dampak terhadap ulkus diabetik kurang signifikan. Komorbiditas lain seperti hipertensi dan hiperlipidemia yang mempengaruhi oklusi vaskular harus diberikan intervensi yang tepat.

8) Penilaian Risiko Ulkus Diabetik

Penilaian risiko ulkus diabetik merupakan hal yang sangat penting untuk menentukan penanganan atau tindakan yang tepat bagi pasien diabetes melitus. Penilaian tersebut dapat dilakukan melalui anamnesa, pemeriksaan fisik pasien, dan pemeriksaan penunjang lainnya. Anamnesa dapat dilakukan dengan memberikan beberapa pertanyaan terkait aktivitas keseharian pasien, alas kaki yang sering digunakan, keluhan yang muncul, penyakit yang pernah diderita, lama

menyandang diabetes melitus, dan usaha apa saja yang telah dilakukan pasien (Dafianto, 2016).

## **2.3 Terapi/ tindakan keperawatan perawatan luka modern dressing**

### **2.3.1 Pengertian**

Modern dressing merupakan metode yang efektif dalam penyembuhan luka. *Modern wound dressing* merupakan salah satu metode perawatan luka yang tertutup dan berfokus menjaga kelembaban dalam meningkatkan proses penyembuhan luka (Dhvyaa et al, 2015). Prinsip-prinsip perawatan luka a. Mencuci luka Merupakan hal pokok untuk meningkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka sertameng hindari kemungkinan terjadinya infeksi. Proses pencucian luka bertujuan untuk membuang nekrosis, cairan luka yang berlebihan, sisa balutan yang digunakan dan sisa metabolik tubuh pada permukaan luka (Ningsih, 2015). Cairan terbaik dan teraman untuk mencuci luka adalah yang non toksis pada proses penyembuhan luka misalnya NaCL 0,9%. Penggunaan hidrogenperoksida, hypochlorite solution dan beberapa cairan debridement lainnya, sebaliknya hanya digunakan pada jaringan nekrosis atau slough dan tidak pada jaringan granulasi. Cairan antiseptik seperti provine iodine sebaiknya hanya digunakan saat luka terinfeksi atau tubuh pada saat penurunan imunitas, yang kemudian dilakukan pembilasan kembali dengan saline (Wijaya & Yessie, 2013).

Menurut andriani (2016), perawatan luka modern dressing dipercayai lebih efektif dari perawatan luka konvensional dimana perawatan luka konvensional merupakan perawatan luka yang masih menggunakan bahan yang membuat luka menjadi mudah kering. pemilihan jenis balutan adalah memilih jenis balutan yang mempertahankan suasana lingkungan luka yang dalam keadaan lembab, mempercepat proses penyembuhan hingga 50%, absorpsi

eksudat atau cairan luka yang keluar berlebihan, membuang jaringan nekrosis atau slough (support autolysis), kontrol terhadap infeksi atau terhindar dari kontaminasi, nyaman digunakan dan menurunkan rasa sakit saat mengganti balutan dan menurunkan jumlah biaya dan waktu perawatan (cost effective). Jenis balutan: absorbent dressing, hydroactive gel, hydrocoloi (Ningsih, 2015).

Jenis-jenis modern dressing :

#### 1. Hidrokoloid

Jenis hidrokoloid yang digunakan yaitu Duoderm extra thin, dapat menjaga kestabilan kelembaban luka dan sekitar luka, menjaga dari kontaminasi air dan bakteri, bisa digunakan untuk balutan primer dan balutan sekunder. Balutan hidrokoloid dirancang elastis, merekat, dan dari agen-agen gell (seperti fectin atau gelatin) dan bahan-bahan absorben/penyerap lainnya. Bila dikenakan pada luka, drainase dari luka berinteraksi dengan komponen-komponen dari balutan untuk membentuk seperti gell yang menciptakan lingkungan yang lembab untuk penyembuhan luka. Balutan hidrokoloid ada dalam bermacam bentuk, ukuran, dan ketebalan, dan digunakan pada luka dengan jumlah drainase sedikit atau sedang. Balutan jenis ini biasanya diganti satu kali selama 5 sampai 7 hari, tergantung pada metode aplikasinya, lokasi luka, derajat paparan kerutan-kerutan dan potongan-potongan, dan inkontinensia. Balutan hidrokoloid tidak bisa digunakan pada luka yang terinfeksi.

#### 2. Alginate

Jenis alginate yang digunakan pada kedua responden ini adalah Kaltostat yang berguna untuk mengangkat jaringan mati. Alginate lunak dan bukan tenunan yang dibentuk dari bahan dasar ganggang laut. Alginate tersedia dalam bentuk

“pad” atau sumbu. Alginate dan hidrofiber merupakan tipe produk yang sama. Pada kasus ini, alginate akan menjadi lunak, tidak lengket dengan luka. Alginate juga digunakan pada luka dengan drainase sedang hingga berat dan tidak dapat digunakan pada luka yang kering. Balutan dapat dipotong sesuai kebutuhan, bentuk luka yang akan di balut, atau dapat dilapisi untuk menambah penyerapan.

### 3. Foam Dressing

Jenis sabun yang digunakan untuk mencuci luka tersebut adalah setelah diberi sabun luka tersebut dicuci dengan air rebusan daun jambu biji, lalu dikeringkan dengan menggunakan kassa steril. Balutan foam atau busa dapat menyerap banyak cairan. Sehingga digunakan pada tahap awal masa pertumbuhan luka, bila luka tersebut banyak mengeluarkan drainase. Balutan busa nyaman dan lembut bagi kulit dan dapat digunakan untuk pemakaian beberapa hari. Bentuk, ukuran, dan ketebalan dari busa tersebut sangat bervariasi, dengan atau tanpa perekat pada permukaannya.

### 4. Hydrogel

Hydrogel tersedia dalam bentuk lembaran, seperti serat kasa, atau gel. Gel akan memberi rasa sejuk dan dingin pada luka, yang akan meningkatkan rasa nyaman pasien. Gel sangat baik menciptakan dan mempertahankan lingkungan penyembuhan luka yang moist atau lembab dan digunakan pada jenis luka dengan drainase yang sedikit. Gel diletakan langsung diatas permukaan luka dan biasanya dibalut dengan balutan sekunder (foam atau kasa) untuk mempertahankan kelembaban sesuai level yang dibutuhkan untuk mendukung penyembuhan luka.

## 5. Gauze

Balutan kasa tersebut dari tenunan dan serat non tenunan, rayon. Polyester, dan kombinasi dari serat lainnya. 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 (mengangkan debris dan jaringan yang mati). Banyak kasa yang bukan tenunan dibuat dari polieser, 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. Produk lainnya berisi petrolatum atau elemen penyembuh luka lainnya dengan indikasi yang sesuai dengan tipe lukannya. (Rika fatmadona, 2016).

Menurut Yasmara dkk (2016), saat terjadi luka, tubuh akan memberikan respons melalui tiga fase proses penyembuhan luka. Proses tersebut adalah:

### a. Fase Inflamasi (devensif)

Fase ini terjadi 3-4 hari, dengan adanya hemostasis dan inflamasi. Hemostasis atau penghentian perdarahan terjadi dengan adanya vasokonstriksi pembuluh darah besar di daerah yang terkena. Trombosit akan diaktivasi menjadi plug trombosit dan menghentikan perdarahan. Selanjutnya akan terbentuk fibrin dan jaringan fibrinosa yang akan menangkap trombosit dan sel lainnya. Proses ini akan menghasilkan pembentukan gumpalan fibrin yang akan menjadi penutup awal luka, mencegah kehilangan darah dan cairan tubuh serta menghambat kontaminasi luka oleh mikroorganisme. Inflamasi merupakan reaksi adaptasi tubuh terhadap adanya

cedera pada tubuh dan melibatkan respon vaskuler dan sekuler. Pada respon vaskuler, akan dikeluarkan histamin, serotonin, komplemen dan kinin. Zat-zat ini merupakan substansi vasoaktif yang akan menyebabkan pembuluh darah vasodilatasi dan lebih permeabel, sehingga aliran darah akan meningkat dan cairan serosa akan keluar disekeliling jaringan. Peningkatan suplay darah ini akan membawa nutrisi dan oksigen yang sangat diperlukan untuk proses penyembuhan luka dan membawa leukosit ke daerah luka untuk melakukan fagositosis untuk membuang mikroorganisme. Peningkatan aliran darah ini juga akan membuang kotoran termasuk sel mati, bakteri, eksudat atau materi dan buangan sel dari pembuluh darah. Daerah ini akan menjadi merah, edema, dan hangat ketika disentuh. Pada fase selular, leukosit akan bergerak ke luar pembuluh darah, masuk ke rongga interstisial. Neutrofil datang pada sel yang terluka dan melakukan fagositosis. Mereka akan mati dan digantikan oleh makrofag yang muncul dari monosit darah. Makrofag ini akan berperan seperti neutrofil dan bekerja untuk jangka waktu yang lebih lama. Makrofag ini juga sangat berperan dalam proses penyembuhan luka karena mengeluarkan fibroblast activating factor (FAF) dan angiogenesis factor (AGF). FAF membentuk fibroblast yang kemudian akan membentuk kolagen atau prekursor kolagen. AGF akan menstimulasi pembentukan darah baru.

b. Fase Rekontruksi

- a. Fase ini mulai hari ketiga tau keempat setelah terjadinya luka dan dapat bertahan hingga 2-3 minggu. Fase ini terdiri dari proses deposisi kolagen, angiogenesis, perkembangan jaringan granulasi, dan kontraksi luka.

Fibroblast akan bermigrasi ke dalam luka karena adanya mediator seluler. Pada fase ini terbentuk sistesi dan sekresi dari kolagen. Kolagen ini akan saling menyilang untuk membentuk jaring kolagen dan menguatkan tahanan luka. Jika luka semakin kuat, risiko terjadinya luka terbuka akan semakin kecil. Angiogenesis (pembentukan pembuluh darah baru) dimulai beberapa jam setelah terjadinya luka. Sel endotel mulai membentuk enzim yang akan merusak membran dasar luka. Membran terbuka dan sel endoteliat baru akan membentuk pembuluh darah baru. Kapiler ini akan menuju luka dan meningkatkan aliran pembuluh darah. Yang akan meningkatkan suplai nutrisi dan oksigenasi. Proses penyembuhan dimulai dengan adanya jaringan granulasi atau jaringan baru yang tumbuh dari sekeliling jaringan yang sehat. Jaringan granulasi terdiri dari pembuluh darah kapiler yang rapuh dan mudah berdarah, sehingga berwarna merah. Setelah jaringan granulasi terbentuk, akan mulai terjadi epitelisasi atau pertumbuhan jaringan epitel. Sel epitel akan berpindah dari sisi luar jaringan yang luka ke bagian dalam. Kontruksi luka merupakan tahap akhir dari fase rekontruksi penyembuhan luka. Kontruksi akan terjadi dalam 6-12 hari setelah terluka dan luka akan ditutup.

c. Fase Maturasi

Fase ini dimulai pada hari ke-21 dan akan terus berlanjut hingga 2 tahun atau lebih bergantung pada kedalaman dan kondisi luka. Selama fase ini akan terbentuk jaringan parut.

### **2.3.2 Tujuan**

Tujuan perawatan luka modern dressing menurut (Nabila dkk, 2017), yaitu:

1. Membersihkan luka pada penderita ulkus diabetikum
2. Mengurangi jumlah bakteri
3. Menutup luka pada penderita ulkus diabetes melitus
4. Mempercepat terjadinya pembentukan sel aktif

### **2.3.3 Manfaat**

Manfaat perawatan luka modern dressing menurut Nabila, dkk (2017):

1. Mempercepat terjadinya fibrinolisis.  
Fibrin yang terbentuk pada luka kronis, yang dapat dihilangkan lebih cepat oleh netrofil dan sel endotel dalam suasana lembab.
2. Mempercepat angiogenesis, karena keadaan hipoksia pada perawatan luka tertutup akan merangsang pembentukan pembuluh darah lebih cepat.
3. Menurunkan resiko infeksi.
4. Kejadian infeksi relatif lebih rendah dari pada perawatan tipe kering
5. Mempercepat pembentukan growth factor yang berperan untuk membentuk stratum corneum dan angiogenesis yang produksinya akan lebih cepat dikeadaan lembab.
6. Mempercepat pembentukan sel aktif karena invasi netrofil yang diikuti oleh makrofag, monosit, dan limfosit ke daerah luka berfungsi awal dalam keadaan lembab

### **2.3.4 Prosedur/Tindakan Modern dressing**

Langkah-langkah tindakan modern dressing menurut Nabila dkk, (2017), yaitu :

- A. Tahap pra interaksi
  1. Mengecek pasien/ validasi

2. Mengecek program terapi
  3. Menyiapkan alat
  4. Melakukan kebersihan tangan
- B. Tahap orientasi
1. Memberikan salam dan menyapa pasien
  2. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan
  3. Memberikan pasien untuk bertanya
- C. Tahap kerja
1. Berikan privacy kepada pasien
  2. Posisi yang nyaman kepada klien sebelum melakukan tindakan.
  3. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan,
  4. Gunakan sarung tangan bersih dan masker bila perlu.
  5. Pasang perlak
  6. Lepaskan verban/balutan dengan cara menyentuh bagian luarnya saja. Jika kotor, gunakan pinset untuk mengangkat verban/balutan menempel pada luka, basahi dengan larutan NaCl, buka kalau sudah longgar.
  7. Buang verban/balutan yang kotor ke dalam kantong tahan air untuk dibakar
  8. Ganti sarung tangan jika di rasa sangat kotor.
  9. Gunakan pinset untuk memegang gumpalan kasa. Pertahankan ujung pinset agar tetap steril.
  10. Ambil kasa steril, kemudian masukkan ke dalam kom yang berisi dengan NaCl, peras kasa dan bersihkan luka dengan sekali usap area sekitar luka.
  11. Buang kasa yang digunakan untuk membersihkan setiap kali sekali mengusap luka
  12. Ambil lagi kasa steril, basahi dengan NaCl, kemudian peras gunakan kasa untuk membersihkan area luka, lakukan

dengan cara mulai dari atas atau dekat dengan luka dan terus makin keluar

13. Ambil kasa steril berikan NaCl dan sabun untuk mencuci luka
14. Gosok permukaan luka dengan lembut guna membantu melepaskan benda asing pada luka sebelum mengaplikasikan balutan
15. Bersihkan sisa sabun dengan membilasnya dengan cairan NaCl dan kasa steril
16. Lakukan beberapa kali hingga luka bersih
17. Lakukan pengkajian luka
18. Jika ada jaringan mati gunakan gunting jaringan untuk memotong dan membuang jaringan tersebut
19. Berikan modern dressing sesuai dengan hasil pengkajian pada luka
20. Jika menggunakan foam sesuaikan dengan bentuk luka dan setidaknya perbatasan 1 cm di sekitar luka. Minimal 2 cm tergantung pada tingkat keparahan luka
21. Jika menggunakan salep/gel gunakan kapas lidi untuk mengaplikasikan, Kemudian tempelkan kasa kering di atasnya. Gunakan kasa untuk menutupi area luka dan sekitarnya.
22. Rekatkan kasa dengan menggunakan plester luka hingga rapi.
23. Lepaskan sarung tangan.
24. Cuci tangan

#### D. Tahap terminasi

1. Mengevaluasi respon klien
2. Membereskan dan kembalikan alat ketempat semula
3. Mencuci tangan

4. Mendokumentasikan hasil tindakan

5. Mengucap salam.