

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini dijelaskan dari hasil pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada lansia Ny.D dan Ny.A dengan gangguan integritas kulit. Hasil penelitian ini di deskriptifkan dalam bentuk proses keperawatan yang meliputi 1.Pengkajian, 2.Diagnosa, 3.Perencanaan, 4.Intervensi, 5.Evaluasi, 6. Pembahasan.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian ini berisi tentang 2 kasus pada pasien dengan gangguan integritas kulit di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya. Panti Werdha Hargo Dedali merupakan salah satu unit pelayanan kesehatan yang bertugas memberikan tempat tinggal bagi para lansia yang terletak di kota Surabaya. Dalam prioritas utama panti ini yakni lansia memasuki usia 60 tahun atau tidak memiliki keluarga. Alamat Manyar Kartika No 23-24 kode pos 6010018. Mempunyai 2 perawat, 3 satpam, 3 pembantu masak, jumlah kamar 25, tempat tidur 75, kamar mandi 14, ruang perawat 1, ruang dapur 1, aula 1, dan post satpam. Jumlah 31 lansia 28 perempuan dan 3 laki-laki, untuk lansia yang mengalami gangguan integritas kulit 2 orang lansia perempuan dengan menderita gatal-gatal, kemerahan, dan luka pada daerah kaki akibat garukan.

4.1.2 Pengkajian

Hari senin, 09 Januari 2024 pasien pertama Ny A jam 10.00 WIB dan pasien kedua jam 11.00 WIB di Panti Werdha Hargodedali Surabaya.

1. Identitas Klien

Pasien pertama

Pasien bernama Ny A umur 85 tahun (*old*), tempat lahir di balikpapan, tinggi badan 150 cm, berat badan 41 kg, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SD, alamat jl pandansari No 19 surabaya, beragama protestan, suku tionghoa, penampilan badan kecil dan bermata sipit, status perkawinan belum menikah, orang yang dapat dihubungi adalah Ny M berjenis kelamin perempuan memiliki hubungan dengan pasien sebagai keponakan, alasan masuk panti karena tidak ada yang mengurus dan masuk panti diantar oleh keponakan.

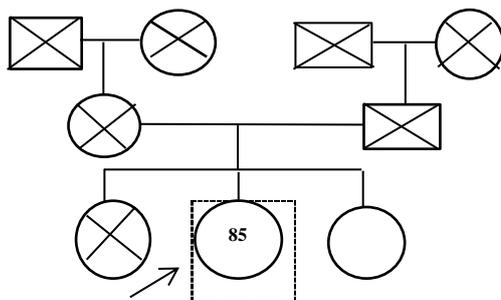
Pasien kedua

Pasien bernama Ny D umur 73 tahun (*Elderly*), tempat lahir disurabaya, pendidikan terakhir SLTA, tinggi badan 155 cm, berat badan 40 kg, beragama katolik, suku jawa, penampilan badan bungkuk dan kurus, status perkawinan janda (mati), orang yang dapat dihubungi adalah Tn A berjenis kelamin laki-laki memiliki hubungan dengan pasien sebagai anak, alasan masuk panti karena anak sibuk kerja tidak ada yang mengurus dan masuk panti diantar oleh anak sejak tanggal 04 maret tahun 2022.

2. Riwayat Keluarga

Genogram Pasien

Pasien pertama Ny A



Gambar 4.1 Genogram pasien Ny A

4. Riwayat Rekreasi

Hobi : Pada pasien pertama Ny A mengatakan senang makan dan duduk di depan kamar sambil minum teh atau kopi. Sedangkan pada pasien kedua Ny D mengatakan hobi dan suka membaca koran di kamar.

5. Riwayat Kesehatan

Pasien pertama Ny A

1) Status kesehatan umum selama setahun yang lalu

Pasien mengatakan pernah memiliki riwayat jatuh dari tempat tidur setahun yang lalu.

2) Status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi.

3) Keluhan utama

Pasien mengatakan kulit kaki terasa kering, dan gatal-gatal pada luka di kedua punggung kaki (metatarsal) kanan dan kiri sejak 2 minggu yang lalu, luka berwarna kemerahan dan keluar sedikit pus (+). Pasien juga mengatakan selalu menggaruk jika terasa gatal dan tidak ingin memotong kukunya supaya lega untuk menggaruk area yang gatal.

4) Pemahaman dan penatalaksanaan Masalah kesehatan

Pasien mengatakan meminum obat amlodipin untuk tekanan darah tinggi dan luka gatal pada kaki pasien diberikan salep benosom dan obat luka china (Die da tay ping).

Obat-obatan : (09 januari sampai 14 januari 2024)

- a. Amlodipin 1x1 di minum setelah makan di pagi hari.
- b. *Die Da Tay Ping Yao Jing* (Obat luka china) 1x1 di oleskan setelah mandi pagi.
- c. Benosom 1x1 di oleskan setelah mandi sore.

Alergi :

Pasien tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan, makanan, maupun lingkungan.

Pasien kedua Ny D

1) Status kesehatan umum selama setahun yang lalu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit selama setahun yang lalu.

2) Status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat patah tulang pada tangan kiri akibat tergelincir air hujan di lantai teras rumah

3) Keluhan Utama

Pasien mengatakan gatal-gatal setiap habis mandi sejak 6 hari yang lalu, gatal di rasakan pada seluruh badan terutama pada bagian kaki dan pasien sering menggaruk area yang gatal pada kedua kaki (tibia) sehingga terjadi luka. Dan kemerahan pada area luka garukan, kulit bersisik dan kering.

4) Pemahaman dan penatalaksanaan masalah kesehatan

Pasien mengatakan saat sakit meminta obat ke perawat panti dan jika gatal-gatal pasien mengobatinya menggunakan bedak heyrosin tetapi sembuhnya lama.

Obat-obatan: (09 januari sampai 12 januari 2024)

- a. Minyak VCO (*virgin coconut oil*) di pakai saat siang hari.
- b. Salep benosom 2x1 setelah mandi pagi dan sore.

Alergi:

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi pada obat, makanan maupun lingkungan.

6. Aktivitas Hidup Sehari-hari (ADL)

1) Oksigenasi

Pasien pertama Ny A frekuensi nafas normal 20x/m, tidak ada alat bantu nafas, tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak memakai oksigen.

Pasien kedua Ny D frekuensi nafas pasien 20x/m, tidak ada otot bantu nafas, tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak memakai oksigen

2) Cairan dan Elektrolit

Pasien pertama Ny A mengatakan sering minum air kurang lebih 4-5 gelas/hari dan minum teh atau kopi di pagi hari setelah mandi.

Pasien kedua Ny D mengatakan setiap hari minum air putih kurang lebih 5-6 gelas/hari dan minum teh pagi dan sore setelah mandi.

3) Nutrisi

Pasien pertama Ny A mengatakan makan 3 kali sehari dengan lauk pauk seadanya porsi makan selalu dihabiskan tetapi terkadang tidak dihabiskan karena tekstur nasi sedikit agak keras, dan snack dihabiskan setengah porsi di pagi hari.

Pasien kedua Ny D mengatakan makan 3x sehari dengan lauk pauk seadanya porsi makan selalu dihabiskan setiap hari.

4) Eliminasi

Pasien pertama Ny A mengatakan BAB 2x sehari dengan konsistensi lembek bau khas, dan BAK kurang lebih 4-5 kali dengan warna kuning jernih, pasien menggunakan pampes.

Pasien kedua Ny D mengatakan BAB 1 kali sehari terkadang di pagi maupun di sore hari dengan konsistensi lembek, dan BAK 5 kali sehari warna kuning jernih dengan bau khas.

5) Aktivitas

Pasien pertama Ny A tidak bisa melakukan ADL secara mandiri mandi, makan, berpakaian, berdandan, dan berpindah tempat dibantu perawat. Biasanya aktivitas pasien hanya mengikuti kegiatan di panti seperti senam dan kuis di pagi hari menggunakan kursi roda.

Pasien kedua Ny D mengatakan selalu rutin mengikuti kegiatan senam pagi, membaca koran dan kegiatan yang ada di pantai. Ny D mampu melakukan ADL secara mandiri tanpa di bantu perawat.

6) Istirahat dan tidur

Pasien pertama Ny A mengatakan tidur siang sehabis makan siang kurang lebih 3 jam, dan tidur malam mulai jam 20.00 sampai jam 05.00.

Pasien kedua Ny D mengatakan tidak pernah tidur siang dan tidur malam biasanya mulai jam 21.00 sampai jam 05.00.

7) *Personal Hygiene*

Pasien pertama Ny A mengatakan mandi 2x sehari menggunakan air hangat, sabun, dan keramas 1 minggu 3 kali di pagi hari dengan di bantu perawat.

Pasien kedua Ny D mengatakan mandi 2x sehari dan rutin keramas di pagi hari menggunakan sabun dan sampo tanpa bantuan perawat.

8) Seksual

Pasien pertama Ny A sudah menopause dan berjenis kelamin perempuan.

Pasien kedua Ny D sudah menopause dan berjenis kelamin perempuan

9) Rekreasi

Pasien pertama Ny A mengatakan lebih suka beristirahat di kamar dan duduk didepan kamar.

Pasien kedua Ny D mengatakan lebih suka makan dan beristirahat dikamar.

10) Psikologis

a) Persepsi klien

Pasien pertama Ny A dan pasien kedua Ny D mengatakan bahwa dirinya sudah tua.

b) Konsep diri

Pasien pertama Ny A mengatakan bahwa dirinya adalah seorang perempuan yang sudah tua.

Pasien kedua Ny D mengatakan dirinya sudah tua dan tampak percaya diri.

c) Emosi

Pasien pertama Ny A dan pasien kedua Ny D emosi pasien stabil ketika berkomunikasi dengan orang lain dan ketika ada masalah dengan temanyadi panti.

d) Adaptasi

Pasien pertama Ny A dan pasien kedua Ny D dapat beradaptasi baik dengan teman dan lingkungan di panti.

e) Mekanisme pertahanan diri

Pasien pertama Ny A akan berteriak jika ada yang mengganggu atau tidak nyaman.

Pasien kedua Ny D akan berbicara keras dan terkadang hanya diam jika merasa tidak nyaman atau kesal.

7. Pemeriksaan Fisik

Pasien pertama Ny. A

Tanda tanda vital dan status gizi

Keadaan umum : Baik, kesadaran composmentis

Tekanan darah : 150/60 mmHg

Suhu : 36 °C

Nadi : 86 x/menit

Respiratori : 20 x/menit

Berat Badan : 41 kg

Tinggi badan : 150 cm

Pasien kedua Ny. D

Keadaan umum : Baik, kesadaran composmentis

Tekanan darah : 120/90 mmHg

Suhu : 36 °C

Nadi : 85 x/menit

Respiratori : 20 x/menit

Berat Badan : 40 kg

Tinggi badan : 155 cm

8. Pengkajian *Head to Toe*

1) Kepala

Pasien pertama Ny A : bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak bau, tidak mengalami kerontokan, kulit kepala tampak bersih, rambut berwarna putih, tidak ada benjolan maupun nyeri tekan.

Pasien kedua Ny D : bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak mengalami kerontokan, kulit kepala tampak bersih, rambut berwarna putih campur sedikit hitam, tidak ada benjolan maupun nyeri tekan.

2) Mata

Pasien pertama Ny A : bentuk mata sipit dan simetris pada mata kanan dan kiri, sklera berwarna putih, konjungtiva berwarna merah muda, pandangan kabur, menggunakan kaca mata.

Pasien kedua Ny D : bentuk mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, tidak menggunakan kaca mata.

3) Hidung

Pasien pertama Ny A : bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, tidak ada sumbatan, indra penciuman normal.

Pasien kedua Ny D : bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, tidak ada sumbatan, indra penciuman normal.

4) Telinga

Pasien pertama Ny A : bentuk telinga simetris, tidak ada peradangan, bersih, pendengaran sedikit agak berkurangan.

Pasien kedua Ny D : bentuk telinga simetris, tidak ada peradangan, bersih, pendengaran normal.

5) Leher

Pasien pertama Ny A dan pasien kedua Ny D : tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, leher bersih, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan.

6) Dada

Pasien pertama Ny A

Inspeksi : bentuk dada normal, bentuk payudara simetris.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : suara sonor

Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan seperti *wheezing* dan *ronchi*.

Pasien kedua Ny D

Inspeksi : bentuk dada normal, bentuk dada simetris.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Perkusi : suara sonor

Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan seperti *wheezing* dan *ronchi*

7) Abdomen

Pasien pertama Ny A

Inspeksi : bentuk perut simetris, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : terdapat suara tympani

Auskultasi : bising usus dengan frekuensi 20x/menit

Pasien kedua Ny D

Inspeksi : bentuk perut simetris, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : terdapat suara tympani

Auskultasi : bising usus dengan frekuensi 18x/menit

8) Ekstermitas

a. Ekstermitas atas

Pasien pertama Ny A : kekuatan otot tangan skala 5 (gerakan penuh melawan gravitasi dengan kekuatan penuh), kuku tangan tampak panjang dan sedikit kuning, kulit keriput, tidak ada kelemahan pada tangan kiri dan kanan, tidak ada benjolan, dan tidak ada nyeri tekan.

Pasien kedua Ny D : kekuatan otot tangan skala 5 (gerakan penuh melawan gravitasi dengan kekuatan penuh), kuku tangan pendek, tidak ada kelemahan pada tangan kiri dan kanan, tidak terdapat lesi dan tidak ada nyeri tekan.

b. Ekstermitas bawah

Pasien pertama Ny A : rentang gerak terbatas, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 4 (mampu melawan gaya gravitasi dengan tahanan sedang), menggunakan kursi roda, postur tubuh normal, terdapat luka di bagian punggung kaki (*Metatarsal*) kanan dan kiri, luka tampak kemerahan dan sedikit basah, kulit tampak kering, terdapat sedikit pus (+), warna kulit tidak pucat (kuning langsung).

Pasien kedua Ny D : kekuatan otot kaki kanan dan kiri skala 5 (gerakan penuh melawan gravitasi), pasien bisa jalan secara mandiri, postur tubuh lordosis, terdapat sedikit luka garukan pada kedua kaki kanan dan kiri di tibia, kemerahan pada area luka, terdapat sedikit darah pada beberapa luka garukan, kulit bersisik dan kering, warna kulit kuning langsung.

Pasien pertama Ny A

| Refleks | Kanan | Kiri |
|----------------|--------------|-------------|
| Biceps | + | + |
| Triceps | + | + |
| Knee | - | - |
| Achilles | - | - |

Pasien kedua Ny D

| Refleks | Kanan | Kiri |
|----------------|--------------|-------------|
| Biceps | + | + |
| Triceps | + | + |
| Knee | + | + |
| Achilles | + | + |

Tabel 4.1 Refleks ekstermitas

Keterangan :

Refleks (+) : normal

Refleks (-) : menurun/meningkat

9) Genetalia

Pasien pertama Ny A : tidak ada lesi pada daerah genetalia, pasien memakai pampers, tidak ada nyeri tekan pada daerah pubis.

Pasien kedua Ny D : tidak ada lesi pada daerah genetalia, tidak ada nyeri tekan pada daerah pubis.

10) Sistem reproduksi

Pasien pertama Ny A dan pasien kedua Ny D : sudah menopause dan berjenis kelamin perempuan.

11) Sistem pengecapan

Pasien pertama Ny A dan pasien kedua Ny D : tidak memiliki gangguan pada sistem pengecapan dan masih dapat merasakan semua makanan maupun minuman yang di konsumsi setiap hari.

12) Sistem persyarafan

Pasien pertama Ny A : pasien mengalami sakit pada kaki jika digerakan syaraf terasa kaku, dan pasien masih bisa merasakan sensasi dari sentuhan, CRT < 2 detik, GCS 456.

Pasien kedua Ny D : tidak mengalami sakit pada sistem persyarafan, pasien masih bisa merasakan sensasi dari sentuhan, CRT < 2 detik, GCS 456.

13) Sistem penciuman

Pasien pertama Ny A dan pasien kedua Ny D : pasien tidak mengalami gangguan pada sistem penciuman.

9. Data Penunjang

Ny A dan Ny D data penunjang tidak terlampir :

- 1) Laboratorium : tidak ada
- 2) Radiologi : tidak ada
- 3) EKG : tidak ada
- 4) USG : tidak ada
- 5) CT-Scan : tidak ada

10. Pengkajian INDEKS KATZ (Indeks kemandirian pada aktivitas kemandirian sehari-hari)

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ pada Ny A dapat diambil kesimpulan bahwa pasien terdapat pada skor G yaitu pasien ketergantungan pada ke enam sistem fungsi misalnya makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ pada Ny D dapat diambil kesimpulan bahwa pasien berada pada skor A yaitu pasien dapat melakukan kemandirian dalam hal aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, kontinen, ke kamar kecil, berpindah, berpakaian dan mandi.

11. Pengkajian kemampuan intelektual

Menggunakan SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*). Pasien Ny A setelah diajukan 10 pertanyaan sesuai dengan format SPMSQ pasien menjawab pertanyaan dengan 7 jawaban yang salah. Dapat disimpulkan dari jawaban dan interpretasi SPMSQ, jawaban pasien dengan kesalahan 5-7 yaitu kerusakan intelektual sedang.

Pasien Ny D setelah diajukan 10 pertanyaan sesuai dengan format SPMSQ pasien menjawab pertanyaan dengan 1 jawaban yang salah. Dapat disimpulkan dari jawaban dan interpretasi SPMSQ, jawaban pasien dengan kesalahan 0-2 yaitu fungsi intelektual utuh.

12. Pengkajian kemampuan aspek kognitif

Menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*). Untuk aspek kognitif pada pasien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat, dan bahasa. Pasien Ny A mampu menjawab pertanyaan dengan

nilai total akhir 8, diambil kesimpulan dari interpretasi hasil 0-17 gangguan kognitif berat. Pasien Ny D mampu menjawab pertanyaan dengan nilai total akhir 29, diambil kesimpulan dari interpretasi hasil 24-30 tidak ada gangguan kognitif.

13. Pengkajian inventaris depresi beck (Untuk mengetahui tingkat depresi lansia dari Beck dan Deck (1972))

Dari pemeriksaan yang di dapatkan pasien Ny A mengatakan merasa betah dan bahagia tinggal di panti, tetapi pasien merasa lelah dari biasanya dan memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu, skor yang di dapatkan adalah 2 yang artinya depresi tidak ada atau minimal. Kemudian pada pasien Ny D mengatakan merasa bahagia, betah, dan tenang jika tinggal di panti, skor yang di dapatkan adalah 0 yang artinya pasien tidak mengalami depresi atau depresi tidak ada.

14. APGAR keluarga dengan lansia

Suatu pemeriksaan alat skrining singkat yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia. Pada pasien Ny A dan Ny D dari pemeriksaan yang dilakukan di dapatkan hasil 10 yaitu bahwa pasien memiliki hubungan baik dengan keluarga.

4.1.3 Analisa Data

Tanggal 09 Januari 2024

Data pasien pertama Ny A

Data Subjektif :

Pasien mengatakan kulit kaki terasa kering dan gatal-gatal, akhirnya terjadi luka garukan di kedua punggung kaki (metatarsal) kanan dan kiri sejak 2 minggu yang

lalu. Pasien juga mengatakan selalu menggaruk jika terasa gatal dan tidak ingin memotong kukunya supaya lega untuk menggaruk area yang gatal.

Data Objektif :

Adanya luka akibat garukan di kedua punggung kaki (metatarsal), panjang luka kaki kanan 30 cm dan kiri 10 cm, terdapat sedikit pus (+), warna dasar luka kemerahan, kulit kering, TD: 150/60 mmHg, N: 85x/m, S: 36 °C, RR: 20 x/menit.

Etiologi : Proses penuaan

Problem : Gangguan integritas kulit

Tanggal 09 Januari 2024

Data pasien pertama Ny D

Data Subjektif :

Pasien mengatakan gatal-gatal setiap habis mandi sejak 6 hari yang lalu, gatal di rasakan pada seluruh badan terutama pada bagian kaki dan pasien sering menggaruk area kaki sehingga terjadi luka.

Data Objektif :

Terdapat sedikit luka garukan pada daerah kedua kaki kiri dan kanan (tibia), panjang luka pada kaki kiri 6 cm dan kanan 8 cm , warna kemerahan pada area luka, kulit bersisik dan kering, TD: 120/90 mmHg, S: 36 °C, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit.

Etiologi : Proses penuaan

Problem : Gangguan integritas kulit.

4.1.4 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa pada pasien Ny A :

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penuaan ditandai dengan pasien mengeluh gatal, terdapat luka garukan pada kedua punggung kaki (metatarsal), terdapat sedikit pus (+), warna dasar luka kemerahan, kulit kering.

Diagnosa pada pasien Ny D :

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penuaan ditandai dengan pasien mengeluh gatal setiap habis mandi, kulit bersisik dan kering, terdapat sedikit luka garukan pada kedua kaki (tibia).

4.1.5 Intervensi Keperawatan

1. Tanggal 09 Januari 2024, pada pasien Ny A

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit membaik.

Kriteria hasil

- 1) Kemerahan pada luka menurun.
- 2) Kerusakan pada kulit menurun (luka membaik, tidak ada luka goresan, dan gatal berkurang).
- 3) Tekstur kulit membaik.

Intervensi :

Observasi

- 1) Monitor karakteristik luka

Rasional : untuk mengetahui warna luka, ukuran luka, daerah luka.

2) Identifikasi gangguan integritas kulit.

Rasional : untuk mengetahui bagaimana penyebab bisa terjadinya gangguan integritas kulit.

3) Monitor tanda-tanda infeksi (Rubor).

Rasional : untuk mencegah dan menghambat timbulnya komplikasi.

4) Monitor tanda-tanda vital.

Rasional : untuk mengetahui keadaan umum pasien.

Terapeutik

5) Perawatan Luka

Rasional : Untuk membersihkan luka dan mencegah terjadinya infeksi.

6) Berikan salep yang sesuai ke kulit.

Rasional : Untuk mempercepat proses penyembuhan luka dengan cara memberikan salep.

Edukasi

7) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : agar pasien mengerti dan memahami bagaimana tanda dan gejala infeksi dan untuk mencegah terjadinya infeksi semakin meningkat.

8) Jelaskan pentingnya mandi

Rasional : untuk menjaga kebersihan pasien untuk mencegah terjadinya gatal gatal.

Kolaborasi

9) Kolaborasi pemberian salep antibiotik dan obat tradisional, *jika perlu* (salep benoson dan betadin china Die Da Tay Ping Yao Jing).

Rasional : untuk membantu mempercepat penyembuhan luka pasien.

2. Tanggal 09 Januari 2024, pada pasien Ny D

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit membaik.

Kriteria hasil:

- 1) Kemerahan pada luka menurun.
- 2) Kerusakan pada kulit menurun (luka membaik, tidak ada luka goresan, dan gatal berkurang).
- 3) Tekstur kulit membaik.

Intervensi:

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit.
Rasional : untuk mengetahui bagaimana penyebab bisa terjadinya gangguan integritas kulit.
- 2) Monitor tanda-tanda infeksi (Rubor) dan karakteristik luka.
Rasional : untuk mencegah atau menghambat timbulnya komplikasi dan mengetahui bagaimana karakteristik luka.
- 3) Monitor tanda-tanda vital.
Rasional : untuk mengetahui keadaan tanda-tanda vital pasien.

Terapeutik

- 4) Berikan salep yang sesuai ke kulit.
Rasional : untuk mempercepat proses penyembuhan luka dengan cara memberikan salep.
- 5) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit sensitif.
Rasional : untuk mengurangi kulit kering dan bersisik pada pasien.

Edukasi

- 6) Anjurkan penggunaan pelembab.

Rasional : untuk mencegah kulit kering pada pasien.

- 7) Anjurkan pentingnya mandi dan menggunakan sabun.

Rasional : untuk menjaga kebersihan pasien untuk mencegah terjadinya gatal-gatal.

- 8) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.

Rasional : agar pasien mengerti dan memahami bagaimana tanda dan gejala infeksi dan untuk mencegah terjadinya infeksi semakin meningkat.

- 9) Anjurkan minum air yang cukup.

Rasional : untuk memenuhi cairan tubuh yang kurang.

4.1.6 Implementasi

Pasien pertama Ny A/85 tahun

Tanggal 09 januari 2024

1. Pukul 10.30 Memonitor karakteristik luka.

Respon : Terdapat luka gatal pada punggung kaki (metatarsal) kanan dan kiri pasien.

2. Pukul 10.30 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit.

Respon : Ny A mengatakan selalu menggaruk kulit yang gatal sehingga terjadi luka pada kedua punggung kaki.

3. Pukul 10.30 Memonitor tanda gejala infeksi (Rubor).

Respon : Sebagian ada beberapa tanda reiko infeksi yaitu terdapat luka garukan, kemerahan, dan pus (+).

4. Pukul 14.00 Merawat luka pasien dengan menggunakan air hangat/Nacl
Respon : Pasien merasa nyaman setelah dibersihkan lukanya.
5. Pukul 14.00 Memberikan salep benosom pada luka yang sesuai dengan kulit,
dengan cara di oleskan pada punggung kaki (metatarsal) setelah mandi.
Respon : pasien diberikan salep pada kulit punggung kaki (metatarsal) dengan
cara dioleskan sesuai yang di sediakan oleh perawat yaitu salep benosom.
6. Pukul 14.20 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi.
Respon : Pasien memahami apa yang sudah dijelaskan oleh perawat kalau
luka digaruk akan menyebar pada kulit dan menyebabkan luka.
7. Pukul 14.30 Menjelaskan pentingnya mandi
Respon : Pasien memahami yang sudah dijelaskan oleh perawat yaitu
pentingnya dan menjaga kebersihan untuk mencegah gatal – gatal atau
gangguan integritas kulit dengan mandi 2x sehari dan memotong kuku
pasien. Pasien juga dibantu mandi oleh perawat menggunakan sabun dan air
hangat.
8. Pukul 16.00 Memonitor TTV
Respon : TD: 150/60 mmHg, N: 86x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C.

Tanggal 10 Januari 2024

1. Pukul 05.59 Menjelaskan pentingnya mandi dan memandikan pasien
Respon : Pasien memahami yang sudah dijelaskan oleh perawat yaitu
pentingnya dan menjaga kebersihan. Pasien juga dibantu mandi oleh perawat
dengan menggunakan air hangat, sabun dan shampo.
2. Pukul 06.15 Merawat luka pasien dengan menggunakan air hangat/Nacl
Respon : luka pasien sudah bersih dan pus masih sisa sedikit

3. Pukul 06.15 Memonitor karakteristik luka.

Respon : luka pada punggung kaki (metatarsal) kanan dan kiri sedikit kering.

4. Pukul 06.15 Memonitor tanda gejala infeksi (Rubor).

Respon : luka sedikit kering , kemerahan sedikit berkurang, dan masih ada sedikit pus (+).

5. Pukul 06.16 Memberikan obat luka *die da tay ping yao jing* pada luka, dengan cara di oleskan pada punggung kaki (metatarsal) setelah mandi.

Respon : pasien diberikan obat luka pada kulit kaki (metatarsal) dengan cara dioleskan sesuai yang di sediakan oleh perawat.

6. Pukul 06.20 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi.

Respon : Pasien sudah mengerti kalau luka digaruk akan menyebar pada kulit dan menyebabkan luka.

7. Pukul 12.00 Memonitor TTV

Respon : TD: 140/100 mmHg, N: 84x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C

Tanggal 11 Januari 2024

1. Pukul 06.10 Menjelaskan pentingnya mandi dan memandikan pasien

Respon : Pasien memahami yang sudah sering dijelaskan oleh perawat yaitu pentingnya dan menjaga kebersihan terutama mandi. Pasien juga dibantu mandi oleh perawat dengan menggunakan air hangat, sabun dan shampo.

2. Pukul 06.20 Merawat Luka pasien

Respon : luka sudah membaik dan pus sudah tidak ada

3. Pukul 06.20 Memonitor karakteristik luka.

Respon : luka pada punggung kaki (metatarsal) kanan dan kiri sedikit kering.

4. Pukul 06.15 Memonitor tanda tanda infeksi (Rubor).

Respon : luka sedikit kering, kemerahan sudah berkurang sebagian, sudah tidak ada pus (-).

5. Pukul 06.16 Memberikan obat luka *die da tay ping yao jing* pada luka, dengan cara di oleskan pada punggung kaki (metatarsal) setelah mandi.

Respon : pasien diberikan obat luka pada kulit kaki (metatarsal) dengan cara dioleskan sesuai yang di sediakan oleh perawat.

6. Pukul 12.00 Memonitor TTV

Respon : TD: 150/90 mmHg, N: 86x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C

Tanggal 12 Januari 2024

1. Pukul 14.30 Memandikan pasien

Respon : Pasien dibantu mandi oleh perawat dengan menggunakan air hangat, sabun.

2. Pukul 14.50 Memonitor karakteristik luka.

Respon : luka pada kedua punggung kaki (metatarsal) kanan dan kiri sudah lumayan kering sebagian, kemerahan sudah berkurang sebagian.

3. Pukul 15.15 Memberikan salep benoson pada luka, dengan cara di oleskan pada punggung kaki (metatarsal) setelah mandi.

Respon : pasien diberikan obat luka pada kulit kaki (metatarsal) dengan cara dioleskan sesuai yang di sediakan oleh perawat.

4. Pukul 15.30 Mengkolaborasi pemberian salep antibiotik.

Respon : salep benoson 1x1 setelah mandi sore.

5. Pukul 16.00 Memonitor TTV

Respon : TD: 150/70 mmHg, N: 87x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C.

Tanggal 13 Januari 2024

1. Pukul 15.00 Memandikan pasien

Respon : Pasien dibantu mandi oleh perawat dengan menggunakan air hangat, sabun.

2. Pukul 15.20 Memonitor karakteristik luka.

Respon : luka pada kedua punggung kaki (metatarsal) kanan dan kiri sudah lumayan kering keseluruhan, kemerahan sudah berkurang.

3. Pukul 15.20 Memberikan salep benoson pada luka, dengan cara di oleskan pada punggung kaki (metatarsal) setelah mandi.

Respon : pasien diberikan obat luka pada kulit kaki (metatarsal) dengan cara dioleskan sesuai yang di sediakan.

4. Pukul 16.00 Memonitor TTV

Respon : TD: 145/70 mmHg, N: 87x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C.

Tanggal 14 Januari 2024

1. Pukul 14.20 Memandikan pasien

Respon : Pasien dibantu mandi oleh perawat dengan menggunakan air hangat, sabun.

2. Pukul 14.30 Memonitor karakteristik luka.

Respon : luka pada kedua punggung kaki (metatarsal) kanan dan kiri sudah bagus dan kering keseluruhan, sudah tidak terjadi kemerahan.

3. Pukul 16.00 Memonitor TTV

Respon : TD: 140/90 mmHg, N: 86x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C.

Pasien kedua Ny D/73tahun**Tanggal 09 Januari 2024**

1. Pukul 11.30 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit.

Respon : Ny D mengatakan bahwa setelah mandi badan terasa gatal, kulit kurang lembab dan bersisik, sehingga pasien sering menggaruk area yang gatal dan terjadi luka goresan.

2. Pukul 11.30 Memonitor tanda gejala infeksi dan karakteristik luka.

Respon : terdapat kemerahan dan luka goresan di kaki tibia pasien.

3. Pukul 12.00 Memberikan minyak vco pada kulit yang kering

Respon : pasien di berikan minyak pada kedua kaki yang kering.

4. Pukul 15.00 Menganjurkan pentingnya mandi dan menggunakan sabun.

Respon : Pasien memahami yang sudah dijelaskan oleh perawat yaitu pentingnya dan menjaga kebersihan untuk mencegah gatal – gatal atau gangguan integritas kulit dengan mandi 2x sehari dan pasien juga mengatakan rutin mandi secara mandiri.

5. Pukul 15.30 Menganjurkan minum air putih

Respon : pasien mengatakan selalu rutin minum air putih sebanyak kurang lebih 3-4 gelas.

6. Pukul 15.30 Menganjurkan menggunakan pelembab.

Respon : pasien mengatakan tidak memiliki pelembab sehingga sebagai gantinya pasien menggunakan minyak kelapa disiang hari.

7. Pukul 15.30 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi (Rubor).

Respon : Pasien memahami apa yang sudah dijelaskan oleh perawat kalau luka digaruk akan menyebar pada kulit dan menyebabkan luka dan luka pasien terdapat kemerahan

8. Pukul 15.35 Memberikan salep benoson pada area luka yang sesuai dengan kulit, dengan cara di oleskan pada kedua kaki setelah mandi.

Respon : pasien diberikan salep yang sudah di sediakan dan salep dioleskan pada area luka goresan kedua kaki.

9. Pukul 16.00 Memonitor TTV

Respon : TD: 120/90 mmHg, N: 85x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C

Tanggal 10 Januari 2024

1. Pukul 06.35 Memonitor tanda gejala infeksi dan karakteristik luka.

Respon : kemerahan berkurang sebagian dan luka goresan di kaki tibia pasien.

2. Pukul 06.37 Memberikan salep benoson pada area luka yang sesuai dengan kulit, dengan cara di oleskan pada kedua kaki setelah mandi.

Respon : pasien diberikan salep yang sudah di sediakan dan salep dioleskan pada area luka goresan kedua kaki.

3. Pukul 11.54 Memberikan minyak vco pada kulit yang kering

Respon : pasien di berikan minyak pada kedua kaki yang kering.

4. Pukul 12.00 Menganjurkan minum air putih

Respon : pasien mengatakan hari ini minum air putih sebanyak kurang lebih sudah 4 gelas.

5. Pukul 12.00 Memonitor TTV

Respon : TD: 120/80 mmHg, N: 85x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C

Tanggal 11 Januari 2024

1. Pukul 06.40 Memonitor tanda gejala infeksi (Rubor) dan karakteristik luka.

Respon : sudah tidak ada kemerahan dan luka goresan di kaki kedua tibia pasien lumayan sembuh dan kering.

2. Pukul 06.40 Memberikan salep benoson pada area luka yang sesuai dengan kulit, dengan cara di oleskan pada kedua kaki setelah mandi.

Respon : pasien diberikan salep yang sudah di sediakan dan salep dioleskan pada area luka goresan kedua kaki.

3. Pukul 11.00 Memberikan minyak vco pada kulit yang kering

Respon : pasien di berikan minyak pada kedua kaki dan kulit kering sudah lumayan membaik.

4. Pukul 12.00 Menganjurkan minum air putih

Respon : pasien mengatakan hari ini minum air putih sebanyak kurang lebih sudah 5-6 gelas.

5. Pukul 12.00 Memonitor TTV

Respon : TD: 100/80 mmHg, N: 80x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C.

Tanggal 12 Januari

1. Pukul 13.00 Memonitor tanda gejala infeksi (rubor) dan karakteristik luka.

Respon : sudah tidak ada kemerahan dan luka goresan di kaki kedua tibia pasien sembuh dan kering keseluruhan.

2. Pukul 13.00 Memberikan minyak vco pada kulit yang kering

Respon : pasien di berikan minyak pada kedua kaki dan kulit kering sudah membaik.

3. Pukul 13.10 Menganjurkan minum air putih

Respon : pasien mengatakan hari ini minum air putih sebanyak kurang lebih sudah 5 gelas.

4. Pukul 16.00 Memonitor TTV

Respon : TD: 110/90 mmHg, N: 83x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C

4.1.7 Evaluasi

Pasien pertama Ny A/85 tahun

Tanggal 09 Januari 2024, pukul 18.00

Data Subjektif : Ny A mengatakan kulit masih terasa kering dan gatal pada luka di kedua punggung kaki.

Data Obyektif : Kuku sudah bersih, terdapat luka dikedua pada punggung kaki (metatarsal), terdapat kemerahan, terdapat pus (+), pasien diberikan salep benoson, TD: 150/60 mmHg, N: 86x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C, pasien tampak menggaruk luka, pasien merasa nyaman setelah di lakukan tindakan

Asesment : gangguan integritas kulit belum teratasi

Planning : intervensi dilanjutkan 1, 3, 4, 5, 6, 7, dan 8.

Tanggal 10 Januari 2024, pukul 13.00

Data Subjektif : Ny A mengatakan area luka masih terasa gatal.

Data Obyektif : luka sedikit kering, kemerahan sedikit berkurang, masih terdapat sedikit (+), pasien merasa nyaman setelah dilakukan tindakan, TD:140/90 mmHg, N: 84x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit.

Asesment : gangguan integritas kulit belum teratasi.

Planning : intervensi dilanjutkan 1, 3, 4, 5, 6, dan 8.

Tanggal 11 Januari 2024, pukul 13.00

Data Subjektif : Ny A mengatakan area luka masih sedikit terasa gatal.

Data Obyektif : luka sedikit kering, sudah tidak ada pus (+), kemerahan sudah berkurang sebagian, pasien merasa nyaman setelah dilakukan tindakan, pasien diberikan obat luka die da tay ping yao jing pada area luka , TD: 150/90 mmHg, N: 86x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C.

Asesment : gangguan integritas kulit belum teratasi.

Planning : intervensi dilanjutkan 1, 4, 6, dan 8.

Tanggal 12 Januari 2024, pukul 18.00

Data Subjektif : pasien mengatakan area luka masih gatal sebagian.

Data Obyektif : luka sedikit kering, kemerahan sudah kering sebagian, pasien merasa nyaman setelah dilakukan tindakan, pasien diberikan salep benoson, TD: 150/70 mmHg, N: 87x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C.

Asesment : gangguan integritas kulit belum teratasi.

Planning : intervensi dilanjutkan 1, 4, 6, dan 8.

Tanggal 13 Januari 2024, pukul 18.00

Data Subjektif : pasien mengatakan area luka gatal sudah mendingan.

Data Obyektif : luka sudah terlihat kering keseluruhan, kemerahan sudah berkurang keseluruhan, TD: 145/70 mmHg, N: 87x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit.

Asesment : gangguan integritas kulit belum teratasi.

Planning : intervensi dilanjutkan 1, 8, dan 4.

Tanggal 14 Januari 2024, pukul 18.00

Data Subjektif : Ny A mengatakan luka sudah tidak gatal dan luka sudah kering.

Data Obyektif : luka pada kedua punggung kaki sudah sembuh, sudah tidak terdapat kemerahan, pasien merasa nyaman, TD: 140/90 mmHg, N: 86, S: 36°C, RR: 20x/menit.

Asesment : gangguan integritas kulit sudah teratasi.

Planning : intervensi dihentikan.

Pasien kedua Ny D/73tahun

Tanggal 09 Januari 2024, Pukul 18.00

Data Subjektif : Ny D mengatakan masih merasakan gatal pada badan terutama di area kaki, kulit terasa kering dan bersisik.

Data Obyektif : terdapat kemerahan pada daerah luka di kaki, terdapat luka goresan di kedua kaki, pasien diberikan minyak vco dan di oleskan salep di area luka, kulit tampak bersisik dan kering, TD: 120/90 mmHg, N: 85x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit.

Asesment : gangguan integritas kulit belum tertasi.

Planning : intervensi di lanjutkan 1, 3, 4, 5, dan 9.

Tanggal 10 Januari 2024, pukul 13.00

Data Subjektif : Ny D mengatakan masih sedikit terasa gatal pada badan terutama di area kaki.

Data Obyektif : kulit tampak kering dan bersisik sedikit berkurang, kemerahan berkurang, pasien diberikan salep benoson dan minyak vco, TD: 120/80 mmHg, N: 85x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit

Asesment : gangguan integritas kulit belum teratasi

Planning : intervensi dilanjutkan 1, 3, 4, 5, dan 9.

Tanggal 11 Januari 2024, pukul 13.00

Data Subjektif : Ny D mengatakan sudah tidak merasakan gatal pada bagian badan terutama pada kaki.

Data Obyektif : kemerahan sudah berkurang, luka goresan berkurang, kulit sudah tidak kering dan bersisik, TD: 100/80 mmHg, N: 80x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit

Asesment : gangguan integritas kulit belum tertasi.

Planning : intervensi dilanjutkan 1, 3, 5, dan 9.

Tanggal 12 Januari 2024, pukul 18.00

Data Subjektif : Ny D mengatakan sudah tidak merasakan gatal pada bagian badan terutama pada kaki.

Data Obyektif : kulit sudah tidak bersisik dan kering, luka goresan sudah sembuh, kemerahan menurun, TD: 110/90 mmHg, N: 83x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit.

Asesment : gangguan integritas kulit teratasi.

Planning : intervensi dihentikan.

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan antara teori dengan kenyataan selama memberikan asuhan keperawatan pada 2 pasien Ny A dan Ny D yang mengalami gangguan integritas kulit di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 09 Januari – 14 Januari 2024. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya. Pengumpulan data dengan observasi, anamnesa, dan pemeriksaan fisik langsung kepada kedua pasien.

Pada hasil pengkajian di riwayat kesehatan dari keluhan yang dirasakan pasien Ny A yaitu mengatakan kulit kaki terasa kering, dan gatal-gatal pada luka di punggung kaki kanan dan kiri luka berwarna kemerahan dan keluar sedikit pus (+). Sedangkan pasien Ny D mengatakan gatal-gatal setiap habis mandi dikarenakan penggunaan sabun secara bersamaan, gatal dirasakan pada seluruh badan terutama pada bagian kaki dan pasien sering menggaruk area yang gatal pada kedua kaki sehingga terjadi luka, dan kemerahan pada area luka garukan, kulit bersisik dan kering. Berdasarkan tinjauan teori gangguan integritas kulit ada beberapa gejala dan tanda mayor, yaitu kerusakan jaringan atau lapisan kulit, kemudian gejala dan tanda minor yaitu nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2016). *Personal hygiene* merupakan pengetahuan tentang usaha kesehatan bagi seseorang sehingga mampu menjaga kebersihan diri, dan mencegah timbulnya penyakit. Kebersihan diri yang buruk pada seseorang dapat menyebabkan timbulnya berbagai macam masalah kesehatan salah satunya yaitu penyakit kulit. Penggunaan sabun secara bergantian dengan teman juga sangat berpengaruh terhadap kebersihan sehingga bisa mengakibatkan timbulnya penyakit kulit atau gatal-gatal pada tubuh (Hayana et al., 2021). Berdasarkan tinjauan kasus dan tinjauan teori terdapat kesamaan antara tanda dan gejala gangguan integritas kulit kepada kedua pasien seperti gatal-gatal, terdapat luka, kemerahan, dan kulit kering. Tetapi pada tinjauan teori dengan tinjauan kasus

kedua pasien juga ada beberapa perbedaan terutama pada gejala utama antara kedua pasien yaitu tempat area luka, dan karakteristik luka pada pasien pertama yaitu terdapat kemerahan pada area luka, sedikit pus, kulit kering. Sedangkan pasien kedua terdapat kemerahan, kulit kering, dan bersisik.

Selanjutnya pada pengkajian terkait mobilitas fisik yang di ukur menggunakan INDEKS KATZ terdapat hasil aktivitas kemandirian sehari-hari pada Ny A pasien ketergantungan pada ke enam sistem fungsi misalnya makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian, dan mandi. Dan Ny D dapat melakukan kemandirian dalam hal aktivitas kehidupan sehari-hari misalnya makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi. Pekerjaan merupakan salah satu faktor yang dapat dikaitkan dengan aktivitas fisik dan keseimbangan, dimana ketika pekerjaan yang dimiliki memerlukan aktivitas yang sedang sehingga akan meningkatkan dan menjaga keseimbangan pada lansia (Palit et al., 2021). Lansia pada penelitian ini dahulu Ny A tidak bekerja hanya mengandalkan uang pensiun dari orang tua, sedangkan Ny D adalah sebagai ibu jalsenastri sekaligus ibu rumah tangga, dimana ibu rumah tangga lebih aktif dibandingkan lansia yang mengandalkan pensiunan sehingga pada lansia dengan pekerjaan ibu rumah tangga sampai saat ini memiliki tingkat keseimbangan yang baik (Sujana, 2017) kemudian Ny D juga rutin mengikuti kegiatan senam, olahraga ini sangat membantu tubuh di usia lanjut untuk menjaga kebugaran tubuh karena dapat membantu menghilangkan radikal bebas yang berada di dalam tubuh sehingga Ny D mengalami peningkatan kebugaran tubuh, peningkatan mobilitas, derajat kelelahan otot menurun, menghilangkan nyeri bahu kronis,

keinginan kerja meningkat, dan mengalami perubahan positif pada aktivitas sehari-hari. (Handayani & Sari, 2018).

Maka menurut peneliti tidak ada perbedaan antara teori dengan studi kasus yang dilakukan oleh peneliti, meskipun tanda dan gejala pada teori tidak semuanya muncul pada kedua pasien.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Dari hasil analisa data diagnosa pada Ny A yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penuaan ditandai dengan pasien mengeluh gatal, terdapat luka garukan pada punggung kaki (metatarsal), terdapat sedikit pus (+), warna dasar luka kemerahan, dan kulit kering. Kemudian diagnosa keperawatan pada Ny D yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penuaan ditandai dengan pasien mengeluh gatal setiap habis mandi, kulit bersisik dan kering, terdapat sedikit luka garukan pada kedua kaki (tibia).

Berdasarkan tinjauan teori gangguan integritas kulit adalah kerusakan yang terjadi pada kulit (dermis atau epidermis) atau bisa juga sebagai jaringan (contohnya yaitu seperti: membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul, atau sendi dan ligamen). Penyebab munculnya masalah berhubungan dengan proses penuaan, kurangnya kelembaban, suhu lingkungan yang ekstrem, perubahan sirkulasi, dan penurunan mobilitas (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Pada hasil kasus ini, penyebab gangguan integritas kulit adalah karena proses penuaan hal ini dibuktikan oleh data pada pengkajian yang menunjukkan kulit yang kering. Kemudian hal ini juga sejalan dengan penelitian oleh (Fiona, 2020) kulit kering dapat menyebabkan peningkatan risiko tanda gejala lain termasuk ketidaknyamanan, gatal-gatal, infeksi, lesi kulit, dan luka

dekubitus. Selain itu menurut Marsha (2016) kulit kering pada lansia akan cenderung kehilangan kelembapannya, penipisan epidermis, penurunan suplai darah, cairan dan nutrisi ke kulit, melambatnya penyembuhan luka dan respon imun, terganggunya termogulasi dan berkurangnya jumlah produksi kelenjar minyak atau keringat oleh kelenjar sebacea.

Berdasarkan uraian diatas maka terdapat kesamaan diagnosa keperawatan yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penuaan .

Oleh karena itu peneliti mengambil masalah utama gangguan integritas kulit yang di dasarkan dari hasil pengkajian

4.2.3 Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Intervensi di susun berdasarkan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penuaan, tujuan intervensi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan gangguan integritas kulit membaik, dengan kriteria hasil kemerahan pada luka menurun, kerusakan pada kulit menurun (luka membaik, tidak ada luka goresan, dan gatal berkurang), tekstur kulit membaik.

Kemudian di implementasikan dalam bentuk OTEK yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Adapun implementasi yang di lakukan pada tahap observasi meliputi memonitor karakteristik luka (dengan melihat warna, ukuran, dan letak luka), memonitor tanda infeksi dengan melihat apakah ada bengkak, kemerahan, panas, nyeri, perubahan fungsi (Salmiyah, 2021), dan memonitor tanda-tanda vital berdasarkan penelitian (Manokwari, 2023) tindakan ini adalah cara yang cepat dan efisien bertujuan untuk memantau kondisi pasien atau mengidentifikasi masalah dan mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan

keperawatan, pemeriksaan tanda-tanda vital terdiri dari pemeriksaan suhu tubuh, denyut nadi, frekuensi pernapasan, dan tekanan darah pada pasien.

Setelah melakukan observasi pada setiap pertemuan kemudian yang dilakukan adalah tahap terapeutik memberikan obat-obatan berupa yang sesuai dengan jenis luka dan sering dipakai oleh kedua pasien yaitu salep benoson sejalan dengan penelitian (Arviyani, n.d.) pemberian salep antibiotik berfungsi untuk mencegah terjadinya infeksi dan mempercepat proses penyembuhan, kemudian salep yang diberikan kepada pasien yaitu salep benoson menurut penelitian (Permata, 2019) salep benosom mengandung *Neomycin sulfate* dan *betamethasone valerate* dalam bentuk krim dapat digunakan untuk mengatasi rasa gatal, kemerahan, kulit kering, bersisik, ketidaknyamanan akibat berbagai kondisi kulit yang di sebabkan oleh infeksi, kemudian menggunakan minyak pada kulit lansia dengan minyak vco pada penelitian (Abdul, 2023) menggunakan minyak virgin coconut oil (vco) sangat baik untuk kesehatan kulit lansia, mengandung pelembab alami sehingga mudah diserap kulit, mengandung vitamin E yang dapat membantu menjaga kulit agar tetap lembut dan tidak bersisik, halus, dan mengurangi risiko kanker kulit, sedangkan menurut Price, (2017) *medium fatty acid* yang terdapat pada vco mengandung sabun yang sama seperti pada sabun kulit, terdapat lemak ilmiah yang menjadi antimikrobia pada kulit dan melindungi kulit dari infeksi

Setelah pemberian obat untuk memaksimalkan proses yang dilakukan secara mandiri oleh pasien maka perlu di lakukan tahap edukasi yaitu dengan menjelaskan tanda – tanda infeksi, menjelaskan pentingnya mandi atau menjaga kebersihan diri. *Personal hygiene* yang tidak baik akan mempermudah tubuh terserang berbagai penyakit seperti penyakit kulit, penyakit infeksi, penyakit

menular, dan penyakit saluran cerna (Saryono, 2016). Tujuan menjelaskan pentingnya mandi pada pasien untuk menjaga kebersihan tubuh, untuk mencegah terjadinya infeksi seperti rubor, calor, dolor, tumor, dan fungtio laesa akibat kulit kotor, memperlancar sistem peredaran darah, dan menambah kenyamanan pasien sehingga pasien dapat melakukan pencegahan agar tidak terjdinya infeksi pada luka dengan menjaga kebersihan tubuh (Mustika & Purwanto, 2015).

Setelah dilakukan edukasi kemudian pada tahap kolaborasi yaitu dengan pemberian antibiotik, namun intervensi ini tidak di implementasikan karena tidak dalam proses pengawasan oleh dokter sehingga tidak dilakukan.

Pada intervensi gangguan integritas kulit monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, berikan salep yang sesuai ke kulit atau lesi, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit sensitif, jelaskan tanda dan gejala infeksi, jelaskan pentingnya mandi, kolaborasi pemberian antibiotik, *Jika perlu* (Tim pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Berdasarkan tinjauan kasus dan tinjauan teori diatas terdapat persamaan dimana kedua pasien sama-sama di lakukan intervensi keperawatan yang sesuai pada konsep teori intervensi gangguan integritas kulit.

4.2.4 Evaluasi

Hasil evaluasi di dapatkan masalah teratasi setelah implementasi dilakukan selama 6 hari pada pasien pertama dan 4 hari pada pasien kedua. Masalah dari kedua pasien ini teratasi di dua rentang waktu yang berbeda dan juga tidak sesuai dengan tujuan di intervensi hal ini dikarenakan pasien Ny A tidak kooperatif saat di lakukan perawatan luka dengan di tujukan oleh perilaku seperti susah untuk diarahkan waktu pengobatan, tidak mau menggunakan minyak atau pelembab

kalau tidak sesuai dengan kebiasaannya, selalu menggaruk area pinggir luka dan kuku susah di potong dengan alasan biar puas untuk menggaruk area yang gatal dan sedangkan pada pasien Ny D juga terjadi pemanjangan proses perawatan karena pasien sering mengelupas luka yang sudah terlihat kering maka luka tidak jadi sembuh dan pasien juga sering mandi sehingga terjadi pemanjangan proses penyembuhan. Hal ini sejalan dengan penelitian bahwa kebiasaan mandi terlalu lama atau berendam di air menyebabkan kulit kering dan memperlambat proses penyembuhan pada luka (Bianti, 2016). Proses penyembuhan luka terdapat 4 fase yaitu fase hemostasis muncul saat cedera terjadi dan merupakan respons pertama dari tubuh, fase inflamasi reaksi tubuh terhadap cedera atau infeksi pada lansia biasanya repon inflamasi dapat mengalami perubahan yang berdampak pada penyembuhan luka karena terdapat penurunan dalam produksi mediator inflamasi, seperti sitokin dan faktor pertumbuhan pada lansia sehingga memperlambat penyembuhan, fase kedua proliferasi sel dimana sel-sel baru berkembang untuk menggantikan jaringan yang rusak pada lansia sehingga memperlambat penyembuhan luka, fase terakhir remodeling jaringan di mana jaringan yang baru terbentuk mengalami perubahan untuk menyesuaikan diri dengan fungsi normal biasanya pada lansia mengalami penurunan elastisitas kulit dan penurunan produksi kolagen sehingga dapat mempengaruhi penyembuhan luka (Seminar et al., 2023). Semua luka melalui proses penyembuhan yang berbeda, mulai dari reaksi awal luka hingga tahap akhir terbentuknya kulit baru. Luka ringan, seperti luka tanpa kerusakan jaringan yang luas, biasanya membutuhkan waktu sekitar 4–6 minggu untuk sembuh (Heather A, 2023).

Kemudian pada hasil akhir evaluasi pada pasien pertama dengan diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penuaan, Ny A mengatakan luka sudah tidak gatal dan luka sudah kering, luka pada kedua punggung kaki sudah membaik, sudah tidak terdapat kemerahan, pasien merasa nyaman, TD: 140/90 mmHg, N: 86, S: 36°C, RR: 20x/menit, gangguan integritas kulit sudah teratasi, intervensi dihentikan gatal dan luka pada pasien teratasi. Sedangkan pada pasien kedua dengan diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penuaan, Ny D mengatakan sudah tidak merasakan gatal pada bagian badan terutama pada kaki, kulit sudah tidak bersisik dan kering, luka goresan sudah sembuh, kemerahan menurun (-), TD: 110/90 mmHg, N: 83x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit, gangguan integritas kulit teratasi, intervensi dihentikan gatal dan luka pada pasien teratasi.

Evaluasi dilakukan pada tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Komponen catatan perkembangan, antara lain sebagai berikut: SOAP (data subjektif, data objektif, analisis/assessment, dan perencanaan/planning) dapat dipakai untuk mendokumentasikan evaluasi dan pengkajian ulang (Dinarti & Muryanti, 2019).

Dari pembahasan yang ada dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara teori dengan tinjauan kasus. Dari hasil analisis menunjukkan pada kedua pasien berhasil pada tindakan gangguan integritas kulit namun hanya beberapa

saja dan perlu dukungan untuk membantu pasien Ny A untuk melakukan tindakan yaitu seperti mandi dan potong kuku.

