

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan deskripsi diatas mengenai asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami ulkus diabetikum dengan masalah risiko infeksi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Mei 2024 kepada Tn. A, usia 50 tahun dengan no. RM 00-945185 didapatkan hasil klien mengatakan bahwa tiba-tiba terdapat luka di area punggung kaki sebelah kiri pasien yang tidak diketahui penyebabnya. Klien mengatakan bahwa proses penyebaran lukanya itu cukup cepat. Kemudian pada tanggal 11 Mei 2024 klien merasakan nyeri sehingga dilarikan ke Rumah Sakit Al-ihsan. Klien mengeluh nyeri dan lemas, nyeri yang dirasakan adalah nyeri berkedut, nyeri terasa di area luka di punggung kaki sebelah kiri, klien mengatakan nyeri berskala 5 (0-10), klien mengatakan nyeri hebat bisa terjadi apabila sedang dilakukan perawatan luka atau ganti perban dan berkurang pada saat setelah selesai ganti perban, nyeri dirasakan secara terus menerus. Klien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur dan segala aktivitasnya dilakukan di tempat tidur dan dibantu oleh keluarga. Sebelumnya, klien tidak pernah memeriksakan kesehatan di fasilitas kesehatan yang ada sehingga klien tidak menyadari penyakitnya sedari dini. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan luka di area punggung kaki dengan luas +-

2. 8cm dan kedalaman +- 4cm, luka berwarna kuning, berbau khas dan terdapat jaringan nekrotik disepanjang luka, selain itu, klien mengalami peningkatan leukosit sebesar 11.140 sel/uL
3. Hasil pengkajian yang telah dilakukan kemudian dikelompokkan menjadi data mayor dan minor, sehingga didapatkan diagnosa keperawatan yaitu Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis : Ulkus Diabetikum d.d klien mengeluh nyeri, nyeri dirasakan berkedut, nyeri dirasakan di punggung kaki sebelah kiri, nyeri dengan skala 5 (0-10), nyeri dirasakan terus-menerus, klien mengalikan sulit tidur. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan b.d neuropati perifer d.d Terdapat luka yang di punggung kaki sebelah kiri, Luka terbuka dan berbau khas, Terdapat jaringan mati disepanjang luka, Luas luka +- 8 cm dengan kedalaman +-4 cm. Risiko Infeksi d.d Terdapat luka yang di punggung kaki sebelah kiri, Luka berbau khas, terdapat jaringan mati, luka berwarna kuning, Leukosit : 11140 sel/uL, Hb : 8,7 g/dL
4. Intervensi keperawatan yang direncanakan oleh penulis dengan masalah keperawatan yang diambil yaitu risiko infeksi. Intervensi keperawatan ini dilakukan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil ialah tingkat infeksi dapat menurun. Intervensi yang diambil oleh penulis ialah perawatan luka dengan tahapan observasi (monitor karakteristik luka, monitor tanda infeksi), terapeutik (perawatan luka dengan *moist wound healing:hidrogel*), edukasi (jelaskan tanda dan gejala infeksi) dan kolaborasi (kolaborasi

pemberian antibiotik seperti ceftriaxone). selain itu juga, intervensi yang dilakukan ialah dengan perawatan luka dengan teknik *moist wound healing:hidrogel* untuk mempercepat penyembuhan luka dan mencegah terjadinya risiko infeksi.

5. Implementasi yang dilakukan kepada Tn. A sebanyak 1 kali dalam sehari dan dilakukan selama 3 hari. Implementasi yang diberikan ialah perawatan luka dengan teknik *moist wound healing:hidrogel* pada luka yang berada dipunggung kaki sebelah kiri.
6. Hasil evaluasi didapatkan bahwa pada hari ketiga pemberian *moist wound healing:hidrogel* terdapat peningkatan luka ke arah yang lebih baik, ditandai dengan luka sudah bersih, jaringan nekrotik sudah tiadak ada, luka berwarna merah dan sudah tidak tampak tanda-tanda infeksi.
7. Dokumentasi keperawatan untuk masalah risiko infeksi setelah melakukan tindakan perawatan luka dengan teknik *moist wound healing:hidrogel* tidak lupa untuk didokumentasikan hasil sebelum dan sesudah diberikan tindakan tersebut, guna untuk melihat apakah intervensi yang diberikan mampu mengatasi permasalahan yang ada pada klien atau tidak.
8. Perawatan luka dengan teknik *moist wound healing:hidrogel* yang dilakukan selama 3 hari dan dilakukan 1 kali dalam sehari didapatkan pada hari ketiga pemberian *moist wound healing:hidrogel* terdapat penigkatan pada penyembuhan luka, sebelum dilakukan *moist wound healing:hidrogel* luka klien berwarna kuning, berbau khas dan terdapat jaringan nekrotik, setelah

dilakukan intervensi *moist wound healing:hidrogel* luka klien mengalami perubahan kearah yang lebih baik, ditandai dengan luka sudah bersih, tidak ada jaringan nekrotik, luka sudah berwarna merah dengan granulasi dan tidak tampak tanda-tanda infeksi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi RSUD Al -Ihsan

Diharapkan hasil analisis keperawatan ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan untuk melakukan perawatan luka dengan menggunakan teknik *moist wound healing* untuk mangatasi masalah risiko infeksi pada pasien ulkus diabetikum

5.2.2 Bagi Perawat

Hasil karya ilmiah akhir Ners ini diharapkan perawat di ruangan dapat menerapkan intervensi kepada klien berupa perawatan luka dengan menggunakan teknik *moist wound healing* bagi pasien yang mengalami ulkus diabetikum dengan masalah risiko infeksi.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneiti selanjutnya diharapkan dapat lebih mengembangkan penelitian yang sudah ada dengan meneliti intervensi lainnya pada pasien Ulkus diabetikum dengan masalah risiko infeksi.