

BAB 4

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini menguraikan tentang hasil studi kasus mengenai “Kemampuan Perawatan Luka Kaki Penderita Diabetes Mellitus Tipe II Setelah Dilakukan Pendidikan Kesehatan”. Penelitian ini dilakukan mulai tanggal 15 Mei – 22 Juni 2017 pada seorang subjek penelitian atas nama Ny. S yang berusia 51 tahun.

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1 Gambaran Umum Lingkungan Studi Kasus

Pada penelitian ini peneliti memperoleh data dari Puskesmas Kendal Kerep Kota Malang. Puskesmas Kendal Kerep terletak di Jalan Raya Sulfat No. 100, Kelurahan Bunulrejo, Kecamatan Blimbing, Kota Malang. Puskesmas Kendal Kerep berdiri sejak 1982 – 1983 sebagai Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Cisadea. Tahun 1984 Puskesmas Pembantu beralih fungsi menjadi Puskesmas Induk dengan nama Puskesmas Kendal Kerep. Puskesmas Kendal Kerep merupakan wilayah dataran tinggi, bentuk permukaan tanah datar dan memiliki 4 kelurahan. Puskesmas Kendal Kerep memiliki ruang Poli Gigi, Poli Umum, Poli KIA, KB, Laboratorium, Apotek, ruang tata usaha, ruang pertemuan di lantai 2, IGD, dan Unit Rawat Inap sedangkan karyawan di Puskesmas tersebut berjumlah 44 orang. Dari hasil wawancara dengan perawat Puskesmas di Puskesmas Kendal Kerep Kota Malang, terdapat jumlah kunjungan penderita diabetes mellitus sebanyak 3660 orang pada tahun 2015 dan sebanyak 2398 orang

pada tahun 2016. Program pendidikan kesehatan mengenai perawatan luka kaki diabetik belum ada di puskesmas, pasien diabetes mellitus yang datang berobat di Puskesmas hanya dilakukan pemeriksaan tekanan darah, kadar gula darah, dan konsultasi dengan dokter mengenai keluhan yang dirasakan. Apabila kasus pada pasien tersebut memerlukan penanganan yang lebih lengkap, maka pasien akan dirujuk ke Rumah Sakit.

Wilayah kerja Puskesmas Kendal Kerep terletak di sebelah utara Kota Malang dengan luas wilayah 559 ha dan berada di wilayah Kecamatan Blimbing yang terdiri dari 4 kelurahan yaitu:

- a. Kelurahan Bunulrejo : 200 ha, 21 RW, 135 RT
- b. Kelurahan Kesatrian : 150 ha, 12 RW, 70 RT
- c. Kelurahan Polehan : 90 ha, 8 RW, 85 RT
- d. Kelurahan Jodipan : 118,6 ha, 7 RW, 65 RT

4.1.2 Karakteristik Subjek Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti memperoleh data dari seorang responden yaitu dengan inisial nama Ny.S. adapun data umum Ny.S adalah sebagai berikut.

Ny.S berusia 51 tahun lahir pada tanggal 19 Mei 1966 mempunyai 1 orang suami dan 3 orang anak. Ny. S bekerja sebagai ibu rumah tangga dan berjualan di took yang juga berada di rumahnya. Pendidikan terakhir Ny.S adalah SMA, dan bertempat tinggal di jalan Wiroto Terusan No 49 RT 07 RW 07 Kelurahan Polehan Kota Malang.

Ny.S sudah didiagnosa diabetes mellitus tipe II sejak 15 tahun yang lalu saat akan melahirkan anak ketiganya. Ny.S belum mengetahui bagaimana cara

merawat luka yang benar karena belum pernah ada luka sebelumnya. Luka kaki yang sekarang ini muncul sejak kurang lebih satu bulan yang lalu, berbentuk ulcus di telapak kaki kanan. Awal mula terjadinya luka yaitu Ny.S tergores besi saat membersihkan halaman rumahnya, luka dibiarkan hanya dirawat menggunakan bethadine namun tidak kunjung sembuh sehingga di periksakan ke Puskesmas Kendal Kerep. Saat diperiksakan, Ny.S diberi perawatan luka di IGD Puskesmas Kendal Kerep dan kemudian diberi rujukan ke rumah sakit Lavalette Malang. Di rumah sakit Lavalette Ny.S mendapatkan resep untuk bahan rawat luka sendiri di rumah dan juga sudah diajarkan cara perawatan luka.

4.1.3 Fokus Studi Kasus

Studi kasus ini memaparkan tentang perubahan kemampuan perawatan luka kaki penderita diabetes mellitus tipe II setelah dilakukan pendidikan kesehatan yang difokuskan pada bagaimana tingkat kemampuan setelah diberikan pendidikan kesehatan. Hasil studi kasus akan dipaparkan sebagai berikut ini.

4.1.3.1 Riwayat Perawatan Luka Kaki sebelum Dilakukan Pendidikan Kesehatan

Ny. S mengatakan bahwa mengenai perawatan luka yang ia lakukan adalah apa adanya dan sederhana sesuai apa yang ia pahami setelah diberi contoh satu kali oleh perawat di rumah sakit. Ny. S mengatakan setiap sore dua hari sekali melakukan perawatan luka. Ny. S mengatakan menggunakan bahan seadanya yang tersedia di rumah, tidak memakai sarung tangan karena sengaja tidak membeli, kemudian diawali dengan langsung membuka balutan,

membersihkan luka dengan kasa yang sudah dibahasi dengan *normal saline* 0,9% satu kali, kemudian ditutup dengan balutan kasa kembali.

Upaya manajemen lingkungan yang dilakukan untuk mencegah timbulnya luka menurut Ny.S adalah dengan berhati-hati meletakkan benda-benda tajam di lingkungan rumah, dan mengingatkan seluruh anggota keluarga. Selain itu Ny.S selalu mengenakan kaos kaki dan alas kaki. Ny.S mengatakan sudah berusaha mengontrol makanan sesuai anjuran dokter. Jadwal kontrol rutin yaitu satu bulan sekali ke rumah sakit Lavalette Malang, dan dari rumah sakit tersebut Ny.S mendapatkan terapi farmakologi, resep untuk satu bulan. Ny. S mengatakan keluarga sangat mendukung dalam usaha pengobatan Ny.S.

Peneliti melihat cara Ny.S merawat luka, didapatkan waktu total kurang lebih 7 menit. Dari hasil observasi, kemampuan perawatan luka Ny.S mendapatkan skor 38 (kurang mampu). Pada tahap persiapan alat, Ny.S tidak menyediakan sarung tangan bersih maupun steril, perlak, gunting, bethadine, kayu putih/alcohol, dan pinset. Pada tahap pelaksanaan, Ny.S tidak melakukan antara lain cuci tangan, memasang pengalas, memakai sarung tangan, melakukan desinfeksi sekitar luka, mengganti sarung tangan, membersihkan luka dari dalam keluar, mengompres luka, mengeringkan luka, hingga cuci tangan setelah perawatan. Pada tahap evaluasi, kerapiannya kurang sedangkan kenyamanan Ny.S mengatakan nyaman.

Selanjutnya peneliti memberikan pendidikan kesehatan mengenai diabetes mellitus tipe II dan perawatan luka kaki dengan metode ceramah dan media leaflet. Hari berikutnya peneliti melakukan demonstrasi yang pertama tentang perawatan luka kaki. Dua hari kemudian, peneliti melakukan demonstrasi

yang kedua tentang perawatan luka kaki. Selanjutnya, setiap dua hari peneliti mulai melakukan observasi kemampuan perawatan luka kaki pasien.

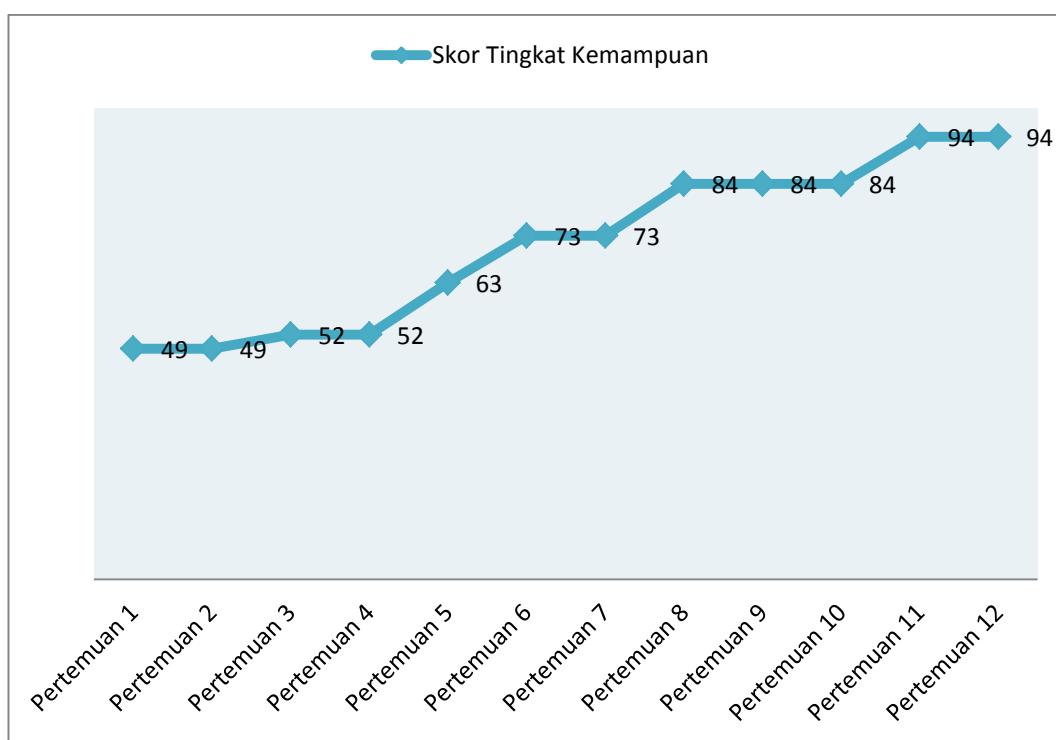
Pelaksanaan pendidikan kesehatan tentang perawatan luka kaki diabetic menggunakan metode ceramah dan media leaflet dilakukan selama total waktu 30 menit. Peneliti menjelaskan materi yang meliputi pengertian diabetes mellitus, perawatan luka, tanda dan gejala infeksi, serta cara perawatan luka. Ny. S mengatakan sudah pernah diberikan pendidikan kesehatan tapi hanya sebagian besar saja yang iya ingat. Ny. S mengatakan bahwa ia mengerti bahwa penyakit diabetes adalah penyakit karena kelebihan kadar gula dalam darah. Mengenai perawatan luka Ny. S mengerti sebagian saja setelah diberi contoh oleh perawat Rumah Sakit Lavalet sebanyak satu kali. Menurut Ny. S perawatan luka adalah proses mengganti balutan dan membersihkan luka agar luka cepat sembuh dan tidak infeksi. Tanda dan gejala infeksi yang disebutkan Ny.S adalah luka bau, basah, dan keluar nanah. Sedangkan mengenai urutan cara perawatan luka Ny. S mengatakan tidak hafal dan mungkin akan lebih mudah mengingat jika dipraktikkan.

Pada pelaksanaan pendidikan kesehatan yang kedua, peneliti menggunakan metode demonstrasi dilakukan dalam total waktu 20 menit. Peneliti memperagakan cara perawatan luka pada Ny. S sambil menjelaskan kembali cara perawatan luka yang benar. Ny. S mengatakan bahwa sebelumnya ia tidak melakukan perawatan luka yang seperti urutan tersebut, melainkan hanya membuka balutan, membersihkan dengan kasa yang dibasahi *normal saline* 0,9% satu kali, dan dibalut kembali saja.

Pada pelaksanaan pendidikan kesehatan yang ketiga, peneliti menggunakan metode demonstrasi dilakukan dalam total waktu 16 menit. Peneliti memperagakan perawatan luka bersama dengan Ny.S. Subyek mengatakan bahwa sudah agak hafal urutannya.

4.1.3.2 Kemampuan Perawatan Luka Kaki Setelah Dilakukan Pendidikan Kesehatan

Grafik 4.1 Perkembangan Skor Tingkat Kemampuan



Skor kemampuan perawatan luka kaki dilihat dalam 12 pertemuan yakni kurang lebih dua minggu. Perkembangannya dapat dijelaskan sebagai berikut ini.

1. Minggu pertama



Gambar A
Perkembangan Luka Pertemuan 1



Gambar B
Perkembangan Luka Pertemuan 2



Gambar C
Perkembangan Luka Pertemuan 3



Gambar D
Perkembangan Luka Pertemuan 4



Gambar E
Perkembangan Luka Pertemuan 5



Gambar F
Perkembangan Luka Pertemuan 6

Gambar 4.1 Perkembangan Luka Minggu Pertama

Skor tingkat kemampuan perawatan luka meningkat dari pertemuan pertama hingga ke enam yaitu dari 49 (kurang mampu) dilakukan dalam total waktu 9 menit, 49 (kurang mampu) dilakukan dalam total waktu 8 menit 40 detik, 52 (kurang mampu) dilakukan dalam total waktu 9 menit 5 detik, 52 (kurang mampu) dilakukan dalam total waktu 9 menit, 63 (cukup mampu), 73 (cukup mampu) dilakukan dalam waktu 12 menit 15 detik.

Hal-hal yang tidak dilakukan sampai pertemuan ke enam antara lain yaitu pada tahap persiapan alat, Ny.S tidak menyediakan sarung tangan steril, pinset, kayu putih/alcohol, bethadine. Pada tahap pelaksanaan, Ny.S tidak membuka plester/balutan lama dengan kayu putih/alcohol, tidak melakukan desinfeksi sekitar luka dengan bethadine, tidak menggunakan sarung tangan steril, tidak mengompres luka dengan kasa yang telah dibasahi NaCl 0,9%, tidak mengeringkan luka dengan kasa kering steril. Pada tahap evaluasi balutan terlihat rapi, sedangkan kenyamanan Ny.S mengatakan merasa nyaman. Ny. S menjawab bahwa alasannya belum melakukan tindakan-tindakan tersebut adalah karena bahannya belum membeli sehingga tidak tersedia dan tidak dilakukan, mengenai urutan yang tidak dilakukan adalah karena lupa dan perlu membaca serta menghafal lagi. Alasan tidak membeli adalah karena belum sempat, dan tidak ada keluarga yang bersedia membelikan. Ny. S juga mengatakan bahwa dengan menggunakan bahan yang ada bisa menghemat biaya.

Perkembangan luka yang dialami sangat baik, kondisi luka dari pertemuan satu sampai enam mengalami peningkatan menuju sembuh. Pada pertemuan pertama hingga ketiga yang ditunjukkan oleh gambar 4.1, gambar 4.2, dan gambar 4.3 kondisi terlihat tidak banyak mengalami perubahan untuk diameternya, luka

kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, ada lapisan kering disekitar lingkaran luka berwarna coklat. Sedangkan pada pertemuan keempat hingga keenam yang ditunjukkan oleh gambar 4.4, gambar 4.5, dan gambar 4.6 kondisi luka terlihat ada perbedaan untuk diameternya, lubang yang awalnya dalam mulai menutup menyisakan sedikit saja ditengah, luka tetap kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi yang muncul.

2. Minggu kedua



Gambar G
Perkembangan Luka Pertemuan 7



Gambar I
Perkembangan Luka Pertemuan 9



Gambar H
Perkembangan Luka Pertemuan 8



Gambar J
Perkembangan Luka Pertemuan 10



Gambar K
Perkembangan Luka Pertemuan 11



Gambar L
Perkembangan Luka Pertemuan 12

Gambar 4.2 Perkembangan Luka Minggu Kedua

Skor tingkat kemampuan perawatan luka meningkat lagi dari pertemuan ketujuh hingga ke dua belas yaitu dari 73 (cukup mampu) dilakukan dalam total waktu 12 menit hingga 94 (mampu) dalam total waktu 8 menit. Sedangkan Ny.S mendapat skor yang bisa dikatakan mampu adalah pada pertemuan ke delapan dengan skor 84 yang dilakukan dalam total waktu 11 menit 84 detik.

Pertemuan keduabelas tersebut Ny. S sudah dikatakan mampu dan skornya adalah 94 dalam total waktu 8 menit pada tahap persiapan alat, Ny.S tidak menyediakan sarung tangan steril, pinset, kayu putih/alcohol, bethadine. Pada tahap pelaksanaan, Ny.S tidak membuka plester/balutan lama dengan kayu putih/alcohol, tidak melakukan desinfeksi sekitar luka dengan bethadine, tidak menggunakan sarung tangan steril. Pada tahap evaluasi balutan terlihat rapi, sedangkan kenyamanan Ny.S mengatakan merasa nyaman. Ny. S menjawab bahwa alasannya masih sama jika belum melakukan tindakan-tindakan tersebut adalah karena bahannya sengaja tidak membeli sehingga tidak tersedia dan tidak dilakukan. Sarung tangan steril dianggap tidak perlu digunakan karena sudah

menggunakan sarung tangan bersih, sehingga menghemat biaya. Ny. S juga mengatakan bahwa dengan perawatan luka yang ia kerjakan sekarang saja sudah dapat sembuh.

Perkembangan luka di minggu ke dua semakin terlihat peningkatannya, utama terlihat pada diameter luka yang tiap pertemuan semakin menutup. Di minggu kedua ini luka juga tetap kering dan tidak muncul tanda-tanda infeksi. Pada gambar 4.10 dan gambar 4.11 adalah perbedaan gambar luka dengan jarak 1 minggu, hal ini dikarenakan Ny.S sedang keluar kota sehingga tidak dapat diobservasi seperti jadwal seharusnya, sedangkan Ny.S tidak memiliki kamera untuk mendokumentasikan foto perkembangan lukanya.

4.2 Pembahasan

Ny.S mengalami luka kaki diabetes derajat III ditandai dengan luka berbentuk ulcus dan disekelilingnya terbentuk kalus, sedangkan kondisi luka kering tidak ada nanah ataupun tanda-tanda infeksi lainnya. Hal ini sesuai dengan teori klasifikasi sederhana menurut Edmons (2006) yakni *ulcerated foot* adalah luka kaki diabetes derajat III.

Berdasarkan jenis luka kaki tersebut yang tidak ada infeksi, dan kering maka Ny. S tidak mendapatkan resep untuk obat yang langsung diberikan pada luka melainkan hanya perawatan luka menggunakan *normal saline* 0,9% dan ditutup dengan kassa steril saja untuk *dressing*. Pemilihan *dressing* adalah sesuai dengan kemampuan Ny. S dalam hal biaya. Hal ini sesuai dengan teori Yani (2011) yaitu bila ulkus kering maka digunakan pembalut yang mampu

melembabkan. Untuk pembalut konvensional yaitu menggunakan kasa steril yang dilembabkan dengan NaCl 0,9% sedangkan untuk modern *dressing* misalnya yang sering dipakai dalam perawatan luka seperti: *hydrocolloid*, *hydrogel*, *calcium alginate*, *foam*, dan sebagainya. Pemilihan pembalut yang digunakan hendaknya senantiasa mempertimbangkan *cost effective* dan kemampuan ekonomi pasien.

Kemampuan Ny.S dalam upaya manajemen lingkungan, kontrol makanan, dan frekuensi konsultasi dengan dokter adalah baik. Hal ini merupakan bentuk dari perilaku pencarian pengobatan dan perilaku pemulihan kesehatan. Kemampuan ini dikarenakan Ny.S sudah pernah mendapatkan pendidikan kesehatan sebelumnya, dan mengetahui secara garis besar mengenai apa yang harus ia lakukan. Ny.S melakukan hal tersebut karena dorongan ingin sembuh, dan motivasi atau dukungan dari keluarga. Hal ini sesuai dengan teori oleh Heri (2007) yang mengatakan bahwa perilaku pencarian pengobatan menyangkut upaya atau tindakan seseorang seseorang saat menderita sakit, mulai dari mengobati sendiri sampai mencari bantuan ahli. Sedangkan perilaku pemulihan kesehatan adalah usaha yang dilakukan agar sakit yang diderita tidak menjadi hambatan sehingga individu yang menderita dapat berfungsi secara optimal secara fisik mental dan sosial.

Pelaksanaan pendidikan kesehatan tidak mengalami hambatan, Ny.S cenderung kooperatif dan memiliki minat belajar. Pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap kemampuan perawatan luka kaki Ny.S, terlihat dari skor tingkat kemampuan perawatan luka sebelum adalah 38 dan setelah diberi pendidikan kesehatan skornya adalah 94. Sehingga seiring dengan

kemampuannya meningkat, perkembangan lukanya juga mengalami kemajuan menuju sembuh dalam duabelas kali pertemuan. Hal ini sesuai dengan teori tujuan pendidikan kesehatan menurut WHO (1954) yang salah satunya adalah membantu individu maupun kelompok agar mampu secara mandiri mencapai tujuan hidup sehat. Demikian juga sesuai dengan teori oleh Suiroaka & Supariasa (2012) yang mengatakan bahwa pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya promotif dalam bidang kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam melakukan upaya-upaya kesehatan mandiri. Pendidikan kesehatan dalam hal ini merupakan suatu bentuk proses pembelajaran yang bertujuan untuk merubah perilaku masyarakat menuju perilaku berpola hidup sehat.

Perawatan luka yang dilakukan Ny.S adalah merupakan satu bentuk kemampuan psikomotorik. Hal ini sesuai dengan teori bahwa kemampuan merupakan tenaga melakukan perbuatan sesuai dengan kapasitasnya, bisa merupakan kesanggupan bawaan sejak lahir, atau merupakan hasil latihan atau praktik. Kemampuan psikomotorik (*Physical ability*) merupakan kemampuan melakukan aktivitas berdasarkan stamina kekuatan dan karakteristik fisik (Robbins, 2015).

Dalam perkembangannya selama dua belas kali pertemuan, terlihat dari kategori kurang mampu (pertemuan 1-4), cukup mampu (pertemuan 5-7), dan mampu (pertemuan 8-12). Hal ini merupakan suatu proses ranah psikomotorik yang dialami Ny.S dari tahapan fase kognitif hasil belajar dari pendidikan kesehatan yang sudah diberikan oleh peneliti, hingga fase Ny.S dapat melakukan perawatan luka di kategori mampu secara lancar. Hal ini sesuai dengan teori W.S.

Winkel (1996: 339-340) yang menjelaskan bahwa dalam belajar keterampilan motorik terdapat dua fase, yakni fase kognitif dan fase fiksasi. Selama pembentukan prosedur diperoleh pengetahuan deklaratif (termasuk pengetahuan procedural seperti konsep dan kaidah dalam bentuk pengetahuan deklaratif) mengenai urutan langkah-langkah operasional atau urutan yang harus dibuat. Inilah yang di atas disebut “fase kognitif” dalam belajar keterampilan motorik. Kemudian rangkaian gerak-gerak mulai dilaksanakan secara pelan-pelan dahulu, dengan dituntun oleh pengetahuan procedural, sampai semua gerakan mulai berlangsung lebih lancar dan akhirnya keseluruhan urutan gerak-gerak berjalan sangat lancar. Inilah yang disebut “fase fiksasi”, yang baru berakhir bila program gerak jasmani berjalan otomatis tanpa disertai taraf kesadaran yang tinggi.

Kemampuan perawatan luka setelah diberikan pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh Ny.S dipengaruhi oleh factor internal dan eksternal. Selama 12 kali pertemuan yang dilakukan, ada perubahan dari hal-hal yang dikerjakan dalam urutan perawatan luka menjadi dikerjakan. Alasannya adalah dari segi intelegensi, minat, biaya, dan dukungan dari keluarga. Hal ini sesuai dengan teori factor yang mempengaruhi kemampuan hasil belajar menurut M. Dalyono (2015; Kurniawan, 2012) yakni digolongkan menjadi factor internal dan eksternal. Factor internal meliputi kesehatan, intelegensi dan bakat, minat dan motivasi, cara belajar. Faktor eksternal meliputi dukungan orang sekitar baik keluarga maupun masyarakat.

4.3 Keterbatasan

Keterbatasan yang dialami oleh peneliti selama proses pengambilan data adalah observasi yang dilakukan kurang maksimal, hal ini terjadi antara pertemuan 10 dan 11 yakni responden Ny.S sedang keluar kota selama sekitar satu minggu sehingga observasi yang seharusnya setiap dua hari sekali menjadi terlambat, sedangkan jika di wawancara/*recall* tidak didapatkan data karena dibutuhkan foto perkembangan luka sementara Ny.S tidak memiliki kamera. Keterbatasan lain yaitu peneliti menggunakan lembar kuisisioner dan lembar observasi yang disusun sendiri berdasarkan teori dan konsultasi pembimbing saja tanpa adanya uji *validasi*.