



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN INTEGRITAS
KULIT DENGAN PEMBERIAN MOIST WOUND HEALING PADA
PASIENT ULKUS DIABETIKUM DI RSUD Hj. ANNA LASMANAH
BANJARNEGARA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners

Disusun Oleh:

YOFI HASBI FAVIAN

A32020279

PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

2021

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Nama : YOFI HASBI FAVIAN

NIM : A32020279

Tanggal : 20 Oktober 2021

Tandatangan :



HALAMAN PERSETUJUAN

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DENGAN PEMBERIAN MOIST WOUND HEALING PADA PASIEN ULKUS DIABETIKUM DI RSUD Hj. ANNA LASMANAH BANJARNEGARA

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat Untuk di
ujikan pada tanggal 20 Oktober 2021

Pembimbing



(Irmawan Andri, M.Kep)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan Pendidikan

Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong



(Dadri Santoso, M.Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh:

Nama : Yofi Hasbi Favian. S. Kep

NIM : A32020279

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA-N : Analisis Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Dengan Pemberian *Moist Wound Healing* Pada Pasien Ulkus Diabetikum Di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Ners Keperawatan Universitas Muhammadiyah Gombong

DEWAN PENGUJI

Penguji satu



(Hendri Tamara Y, M.Kep)

Penguji dua



(Irmawan Andri, M.Kep)

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal : 20 Oktober 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Alloh SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Ners ini dengan judul “Analisis asuhan keperawatan gangguan integritas kulit dengan pemberian moist wound healing pada pasien ulkus diabetikum di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara”. Sholawat serta salam tetap tercurahkan kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW sehingga penulis mendapat kemudahan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan dan dukungan berbagai pihak sehingga dapat terselesaikan dengan baik tanpa ada kendala suatu apa. Untuk itu dalam kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setulus tulusnya kepada:

1. DR Herniyatun M.Kep, Sp. Mat, selaku Ketua Universitas Muhammadiyah Gombong.
2. Dadi Santoso, M. Kep, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong.
3. Irmawan Andri, M.Kep selaku pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.
4. Hendri Tamara Y, M. Kep., selaku penguji yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.
5. Kepada orang tua yang telah memberikan dana, semangat, dan mendoakan agar karya ilmiah akhir ners berjalan dengan lancar.
6. Teman-teman Profesi Ners B15 Banjarnegara yang mengajarku arti perbedaan dari segala hal, nasehat, dan berjuang bersama
7. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, penulis ucapkan terimakasih atas bantuan dan dukungannya.

Semoga bimbingan dan bantuan serta dorongan yang telah diberikan mendapat balasan sesuai dengan amal pengabdianya dari Alloh SWT. Tiada gading yang tak retak, maka penulis mengharap saran dan kritik yang bersifat

membangun dari pembaca dalam rangka perbaikan selanjutnya. Akhir kata semoga Karya Ilmiah Ners ini bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Kebumen, 20 Oktober 2021

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : YOFI HASBI FAVIAN

NIM : A32020279

Program studi : Pendidikan Profesi Ners

Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN
INTEGRITAS KULIT DENGAN PEMBERIAN MOIST
WOUND HEALING PADA PASIEN ULKUS DIABETIKUM DI
RSUD Hj. ANNA LASMANAH BANJARNEGARA**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Gombong, Kebumen

Pada Tanggal 20 Oktober 2021

Yang menyatakan



(YOFI HASBI FAVIAN)

Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Universitas Muhammadiyah Gombong

KIA-N, Oktober 2021

Yofi Hasbi Favian ¹⁾ Irmawan Andri ²⁾

yovi.favian31@gmail.com

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DENGAN PEMBERIAN MOIST WOUND HEALING PADA PASIEN ULKUS DIABETIKUM DI RSUD Hj. ANNA LASMANAH BANJARNEGARA

Latar Belakang: Kasus diabetes di Indonesia sampai saat ini cenderung meningkat dari hasil laporan International Diabetes Federation (IDF) Atlas 2017. Dari negara India, Tiongkok, Brazil, Meksiko, dan Amerika Serikat, di Indonesia jumlah penderita diabetes usia 20-79 tahun sekitar 10,3 juta orang, hal tersebut menjadikan Indonesia negara peringkat ke-6 di dunia dengan jumlah penderita terbanyak. Pola perawatan Diabetes Melitus adalah suatu kegiatan untuk menjaga supaya penderita diabetes dapat mengendalikan kadar gula darah dalam batas normal dan mencegah atau memperlambat terjadinya komplikasi seperti diet, olahraga/latihan, terapi, pemantauan kadar gula darah, dan edukasi.

Tujuan: Menganalisis asuhan keperawatan penerapan *moist wound healing* pada pasien ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara

Metode: Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dan metode studi kasus. Metode deskriptif adalah sekumpulan objek, biasanya ditujukan untuk menciptakan atau mendeskripsikan fenomena (termasuk kesehatan) yang terjadi pada populasi tertentu

Hasil Asuhan Keperawatan: Berdasarkan hasil penilaian skor luka dengan menggunakan *Bates Jensen Wound Assessment Tool* (BJWAT) di peroleh data bahwa terjadi perbaikan kondisi luka yang dapat di lihat dari penurunan skor luka pada BJWAT. Semakin kecil skor BJWAT, semakin baik pula keadaan luka. Perawatan luka yang dilakukan dengan modern *dressing* menunjukkan terdapatnya perubahan jaringan yang terjadi pada beberapa komponen pengkajian luka BJWAT antara lain berkurangnya persentase ukuran luka, kedalaman, granulasi, epitelisasi, berkurangnya jumlah jaringan nekrosis serta jumlah cairan yang muncul.

Rekomendasi: Hasil asuhan keperawatan ini dapat dijadikan acuan penatalaksanaan asuhan keperawatan gangguan integritas kulit dengan pemberian moist wound healing pada pasien ulkus diabetikum

Kata Kunci: *diabetes melitus; Gangguan integritas kulit; Moist wound healing*

¹⁾ Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong

²⁾ Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong

Nursing Professional Education Study Program

Muhammadiyah Gombong University

KIA-N, October 2021

Yofi Hasbi Favian¹⁾ Irmawan Andri²⁾

yovi.favian31@gmail.com

ABSTRACT

NURSING CARE ANALYSIS OF SKIN INTEGRITY DISORDERS WITH THE GIVING OF MOIST WOUND HEALING TO DIABETIC ULCUS PATIENTS IN Hj. ANNA LASMANAH Hospital, BANJARNEGARA

Background: Cases of diabetes in Indonesia to date tend to increase from the results of the International Diabetes Federation (IDF) Atlas 2017 report. From India, China, Brazil, Mexico, and the United States, in Indonesia the number of people with diabetes aged 20-79 years is around 10.3 million people, this makes Indonesia the 6th country in the world with the highest number of sufferers. Diabetes Mellitus treatment pattern is an activity to keep diabetics in control of blood sugar levels within normal limits and prevent or slow down the occurrence of complications such as diet, exercise/exercise, therapy, monitoring blood sugar levels, and education.

Objective: To analyze the application of moist wound healing nursing care in diabetic ulcer patients with impaired skin integrity in Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara

Methods: This research uses descriptive method and case study method. Descriptive method is a collection of objects, usually intended to create or describe phenomena (including health) that occur in certain populations

Nursing Care Outcomes: Based on the results of the wound score assessment using the Bates Jensen Wound Assessment Tool (BJWAT) data were obtained that there was an improvement in the condition of the wound which could be seen from the decrease in the wound score in the BJWAT. The lower the BJWAT score, the better the wound condition. Wound care carried out with modern dressings shows that there are tissue changes that occur in several components of the BJWAT wound assessment, including reduced percentage of wound size, depth, granulation, epithelialization, reduced amount of necrotic tissue and the amount of fluid that appears.

Recommendation: The results of this nursing care can be used as a reference for the management of nursing care for impaired skin integrity by providing moist wound healing in diabetic ulcer patients

Keywords: *Diabetes mellitus; Impaired skin integrity; Moist wound healing*

¹⁾ Student University Muhammadiyah Gombong

²⁾ Lecture University Muhammadiyah Gombong

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	6
C. Manfaat	6
BAB II KONSEP DASAR	8
A. Konsep Medis	8
B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan	20
C. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori	25
D. Kerangka Konsep	31
BAB III METODE STUDI KASUS.....	32
A. Desain Studi Kasus	32
B. Subyek Studi Kasus.....	32
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	33
D. Fokus studi kasus	33
E. Definisi operasional.....	33
F. Instrumen Studi Kasus	34
G. Teknik Pengumpulan Data	34
H. Analisis Data dan Penyajian Data	36
I. Etika Studi Kasus	36
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
A. PROFIL PRAKTEK.....	38
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan	41

C. Hasil Penerapan Tindakan Keperawatan	51
D. Pembahasan	56
PENUTUP	
A. Kesimpulan	75
B. Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kasus diabetes di Indonesia sampai saat ini cenderung meningkat dari hasil laporan International Diabetes Federation (IDF) Atlas 2017. Dari negara India, Tiongkok, Brazil, Meksiko, dan Amerika Serikat, di Indonesia jumlah penderita diabetes usia 20-79 tahun sekitar 10,3 juta orang, hal tersebut menjadikan Indonesia negara peringkat ke-6 di dunia dengan jumlah penderita terbanyak. Estimasi jumlah penyandang diabetes di Indonesia mencapai lebih dari 16 juta orang, dari angka prevalensi diabetes menunjukkan peningkatan secara signifikan di tahun 2013 yaitu 6,9% dan di tahun 2018 menjadi 8,5%. Hal ini sejalan dengan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (Kemenkes, 2018).

Diabetes Mellitus adalah penyakit yang ditandai dengan meningkatnya kadar gula dalam darah secara berkelanjutan dan bervariasi, terutama setelah makan (Sutanto, 2010). Kurangnya kesadaran untuk melakukan deteksi dini terhadap penyakit diabetes melitus, perubahan gaya hidup masyarakat, aktivitas fisik yang kurang, tingkat pengetahuan yang rendah, menyebabkan jumlah penderita diabetes melitus tinggi, serta mengatur pola makan tradisional yang mengandung banyaknya karbohidrat dan serat dari sayuran ke pola makan yang mencontoh daerah barat dengan banyaknya protein, garam, lemak, gula, dan sedikit mengandung serat (Anisa, 2016).

Pola perawatan Diabetes Melitus adalah suatu kegiatan untuk menjaga supaya penderita diabetes dapat mengendalikan kadar gula darah dalam batas normal dan mencegah atau memperlambat terjadinya komplikasi seperti diet, olahraga/latihan, terapi, pemantauan kadar gula darah, dan edukasi. Perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling aktif berperan dalam deteksi awal dan pencegahan diabetes dan komplikasinya (Ananta,

2018). Seorang perawat bisa melakukan pemeriksaan kaki meminta pasien untuk melepaskan sepatu dan kaos kaki mereka, dan kemudian memeriksa kaki mereka untuk mengetahui tingginya risiko. Kemudian dapat melakukan tindakan menutup luka, perawat harus mengetahui jenis ulkus dan bagaimana cara menutup luka yang baik. Meskipun terlihat mudah, ini merupakan komponen penting dalam manajemen diabetes, menutup luka merupakan cara terpenting untuk mencegah infeksi dan kelembapan, memperkecil kemungkinan infeksi bakteri dan membuang luka juga dapat membantu proses kecepatan penyembuhan (Azzida Dzaher, 2016).

Makanan yang berlebih (berlemak dan kurang serat) dapat meningkatkan kadar gula dalam darah merupakan perubahan gaya hidup yang tidak sehat sehingga kaki akan terasa kesemutan atau mati rasa yang dapat menyebabkan neuropati dan menurunkan kepekaan pada kaki (Damayanti, 2015). Jika pasien diabetes tidak mendapatkan pengobatan yang tepat, hiperglikemia jangka panjang dapat menyebabkan berbagai komplikasi. Komplikasi umum termasuk penyakit vaskular, retinopati, nefropati, neuropati dan ulkus kaki diabetik (Damayanti, 2015)

Penggunaan NaCl dalam perawatan luka tidak dapat secara efektif mencegah munculnya jaringan nekrotik, dan adanya jaringan nekrotik pada ulkus sebagai tempat persembunyian koloni bakteri juga menghambat proses granulasi jaringan (Smeltzer, 2006 dalam Purnomo, dkk. 2014) . Larutan NaCl 0,9% adalah larutan isotonik dan larutan saline normal, yang baik untuk membersihkan, mencuci dan mengompres luka. Komposisi cairan dan konsentrasi NaCl 0,9% hampir sama dengan cairan tubuh, sehingga tidak menyebabkan iritasi jaringan (Purnomo, 2014). Hasil penelitian Nabhani & Widiyastuti (2017) mengatakan bahwa madu memiliki manfaat untuk membantu proses penyembuhan luka gangrene pasien diabetes mellitus karena menurut Hammad (2013) dalam Nabhani dan Widiyastuti (2017) Kandungan air madu yang rendah, pH madu bersifat asam, dan kandungan hidrogen peroksida yang dimilikinya dapat membunuh bakteri dan mikroorganisme yang masuk ke dalam tubuh kita.

Ulkus diabetes biasanya dimulai dengan kerusakan pada jaringan lunak kaki, pembentukan retakan di antara jari-jari kaki atau area kulit yang kering, atau pembentukan kalus. Pasien dengan kehilangan sensitivitas kaki tidak akan merasakan cedera, termasuk cedera termal (misalnya berjalan tanpa alas kaki atau tanpa alas kaki di jalan yang panas, atau memeriksa air panas kaki dengan air panas), kerusakan kimiawi (misalnya menyebabkan luka bakar) menggunakan korosi Sediaan seksual untuk menghilangkan kalus, kutil atau bunion pada kaki), trauma (misalnya, benda asing yang menginjak sepatu, kuku kaki atau kaus kaki yang tidak tepat dapat melukai kulit) (Hidayat & Nurhayati, 2014). Ulkus diabetikum ini didefinisikan sebagai erosi kulit yang meluas dari dermis ke jaringan yang lebih dalam yang disebabkan oleh berbagai faktor, dan ditandai dengan ketidakmampuan jaringan yang terluka untuk memperbaiki dirinya sendiri pada waktunya., sehingga menimbulkan kerusakan integritas kulit pada pasien (WANDHANI, 2019).

Gangguan Integritas Jaringan/kulit adalah keadaan dimana seorang individu mengalami atau berisiko mengalami kerusakan jaringan membran, kornea, integumen, atau subkutan (Nurarif, 2015). Gangguan integritas jaringan dapat disebabkan oleh ulkus diabetes. Ulkus Kaki Diabetes (UKD) adalah komplikasi yang berkaitan dengan morbiditas akibat diabetes melitus. Pada tahun 2016, 150 juta orang di seluruh dunia menderita diabetes, dan hampir seperempat dari mereka berisiko terkena ulkus diabetik, dan 25% ulkus diabetes terkena amputasi organ. Perawatan luka yang baik dapat mencegah 40% kasus ulkus diabetikum. 60% kasus ulkus diabetik berhubungan erat dengan neuropati perifer. Diperkirakan risiko terjadinya komplikasi ulkus diabetikum adalah 15% (dr. Wahjoepramono, 2010).

Prevalensi global penderita ulkus diabetik sekitar 15%, risiko amputasi 30%, dan angka kematian 32% (IDF, 2015). Komplikasi yang dihadapi oleh penderita diabetes di Indonesia antara lain neuropati (63,5%), retinopati (42%), nefropati (7,3%), pembuluh darah besar (16%), pembuluh

mikro (6%) dan luka kaki diabetik (15%)). Ulkus diabetes dan gangren menyebabkan angka kematian 17-23%, dan angka amputasi 15-30%. (Purwanti, 2013). Amputasi mengacu pada hilangnya bagian tubuh (seperti jari tangan, lengan, tungkai atau tungkai) karena cedera atau pembedahan yang direncanakan, misalnya untuk mencegah penyebaran infeksi. Penelitian menunjukkan jika 85 persen pasien diabetes diamputasi berawal dari luka sederhana yang tidak dirawat dengan baik. Luka tersebut kemudian menjadi melebar dan parah sehingga menimbulkan komplikasi. Jika sudah begini, amputasi memang bisa jadi alternatif terakhir. Jadi jika seorang pasien diabetes sejak awal mampu merawat lukanya oleh perawat, maka tidak perlu adanya tindakan amputasi (dr.Firdaus, 2017).

Menurut penelitian Carol, 2005 dalam Kristiyaningrum, Indanah, & Suwanto (2012), Upaya untuk mencegah komplikasi yang lebih serius membutuhkan intervensi perawatan luka yang efektif. Masalah saat ini terkait dengan manajemen perawatan luka terkait dengan perubahan kondisi pasien, karena pasien dengan penyakit degeneratif dan gangguan metabolisme semakin meningkat. Keadaan ini seringkali dibarengi dengan kompleksitas luka yang membutuhkan perawatan yang tepat agar proses penyembuhan dapat tercapai secara optimal.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Diah dkk (2017) tentang hubungan antara tipe balutan dengan penerapan teknologi penyembuhan luka lembab ditemukan adanya hubungan antara prinsip dan tipe balutan dengan teknologi penyembuhan luka lembab. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Lutfi Wahyuni di ruang Dhoho tentang dampak teknologi penyembuhan luka lembab pada penderita diabetes ulkus diabetikum. Hasil penelitian di RSUD Prof Dr. Soekandar Mojosari menunjukkan bahwa 100% responden penderita ulkus diabetik mengalami regenerasi lukanya setelah 7 hari pengobatan dengan teknik penyembuhan luka lembab.

Dari aspek evaluasi komprehensif, perencanaan tindakan intervensi yang tepat, implementasi, evaluasi hasil yang ditemukan dalam proses

perawatan, dan pencatatan hasil secara sistematis, perawat dituntut memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup terkait dengan proses perawatan luka. berkaitan dengan cost effectiveness, yaitu pemilihan produk yang tepat harus berdasarkan pertimbangan biaya (cost), kenyamanan (comfort), keamanan (safety) merupakan Isu lain yang harus dipahami oleh perawat. Perawat juga dituntut untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan manajemen luka yang optimal dengan memilih bahan perawatan yang efektif dan efisien (seperti cairan NaCl 0,9% dan cairan D40% daripada madu yang mahal) (Saldi, 2012 dalam Kristiyaningrum, Indanah, & Suwanto, 2012).

Dari hasil studi pendahulian yang dilakukan penulis di Ruang Rawat Inap RSUD Hj. ANNA LASMANAH BANJARNEGARA didapatkan bahwa pada pasien ulkus diabetikum masih menggunakan cara konvesional dalam perawatan luka, Cara penatalaksanaan perawatan luka lama hanya menggunakan cairan biasa untuk membersihkan luka, atau ditambahkan Iodin Providine, hidrogen peroksida, antiseptik tersebut akan mengganggu proses penyembuhan luka, tidak hanya membunuh bakteri, tetapi juga membunuh sel darah putih yang membunuh bakteri patogen.. Perawatan luka dengan menggunakan prinsip lembab (*moist wound healing*) dikenal sebagai metode modern dressing dan memakai alat ganti balut yang lebih modern, ditunjukkan dalam beberapa dokumen bahwa penggunaan prinsip ini lebih efektif untuk proses penyembuhan luka daripada menggunakan metode konvensional.. Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus asuhan keperawatan penerapan *moist wound healing* pada pasien ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit di ruang Rawat Inap RSUD Hj. ANNA LASMANAH BANJARNEGARA

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menganalisis asuhan keperawatan penerapan *moist wound healing* pada pasien ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara.

2. Tujuan khusus

- a. Menganalisis kasus pasien diabetes melitus dengan gangguan integritas kulit
- b. Menganalisis masalah keperawatan yang muncul pada pasien diabetes melitus dengan gangguan integritas kulit
- c. Menganalisis intervensi keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan gangguan integritas kulit
- d. Menganalisis implementasi keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan gangguan integritas kulit
- e. Menganalisis evaluasi keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan gangguan integritas kulit
- f. Menganalisis penerapan *moist wound healing* pada pasien diabetes melitus dengan gangguan integritas kulit

C. Manfaat

1. Kelimuan

- a. Dapat menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan dalam menerapkan ilmu yang telah didapat dalam asuhan keperawatan pada pasien ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit
- b. Bagi penulis selanjutnya karya tulis ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk karya tulis ilmiah lainnya.

2. Aplikatif

a. Bagi Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang penyakit diabetes melitus dengan masalah keperawatan gangguan integritas kulit

b. Bagi Rumah Sakit

Bagi tenaga kesehatan agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya pada pelayanan pada pasien ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit

c. Bagi Masyarakat / Pasien

Meningkatkan pengetahuan, pemahaman, pencegahan dan penatalaksanaan kepada masyarakat terkait penyakit pasien ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit



DAFTAR PUSTAKA

- Alexiadou,K., Doupis,J., (2012). Management of Diabetic Foot Ulcers.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Ananta. (2018). Pola Perawatan Diabetes Melitus Dengan Kejadian Kaki. Achmad Djamil, Nur Sefa Arief Hermawan, Priscilia Dea, 6.
- Andyagreeni. (2010), Tanda Klinis Penyakit Diabetes Mellitus. Jakarta: CV.Trans Info Media.
- Azzida Dzaher. (2016). Peran perawat pada manajemen kaki penderita diabetes. Retrieved from <https://today.mims.com/peran-perawat-pada-manajemenkaki-penderita-diabetes>
- Brunner & Suddarth. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Volume 2. Jakarta : EGC
- Damayanti Santi (2015) Diabetes Melitus dan Penatalaksanaan Keperawatan.Yogyakarta: Nuha Medika
- Departemen Kesehatan RI. (2012). Rencana Asuhan Keperawatan.
- Dermawan. (2012). *Proses keperawatan konsep dan penerapan kerangka kerja*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Diah. dkk,. (2017). Hubungan Prinsip Dan Jenis Balutan Dengan Penerapan Teknik Moist Wound Healing. Jurnal Keperawatan UNIVERSITAS Harapan Ibu Jambi, Indonesia (36132)
- Dinarti, Aryani, R., Nurhaeni, H., Chairani, R., & Tutiany. (2013). Dokumentasi Keperawatan. Jakarta: CV.Trans Info Medika.
- dr.Firdaus. (2017). Penanganan Amputasi. Retrieved from <https://hellosehat.com/pusat-kesehatan/diabetes-kencing-manis/lukadiabetes-diamputasi/>
- dr. Wahjoepramono. (2010). Ulkus Diabetikum (pp. 7–37). pp. 7–37. Retrieved from <https://www.alomedika.com/penyakit/endokrinologi/ulkusdiabetikum/patofisiologi>
- Hidayat, Aziz Alimul. (2014). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.

- Hidayat, A. R., & Nurhayati, I. (2014). Perawatan Kaki Pada Penderita Diabetes Militus di Rumah. Jurnal Permata Indonesia, 5(2), 49–54. Retrieved from <http://www.permataindonesia.ac.id/wp-content/uploads/2015/07/201406.pdf>
- IDF. (2019). IDF DIABETES ATLAS (9th ed.). BELGIUM: International Diabetes federation. Retrieved from <https://www.diabetesatlas.org/en/resources/>
- Kemenkes RI. (2017). GERMAS. Retrieved from <http://promkes.kemkes.go.id/germas>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Definisi Hidup Sehat. Retrieved from <http://promkes.kemkes.go.id/hidup-sehat>
- Kristiyaningrum, Indanah, & Suwanto. (2012), Efektivitas Penggunaan Larutan NaCl dibandingkan dengan d40% Terhadap Proses Penyembuhan Luka Ulkus DM di RSUD KUDUS. JIKK Vol. 4, No 2, Juli 2013 : 52-58.
- Kowalak JP, Welsh W, Mayer B. 2011. Buku Ajar Patofisiologi. Alihbahasa oleh Andry Hartono. Jakarta: EGC.
- Lilis Lisnawati. (2011). Definisi Gaya Hidup Sehat. Semarang: Trans Info Media
- Mahdiana, Ratna. 2010. Panduan lengkap kesehatan, mengenal, mencegah, penularan, penyakit dari infeksi. Jakarta : Citra Pustaka.
- M.Clevo Rendy, Margareth TH. (2012). Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam Edisi 1, Nuha Medika : Yogyakarta.
- Nabhani, & Widiyastuti, Yuli. (2017), Pengaruh Madu Terhadap Proses Penyembuhan Luka Gangren Pada Pasien Diabetes Mellitus. Media Publikasi Penelitian; 2017; Volume 15; No 1.
- Ndraha, S. 2014. Diabetes Mellitus Tipe 2 dan Tatalaksana Terkini. Departemen Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Univeritas Krida Wacana Jakarta. Vol (27). No (2).
- Nurarif, A., & Kusuma, H. (2015), APLIKASI Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC. Jogjakarta: MediaAction.
- Purnomo, S. E. C., Sri Utami D., & Kurniati P. L. (2014), Efektifitas Penyembuhan Luka Menggunakan Nacl 0,9% Dan Hydrogel Pada Ulkus Diabetes Mellitus Di Rsu Kota Semarang. Prosiding Konferensi Nasional Ii Ppni Jawa Tengah 2014.

- Purwanti, O. S. (2013). Analisis Faktor - Faktor Risiko Terjadi Ulkus Kaki pada Pasien Diabetes Mellitus di RSUD Dr. Moewardi. Tesis. Retrieved from http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20334094-T32540-Okti_Purwanti.pdf
- Priscilla., LeMone, Burke, Karen. M., & Bauldoff, Gerene.(2016). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC.
- Salawaney. 2016. Tingkat Keefektifan dari Perawatan Luka Ulkus Diabetes Melitus. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kristen Satya Wacana
- Schteingart, David E., 2012. Pankreas: Metabolisme Glukosa Dan Diabetes Melitus, In: Price, Sylvia A and Wilson, Lorraine M., Editors, Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. 6th ed. Jakarta: EGC pp 1259-1274.
- Smeltzer Suzanne C., Bare Brenda G., Hinkle Janice L., Cheever Kerry H. (2013). *Keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth ed. 12 ; alih Bahasa: Devi Yulianti, Amelia Kimin; editor edisi Bahasa Indonesia: Eka Anisa Mardella*. Jakarta: EGC
- Sutanto. (2010), Cekal Penyakit Modern Hipertensi, Stroke, Jantung, Kolesterol, dan Diabetes. Yogyakarta: C.V ANDI OFFSET.
- Tim pokja SDKI DPP. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Idikator Diagnostik (Cetakan II). Jakarta.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (I). Jakarta: DPP PPNI.
- WANDHANI, I. A. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN PENDERITA ULKUS DIABETIKUM DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT DI RUMAH RAWAT LUKA MODERN HUSADA PRIMA MANDIRI MOJOKERTO. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Washilah W. Hubungan lama menderita diabetes dengan pengetahuan pencegahan ulkus diabetic di puskesmas ciputat tahun 2013 (skripsi). Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah; 2014.
- WHO. Global Report On Diabetes. France: World Health Organization; 2016.
- Yuli Mulyanti & dinarti. 2017. *Dokumentasi keperawatan*

LAMPIRAN

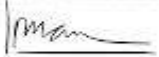
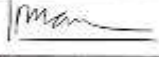
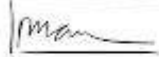
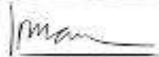
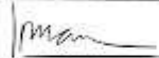


KEGIATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Yofi Hasbi Favian

NIM : A32020279

Pembimbing : Irmawan Andri, M.Kep

Hari/Tanggal Bimbingan	Topik/Materi dan Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
Jumat, 19 Februari 2021	Konsul Judul	
Selasa, 9 Maret 2021	Konsul bab I Latar belakang terkait berteletele langsung ke masalahnya saja Disahkan Pembahasan DM dan gangguan integritas jaringan Tusukan & perbaikan lagi	  
Jumat 12 Maret 2021	Konsul bab II sertakan sumbernya Perbaiki Pathway Cari literatur dari SDGI, Naga, dll	 
Senin 15 Maret 2021	Konsul bab III Pada subjek studi kasus kriteria Inklusi bisa di tambahkan lagi Perbaiki definisi operasional Lengkapi daftar P-stake dan lampiran	  
Jumat 19 Maret 2021	ACC. Siapkan ujian Preposal KIA	

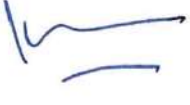
Mengetahui,
Ketua Program Studi
Pendidikan Profesi Ners

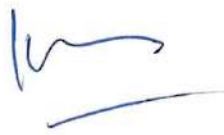


(Eka Riyanti, M.Kep, Sp.Kep.Mat)

KEGIATAN BIMBINGAN

Nama : YOFI HASBI FAVIAN
 NIM : A32020279
 Pembimbing : IRMAWAN ANDRI, M. KEP

TANGGAL BIMBINGAN	TOPIK/MATERI BIMBINGAN	PARAF PEMBIMBING
30 Januari 2021	-Konsul judul -ACC judul	
6 Februari 2021	-Konsul BAB 1	
10 Februari 2021	-Revisi BAB 1 -Tambahkan sumber yang menjelaskan tingkat efektif tindakan tersebut	
27 Februari 2021	-Konsul BAB 1 dan 2 -Revisi tambahkan sub bab yang berisi kontra indikasi -Dibuat dengan rentang usia saja	
24 Maret 2021	-Konsul BAB 2 -Jelaskan pada metode pengumpulan data	
27 Maret 2021	-Konsul BAB 1,2,dan 3	
8 April 2021	-Revisi BAB 1,2,dan,3 -Jelaskan teknik pengambilan data -Buat daftar pustaka	
9 April 2021	-Buat kolom yang berisi 5 pasien	
3 Agustus 2021	-Konsul BAB 3	
5 September 2021	-ACC -Seminar proposal	
	-Konsul BAB 4 dan 5	
	-Revisi BAB 5	

10 Oktober 2021		
20 Oktober 2021	-ACC ujian hasil	





BAB I - BAB III turnitin 2.docx
Mar 25, 2021
6910 words / 45427 characters

YOFI HASBI FAVIAN

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN INTEGRITAS K...

Sources Overview

16%

OVERALL SIMILARITY

1	repo.stikesperintis.ac.id	INTERNET	3%
2	repository.ucb.ac.id	INTERNET	2%
3	repository.poltekkes-denpasar.ac.id	INTERNET	2%
4	123dok.com	INTERNET	1%
5	fr.scribd.com	INTERNET	<1%
6	Universitas Brawijaya on 2020-11-16	SUBMITTED WORKS	<1%
7	dokumen.tips	INTERNET	<1%
8	repository.poltekkes-kaltim.ac.id	INTERNET	<1%
9	erfansyah.blogspot.com	INTERNET	<1%
10	Sriwijaya University on 2020-08-10	SUBMITTED WORKS	<1%
11	www.scribd.com	INTERNET	<1%
12	e-journal.stikesmuhkudus.ac.id	INTERNET	<1%
13	core.ac.uk	INTERNET	<1%
14	irineyuliska.blogspot.com	INTERNET	<1%
15	Sriwijaya University on 2020-06-02	SUBMITTED WORKS	<1%
16	eprints.umpo.ac.id	INTERNET	<1%
17	Sriwijaya University on 2020-01-02	SUBMITTED WORKS	<1%
18	es.scribd.com	INTERNET	<1%

Excluded search repositories:

- None

Excluded from Similarity Report:

- Bibliography
- Quotes
- Citations
- Small Matches (less than 20 words).

Excluded sources:

- None

STANDAR OPERASIONAL PERAWATAN LUKA DIABETES

DENGAN TEKNIK MOIST WOUND HEALING

A. Pengertian

Suatu tindakan merawat luka pada kaki penderita ulkus diabetes dengan menggunakan metode yang mempertahankan lingkungan luka tetap terjaga kelembabannya untuk memfasilitasi penyembuhan luka

B. Tujuan

- 1) Membersihkan luka pada penderita ulkus diabetikum
- 2) Menutup luka pada penderita ulkus diabetikum
- 3) Mempercepat terjadinya pembentukan sel aktif
- 4) Menurunkan resiko infeksi

C. Peralatan Persiapan bahan dan alat :

- 1) Bak instrumen berisi Pinset anatomi 1 buah dan pinset cirurgis 1 buah steril, Gunting Arteri 1 , Kom satu buah, gunting jaringan
- 2) Bengkok 2bh
- 3) Larutan NaCl 0,9 %
- 4) Sarung tangan /handscoen satu pasang
- 5) Desinfektan
- 6) Kassa steril secukupnya
- 7) Alkohol 70 %
- 8) Dressing : hydrklid, Hydroaktif gell, calcium alginate, dll
- 9) Duk steril
- 10) Plester
- 11) Gunting plester
- 12) Supratulle
- 13) Perlak dan pengalas
- 14) Verban

D. Prosedur

1. Tahap Orientasi

- a) Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien
- b) Memperkenalkan diri bila pertemuan pertama kali
- c) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan. (selama berkmuikasi gunakan bahasa yang jelas, sistematis serta tidak mengancam)
- d) Inform consent apakah pasien setuju dilakukan tindakan atau tidak
- e) Klien diberikan kesempatan kepada pasien atau keluarga jika ada hal yang ingin ditanyakan terkait prosedur Tindakan
- f) Membuat kontrak waktu dengan pasien

2. Tahap Kerja

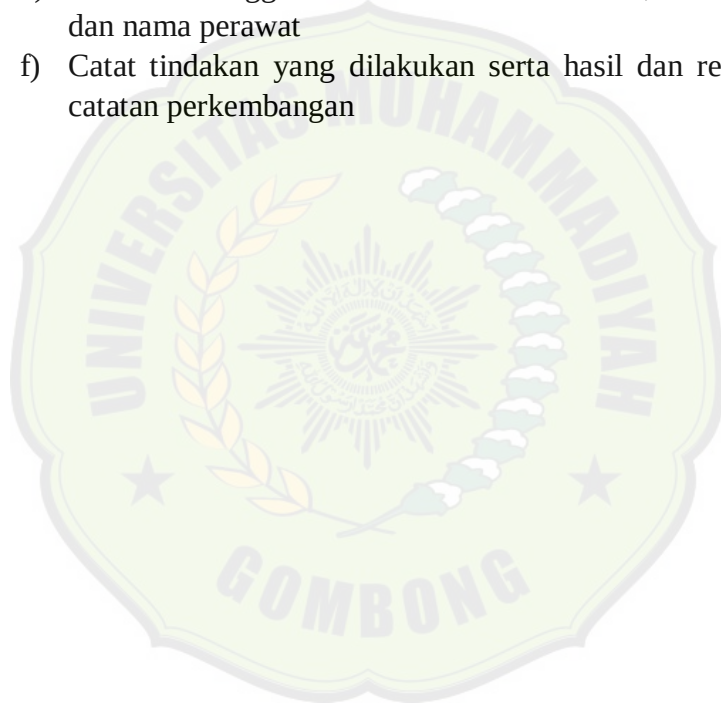
- a) Perawat mencuci tangan 6 langkah
- b) Memasang skrem untuk menjaga privasi klien
- c) Mendekatkan alat-alat yang telah disiapkan ke dekat pasien
- d) Memasang sarung tangan bersih
- e) Buka balutan luka dan buang ke bengkok
- f) Lakukan pengkajian luka yang meliputi :
 - 1) Ukuran atau luas luka
 - 2) Jaringan nekrotik
 - 3) Jumlah jaringan nekrotik
 - 4) Warna kulit sekitar luka
 - 5) Kedalaman luka
 - 6) Cairan eksudat yang dikeluarkan
 - 7) Jaringan granulasi dan epitelisasi
 - 8) Adanya ganggren
- g) Lakukan pembersihan luka atau pencucian luka
Bisa membersihkan luka dengan menggunakan salah satu Teknik atau kombinasi seperti :
 - 1) Irigasi : memberikan tekanan atau menyemprotkan cairan
 - 2) NaCl pada luka yang digunakan untuk membersihkan luka
 - 3) Perendaman : merendam luka
 - 4) Swabbing : mengusap atau menggosok secara perlahan
- h) Kemudian luka dikeringkan dengan menggunakan kassa steril
- i) Sambil membersihkan perhatikan apakah pasien merasakan nyeri pada saat perawatan luka
- j) Perhatikan apakah terdapat jaringan nekrotik, jika ada lakukan CSWD (Conservative Sharp Wound Healing) yaitu pengangkatan jaringan nekrotik dengan menggunakan gunting atau pinset hanya pada jaringan mati yang sudah bisa diangkat
- k) Selanjutnya ganti sarung tangan dengan handscoe steril
- l) Lakukan dressing atau pembalutan
- m) Primari dressing :
 - 1) Gunakan balutan sesuai hasil pengkajian
 - 2) Gunakan hydrogel dengan mengoleskan gel ke permukaan luka atau hydrkoloid untuk mencegah infeksi dan menjaga moist luka serta membantu kenyamanan pasien
 - 3) Bisa menggunakan calcium alginate bila terdapat perdarahan
 - 4) Kemudian tutup menggunakan kassa steril
- n) Secondary dressing :
 - 1) Tutup luka dengan kassa gullung dan pleseter menggunakan hipafik dengan oclusive dressig (luka jangan sampai tampak kelihata dari luar. Ukur ketebalan kassa atau bahan gel yang

ditempelkan ke luka harus mampu membuat suasana optimal atau moist balance)

- 2) Rapikan seluruh alat dan sampah
- 3) Rapikan pasien dan atur posisi pasien senyaman mungkin
- 4) Buka skrem kembali

3. Tahap terminasi

- a) Tanyakan perasaan pasien setelah dilakukan perawatan luka
- b) Akhiri kegiatan dengan memberikan reward atau mengucapkan terima kasih kepada pasien
- c) Diskusikan kontrak waktu selanjutnya dengan pasien
- d) Mengucapkan salam terapeutik
- e) Catat hari tanggal waktu dilakukan tindakan, serta identitas pasien dan nama perawat
- f) Catat tindakan yang dilakukan serta hasil dan respon klien pada catatan perkembangan



**LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORM CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

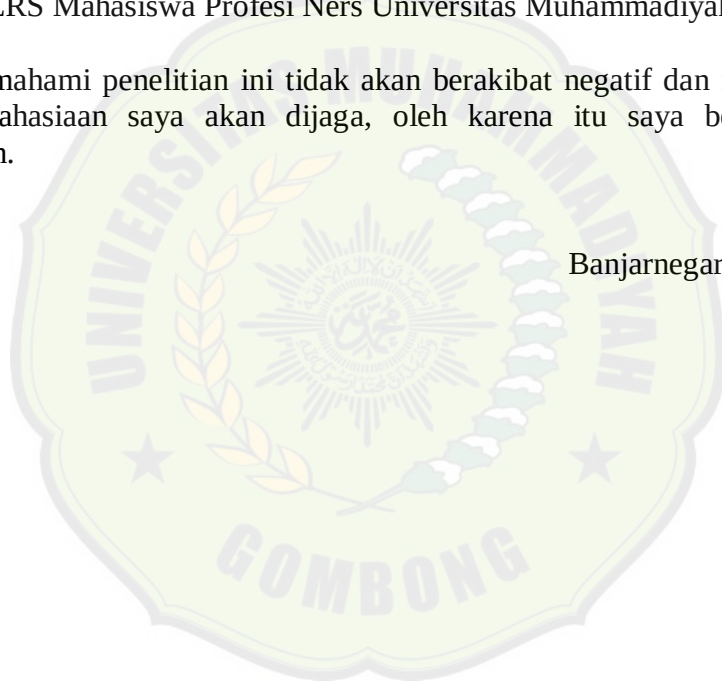
Usia :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden studi kasus untuk Karya Ilmiah Akhir (KIA) NERS Mahasiswa Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong

Saya memahami penelitian ini tidak akan berakibat negatif dan merugikan saya, serta kerahasiaan saya akan dijaga, oleh karena itu saya bersedia menjadi responden.

Banjarnegara, Maret 2021
Responden



LEMBAR OBSERVASI ULKUS DIABETIK
Skala BWAT (Bates-Jensen Wound Assesment Tool)

LEMBAR PENGKAJIAN LUKA

(BATES-JENSEN WOUND ASSESSMENT TOOL)

Nama : Usia : Diagnosa : Lokasi Luka : Kadar GDS :							
ITEMS	PENGKAJIAN	Tgl & Skor	Tgl & Skor	Tgl & Skor	Tgl & Skor	Tgl & Skor	Tgl & Skor
1. Ukuran*	*0= sembuh, luka terselesaikan panjang x lebar 1= < 4 cm 2= 4 s/d < 16 cm ² 3= 16 s/d < 36cm ² 4= 36 s/d < 80 cm ² 5= > 80 cm ²						
2. Kedalaman*	*0= sembuh, luka terselesaikan 1. Eritema atau kemerahan 2. Laserasi lapisan epidermis dan atau dermis 3. Seluruh lapisan kulit hilang, kerusakan atau nekrosis subkutan, tidak mencapai fascia, tertutup jaringan granulasi. 4. Tertutup jaringan nekrosis 5. Seluruh lapisan kulit hilang dengan destruksi luas, kerusakan jaringan otot, tulang.						

3. Tepi Luka*	*0= Sembuh, luka terselesaikan 1. Samar, tidak terlihat dengan jelas. 2. Batas tepi terlihat, menyatu dengan dasar luka 3. Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka. 4. Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka, tebal 5. Jelas, fibrotic, parut tebal/ hiperkeratonik.						
4. Terowongan / Goa*	*0= Sembuh, luka terselesaikan 1. Tidak ada goa 2. Goa < 2 cm di area manapun 3. Goa 2 - 4 cm seluas < 50 % pinggir luka. 4. Goa 2 - 4 cm seluas > 50% pinggir luka. 5. Goa > 4 cm di areamanapun.						
5. Tipe Jaringan Nekrotik	1. Tidak ada 2. Putih / abu-abu jaringan tidak dapat teramati dan atau jaringan nekrotik kekuningan yang mudah dilepas. 3. Jaringan nekrotik kekuningan yang melekat tapi mudah dilepas. 4. Melekat, lembut, eskar hitam. 5. Melekat kuat, keras, ekstra hitam.						
6. Jumlah Jaringan Nekrotik	1. Tidak ada jaringan nekrotik 2. < 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik. 3. 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik 4. > 50% dan < 75% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik 5. = 75% s/d 100% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik.						

7. Tipe Eksudat	1. Tidak ada eksudat 2. Bloody 3. Serosanguineous (encer, berair, merah pucat ataupun pink) 4. Serosa (encer, berair, jernih) 5. Purulent (encer atau kental, keruh, kecoklatan/ kekuningan, dengan atau tanpa bau)						
8. Jumlah Eksudat	1. Tidak ada, luka kering 2. Moist, luka tampak lembab tapi eksudat tidak teramati. 3. Sedikit: Permukaan luka moist, eksudat membasahi < 25 % balutan. 4. Moderat : Eksudat terdapat > 25% dan < 75 % dari balutan yang digunakan 5. Banyak : Eksudat terdapat > 75 % dari balutan yang digunakan						
9. Warna Kulit Sekitar Luka	1. Pink atau warna kulit normal setiap bagian luka. 2. Merah terang jika disentuh. 3. Putih atau abu-abu, pucat atau hipopigmentasi . 4. Merah gelap atau ungu dan atau tidak pucat. 5. Hitam atau hiperpigmentasi						
10. Edema Perifer /Tepi Jaringan	1. Tidak ada pembengkakan atau edema. 2. Tidak ada pitting edema sepanjang < 4 cm sekitar luka. 3. Tidak ada pitting edema sepanjang $\geq$ 4 cm sekitar luka. 4. Pitting edema sepanjang < 4 cm disekitar luka. Kreptus dan atau pitting edema sepanjang . 4 cm disekitar luka.						
11. Indurasi Jaringan Perifer	1. Tidak ada indurasi 2. Indurasi < 2 cm sekitar luka. 3. Indurasi 2-4 cm seluas < 50% sekitar luka. 4. Indurasi 2-4 cm seluas > 50% sekitar luka. 5. Indurasi > 4 cm dimana saja pada luka.						

12. Jaringan Granulasi	1. Kulit utuh atau luka pada sebagian kulit. 2. Terang, merah seperti daging; 75 % s/d 100 % luka terisi granulasi. 3. Terang, merah seperti gading; <75 % dan > 25 % luka terisi granulasi. 4. Pink, dan atau pucat, merah kehitaman dan atau luka $\leq$ 25 % terisi granulasi. 5. Tidak ada jaringan granulasi.						
13. Epitelisasi	1. 100 % luka tertutup, permukaan utuh. 2. 75 % s/d < 100 % epitelisasi 3. 50 % s/d < 75% epitelisasi 4. 25 % s/d < 50 % epitelisasi 5. < 25 % epitelisasi						
TOTAL SKOR							
PARAF NAMA PETUGAS							

RESUME KASUS 1

1. PENGKAJIAN

I. IDENTITAS

a. Identitas klien

Nama : Ny. N
Umur : 55 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SMU
Pekerjaan : Petani
Tanggal pengkajian : 21
Agustus 2021 Diagnosa
medis :
Ulkus kaki
No. RM : 6256
Alamat : Banjarnegara

b. Identitas

penanggung : Nama : Tn. K
Usia : 54 tahun
Pekerjaan : Karyawan swasta
Alamat : Banjarnegara
Hubungan dengan pasien: Suami

II. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

a. Keluhan utama : Luka Pada Ulkus Kaki

Klien datang ke RSUD Banjarnegara untuk melakukan rawat jalan.

Pada saat pengkajian tanggal 2 Agustus 2021 jam 09.00 wib, klien mempunyai penyakit diabetes dan mengatakan terdapat luka pada kaki kanannya, kurang lebih 3 bulan, sembuh-kambuh sembuh kambuh, selama 1 minggu ini nyeri bertambah, luka tak kunjung kering. Klien juga mengatakan susah untuk beraktifitas dan aktifitasnya dibantu oleh keluarga. Akhirnya diminta opname, karena GDS 515 mg/dl

III. PEMERIKSAAN FISIK

A Kesadaran : kompos mentis

B keadaan umum : lemah

C TTV TD 145/75 mmhg; N: 70 x/menit; S : 37⁰C

RR : 20x/menit

D BB : 55 kg/150

E Wajah : ekspresi muka tampak menahan sakit.

F Kepala : Tidak teraba adanya massa dan pembengkakan

G Mata : Tidak teraba adanya pembengkakan dimata Klien dan tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas dimata Klien kiri dan kanan

h Hidung : Hidung simetris kiri dan kanan, lubang hidung terdapat sedikit adanya seckret, tidak ada penyumbatan dilubang hidung, tidak ada lesi di area hidung

I Telinga : tidak ada lesi di telinga Klien

J Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

K Mulut : tidak ada lesi dan sariawan, lidah kering.

L Dada

Paru

I : Gerakan dada simetris, tidak menggunakan otot bantu pernafasan frekuensi pernafasan 20 x/menit, tidak terdapat retraksi dinding dada.

Pa : Pergerakan sama atau simetris

Pe : Sonor di kedua lapang paru

A : Vesikuler

Jantung:

I : Ictus cordis tidak tampak, tidak ada lesi pada dada sebelah kiri

Pa : Iktus teraba reguler

Pe : Dullness

A : Suara S1, S2, reguler.

M Abdomen : Tidak ada lesi diarea perut Klien, warna kulit Klien sama dengan kulit lainnya

I : Tidak ada lesi diarea perut Klien, warna kulit Klien sama dengan kulit lainnya, kulit kering.

Pa : Tidak ada nyeri tekan di area perut Klien, tidak ada pembesaran, tidak ada splenomegali, turgor kulit kering.

Pe : Tympani

Ekstremitas:

Atas : kekuatan otot kanan dan kiri (5): dapat melawan tahananpemeriksa dengan kekuatan penuh, perubahan bentuk tulang (-).

Bawah : Terdapat ulkus pada telapak kaki dengan luas ± 2 cm, dan kedalaman ulkus ± 1 cm

IV. PENATALAKSANAAN

a. Penerapan Perawatan Luka Dengan Metode Moist Wound Healing Pada Pasien Ulkus Diabetikum

2. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	Data subjektif - Klien mengatakan luka pada kakinya - Klien mengatakan luka pada kakinya membuat susah beraktifitas Data objektif - Tampak adanya luka pada kaki klien - Luas luka ± 2 cm dengan kedalaman ± 1 cm	Adanya ulcus pada ekstremitas kanan bawah	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)
2	Data subjektif - Klien mengatakan ada lu Data objektif - Klien tampak meringis sakitan - Klien tampak menahan rasa sakit - Adanya luka pada telapak kaki	Penyakit kronis (DM)	Gangguan perlambatan luka (D.0142)

3	Data subjektif - Klien mengatakan luka belum membaik . Data objektif - Klien tidak nyaman dengan lukanya	Infeksi	Nyeri Kronis (D.0078)
---	--	---------	-------------------------



3. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Tupan: Dapat mempertahankan integritas kulit yang baik setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam. Tupen : kadar gula kembali normal setelah di lakukan asuhan keperawatan selam1x24 jam.	Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI 1.Perfusi jaringan meningkat(warna luka, sensabilitas baik) 2.Pendarahan sedang 3.Kemerahan sedang 4.Hematoma menurun 5.Nekrosis menurun 6.Suhu kulit membaik 7.Sensasi meningkat	Menurut Tim PokjaSIKI DPP PPNI Perawatan integritas kulit :1.11353 1. Monitor perubahan sirkulasi dengan mengukur tanda-tanda vital(kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 2. Monitor perubahan status nutrisi 3. Monitor penurunan kelembaban Terapeutik: 4.Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering Edukasi : 5.Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion,serum) Perawatan luka: 1.14564 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik	1. Memastikan sirkulasi pada daerah luka normal 2. Untuk memaksimalkan penyembuhan luka 3. Mencegah terjadinya lesi 4. Mengurangi adanya kulit kering dan retak 5. Untuk melembabkan kulit dan mencegah terjadinya lesi 6. Untuk mengetahui perkembangan luka 7. Untuk mengetahui terdapat infeksi atau tidak 8. Agar mengurangi rasa nyeri dan tidak merusak jaringan granulasi 9. Untuk membersihkan luka

4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	HARI TANGGAL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Senin 2 Agustus 2021 09 : 00	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan adanya ulkus kaki	1. Melakukan pengkajian luka (kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 2.Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 3.Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban steril. 1. Memonitor luka	S : - Klien mengatakan setuju diberikan perawatan luka - Klien mengatakan luka di jari kaki masih terbuka. - Klien mengatakan luka masih belum membaik O : - Klien tampak menjaga aktifitasnya. - Klien tampak meringis menahan sakit A : - Masalah belum teratasi P : - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan terjaga kelembabannya. - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril.	

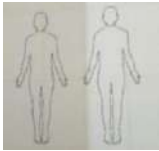
				- Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Menggunting jaringan mikrotik. - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
	Selasa 3 Agustus 2021 09: 00	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan adanya ulkus kaki	1. Melakukan pengkajian luka 2. Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 3. Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan. 4. Memonitor luka 5. Mengetahui perkembangan luka - Untuk mengetahui ada infeksi atau tidak	S : - Klien mengatakan luka pada kakinya mulai ada perubahan. - Klien mengatakan sudah sudah merasa nyaman O : - Klien tampak melakukan aktifitas ringan - Klien tampak menjaga aktifitasnya. - Klien tampak lebih nyaman. A : - Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Mengganti balutan pada luka	

				dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
		mempertahankan integritas kulit yang baik setelah dilakukan asuhan keperawatan. Tupen : kadar gula kembali normal setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam	- Mengkaji Tanda-Tanda Vital Td 110/70 mmhg N 81 x/menit S 37,2°C R 22 x/menit - Perfusi jaringan meningkat (warna luka, sensibilitas baik)	S : - Klien mengatakan luka sudah ada perubahan - Klien mengatakan sudah mulai melakukan aktifitas walau hanya aktifitas ringan. O : - Klien tampak mulai beraktifitas - Klien tampak beraktifitas ringan. A : - Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan - Mengkaji Tanda-Tanda Vital Td 110/70 mmhg N 80x/menit S 37°C R 22 x/menit - Mengkaji/menanyakan kemampuan pasien dalam mobilisasi seperti bergerak, berjalan atau aktifitas lainnya.	

	Rabu 4 Agustus 2021 09 : 00	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan adanya ulkus kaki	1. Melakukan pengkajian luka (kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 2. Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 3. Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban. 4. Memonitor luka 5. Mengetahui perkembangan luka - Untuk mengetahui ada infeksi atau tidak	S : - Klien mengatakan luka di kaki sudah membaik. - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas ringan O : - Suhu kulit membaik - Sensasi meningkat - Klien tampak lebih nyaman. A : - Masalah teratasi P : - Intervensi dihentikan	
--	--	--	---	---	--

5. EVALUASI KEPERAWATAN

NO DX	WAKTU	EVALUASI	PARAF
1	Senin 2 Agustus 2021 09 : 20	S: Pasien mengeluh sakit pada luka ulkus O: Pasien tampak meringis kesakitan A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Kaji karakteristik luka ulkus secara komprehensif (lokasi, Perfusi jaringan meningkat(warna luka,sensabilitas baik) 2. Dukung pasien untuk istirahat` 3. Ajarkan pasien dengan perawatan luka 4. Pengendalian Kadar gula dengan obat, diet, olah raga	
	Selasa, 3 Agustus 2021 09.20 WIB	S: Pasien merasa lebih nyaman O: Luka pada pasien sudah mengalami perubahan A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Perawatan luka dengan menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 2. Dukung pasien untuk istirahat 3. Evaluasi pelaksanaan perawatan luka	
	Rabu 4 Agustus 2021 09.20 WIB	S: Pasien merasa lebih nyaman O: Luka pda pasien sudah mengalami perubahan A : Masalah teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Perawatan luka dengan menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 2. Dukung pasien untuk melakukan perawatan mandiri 3. Evaluasi pelaksanaan perawatan luka	

Nama : Ny. N Usia :55 Tahun Diagnosa : Ulkus kaki Lokasi Luka : Kaki Kadar GDS : 515						
ITEMS	PENGKAJIAN	Tgl & Skor	Tgl & Skor	Tgl & Skor		
		Senin 2 Agustus 2021 09 :00	Selasa, 3 Agustus 2021 09.20 WIB	Rabu 4 Agustus 2021 09.20 WIB		
1. Ukuran*	2= 4 s/d < 16 cm ²	2	2	2		
2. Kedalaman*	Laserasi lapisan epidermis dan atau dermis	2	2	1		
3. Tepi Luka*	6. Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka.	3	3	2		
4. Terowongan / Goa*	6. Goa < 2 cm di di area manapun	2	2	1		
5. Tipe Jaringan Nekrotik	Jaringan nekrotik kekuningan yang melekat tapi mudah dilepas. 6.	3	3	2		
6. Jumlah Jaringan Nekrotik	6. 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik	3	3	2		
7. Tipe Eksudat	6. Serosanguineous (encer, berair, merah pucat atau pink)	3	3	2		
8. Jumlah Eksudat	Sedikit: Permukaan luka moist, eksudat membasahi 6. < 25 % balutan.	3	2	2		
9. Warna Kulit Sekitar Luka	6. Putih atau abu-abu, pucat atau hipopigmentasi .	3	2	2		
10. Edema Perifer /Tepi Jaringan	5. Tidak ada pitting edema sepanjang < 4 cm sekitar luka.	2	1	1		

11. Indurasi Jaringan Perifer	6. Indurasi < 2 cm sekitar luka.	2	1	1
12. Jaringan Granulasi	Terang, merah seperti daging; 75 % s/d 100 % luka terisi granulasi.	2	2	1
13. Epitelisasi	75 % s/d < 100 % Epitelisasi	2	2	2
TOTAL SKOR		32	28	21
PARAF NAMA PETUGAS				



RESUME KASUS 2

6. PENGKAJIAN

I. IDENTITAS

a. Identitas klien

Nama : Tn. P
Umur : 60th
Jenis kelamin : laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SMU
Pekerjaan : PNS
Tanggal pengkajian : 21 Agustus 2021
Diagnosa medis : Ulkus DM
No. RM : 16-17-565234
Alamat : Banjarnegara

b. Identitas penanggung

Nama : ny. N
Usia : 54 tahun
Pekerjaan : IRT
Alamat : Banjarnegara
Hubungan dengan pasien: Istri

II. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

a. Keluhan utama : Luka Pada punggung kaki kiri

Klien datang ke IGD karena jari telunjuk pada kaki kiri menghitam, punggung kaki bengkak melepuh dan terasa nyeri, dirasa 1 minggu ini. Riwayat sakit DM 9 th. Pada saat pengkajian tanggal 21 Agustus 2021 jam 09.00 wib, pasien post Debridement dan amputasi hari ke 2, luka kotor terdapat tampon, dan nanah masih produktif. GDS 315 mqdl. Nyeri hilang timbul skala 4-6, meningkat bila malam hari.

III. PEMERIKSAAN FISIK

A Kesadaran : kompos mentis

B keadaan umum : Sedang

C TTV TD 135/85 mmhg; N: 80 x/menit; S : 37⁰C

RR : 20x/menit

D BB : 75 kg / 160 cm

E Wajah : ekspresi muka tegang, seperti menahan sakit.

- F Kepala : Tidak teraba adanya massa dan pembengkakan
- G Mata : Tidak teraba adanya pembengkakan dimata Klien dan tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas dimata Klien kiri dan kanan
- h Hidung : Hidung simetris kiri dan kanan, lubang hidung terdapat sedikit adanya seckret, tidak ada penyumbatan dilubang hidung, tidak ada lesi di area hidung
- I Telinga : tidak ada lesi di telinga Klien
- J Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- K Mulut : tidak ada lesi dan sariawan
- L Dada
- Paru
- I : Gerakan dada simetris, tidak menggunakan otot bantu pernafasan frekuensi pernafasan 20 x/menit, tidak terdapat retraksi dinding dada.
- Pa : Pergerakan sama atau simetris
- Pe : Sonor di kedua lapang paru
- A : Vesikuler
- Jantung:
- I : Ictus cordis tidak tampak, tidak ada lesi pada dada sebelah kiri
- Pa : Iktus teraba reguler
- Pe : Dullness
- A : Suara S1, S2, reguler.
- M Abdomen : Tidak ada lesi diarea perut Klien, warna kulit Klien sama dengan kulit lainnya
- I : Tidak ada lesi diarea perut Klien, warna kulit Klien sama dengan kulit lainnya

Pa : Tidak ada nyeri tekan di area perut Klien, tidak ada pembesaran, tidak ada splenomegali, turgor kulit baik.

Pe : Tympani

Ekstremitas:

Atas : kekuatan otot kanan dan kiri (5): dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan penuh, perubahan bentuk tulang (-).

Bawah : Terdapat ulkus pada punggung kaki kiri dengan luas $\pm$ 3 cm, dan kedalaman ulkus $\pm$ 0,5 cm, terdapat luka amputatum pada jari telunjuk kaki kiri. Kondisi luka kotor, produksi nanah (+).

IV. PENATALAKSANAAN

- a. Penerapan Perawatan Luka Dengan Metode Moist Wound Healing Pada Pasien Ulkus Diabetikum**

7. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	Data subjektif Riwayat DM 9th. Data objektif - Adanya luka pada punggung kaki, dan luka amputatum pada jari telunjuk kaki kiri klien - Luas luka ± 3cm dengan kedalaman ± 1 cm	Perubahan sirkulasi e.c DM	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)
2	Data subjektif - Klien mengatakan ada luka di kakinya Data objektif - Klien tampak meringis kesakitan - Klien tampak menahan rasa sakit	Penyakit kronis (DM)	Gangguan perlambatan luka (D.0142)
3	Data subjektif - Klien mengatakan luka belum membaik . Data objektif - Klien tidak nyaman dengan lukanya	Nyeri (luka pada kaki)	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

8. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Tupan: Dapat mempertahankan integritas kulit yang baik setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam Tupen : kadar gula kembali normal setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, GDS 120-200 mg/dl	Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI 1. Perfusi jaringan meningkat sedang. 2. kerusakan jaringan menurun ditandai dengan, nyeri berkurang, perdarahan dan eksudat menurun, tidak terjadi nekrose jaringan. 3. Suhu kulit dbn 4. Sensasi meningkat 5. GDS 120-200 mg/dl	Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI Perawatan integritas kulit :1.11353 4. Monitor perubahan sirkulasi dengan mengukur tanda-tanda vital(kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 5. Monitor perubahan status nutrisi, Monitor GDS 6. Monitor penurunan kelembaban Terapeutik: 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering Perawatan luka: 1.14564 5. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase warna, ukuran, bau) 6. Monitor tanda-tanda infeksi 7. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 8. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik	10. Memastikan sirkulasi pada daerah luka normal 11. Untuk memaksimalkan penyembuhan luka 12. Mencegah terjadinya lesi 13. Mengurangi adanya kulit kering dan retak 14. Untuk melembabkan kulit dan mencegah terjadinya lesi 15. Untuk mengetahui perkembangan luka 16. Untuk mengetahui terdapat infeksi atau tidak 17. Agar mengurangi rasa nyeri dan tidak merusak jaringan granulasi 18. Untuk membersihkan luka

9. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	HARI TANGGAL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Senin 21 Agustus 2021 09 : 00	Gangguan integritas kulit/jaringan	1. Melakukan pengkajian luka (kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 2.Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 3.Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan kasa basah/lembab penahan kelembaban steril, pada luka bagian dalam 2. Memonitor luka	S : Klien mengatakan setuju diberikan perawatan luka. Klien mengatakan masih bisa merasakan nyeri saat dilakukan perawatan luka. O : - Klien tampak meringis menahan sakit - Luka amputatum bersih tampak merah - Luka pada punggung kaki tampak masih kotor, tidak tampak nekrose, produksi eksudat (+) - pada saat dibuka menempel kuat. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan luka. - GDS 305 mqdl A : - Masalah belum teratasi P : - Menjaga kebersihan kulit agar	

				tetap bersih dan terjaga kelembabannya. - Membersihkan area luka menggunakan kasa steril lembab dg NaCl 0,9%.	
--	--	--	--	--	--

				Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Menggunting jaringan mikrotik. - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
	Minggu 22 Agustus 2021 09: 00	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan adanya ulkus kaki	6. Melakukan pengkajian luka 7. Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 8. Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan. 9. Memonitor luka 10. Mengetahui perkembangan luka - Untuk mengetahui ada infeksi atau tidak	S : - Klien mengatakan nyeri luka pada kakinya mulai ada berkurang. O : - Klien tampak meringis menahan sakit - Luka amputatum bersih tampak merah - Luka pada punggung kaki tampak tidak begitu kotor, tidak tampak nekrose, produksi eksudat berkurang - pada ssat dibuka tidak menempel kuat. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 200 mqdl A : - Masalah teratasi sebagian P : - Intervensi dilanjutkan - Menjaga kebersihan kulit agar	

				tetap bersih dan kering. - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
Senin 23 - Agustus 2021 09 : 00	Gangguan integritas kulit/jaringan	6. Melakukan pengkajian luka (kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 7. Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 8. Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban. 9. Memonitor luka	S : - Klien menyatakan nyeri berkurang,, - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas ringan O : - Klien tampak meringis menahan sakit saat GB - Luka amputatum bersih tampak merah - Luka pada punggung kaki tampak tidak begitu kotor, tidak tampak nekrose, produksi eksudat berkurang, tampak pada kasa yg suda tidak berwarna kunin lagi. - pada saat dibuka tidak menempel . - Luka Mulai memerah/pink - Teraba hangat-panas pada sekitar luka.		

			10. Mengetahui perkembangan luka - Untuk mengetahui ada infeksi atau tidak	- Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 182 mqdl A : - Masalah teratasi P : - Intervensi dilanjutkan dirumah. - Edukasi	
--	--	--	---	---	--

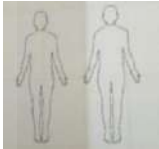


10. EVALUASI KEPERAWATAN

NO DX	WAKTU	EVALUASI	PARAF
1	Sabtu 21 Agustus 2021 09 : 20	S : Klien mengatakan setuju diberikan perawatan luka. Klien mengatakan masih bisa merasakan nyeri saat dilakukan perawatan luka. O : - Klien tampak meringis menahan sakit - Luka amputatum bersih tampak merah - Luka pada punggung kaki tampak masih kotor, tidak tampak nekrose, produksi eksudat (+) - pada saat dibuka menempel kuat. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan luka. - GDS 305 mqdl A : - Masalah belum teratasi P : - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan terjaga kelembabannya. - Membersihkan area luka menggunakan kasa steril lembab dg NaCl 0,9% - Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Menggunting jaringan mikrotik. - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	

	Minggu, 22 Agustus 2021 09.20 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri luka pada kakinya mulai ada berkurang. O : - Klien tampak meringis menahan sakit - Luka amputatum bersih tampak merah - Luka pada punggung kaki tampak tidak begitu kotor, tidak tampak nekrose, produksi eksudat berkurang - pada saat dibuka tidak menempel kuat. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 200 mqdl A : - Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
	Senin 23 Agustus 2021 09.20 WIB	S : - Klien menyatakan nyeri berkurang,, - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas ringan O : - Klien tampak meringis menahan sakit saat GB - Luka amputatum bersih tampak merah - Luka pada punggung kaki tampak tidak begitu kotor, tidak tampak nekrose, produksi eksudat berkurang, tampak pada kasa yg sudah tidak berwarna kunin lagi. - pada saat dibuka tidak menempel . - Luka Mulai memerah/pink - Teraba hangat-panas pada sekitar luka.	

		- Suhu membaik - Sensasi meningkat - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 182 mqdl A : - Masalah teratasi P : - Intervensi dilanjutkan dirumah. - Edukasi perawatan luka dirumah	
--	--	---	--

Nama : Tn. P Usia : 60 Tahun Diagnosa : Ulkus DM Lokasi Luka : Kaki Kadar GDS : 315						
ITEMS	PENGKAJIAN	Tgl & Skor	Tgl & Skor	Tgl & Skor		
		21 Agustus 2021	22 Agustus 2021	23 Agustus 2021		
1. Ukuran*	2= 4 s/d < 16 cm ²	2	2	2		
2. Kedalaman*	Seluruh lapisan kulit hilang, kerusakan atau nekrosis subkutan, tidak mencapai fascia, tertutup jaringan granulasi.	3	3	2		
3. Tepi Luka*	Seluruh lapisan kulit hilang, kerusakan atau nekrosis subkutan, tidak mencapai fascia, tertutup jaringan granulasi.	3	3	2		
4. Terowongan / Goa*	7. Goa < 2 cm di area manapun	2	2	1		
5. Tipe Jaringan Nekrotik	Jaringan nekrotik kekuningan yang melekat tapi mudah dilepas.	3	3	2		
6. Jumlah Jaringan Nekrotik	> 50% dan < 75% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik	4	3	2		

7. Tipe Eksudat	Serosa (encer, berair,jernih)	4	3	2
8. Jumlah Eksudat	Sedikit: Permukaan luka moist, eksudat membasahi < 25 % balutan.	3	2	2
9. Warna Kulit Sekitar Luka	Putih atau abu-abu, pucat atau hipopigmentasi .	3	2	2
10. Edema Perifer /Tepi Jaringan	Tidak ada pitting edema sepanjang < 4 cm sekitar luka.	2	2	1
11. Indurasi JaringanPerifer	Indurasi < 2 cm sekitar luka.	2	1	1
12. Jaringan Granulasi	Terang, merah seperti daging; 75 % s/d 100 % luka terisi granulasi.	2	2	1
13. Epitelisasi	75 % s/d < 100 % Epitelisasi	2	2	2
TOTAL SKOR		35	30	22
PARAF NAMA PETUGAS				

RESUME KASUS 3

11. PENGKAJIAN

I. IDENTITAS

a. Identitas klien

Nama : Tn. P
Umur : 45 th
Jenis kelamin : laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : S1
Pekerjaan : Swasta
Tanggal pengkajian : 21 Agustus 2021
Diagnosa medis : Ulkus DM
No. RM : 20-21-316879
Alamat : Banjarengara

b. Identitas penanggung

Nama : ny. N
Usia : 46 tahun
Pekerjaan : PNS
Alamat : Banjarnegara
Hubungan dengan pasien: Istri

II. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

a. Keluhan utama : Luka Pada punggung kaki kiri

Klien datang ke IGD 18 Agustus 2021 karena mual, muntah, Diare, dan adanya luka pada punggung kaki kanan. 2 minggu yll habis opname dengan ulcus DM. GDS high. Pada saat pengkajian tanggal 18 Agustus 2021 jam 09.00 wib, pasien menyatakan luka tidak kunjung sembuh, perawatan luka setiap hari dilakukan dengan oleh keluarga, seminggu sekali memanggil perawat. Gula darah tidak pernah di chek, makan minum tidak bisa dikontrol. Pasien cenderung semaunya sendiri. Riwayat sakit DM 10 th, tanpa kontrol. Mual (+) muntah (-) Dare (-) BABC pagi ini 1x, Makan minum bisa masuk. GDS,328 mqdl

III. PEMERIKSAAN FISIK

A Kesadaran : kompos mentis

B keadaan umum : Sedang

C TTV TD 145/95 mmhg; N: 80 x/menit; S : 37⁰C

RR : 20x/menit

- D BB : 80 kg/160 cm
- E Wajah : ekspresi muka tegang, seperti menahan sakit.
- F Kepala : Tidak teraba adanya massa dan pembengkakan
- G Mata : Tidak teraba adanya pembengkakan dimata Klien dan tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas dimata Klien kiri dan kanan
- h Hidung : Hidung simetris kiri dan kanan, lubang hidung terdapat sedikit adanya seckret, tidak ada penyumbatan dilubang hidung, tidak ada lesi di area hidung
- I Telinga : tidak ada lesi di telinga Klien
- J Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- K Mulut : tidak ada lesi dan sariawan
- L Dada
- Paru
- I : Gerakan dada simetris, tidak menggunakan otot bantu pernafasan frekuensi pernafasan 20 x/menit, tidak terdapat retraksi dinding dada.
- Pa : Pergerakan sama atau simetris
- Pe : Sonor di kedua lapang paru
- A : Vesikuler
- Jantung:
- I : Ictus cordis tidak tampak, tidak ada lesi pada dada sebelah kiri
- Pa : Iktus teraba reguler
- Pe : Dullness
- A : Suara S1, S2, reguler.

M Abdomen : Tidak ada lesi diareja perut Klien, warna kulit Klien sama dengan kulit lainnya

I : Tidak ada lesi diareja perut Klien, warna kulit Klien sama dengan kulit lainnya

Pa : Tidak ada nyeri tekan di area perut Klien, tidak ada pembesaran, tidak ada splenomegali, turgor kulit lembab dingin.

Pe :Tympani

Ekstremitas:

Atas : kekuatan otot kanan dan kiri (5): dapat melawan tahananpemeriksa dengan kekuatan penuh, perubahan bentuk tulang (-).

Bawah : Terdapat ulkus pada punggung kaki kiri dengan luas $\pm$ 3 cm, dan kedalaman ulkus $\pm$ 0,5 cm, terdapat luka amputatum pada jari telunjuk kaki kiri. Kondisi luka kotor, produksi nanah (+).

IV. PENATALAKSANAAN

a. Penerapan Perawatan Luka Dengan Metode Moist Wound Healing Pada Pasien Ulkus Diabetikum

12. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	Data subjektif Riwayat DM 10 th. Data objektif - Adanya luka pada punggung kaki. - Oedem pada punggung kaki dan jari2 teraba hangat-panas. - Luas luka ± 1 cm dengan kedalaman ± 1 cm - GDS 328 mqdl	Perubahan sirkulasi e.c DM	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)
2	Data subjektif - Klien mengatakan ada luka di kakinya Data objektif - Klien tampak meringis kesakitan - Klien tampak menahan rasa sakit	Penyakit kronis (DM)	Gangguan perlambatan luka (D.0142)
3	Data subjektif - Klien mengatakan luka belum membaik . Data objektif - Klien tidak nyaman dengan lukanya	Nyeri (luka pada kaki)	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

13. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Tupan: Dapat mempertahankan integritas kulit yang baik setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam Tupen : kadar gula kembali normal setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, GDS 120-200 mg/dl	Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI 1. Perfusi jaringan meningkat sedang. 2. kerusakan jaringan menurun ditandai dengan, nyeri berkurang, perdarahan dan eksudat menurun, tidak terjadi nekrose jaringan. 3. Suhu kulit dbn 4. Sensasi meningkat 5. GDS 120-200 mg/dl	Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI Perawatan integritas kulit :1.11353 7. Monitor perubahan sirkulasi dengan mengukur tanda-tanda vital(kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 8. Monitor perubahan status nutrisi, Monitor GDS 9. Monitor penurunan kelembaban Terapeutik: 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering Perawatan luka: 1.14564 9. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase warna, ukuran, bau) 10. Monitor tanda-tanda infeksi 11. Lepaskan balutan dan plester secara berlahan 12. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik	19. Memastikan sirkulasi pada daerah luka normal 20. Untuk memaksimalkan penyembuhan luka 21. Mencegah terjadinya lesi 22. Mengurangi adanya kulit kering dan retak 23. Untuk melembabkan kulit dan mencegah terjadinya lesi 24. Untuk mengetahui perkembangan luka 25. Untuk mengetahui terdapat infeksi atau tidak 26. Agar mengurangi rasa nyeri dan tidak merusak jaringan granulasi 27. Untuk membersihkan luka

14. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	HARI TANGGAL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	18 Agustus 2021 09 : 30	Gangguan integritas kulit/jaringan	1. Melakukan pengkajian luka (kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 2.Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 3.Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan kasa basah/lembab penahan kelembaban steril, pada luka bagian dalam ➤ Membalut luka pada sela sela jari. 3. Memonitor luka	S : Klien mengatakan setuju diberikan perawatan luka. Klien mengatakan masih bisa merasakan nyeri saat dilakukan perawatan luka. O : - Klien tampak meringis menahan sakit - Luka pada punggung kaki tampak bersih, tidak tampak nekrose, produksi eksudat (-) - Oedema pada punggung kaki sampai dengan jari2. - pada ssat dibuka menempel kuat. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan luka. - GDS 311 mqdl A : - Masalah belum teratasi P : - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan terjaga	

				kelembabannya. - Membersihkan area luka menggunakan kasa steril lembab dg NaCl 0,9%.	
--	--	--	--	---	--

				Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Menggunting jaringan mikrotik. - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
19 Agustus 2021 09: 30	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan adanya ulkus kaki	11. Melakukan pengkajian luka 12. Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 13. Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan. ➤ Melakukan perawatan pada sela2 jari. 14. Memonitor luka 15. Mengetahui perkembangan luka - Untuk mengetahui ada infeksi atau tidak	S : - Klien mengatakan nyeri luka pada kakinya mulai ada berkurang. O : - Klien tampak meringis menahan sakit - Luka pada punggung kaki tampak bersih, tidak tampak nekrose dan eksudat - Granulasi mulai tampak - pada ssat dibuka tidak menempel kuat. - Tidak ada luka baru sekitar jari2 kaki. - Oedema berkurang. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 256 mqdl A : - Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan		

				- Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
20 Agustus 2021 09 : 30	Gangguan integritas kulit/jaringan	11. Melakukan pengkajian luka (kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 12. Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 13. Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban.	S : - Klien menyatakan nyeri berkurang,, - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas ringan O : - Klien tampak meringis menahan sakit saat GB - Luka pada punggung kaki tampak bersih, tidak tampak nekrose dan eksudat. - pada saat dibuka tidak menempel . - Luka Mulai memerah/pink - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Oedema berkurang - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 205 mqdl		

			14. Memonitor luka 15. Mengetahui perkembangan luka - Untuk mengetahui ada infeksi atau tidak	A : - Masalah teratasi P : - Intervensi dilanjutkan dirumah. - Edukasi	
--	--	--	---	--	--



15. EVALUASI KEPERAWATAN

NO DX	WAKTU	EVALUASI	PARAF
1	Sabtu Agustus 2021 j. 10.00	S : Klien mengatakan setuju diberikan perawatan luka. Klien mengatakan masih bisa merasakan nyeri saat dilakukan perawatan luka. O : - Klien tampak meringis menahan sakit - Luka pada punggung kaki tampak bersih, tidak tampak nekrose, produksi eksudat (-) - Oedema pada punggung kaki sampai dengan jari2. - pada ssat dibuka menempel kuat. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan luka. - GDS 311 mqdl A : - Masalah belum teratasi P : - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan terjaga kelembabannya. - Membersihkan area luka menggunakan kasa steril lembab dg NaCl 0,9%.	
	Minggu, 22 Agustus 2021 10.00 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri luka pada kakinya mulai ada berkurang. O : - Klien tampak meringis menahan sakit - Luka pada punggung kaki tampak bersih, tidak tampak nekrose dan eksudat - Granulasi mulai tampak - pada ssat dibuka tidak menempel kuat. - Tidak ada luka baru sekitar jari2 kaki. - Oedema berkurang. - Teraba hangat-panas pada sekitar	

		luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 256 mqdl A : - Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Suhu membaik - Sensasi meningkat - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
	Senin 23 Agustus 2021 10.00 WIB	S : - Klien menyatakan nyeri berkurang,, - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas ringan O : - Klien tampak meringis menahan sakit saat GB - Luka pada punggung kaki tampak bersih, tidak tampak nekrose dan eksudat. - pada saat dibuka tidak menempel . - Luka Mulai memerah/pink - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Oedema berkurang - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 205 mqdl A : - Masalah teratasi P : - Intervensi dilanjutkan dirumah. - Edukasi perawatan luka dirumah.	

Nama : Tn. P Usia : 45 Tahun Diagnosa : Ulkus DM Lokasi Luka : Kaki Kadar GDS : 328				
				
ITEMS	PENGKAJIAN	Tgl & Skor	Tgl & Skor	Tgl & Skor
		18 Agustus 2021	19 Agustus 2021	20 Agustus 2021
1. Ukuran*	2 = 4 s/d < 16 cm ²	2	2	2
2. Kedalaman*	Seluruh lapisan kulit hilang, kerusakan atau nekrosis subkutan, tidak mencapai fascia, tertutup jaringan granulasi.	3	3	2
3. Tepi Luka*	Seluruh lapisan kulit hilang, kerusakan atau nekrosis subkutan, tidak mencapai fascia, tertutup jaringan granulasi.	3	3	2
4. Terowongan / Goa*	Goa < 2 cm di area manapun	2	2	1
5. Tipe Jaringan Nekrotik	Jaringan nekrotik kekuningan yang melekat tapi mudah dilepas.	3	3	2
6. Jumlah Jaringan Nekrotik	< 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik.	3	3	2
7. Tipe Eksudat	Serosa (encer, berair, jernih)	4	3	2
8. Jumlah Eksudat	Sedikit: Permukaan luka moist, eksudat membasahi < 25 % balutan.	3	2	2
9. Warna Kulit Sekitar Luka	Merah gelap atau ungu dan atau tidak pucat.	4	3	2
10. Edema Perifer / Tepi Jaringan	Tidak ada pitting edema sepanjang < 4 cm sekitar luka.	2	2	1
11. Indurasi Jaringan Perifer	Indurasi 2-4 cm seluas < 50% sekitar luka.	3	2	2

12. Jaringan Granulasi	Terang, merah seperti daging; 75 % s/d 100 % luka terisi granulasi.	2	2	1
13. Epitelisasi	75 % s/d < 100 % Epitelisasi	2	2	2
TOTAL SKOR		36	32	23
PARAF NAMA PETUGAS				



RESUME KASUS 4

16. PENGKAJIAN

I. IDENTITAS

a. Identitas klien

Nama : Tn. U
Umur : 60th
Jenis kelamin : laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Tani
Tanggal pengkajian : 21 Agustus 2021
Diagnosa medis : Ulkus DM
No. RM : 20-21-983654
Alamat : Banjarnegara

b. Identitas penanggung

Nama : ny. A
Usia : 50 tahun
Pekerjaan : IRT
Alamat : Banjarnegara
Hubungan dengan pasien: Istri

II. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

a. Keluhan utama : Luka Pada punggung kaki kanan.

Klien datang ke IGD tgl 19 Agustus 2021 karena kaki kanan bengkak, 3 jari (jari telunjuk, jari tengah dan jari manis) menghitam dan tidak terasa, pada kaki kiri menghitam, punggung kaki bengkak melepuh dan terasa nyeri, dirasa 1 minggu ini. Riwayat sakit DM 18 th. Tidak rutin kontrol. Pada saat pengkajian tanggal 19 Agustus 2021 jam 09.00 wib, pasien post amputasi 3 jari, kondisi luka kotor, bengkak, panas, eksudat (+) , Krepitasi (-). GDS 395

III. PEMERIKSAAN FISIK

A Kesadaran : kompos mentis

B keadaan umum : Sedang

C TTV TD 130/85 mmhg; N: 80 x/menit; S : 37⁰C

RR : 20x/menit

D BB : 55kg/150 cm

- E Wajah : ekspresi muka tegang, seperti menahan sakit.
- F Kepala : Tidak teraba adanya massa dan pembengkakan
- G Mata : Tidak teraba adanya pembengkakan dimata Klien dan tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas dimata Klien kiri dan kanan
- h Hidung : Hidung simetris kiri dan kanan, lubang hidung terdapat sedikit adanya seckret, tidak ada penyumbatan dilubang hidung, tidak ada lesi di area hidung
- I Telinga : tidak ada lesi di telinga Klien
- J Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- K Mulut : tidak ada lesi dan sariawan
- L Dada
- Paru
- I : Gerakan dada simetris, tidak menggunakan otot bantu pernafasan frekuensi pernafasan 20 x/menit, tidak terdapat retraksi dinding dada.
- Pa : Pergerakan sama atau simetris
- Pe : Sonor di kedua lapang paru
- A : Vesikuler
- Jantung:
- I : Ictus cordis tidak tampak, tidak ada lesi pada dada sebelah kiri
- Pa : Iktus teraba reguler
- Pe : Dullness
- A : Suara S1, S2, reguler.
- M Abdomen : Tidak ada lesi diarea perut Klien, warna kulit Klien sama dengan kulit lainnya

I : Tidak ada lesi di area perut Klien, warna kulit Klien sama dengan kulit lainnya

Pa : Tidak ada nyeri tekan di area perut Klien, tidak ada pembesaran, tidak ada splenomegali, turgor kulit baik.

Pe : Tympani

Ekstremitas:

Atas : kekuatan otot kanan dan kiri (5): dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh, perubahan bentuk tulang (-).

Bawah : Terdapat ulkus pada punggung kaki kanan dengan luas ± 3 cm, dan kedalaman ulkus ± 1 cm, terdapat luka amputatum pada 3 jari telunjuk tengah dan manis kaki kiri, bengkak, teraba panas, Kondisi luka kotor, produksi nanah (++), balutan basah.

IV. PENATALAKSANAAN

- a. Penerapan Perawatan Luka Dengan Metode Moist Wound Healing Pada Pasien Ulkus Diabetikum**

17. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	Data subjektif Riwayat DM 18 th. Data objektif - Adanya luka pada punggung kaki, dan luka amputatum pada jari telunjuk kaki kiri klien - Luas luka ± 3cm dengan kedalaman ± 1 cm	Perubahan sirkulasi e.c DM	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)
2	Data subjektif - Klien mengatakan ada luka di kakinya Data objektif - Klien tampak meringis kesakitan - Klien tampak menahan rasa sakit	Penyakit kronis (DM)	Gangguan perlambatan luka (D.0142)
3	Data subjektif - Klien mengatakan luka belum membaik . Data objektif - Klien tidak nyaman dengan lukanya	Nyeri (luka pada kaki)	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

18. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Tupan: Dapat mempertahankan integritas kulit yang baik setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam Tupen : kadar gula kembali normal setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, GDS 120-200 mg/dl	Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI 1. Perfusi jaringan meningkat sedang. 2. kerusakan jaringan menurun ditandai dengan, nyeri berkurang, perdarahan dan eksudat menurun, tidak terjadi nekrose jaringan. 3. Suhu kulit dbn 4. Sensasi meningkat 5. GDS 120-200 mg/dl	Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI Perawatan integritas kulit :1.11353 10. Monitor perubahan sirkulasi dengan mengukur tanda-tanda vital(kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 11. Monitor perubahan status nutrisi, Monitor GDS 12. Monitor penurunan kelembaban Terapeutik: 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering Perawatan luka: 1.14564 13. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase warna, ukuran, bau) 14. Monitor tanda-tanda infeksi 15. Lepaskan balutan dan plester secara berlahan 16. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik	28. Memastikan sirkulasi pada daerah luka normal 29. Untuk memaksimalkan penyembuhan luka 30. Mencegah terjadinya lesi 31. Mengurangi adanya kulit kering dan retak 32. Untuk melembabkan kulit dan mencegah terjadinya lesi 33. Untuk mengetahui perkembangan luka 34. Untuk mengetahui terdapat infeksi atau tidak 35. Agar mengurangi rasa nyeri dan tidak merusak jaringan granulasi 36. Untuk membersihkan luka

19. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	HARI TANGGAL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	19 Agustus 2021 10 : 00	Gangguan integritas kulit/jaringan	1. Melakukan pengkajian luka (kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 2.Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 3.Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan kasa basah/lembab penahan kelembaban steril, pada luka bagian dalam 4. Memonitor luka	S : Klien mengatakan setuju diberikan perawatan luka. Nyeri luka skala 4-6 O : - Klien tampak meringis menahan sakit bagian atas tubuh, sedangkan bagian luka, tidak terasa. - Terdapat luka amputatum - Luka pada punggung kaki tampak kotor, tidak tampak nekrose, produksi eksudat (++) - pada saat dibuka tidak menempel basah oleh eksudat. - Teraba hangat pada sekitar luka. - Bengkak. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan luka lembab. - GDS 365 mqdl A : - Masalah belum teratasi P : - Menjaga kebersihan kulit agar	

				tetap bersih dan terjaga kelembabannya. - Membersihkan area luka menggunakan kasa steril lembab dg NaCl 0,9%.	
--	--	--	--	--	--

				Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Menggunting jaringan mikrotik. - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
20 Agustus 2021 10: 00	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan adanya ulkus kaki	16. Melakukan pengkajian luka 17. Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 18. Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan. 19. Memonitor luka 20. Mengetahui perkembangan luka - Untuk mengetahui ada infeksi atau tidak	S : - Klien mengatakan nyeri luka pada kaki skala 4-6 O : - Luka amputatum bersih tampak merah - Luka pada punggung kaki tampak kotor, tidak tampak nekrose, produksi eksudat berkurang, kasa basah berkurang. - pada saat dibuka tidak menempel kuat. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Bengkak (+) - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 300 mqdl A : - Masalah teratasi sebagian P : - Intervensi dilanjutkan - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.		

				- Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
	21 Agustus 2021 10 : 00	Gangguan integritas kulit/jaringan	16. Melakukan pengkajian luka (kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 17. Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 18. Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl ➤ Menggantung jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban. 19. Memonitor luka 20. Mengetahui perkembangan	S : - Klien menyatakan nyeri pada kaki - Skala 4-6 O : - Luka pada punggung kaki tampak tidak begitu kotor, tampak nekrose, produksi eksudat berkurang, tampak pada kasa basah, tetapi berkurang dari balutan 2 dan 3. - pada saat dibuka tidak menempel . - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 297mqdl A : - Masalah teratasi sebagian P :	

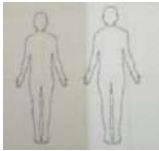
			luka - Untuk mengetahui ada infeksi atau tidak	- Pertahankan intervensi - Konsul ahli Gizi untuk perubahan Diet rendah kalori DM	
--	--	--	---	--	--



20. EVALUASI KEPERAWATAN

NO DX	WAKTU	EVALUASI	PARAF
1	19 Agustus 2021 10 : 20	S : Klien mengatakan setuju diberikan perawatan luka. Nyeri luka skala 4-6 O : - Klien tampak meringis menahan sakit bagian atas tubuh, sedangkan bagian luka, tidak terasa. - Terdapat luka amputatum - Luka pada punggung kaki tampak kotor, tidak tampak nekrose, produksi eksudat (++) - pada saat dibuka tidak menempel basah oleh eksudat. - Teraba hangat pada sekitar luka. - Bengkak. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan luka lembab. - GDS 365 mqdl A : - Masalah belum teratasi P : - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan terjaga kelembabannya. - Membersihkan area luka	
	20 Agustus 2021 10.20 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri luka pada kaki skala 4-6 O : - Luka amputatum bersih tampak merah - Luka pada punggung kaki tampak kotor, tidak tampak nekrose, produksi eksudat berkurang, kasa basah berkurang. - pada saat dibuka tidak menempel kuat. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Bengkak (+) - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 300 mqdl	

		A : - Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
	21 Agustus 2021 10.20 WIB	S : - Klien menyatakan nyeri pada kaki - Skala 4-6 O : - Luka pada punggung kaki tampak tidak begitu kotor, tampak nekrose, produksi eksudat berkurang, tampak pada kasa basah, tetapi berkurang dari balutan 2 dan 3. - pada saat dibuka tidak menempel . - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 297mqdl A : - Masalah masih aktual P : - Suhu membaik - Sensasi meningkat - Pertahankan intervensi - Konsul ahli Gizi untuk perubahan Diet rendah kalori DM	

Nama : Tn. U Usia : 60 Tahun Diagnosa : Ulkus DM Lokasi Luka : Kaki Kadar GDS : 395				
				
ITEMS	PENGKAJIAN	Tgl & Skor	Tgl & Skor	Tgl & Skor
		19 Agustus 2021	20 Agustus 2021	21 Agustus 2021
1. Ukuran*	16 s/d < 36cm ²	3	3	2
2. Kedalaman*	Seluruh lapisan kulit hilang, kerusakan atau nekrosis subkutan, tidak mencapai fascia, tertutup jaringan granulasi.	3	3	2
3. Tepi Luka*	Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka.	3	3	2
4. Terowongan / Goa*	Goa 2 - 4 cm seluas < 50 % pinggir luka.	3	2	2
5. Tipe Jaringan Nekrotik	Jaringan nekrotik kekuningan yang melekat tapi mudah dilepas.	3	3	2
6. Jumlah Jaringan Nekrotik	< 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik.	3	3	2
7. Tipe Eksudat	Serosa (encer, berair, jernih)	4	3	2
8. Jumlah Eksudat	Moderat : Eksudat terdapat > 25% dan < 75 % dari balutan yang digunakan	4	3	2
9. Warna Kulit Sekitar Luka	Merah gelap atau ungu dan atau tidak pucat.	4	3	2
10. Edema Perifer /Tepi Jaringan	Tidak ada pitting edema sepanjang ≥ 4 cm sekitar luka.	3	3	2
11. Indurasi Jaringan Perifer	Indurasi 2-4 cm seluas > 50% sekitar luka.	4	3	3

12. Jaringan Granulasi	Terang, merah seperti gading; <75 % dan > 25 % luka terisi granulasi.	3	3	2
13. Epitelisasi	75 % s/d < 100 % Epitelisasi	2	2	2
TOTAL SKOR		42	37	27
PARAF NAMA PETUGAS				



RESUME KASUS 5

21. PENGKAJIAN

I. IDENTITAS

a. Identitas klien

Nama : Tn. Ds
Umur : 55 th
Jenis kelamin : laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Swasta
Tanggal pengkajian : 22 Agustus 2021
Diagnosa medis : Ulkus DM
No. RM : 3168XX
Alamat : Banjarnegara

b. Identitas penanggung :

Nama : ny.Ds
Usia : 50 tahun
Pekerjaan : PNS
Alamat : Banjarnegara
Hubungan dengan pasien: Istri

II. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

a. Keluhan utama : Luka Pada punggung kaki kiri

Klien datang ke IGD 22 Agustus 2021 karena ada ulka DM yang tidak kunjung sembuh. Pada saat pengkajian tanggal 22 Agustus 2021 jam 10.00 wib, pasien menyatakan luka tidak kunjung sembuh, perawatan luka setiap hari dilakukan dengan oleh keluarga, seminggu sekali memanggil perawat. Gula darah tidak pernah di cek, makan minum tidak bisa dikontrol. Pasien cenderung semaunya sendiri. Riwayat sakit DM 5 th, tanpa kontrol. Mual (+) muntah (-) Dare (-) BABC pagi ini 1x, Makan minum bisa masuk. GDS,430 mqdl

III. PEMERIKSAAN FISIK

A Kesadaran : kompos mentis

B keadaan umum : Sedang

C TTV TD 145/95 mmhg; N: 80 x/menit; S : 37⁰C

RR : 20x/menit

- D BB : 80 kg/160 cm
- E Wajah : ekspresi muka tegang, seperti menahan sakit.
- F Kepala : Tidak teraba adanya massa dan pembengkakan
- G Mata : Tidak teraba adanya pembengkakan dimata Klien dan tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas dimata Klien kiri dan kanan
- h Hidung : Hidung simetris kiri dan kanan, lubang hidung terdapat sedikit adanya seckret, tidak ada penyumbatan dilubang hidung, tidak ada lesi di area hidung
- I Telinga : tidak ada lesi di telinga Klien
- J Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- K Mulut : tidak ada lesi dan sariawan
- L Dada
- Paru
- I : Gerakan dada simetris, tidak menggunakan otot bantu pernafasan frekuensi pernafasan 20 x/menit, tidak terdapat retraksi dinding dada.
- Pa : Pergerakan sama atau simetris
- Pe : Sonor di kedua lapang paru
- A : Vesikuler
- Jantung:
- I : Ictus cordis tidak tampak, tidak ada lesi pada dada sebelah kiri
- Pa : Iktus teraba reguler
- Pe : Dullness
- A : Suara S1, S2, reguler.

M Abdomen : Tidak ada lesi diarea perut Klien, warna kulit Klien sama dengan kulit lainnya

I : Tidak ada lesi diarea perut Klien, warna kulit Klien sama dengan kulit lainnya

Pa : Tidak ada nyeri tekan di area perut Klien, tidak ada pembesaran, tidak ada splenomegali, turgor kulit lembab dingin.

Pe :Tympani

Ekstremitas:

Atas : kekuatan otot kanan dan kiri (5): dapat melawan tahananpemeriksa dengan kekuatan penuh, perubahan bentuk tulang (-).

Bawah : Terdapat ulkus pada punggung kaki kiri dengan luas $\pm$ 3 cm, dan kedalaman ulkus $\pm$ 0,5 cm, terdapat luka amputatum pada jari telunjuk kaki kiri. Kondisi luka kotor, produksi nanah (+).

IV. PENATALAKSANAAN

a. Penerapan Perawatan Luka Dengan Metode Moist Wound Healing Pada Pasien Ulkus Diabetikum

22. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	Data subjektif Riwayat DM 5 th. Data objektif - Adanya luka pada punggung kaki. - Oedem pada punggung kaki dan jari2 teraba hangat-panas. - Luas luka ± 2 cm dengan kedalaman ± 1 cm - GDS 430 mqdl	Perubahan sirkulasi e.c DM	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)
2	Data subjektif - Klien mengatakan ada luka di kakinya Data objektif - Klien tampak meringis kesakitan - Klien tampak menahan rasa sakit	Penyakit kronis (DM)	Gangguan perlambatan luka (D.0142)
3	Data subjektif - Klien mengatakan luka belum membaik . Data objektif - Klien tidak nyaman dengan lukanya	Nyeri (luka pada kaki)	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

23. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Tupan: Dapat mempertahankan integritas kulit yang baik setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam Tupen : kadar gula kembali normal setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, GDS 120-200 mg/dl	Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI 1. Perfusi jaringan meningkat sedang. 2. kerusakan jaringan menurun ditandai dengan, nyeri berkurang, perdarahan dan eksudat menurun, tidak terjadi nekrose jaringan. 3. Suhu kulit dbn 4. Sensasi meningkat 5. GDS 120-200 mg/dl	Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI Perawatan integritas kulit :1.11353 13. Monitor perubahan sirkulasi dengan mengukur tanda-tanda vital (kedalaman luka, eksudat, ukuran luka, granulasi dan nekrose) 14. Monitor perubahan status nutrisi, Monitor GDS 15. Monitor penurunan kelembaban Terapeutik: 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering Perawatan luka: 1.14564 17. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase warna, ukuran, bau) 18. Monitor tanda-tanda infeksi 19. Lepaskan balutan dan plester secara berlahan 20. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik	37. Memastikan sirkulasi pada daerah luka normal 38. Untuk memaksimalkan penyembuhan luka 39. Mencegah terjadinya lesi 40. Mengurangi adanya kulit kering dan retak 41. Untuk melembabkan kulit dan mencegah terjadinya lesi 42. Untuk mengetahui perkembangan luka 43. Untuk mengetahui terdapat infeksi atau tidak 44. Agar mengurangi rasa nyeri dan tidak merusak jaringan granulasi 45. Untuk membersihkan luka

24. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	HARI TANGGAL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	22 Agustus 2021 09 : 30	Gangguan integritas kulit/jaringan	1. Melakukan pengkajian luka (kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 2.Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 3.Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan kasa basah/lembab penahan kelembaban steril, pada luka bagian dalam ➤ Membalut luka pada sela sela jari. 5. Memonitor luka	S : Klien mengatakan setuju diberikan perawatan luka. Klien mengatakan masih bisa merasakan nyeri saat dilakukan perawatan luka. O : - Klien tampak meringis menahan sakit - Luka pada punggung kaki tampak bersih, tidak tampak nekrose, produksi eksudat (-) - Oedema pada punggung kaki sampai dengan jari2. - pada ssat dibuka menempel kuat. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan luka. - GDS 311 mqdl A : - Masalah belum teratasi P : - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan terjaga	

				kelembabannya. - Membersihkan area luka menggunakan kasa steril lembab dg NaCl 0,9%.	
--	--	--	--	---	--

				Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Menggunting jaringan mikrotik. - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
23 Agustus 2021 09: 30	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan adanya ulkus kaki	21. Melakukan pengkajian luka 22. Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 23. Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan. ➤ Melakukan perawatan pada sela2 jari. 24. Memonitor luka 25. Mengetahui perkembangan luka - Untuk mengetahui ada infeksi atau tidak	S : - Klien mengatakan nyeri luka pada kakinya mulai ada berkurang. O : - Klien tampak meringis menahan sakit - Luka pada punggung kaki tampak bersih, tidak tampak nekrose dan eksudat - Granulasi mulai tampak - pada ssat dibuka tidak menempel kuat. - Tidak ada luka baru sekitar jari2 kaki. - Oedema berkurang. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 256 mqdl A : - Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan		

				- Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
24 Agustus 2021 09 : 30	Gangguan integritas kulit/jaringan	21. Melakukan pengkajian luka (kedalaman luka,eksudat,ukuran luka,granulasi dan nekrose) 22. Meminta persetujuan diberikanya perawatan luka menggunakan Moist wound healing dengan menggunakan balutan penahan kelembaban 23. Memberikan perawatan luka Tahapan ➤ Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. ➤ Membersihkan luka dengan cairan NaCl ➤ Menggunting jaringan mikrotik. ➤ perawatan luka ➤ Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban.	S : - Klien menyatakan nyeri berkurang,, - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas ringan O : - Klien tampak meringis menahan sakit saat GB - Luka pada punggung kaki tampak bersih, tidak tampak nekrose dan eksudat. - pada saat dibuka tidak menempel . - Luka Mulai memerah/pink - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Oedema berkurang - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 205 mqdl		

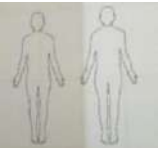
			24. Memonitor luka 25. Mengetahui perkembangan luka - Untuk mengetahui ada infeksi atau tidak	A : - Masalah teratasi P : - Intervensi dilanjutkan dirumah. - Edukasi	
--	--	--	---	--	--



25. EVALUASI KEPERAWATAN

NO DX	WAKTU	EVALUASI	PARAF
1	22 Agustus 2021 j. 10.00	S : Klien mengatakan setuju diberikan perawatan luka. Klien mengatakan masih bisa merasakan nyeri saat dilakukan perawatan luka. O : - Klien tampak meringis menahan sakit - Luka pada punggung kaki tampak bersih, tidak tampak nekrose, produksi eksudat (-) - Oedema pada punggung kaki sampai dengan jari2. - pada saat dibuka menempel kuat. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan luka. - GDS 311 mqdl A : - Masalah belum teratasi P : - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan terjaga kelembabannya. - Membersihkan area luka menggunakan kasa steril lembab dg NaCl 0,9%.	
	23 Agustus 2021 10.00 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri luka pada kakinya mulai ada berkurang. O : - Klien tampak meringis menahan sakit - Luka pada punggung kaki tampak bersih, tidak tampak nekrose dan eksudat - Granulasi mulai tampak - pada saat dibuka tidak menempel kuat.	

		- Tidak ada luka baru sekitar jari2 kaki. - Oedema berkurang. - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 256 mqdl A : - Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan NaCl - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban	
	Rabu 24 Agustus 2021 10.00 WIB	S : - Klien menyatakan nyeri berkurang,, - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas ringan O : - Klien tampak meringis menahan sakit saat GB - Luka pada punggung kaki tampak bersih, tidak tampak nekrose dan eksudat. - pada saat dibuka tidak menempel . - Luka Mulai memerah/pink - Teraba hangat-panas pada sekitar luka. - Oedema berkurang - Tampak bersih setelah dilakukan perawatan - GDS 205 mqdl A : - Masalah teratasi P : - Intervensi dilanjutkan dirumah. - Edukasi perawatan luka dirumah.	

Nama : Tn. P Usia : 60 Tahun Diagnosa : Ulkus DM Lokasi Luka : Kaki Kadar GDS : 315				
				
ITEMS	PENGKAJIAN	Tgl & Skor	Tgl & Skor	Tgl & Skor
		22 Agustus 2021	23 Agustus 2021	24 Agustus 2021
1. Ukuran*	2= 4 s/d < 16 cm ²	2	2	2
2. Kedalaman*	Seluruh lapisan kulit hilang, kerusakan atau nekrosis subkutan, tidak mencapai fascia, tertutup jaringan granulasi.	3	3	2
3. Tepi Luka*	Seluruh lapisan kulit hilang, kerusakan atau nekrosis subkutan, tidak mencapai fascia, tertutup jaringan granulasi.	3	3	2
4. Terowongan / Goa*	8. Goa < 2 cm di area manapun	2	2	1
5. Tipe Jaringan Nekrotik	Jaringan nekrotik kekuningan yang melekat tapi mudah dilepas.	3	3	2
6. Jumlah Jaringan Nekrotik	> 50% dan < 75% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik	4	3	2
7. Tipe Eksudat	Serosa (encer, berair, jernih)	4	3	2
8. Jumlah Eksudat	Sedikit: Permukaan luka moist, eksudat membasahi < 25 % balutan.	3	2	2
9. Warna Kulit Sekitar Luka	Putih atau abu-abu, pucat atau hipopigmentasi .	3	2	2

10. Edema Perifer /Tepi Jaringan	Tidak ada pitting edema sepanjang < 4 cm sekitar luka.	2	2	1
11. Indurasi Jaringan Perifer	Indurasi < 2 cm sekitar luka.	2	1	1
12. Jaringan Granulasi	Terang, merah seperti daging; 75 % s/d 100 % luka terisi granulasi.	2	2	1
13. Epitelisasi	75 % s/d < 100 % Epitelisasi	2	2	2
TOTAL SKOR		35	30	22
PARAF NAMA PETUGAS				