

# LAMPIRAN

Lampiran 1

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA**  
**MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPUR**



Jl. Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung  
Telp : 0721-783852 Faxsimile : 0721 – 773918  
Website: [www.bppsdmk.depkes.go.id/poltekkestanjungpur](http://www.bppsdmk.depkes.go.id/poltekkestanjungpur)  
E-mail : [poltekkestanjungpur@yahoo.co.id](mailto:poltekkestanjungpur@yahoo.co.id)

---

***INFORMED CONSENT***

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bersedia menjadi subjek penelitian :

Nama Peneliti : Maila Wulandari

Institusi : Profesi Ners Politeknik Kesehatan Tanjungpur

Bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian, dengan judul “**Analisis Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Debridement Ulkus Diabetikum Dengan Intervensi Perawatan Luka Modern Dressing Menggunakan Alginate Di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Provinsi Lampung Tahun 2025**” dan saya yakin tidak membahayakan bagi kesehatan dan dijamin kerahasiaannya. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa paksaan.

Bandar Lampung, 21 Mei 2025

Peneliti

Responden

Maila Wulandari

.....

NIM. 2414901092

Lampiran 2


**FORMAT PENGKAJIAN LUKA BATES JENSEN**

Pengkajian Luka Hari ke-1

Tanggal 04 Februari 2025

Item	Pengkajian	Score
Ukuran	1= Panjang x Lebar <4 cm 2= Panjang x Lebar 4 sd <16 cm 3= Panjang x Lebar 16,1 <36 cm 4= Panjang x Lebar	2
Kedalaman	1= tidak ada eritema pada kulit yang utuh 2= hilangnya sebagian kulit termasuk epidermis dan atau dermis 3= hilangnya seluruh bagian kulit terjadi kerusakan atau nekrosis pada subkutan, dapat menembus kedalam tapi tidak melampaui fasia, dan atau campuran sebagian dan seluruh kulit hilang dan atau lapisan jaringan tidak dapat dibedakan dengan jaringan granulasi 4= dikaburkan dengan nekrosis 5= kehilangan seluruh kulit dengan kerusakan yang luas jaringan nekrosis atau otot yang rusak tulang atau stuktur penyokong	3
Tepi luka	1= tidak dapat dibedakan, bercampur, tidak dapat dilihat dengan jelas 2= dapat dibedakan, batas luka dapat dilihat dengan jelas berdekatan dengan dasar luka 3= dapat dibedakan dengan jelas, tidak berdekatan dengan batas luka, bergelombang kebawah, menebal 4= dapat dibedakan dengan jelas, fibrotic, berskar atau hyperkeratosis	2
Terowongan (GOA)	1= tidak ada terowongan 2= terowongan <2cm dimana saja 3= terowongan 2-4 seluas <50% area luka 4= terowongan 2-4 seluas >50% area luka 5= terowongan >4 cm dimana saja	1
Tipe jaringan nekrosis	1= tidak ada 2= putih abu-abu jaringan mati atau slough yang	2

	lengket (mudah dihilangkan) 3= slough mudah dihilangkan 4= lengket lembut dan ada jaringan parut palsu berwarna hitam (black eschar) 5= lengket berbatas tegas, keras dan ada black eschar	
Jumlah jaringan nekrosis	1= tidak tampak 2= <25% dari dasar luka 3= 25-50% dari dasar luka 4= >50% hingga 75% dari dasar luka 5= 75% hingga 100% dari dasar luka	1
Tipe eksudat	1= tidak tampak 2= <i>bloody</i> (berdarah) 3= serosanguineous (berdarah dengan plasma darah) 4= serous (bening) 5= purulent (pus/nanah)	4
Jumlah eksudat	1= kering 2= basah/lembab 3=sedikit 4=sedang 5=banyak	3
Warna sekitar luka	1=pink atau normal 2=merah terang jika ditekan 3=putih atau pucat/hipopigmentasi 4=merah gelap /abu-abu 5=hitam atau hyperpigmentasi	3
Jaringan yang edema	1=no swelling atau edema 2=no pitting edema kurang dari 4 mm disekitar luka 3= no pitting edema lebih dari 4 mm disekitar luka 4= pitting edema kurang dari 4 mm disekitar luka 5=krepitasi atau pitting edema >4 mm	1
Pengeras jaringan tepi	1=tidak ada 2=pengerasan <2cm disebagian kecil sekitar luka 3=pengerasan 2-4 cm menyebar 4= pengerasan 2-4 cm menyebar >50% ditepi luka 5= pengerasan <4 cm diseluruh tepi luka	1

Jaringan granulasi	1=kulit utuh atau stage 2=terang 100% jaringan granulasi 3= terang 50% jaringan granulasi 4=granulasi 25% 5=tidak ada jaringan granulasi	4
Epitelisasi	1=100% epitelisasi 2=75-100% epitelisasi 3=50-75% epitelisasi 4=25-50% epitelisasi 5=<25% epitelisasi	4
Skor		31
Dokumentasi		

Keterangan: 13-20 : tingkat keparahan minimal

21-30 : tingkat keparahan ringan

31-40 : tingkat keparahan sedang

41-60 : tingkat keparahan ekstrim

## FORMAT PENGKAJIAN LUKA BATES JENSEN

Pengkajian Luka Hari ke-2

Tanggal 05 Februari 2025

Item	Pengkajian	Score
Ukuran	1= Panjang x Lebar <4 cm 2= Panjang x Lebar 4 sd <16 cm 3= Panjang x Lebar 16,1 <36 cm 4= Panjang x Lebar	2
Kedalaman	1= tidak ada eritema pada kulit yang utuh 2= hilangnya sebagian kulit termasuk epidermis dan atau dermis 3= hilangnya seluruh bagian kulit terjadi kerusakan atau nekrosis pada subkutan, dapat menembus kedalam tapi tidak melampaui fascia, dan atau campuran sebagian dan seluruh kulit hilang dan atau lapisan jaringan tidak dapat dibedakan dengan jaringan granulasi 4= dikaburkan dengan nekrosis 5= kehilangan seluruh kulit dengan kerusakan yang luas jaringan nekrosis atau otot yang rusak tulang atau stuktur penyokong	3
Tepi luka	1= tidak dapat dibedakan, bercampur, tidak dapat dilihat dengan jelas 2= dapat dibedakan, batas luka dapat dilihat dengan jelas berdekatan dengan dasar luka 3= dapat dibedakan dengan jelas, tidak berdekatan dengan batas luka, bergelombang kebawah, menebal 4= dapat dibedakan dengan jelas, fibrotic, berskar atau hyperkeratosis	2
Terowongan (GOA)	1= tidak ada terowongan 2= terowongan <2cm dimana saja 3= terowongan 2-4 seluas <50% area luka 4= terowongan 2-4 seluas >50% area luka 5= terowongan >4 cm dimana saja	1
Tipe jaringan nekrosis	1= tidak ada 2= putih abu-abu jaringan mati atau slough yang lengket (mudah dihilangkan) 3= slough mudah dihilangkan	2

	<p>4= lengket lembut dan ada jaringan parut palsu berwarna hitam (black eschar)</p> <p>5= lengket berbatas tegas, keras dan ada black eschar</p>	
Jumlah jaringan nekrosis	<p>1= tidak tampak</p> <p>2= &lt;25% dari dasar luka</p> <p>3= 25-50% dari dasar luka</p> <p>4= &gt;50% hingga 75% dari dasar luka</p> <p>5= 75% hingga 100% dari dasar luka</p>	1
Tipe eksudat	<p>1= tidak tampak</p> <p>2= <i>bloody</i> (berdarah)</p> <p>3= serosanguineous (berdarah dengan plasma darah)</p> <p>4= serous (bening)</p> <p>5= purulent (pus/nanah)</p>	4
Jumlah eksudat	<p>1= kering</p> <p>2= basah/lembab</p> <p>3=sedikit</p> <p>4=sedang</p> <p>5=banyak</p>	3
Warna sekitar luka	<p>1=pink atau normal</p> <p>2=merah terang jika ditekan</p> <p>3=putih atau pucat/hipopigmentasi</p> <p>4=merah gelap /abu-abu</p> <p>5=hitam atau hyperpigmentasi</p>	3
Jaringan yang edema	<p>1=no swelling atau edema</p> <p>2=no pitting edema kurang dari 4 mm disekitar luka</p> <p>3= no pitting edema lebih dari 4 mm disekitar luka</p> <p>4= pitting edema kurang dari 4 mm disekitar luka</p> <p>5=krepitasi atau pitting edema &gt;4 mm</p>	1
Pengeras jaringan tepi	<p>1=tidak ada</p> <p>2=pengerasan &lt;2cm disebagian kecil sekitar luka</p> <p>3=pengerasan 2-4 cm menyebar</p> <p>4= pengerasan 2-4 cm menyebar &gt;50% ditepi luka</p> <p>5= pengerasan &lt;4 cm diseluruh tepi luka</p>	1
Jaringan granulasi	<p>1=kulit utuh atau stage</p> <p>2=terang 100% jaringan granulasi</p>	4

	3= terang 50% jaringan granulasi 4=granulasi 25% 5=tidak ada jaringan granulasi	
Epitelisasi	1=100% epitelisasi 2=75-100% epitelisasi 3=50-75% epitelisasi 4=25-50% epitelisasi 5=<25% epitelisasi	4
Skor		31

Keterangan: 13-20 : tingkat keparahan minimal

21-30 : tingkat keparahan ringan

31-40 : tingkat keparahan sedang

41-60 : tingkat keparahan ekstrim



## FORMAT PENGKAJIAN LUKA BATES JENSEN

Pengkajian Luka Hari ke-3

Tanggal 06 Februari 2025

Item	Pengkajian	Score
Ukuran	1= Panjang x Lebar <4 cm 2= Panjang x Lebar 4 sd <16 cm 3= Panjang x Lebar 16,1 <36 cm 4= Panjang x Lebar	2
Kedalaman	1= tidak ada eritema pada kulit yang utuh 2= hilangnya sebagian kulit termasuk epidermis dan atau dermis 3= hilangnya seluruh bagian kulit terjadi kerusakan atau nekrosis pada subkutan, dapat menembus kedalam tapi tidak melampaui fascia, dan atau campuran sebagian dan seluruh kulit hilang dan atau lapisan jaringan tidak dapat dibedakan dengan jaringan granulasi 4= dikaburkan dengan nekrosis 5= kehilangan seluruh kulit dengan kerusakan yang luas jaringan nekrosis atau otot yang rusak tulang atau stuktur penyokong	3
Tepi luka	1= tidak dapat dibedakan, bercampur, tidak dapat dilihat dengan jelas 2= dapat dibedakan, batas luka dapat dilihat dengan jelas berdekatan dengan dasar luka 3= dapat dibedakan dengan jelas, tidak berdekatan dengan batas luka, bergelombang kebawah, menebal 4= dapat dibedakan dengan jelas, fibrotic, berskar atau hyperkeratosis	2
Terowongan (GOA)	1= tidak ada terowongan 2= terowongan <2cm dimana saja 3= terowongan 2-4 seluas <50% area luka 4= terowongan 2-4 seluas >50% area luka 5= terowongan >4 cm dimana saja	1
Tipe jaringan nekrosis	1= tidak ada 2= putih abu-abu jaringan mati atau slough yang lengket (mudah dihilangkan) 3= slough mudah dihilangkan	2

	4= lengket lembut dan ada jaringan parut palsu berwarna hitam (black eschar) 5= lengket terbatas tegas, keras dan ada black eschar	
Jumlah jaringan nekrosis	1= tidak tampak 2= <25% dari dasar luka 3= 25-50% dari dasar luka 4= >50% hingga 75% dari dasar luka 5= 75% hingga 100% dari dasar luka	1
Tipe eksudat	1= tidak tampak 2= <i>bloody</i> (berdarah) 3= serosanguineous (berdarah dengan plasma darah) 4= serous (bening) 5= purulent (pus/nanah)	4
Jumlah eksudat	1= kering 2= basah/lembab 3= sedikit 4= sedang 5= banyak	3
Warna sekitar luka	1= pink atau normal 2= merah terang jika ditekan 3= putih atau pucat/hipopigmentasi 4= merah gelap /abu-abu 5= hitam atau hyperpigmentasi	3
Jaringan yang edema	1= no swelling atau edema 2= no pitting edema kurang dari 4 mm disekitar luka 3= no pitting edema lebih dari 4 mm disekitar luka 4= pitting edema kurang dari 4 mm disekitar luka 5= krepitasi atau pitting edema >4 mm	1
Pengeras jaringan tepi	1= tidak ada 2= pengerasan <2cm disebagian kecil sekitar luka 3= pengerasan 2-4 cm menyebar 4= pengerasan 2-4 cm menyebar >50% ditepi luka 5= pengerasan <4 cm diseluruh tepi luka	1
Jaringan granulasi	1= kulit utuh atau stage 2= terang 100% jaringan granulasi	4

	3= terang 50% jaringan granulasi 4=granulasi 25% 5=tidak ada jaringan granulasi	
Epitelisasi	1=100% epitelisasi 2=75-100% epitelisasi 3=50-75% epitelisasi 4=25-50% epitelisasi 5=<25% epitelisasi	4
Skor		31

Keterangan: 13-20 : tingkat keparahan minimal

21-30 : tingkat keparahan ringan

31-40 : tingkat keparahan sedang

41-60 : tingkat keparahan ekstrim


## FORMAT PENGKAJIAN LUKA BATES JENSEN

Evaluasi Luka Hari ke-4

Tanggal 07 Februari 2025

Item	Pengkajian	Score
Ukuran	1= Panjang x Lebar <4 cm 2= Panjang x Lebar 4 sd <16 cm 3= Panjang x Lebar 16,1 <36 cm 4= Panjang x Lebar	2
Kedalaman	1= tidak ada eritema pada kulit yang utuh 2= hilangnya sebagian kulit termasuk epidermis dan atau dermis 3= hilangnya seluruh bagian kulit terjadi kerusakan atau nekrosis pada subkutis, dapat menembus kedalam tapi tidak melampaui fascia, dan atau campuran sebagian dan seluruh kulit hilang dan atau lapisan jaringan tidak dapat dibedakan dengan jaringan granulasi 4= dikaburkan dengan nekrosis 5= kehilangan seluruh kulit dengan kerusakan yang luas jaringan nekrosis atau otot yang rusak tulang atau struktur penyokong	3
Tepi luka	1= tidak dapat dibedakan, bercampur, tidak dapat dilihat dengan jelas 2= dapat dibedakan, batas luka dapat dilihat dengan jelas berdekatan dengan dasar luka 3= dapat dibedakan dengan jelas, tidak berdekatan dengan batas luka, bergelombang kebawah, menebal 4= dapat dibedakan dengan jelas, fibrotic, berskar atau hiperkeratosis	2
Terowongan (GOA)	1= tidak ada terowongan 2= terowongan <2cm dimana saja 3= terowongan 2-4 seluas <50% area luka 4= terowongan 2-4 seluas >50% area luka 5= terowongan >4 cm dimana saja	1
Tipe jaringan nekrosis	1= tidak ada 2= putih abu-abu jaringan mati atau slough yang lengket (mudah dihilangkan) 3= slough mudah dihilangkan 4= lengket lembut dan ada jaringan parut palsu	2

	berwarna hitam (black eschar) 5= lengket berbatas tegas, keras dan ada black eschar	
Jumlah jaringan nekrosis	1= tidak tampak 2= <25% dari dasar luka 3= 25-50% dari dasar luka 4= >50% hingga 75% dari dasar luka 5= 75% hingga 100% dari dasar luka	1
Tipe eksudat	1= tidak tampak 2= <i>bloody</i> (berdarah) 3= serosanguineous (berdarah dengan plasma darah) 4= serous (bening) 5= purulent (pus/nanah)	1
Jumlah eksudat	1= kering 2= basah/lembab 3=sedikit 4=sedang 5=banyak	2
Warna sekitar luka	1=pink atau normal 2=merah terang jika ditekan 3=putih atau pucat/hipopigmentasi 4=merah gelap /abu-abu 5=hitam atau hyperpigmentasi	3
Jaringan yang edema	1=no swelling atau edema 2=no pitting edema kurang dari 4 mm disekitar luka 3= no pitting edema lebih dari 4 mm disekitar luka 4= pitting edema kurang dari 4 mm disekitar luka 5=krepitasi atau pitting edema >4 mm	1
Pengeras jaringan tepi	1=tidak ada 2=pengerasan <2cm disebagian kecil sekitar luka 3=pengerasan 2-4 cm menyebar 4= pengerasan 2-4 cm menyebar >50% ditepi luka 5= pengerasan <4 cm diseluruh tepi luka	1
Jaringan granulasi	1=kulit utuh atau stage 2=terang 100% jaringan granulasi 3= terang 50% jaringan granulasi 4=granulasi 25% 5=tidak ada jaringan granulasi	3
Epitelisasi	1=100% epitelisasi	4

	2=75-100% epitelisasi 3=50-75% epitelisasi 4=25-50% epitelisasi 5=<25% epitelisasi	
Skor		26
Dokumentasi		

Keterangan: 13-20 : tingkat keparahan minimal

21-30 : tingkat keparahan ringan

31-40 : tingkat keparahan sedang

41-60 : tingkat keparahan ekstrim

Lampiran 3

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PERAWATAN LUKA**  
***MODERN DRESSING***

<b>Pengertian</b>	Perawatan luka adalah mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka. Perawatan luka modern dressing adalah penanganan luka secara modern atau terkini menggunakan balutan luka (Wound Dressing) modern.
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Balutan basah oleh exudate atau exudate merembes keluar dari tepi balutan sekunder (secondary dressing)</li><li>2. Warna dasar luka kuning atau hitam, atau campuran keduanya</li><li>3. Luka berbau (mal odor)</li></ol>
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Membuang jaringan nekrotik</li><li>2. Mengurangi atau menghilangkan bau</li><li>3. Memberikan kenyamanan fisik dan psikologis kepada klien</li><li>4. Memberikan lingkungan lembab yang memfasilitasi autolytic debridement</li></ol>
<b>Petugas</b>	Perawat
<b>Persiapan klien dan lingkungan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memberitahu tentang tujuan dan prosedur perawatan luka</li><li>2. Memasang sketsel atau menutup tirai jendela/pintu kamar klien</li></ol>
<b>Persiapan alat</b>	Bak instrument steril berisi: <ol style="list-style-type: none"><li>1. 1 buah gunting jaringan tajam</li><li>2. 1 buah pinset anatomis</li><li>3. 1 buah pinset chirurgical</li><li>4. Neerbeken</li><li>5. Gloves/sarung tangan sesuai ukuran 2 pasang</li></ol>

	6. Normal saline (NaCl 0,9%) 500 ml dalam botol 7. Pembalut/dressing luka (absorbent dressing) sesuai dengan kondisi: alginate dressing 8. Kasa 9. Underped 10. Sabun cuci luka 11. Perekat balutan non-woven (hipafix/micropore, dll) 12. Gunting verband 1 buah 13. Kantung sampah medis
<b>Prosedur</b>	A. Maintening belief <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam</li> <li>2. Melakukan kontrak dengan pasien</li> <li>3. Menjelaskan prosedur tindakan</li> </ol> B. Knowing <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggali informasi kepada pasien tentang perawatan luka</li> <li>2. Menyamakan persepsi perawatan dan pasien tentang protocol perawatan luka modern</li> <li>3. Memberikan kesempatan pada pasien untuk menyampaikan ketidaknyamanan yang dirasakan selama tindakan berlangsung</li> <li>4. Memberi kesempatan kepada pasien bahwa perawat siap memberikan dukungan, kenyamanan, dan menjaga privasi martabat pasien</li> </ol> C. Doing for <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan tindakan perawatan dengan memberikan kenyamanan pada pasien, menjaga privasi, menunjukkan kompetensi/skil</li> <li>2. Mencuci tangan dengan air mengalir dan membasil dengan handsrup gel</li> <li>3. Menggunakan sarung tangan</li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mendekatkan alat kedekat tempat kerja</li> <li>5. Memasang pernak/underpad</li> <li>6. Membuka balutan</li> <li>7. Balutan yang sudah dibuka dimasukkan kedalam plastik sampah</li> <li>8. Mencuci luka menggunakan cairan NaCl 0,9%</li> <li>9. Membersihkan luka secara hati-hati dan lembut</li> <li>10. Mengeringkan luka dengan menggunakan kasa</li> <li>11. Mengganti sarung tangan setelah mencuci tangan dengan handscrup gel</li> <li>12. Mengangkat jaringan yang mati</li> <li>13. Mendokumentasikan kondisi luka, stadium luka, warna dasar luka, ukuran luka, warna kulit sekitar luka, cairan luka, dan melakukan dokumentasi</li> <li>14. Memilih balutan sesuai dengan jenis luka (cairan atau warna luka) menggunakan alginate</li> <li>15. Merapihkan alat</li> <li>16. Mencuci tangan</li> </ol> <p>D. Enebling</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi validasi terhadap tindakan yang telah dilakukan</li> <li>2. Memberikan informasi berkaitan dengan peningkatan kesehatan pasien</li> <li>3. Membuat kontrak yang akan datang</li> </ol>
<b>Sumber</b>	<p>CWCCA. (2022). <i>Modul Pelatihan Perawatan Luka</i> (5 ed.). Yayasan Woucare Indonesia</p>

Lampiran 4

**Dokumentasi**



Luka hari ke-1



luka hari ke-4

## Lampiran 5

### Asuhan Keperawatan

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN**

**I. PENGRAJIAN**

Nama Mahasiswa: Maita Wulan Sari  
 NIM: 2404001003  
 Ruang rawat: Pesona Asam 3 Tgl Pengkajian: Senin, 05 Februari 2024  
 No. Register: 25.0002.6190

**A. IDENTITAS KLIEN**

1. Nama: Thg. T  
 2. Umur: 65 tahun  
 3. Jenis kelamin: L / P  
 4. Pendidikan: SD sederajat  
 5. Pekerjaan: ibu rumah tangga  
 6. Tgl masuk RS: 05 Februari 2024 Waktu: 13:00 WIB  
 7. Ds. Medis: Ukutan abdomen pada daerah  
 8. Alamat: Jl. Kp. Alai Barat

**B. RIWAYAT KESEHATAN**

Cara Masuk: ☒ Melalui IGD ☐ Melalui Poliklinik ☐ Transfer ruangan  
 Masuk ke Ruang rawat pada tanggal: 05 Feb 2024 Waktu: 13:00 WIB  
 Diantar Oleh: ☐ sendiri ☒ Keluarga ☐ Petugas Kesehatan ☐ Lainnya  
 Masuk dengan menggunakan: ☐ Berjalan ☒ Kusi Roda ☐ Brankar ☐ Kruk ☐ Walker  
☐ Tripod ☐ Lainnya, jelaskan: \_\_\_\_\_  
 Status Mental saat masuk: ☐ Kesadaran: Composmentis  
☐ GCS: E 4 M 5 V 4  
 Tanda Vital Saat Masuk: TD 90/60 mmHg  
 Nadi 96 x/menit ☒ teratur ☐ Tidak teratur ☐ Lemah ☐ Kuat  
 RR 24 x/menit ☒ teratur ☐ Tidak teratur

**Nyeri:**  
**Numeric Rating Scale**


0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 No Pain Moderate Worst Possible

**Verbal Rating Scale**

No Pain Mild Pain Moderate Severe Very Severe Worst Possible

**Wong & Baker Faces Rating Scale**

0 1 2 3 4 5



# Status Lokalis :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokala di samping :

C - Contusion

L - Lacerations

R - Rash/es

S - Soars

\*Parasite (scabies/lice)

D - Decubitus

T - Tattoo

B - Bruises

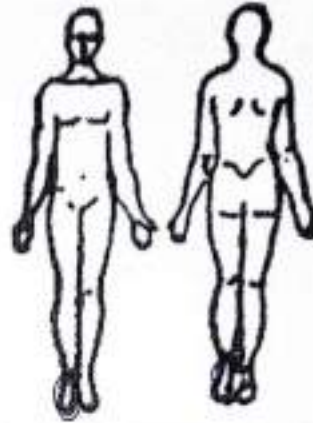
X - Body Piercing

P - Pain

O - Other dermatitis, ulcers, fungal, insect bites, etc.

Tinea Pedis: ☐ Ya ☐ Tidak

Jelaskan:



## Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA	NILAI	KET
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak 0 Ya 25	0	
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak 0 Ya 15	0	
3	Alat Bantu Jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang / Tongkat / Walker c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture	0 15 30	0	
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak 0 Ya 20	20	
5	Gaya berjalan / pindah a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri b. Lemah tidak bertenaga c. Gangguan / tidak normal (pincang / disere)	0 10 20	10	
6	Status Mental a. Sadar penuh b. Ketidaktahuan daya ingat	0 15	0	
JUMLAH SKOR			.....	

Tentukan kategori skor yg diperoleh :

1. Tidak berisiko, tindakan perawatan dasar
2. Risiko, lakukan tindakan pencegahan jatuh

SKOR

0 - 24

<25

A KODE

RIJAL

KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian : Kaki kanan terasa teler dan jemu

1. Aspek fisiologi  
 Aspek fisiologi berkaitan dengan fungsi fisiologi dari organ-organ yang terlibat dalam proses metabolisme. Aspek ini mencakup bagaimana tubuh mengatur kadar glukosa darah, bagaimana pankreas memproduksi insulin, dan bagaimana sel-sel target merespons insulin.

- Demam eraksi alergi yg diatasi

- | NAMA OBAT HERBAL | FREKUENSI | NAMA OBAT HERBAL | FREKUENSI | MASIH DIGUNAKAN/TIDAK |
|------------------|-----------|------------------|-----------|-----------------------|
| Metformin        | 2x1       |                  |           |                       |
|                  |           |                  |           |                       |
|                  |           |                  |           |                       |

8. Riwayat penyakit keluarga : Diabetes mellitus

- Gambar Genogram :**
- 
- Keterangan Genogram :**
- : Laki-laki
  - : Perempuan
  - X : Meninggal
  - : Hamil
  - : Menikah

### 1. Pola Manajemen Kesehatan-Per-cpsi Kesehatan

- ☐ Tampak Sehat    ☐ Tampak Sakit Ringan    ☒ Tampak sakit sedang  
☐ Tampak Sakit Berat

- Ellen mengulas sudah berapa banyak mengunjungi Minuman Pao Moton. Moton yang mengandung apa berikut.



- ♦ Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien (medical check up, kunjungan faskes dan JKN/Asuransi)  
Klien mengotopsi jika keluhan kembali maka langsung ke fasilitas kesehatan terdekat dan pasien menggunakan BPJS untuk mendapat pelayanan kesehatan.
- ♦ Upaya pemeliharaan kesehatan mandiri

- ♦ Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan  
Klien mengotopsi pernah di rawat di RS

#### Pola Metabolik - Nutrisi

- ♦ Kebiasaan Pola Makan sehari-hari dan Saat Dirawat Sekarang (termasuk jenis diet dan ukuran, masalah yg berhubungan dengan konsumsi makanan seperti kesulitan menelan, luka rongga mulut dan kerusakan gigi & gusi)  
Saat di rumah pasien makan 3x sehari, makan dengan nasi putih biasa, sayur-sayuran dan buah-buahan. dan saat di rumah sakit pasien mendapatkan diet diabetes makan 3x sehari

- ♦ Energi Metabolik  
( ) Merasa lemah ( ) merasa tenaga menurun (x) mudah lelah  
( ) Tidak mampu melakukan aktivitas ( ) tidak ada tenaga

- ♦ Persepsi Klien tentang BB nya (harus sesuai dgn keadaan tubuh)  
(2) Merasa BB normal ( ) Merasa BB Lebih ( ) Merasa sangat gemuk ( ) Merasa kurus

#### 2. POLA ELIMINASI

- ♦ Eliminasi buang air kecil (b.a.k.), jika pasien menggunakan kateter cek kolaborasi aliran, tgl pemasangan dan volume, karakteristik urine dalam urine bag  
Saat dirawat BAK warna putih bening, konsistensi padat, Gtt 2 x 10 ml, volume buang, tidak ada nyeri saat BAB dan di rumah pasien sering BAB 2x/minggu. Saat dirawat saat pasien mendapatkan BAK urinal dan BAB seperti biasa dan beraturan buang air besar 1x sehari.

#### 3. POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI

- ♦ Aktivitas sehari-hari & masalah kesehatan anggota gerak tangan dan kaki, ketergantungan dalam ADL (mandiri, partial, total care)  
Saat dirawat aktivitas yang dilakukan pasien selalu membantu perawat rumah, membantu perawat 2 jam, pasien mengatakan sering merasa lelah karena pun tidak mempunyai keagamaan, saat di rumah saat pasien juga beraktivitas dan aktivitas di rumah ada bantuan orang.

#### 4. POLA ISTIRAHAT - TIDUR

- ♦ Kebiasaan tidur terdapat tidur, tingkat kecemasan setelah bangun tidur, penyebab gangguan tidur, penggunaan obat/solusi bantu tidur)  
Pasien mengatakan susah tidur karena sudah melakukan tindakan operasi debridement tidur ± 4 jam.

#### 5. POLA PERSEPSI KOGNITIF

- ♦ Gambaran tentang indra khusus (tajam penglihatan/pendengaran, perasaan, rasa kebas/kesemutan)  
Pasien mengatakan tidak ada sakit kepala, tidak ada rasa dingin, tidak sakit dalam bergerak, tidak ada kesulitan dalam menelan, dan mendengar tidak baik.
- ♦ Kognitif (tingkat pendidikan/akal/bk, kemampuan mengambil keputusan, kemampuan mengingat)  
Pasien mengatakan pendidikan terakhir yaitu SD kelas 3

- Klien sudah dapat mau bekerja karena sudah ada dan banyak membantu dalam pekerjaan rumah dananya.

- Prinsip Pengalokasian Anggaran akan selalu memuat suatu prinsip bahwa jumlah seluruh dana yang akan

- pasien berespon dengan pengobatan antibiotik setelah 5 waktu

☐ 1.Kesemian ☐ 2.Hyperventilasi ☐ 3.Apnöe

2. Lahir: Simetris, tidak ada organ dalam, tidak ada kantung, tidak ada pembuluh darah terdistribusi

- form 1  
normal chest.

- Autoren: Julia Boman, Jörn Dörflinger, Egon

- Agar Virus Candi

6. Inspeksi : Perut stomatitis terang dolar, gigit bulu gigit malam, gigit malam

- b. Analisis: using input 1/1 of month

- c. Palpasi: શીર નીચે તરફ જાય, શીર નીચે જાય

- d. Perkusi : Gejala bunyi tympani di seluruh lapang abdomen

- ### 5. Panggang & Tulang Belakang

6. Generalis & Reluam : berarti

7. Ekstensitas Aorta & Branch: *Ekstensitas aorta* biasanya terjadi bila terjadi defekt aorta atau bicuspid, *rupture* aorta bisa berakibat rupture organ di belakang kiri bagian. *Ekstensitas* aorta & *Ekstensitas* branch, bisa simetris, berakibat bisa di kiri maupun bagian dari defekt aorta. *Ekstensitas* aorta *Ekstensitas* branch bisa bentuk S atau hilir.

# E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

(Laboratorium, Radiologi, USG, CT Scan, MRI, Kultur, dll bila diperlukan buat dalam bentuk daftar / table hasil pemeriksaan yg menunjukkan perkembangan hasil pemeriksaan)

Pemeriksaan	Hasil	Normal
hemoglobin	9.3	(L. 13-16, P. 12-15)
leukosit	43.920	5.000 - 10.000 sel/mm <sup>3</sup>
limfosit	0.1	0-1%
eosinofil	1.6	1-3%
netrofil batang	0	2-5%
netrofil segmen	40.0	50-70%
unifesh	2.2	20-40%
monosit	4.1	2-8%
hematokrit	29.5	(L. 40-48%, P. 39-48%)
hematokrit	381.000	150.000 - 400.000 sel/mm <sup>3</sup>
ruca	38.9	80-92 mikron
mdf	30.1	29-32
mdfc	33.9	32-37
eritrosit	2.008.000	4-5 juta/mm <sup>3</sup>
urutan	17.9	10-50 mg/100
transferrin	4.4	90-110 mg/100
ada	8.20	40-120 mg/100
gdn	45	

## F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSES RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
Picyn	Injeksi 1500 mg	3x1	Pada demam dengan kejang-kejang atau kejang	hemoragik, diare dan ruam kulit
dextrose 40%	Inf 50 ml		Pencetus hipoglikemia	Penggunaan 10-20 gram
metronidazole	100 ml	3x1	Mengobati infeksi	liver
NaCl 3%	Infus 500 ml		Sumber elektrolit	edema paru akut
amlodipine	10 mg tabs	2x1	hipertensi	kelelahan, pusing, sakit mulut, pusing
ketorolac	injeksi 30 mg	1x1	Mengurangi nyeri akut	gastrointestinal, sakit kepala
Antran	1mg	3x1	Microbion nyc	Pusing, mual, muntah, diare dan gangguan ginjal
Lansoprazole	1mg	1x1	Asam lambung	ruam obat, sakit
metoclopramide	10 mg tabs	4x1	gastrointestinal dan gastrointestinal	ruam obat, sakit
nasoprid	100 mg tabs	1x1	Infeksi saluran pernapasan	ruam obat, sakit



# C. SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LEKA TEKAN

Nama Klien : Fitri

Jenis Kelamin : L / P

No. Register :

Tanggal Penilaian Risiko :

PARAMETER	TAMBAHAN				SKOR
<b>Persepsi Sensori</b>	1. Tidak merasakan/terpapar oleh stimuli nyeri, tekanan, kesedihan	2. Tanggapan sensorial pada bagian tubuh tersebut tidak atau hanya sebagian saja 3. Persepsi sensorial tidak ada atau sebagian saja	3. Gangguan sensorial pada 1 atau 2 ekstremitas atau respon pada postural verbal yg tidak sesuai dengan tanggapan kardiokirculatorian	4. Tidak ada gangguan sensorial, respon postural terhadap postural verbal	4
<b>Ketidambaan</b>	1. Selalu terpapar oleh tekanan atau ulser bedah	2. Kulit lembab	3. Kulit kering-kehangatan kembali	4. Kulit kering	4
<b>Aktivitas</b>	1. Terpeleceh di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Bergang pada jarak terbatas	4. Dapat berjalan sekitar ruangan	2
<b>Mobilisasi</b>	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat menahan posisi secara kognitif dan verbal	3. Dapat menahan posisi ekstremitas mandiri	4. Dapat menahan posisi seluruh bagian	2
<b>Nutrisi</b>	1. Tidak dapat menghisap 1, 3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Parang mampu menghisap 1/3 porsi makannya atau tidak cairan kental dari jumlah optimal	3. Mampu menahan lebih dari 1/3 porsi makannya	4. Dapat menghisap dan porsi makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi	3
<b>Circulasi</b>	1. Tidak mampu mengangkat bagianya sendiri, atau gerak, konstruktif atau gelisah	2. Membranisasi lesi atau minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan		2
SKOR					19

Diadaptasi dari Braden & Bergstrom (1999), AJN 79 (1999)

Skor : 15 - 18 berisiko, 13 - 14 risiko sedang, 10 - 12 risiko tinggi, < 9 risiko sangat tinggi

# FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Mu-r  
 Dx. Medis : ulcer diabetikum pada dekstra  
 Ruang : PA 03  
 No. MR : 249083

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1.		<p>DS : - Pasien mengatakan kaki kanan bernanah sejak 4 hari sebelumnya</p> <p>DO : - Pasien mengatakan kaki terasa tebal dan bengkak</p> <p>- Pasien mengatakan kesulitan jalan dengan</p> <p>DO : - Luka post debridemen</p> <p>- Luka terdapat pada kaki kanan</p> <p>- Luka 4x5 cm</p> <p>- Di tepi luka terdapat jaringan nekrosis</p> <p>- Terdapat jaringan nekrosis sekitar</p> <p>- Jaringan lunak</p> <p>- Tepi luka DPT dibedakan</p> <p>- Luka ada perdarahan jika luka</p> <p>- Terdapat jaringan nekrosis</p> <p>- Berwarna putih abu-abu</p> <p>- Dipelekan dengan sterilisasi</p>	Gangguan integritas kulit / jaringan	faktor mekanis (paci dekstra)
2.		<p>DS : - Pasien mengatakan merasa lelah</p> <p>DO : - GDS 330 mg/dl</p>	ketidakstabilan kadar glukosa darah	hiperglikemia

Nama Klien	1	M4-11
Dx. Medis	2	Ulkus diabetikum pedis dextrum
Ruang	3	PA 03
No. MR	4	A49063

: 19-1

- Ulfur drabefurum pedis dantem

1. Part 03

ਸਿਪਰੂਟ 63

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
		DS : - pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kanan nya - pasien mengatakan nyeri jika bergerak  DO : - dampak fisik lemah - gerakan terbatas - kebutuhan otot pada ekstremitas bawah kanan 3 dan kiri 5	Gangguan mobilitas fisik	Hipertiroidisme
		DS :     DO :		

### DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Hg. R  
Dx. Medis : Ulkus diabetikum pada dorsum  
Ruang : PM 03  
No. MR : 749463

1. Gangguan integritas kulit b.d faktor mekanis (post debridement)
2. Ketidastabilan kadar glukosa darah b.d operasi kemih
3. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri

#### HARI KE-2 : Tanggal

1. Gangguan integritas kulit b.d faktor mekanis
2. Ketidastabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia
3. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri

#### HARI KE-3 : Tanggal

1. Gangguan integritas kulit b.d faktor mekanis
2. Ketidastabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia
3. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri

### Rencana Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Rencana Tindakan
1.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (post debridement) (D. 0192)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kerusakan jaringan menurun</li> <li>- Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>- Nyeri menurun</li> <li>- Perdarahan menurun</li> <li>- Pertumbuhan granulasi meningkat (L. 14125)</li> </ul>	<p>Perawatan luka</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor karakteristik luka (misal, drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>- Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan perawatan luka</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul> <p>Kalaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kalaborasi dengan dokter dalam pemberian obat picyn inj 1500 mg dan metronidazole 100 ml (I. 14564)</li> </ul>
2.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D. 0027)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lelah menurun</li> <li>- Mengantuk menurun</li> <li>- Kadar glukosa dalam darah membaik (L. 03022)</li> </ul>	<p>Manajemen hiperglikemia</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>- Monitor kadar glukosa darah</li> <li>- Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan asupan cairan oral</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada dan memburuk</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl</li> <li>- Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>- Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> </ul> <p>Kalaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kalaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</li> <li>- Kalaborasi pemberian terapi obat novorapid flexpen 100 inj (1x1) dan captopril 25 mg tab (ekstra) (I. 03115)</li> </ul>
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pergerakan ekstermitas meningkat</li> <li>- Kekuatan otot meningkat</li> <li>- Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>- Nyeri menurun</li> <li>- Kecemasan menurun</li> <li>- Kaku sendi menurun</li> </ul>	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan</li> </ul>

		(L. 05042)	<p>alat bantu (missal, pagar tempat tidur)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur).</li> </ul> <p>(I. 05173)</p>
--	--	------------	---

## Implementasi Keperawatan

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 1	Implementasi	Evaluasi
Selasa 04 Feb 2025 09.30	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (post debridement) (D. 0192)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan perawatan luka</li> <li>- Melepas balutan secara perlahan</li> <li>- Memonitor karakteristik luka</li> <li>- Memonitor tanda-tanda infeksi</li> <li>- Membersihkan luka dari jaringan nekrotik</li> <li>- Membilas luka dengan menggunakan cairan NaCl</li> <li>- Memasang balutan/<i>dressing</i> dengan menggunakan <i>alginate dressing</i> dan kassa</li> <li>- Menutup luka dengan perban</li> <li>- Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>- Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Menganjurkan cara perawatan luka dengan homecare</li> <li>- Memberikan terapi obat yang diberikan picyn inj 1500 mg dan metronidazole 100 ml</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kaki terasa kebas dan kaku</li> <li>- Pasien mengatakan nyaman setelah di ganti balutan</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan sudah paham tentang tanda gejala infeksi dan cara perawatan luka setelah dijelaskan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menerima booklet perawatan luka</li> <li>- Terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- Ukuran luka lebar 10 cm dan tinggi 14 cm</li> <li>- kedalaman, hilangnya seluruh bagian kulit terjadi kerusakan atau nekrosis pada subkutan</li> <li>- tepi luka dapat dibedakan batas luka dapat dilihat dengan jelas berdekatan dengan dasar luka</li> <li>- tidak ada terowongan pada luka</li> <li>- terdapat jaringan nekrosis</li> </ul>
14.00			



			<p>berwarna putih abu-abu atau <i>slough</i> yang lengket mudah dihilangkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tipe eksudat bening dengan jumlah sedikit</li> <li>- warna sekitar luka putih atau pucat</li> <li>- jaringan yang edema <i>no swelling</i></li> <li>- pengeras jaringan tepi tidak ada</li> <li>- terdapat jaringan granulasi &lt;25%</li> </ul> <p>A: Gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lanjutkan perawatan luka</li> </ul>
--	--	--	---

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 2	Implementasi	Evaluasi
<p>Selasa 04 Feb 2025</p> <p>10.00</p> <p>14.00</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D. 0027)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi penyebab hiperglikemia</li> <li>- memonitor kadar glukosa darah</li> <li>- menganjurkan kepatuhan terhadap diit</li> <li>- memberikan terapi obat novorapid flexpen 100 ml inj dan captopril 25 mg tab</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan penyebab diabetes karena faktor keturunan dan sering mengkonsumsi makanan dan minuman manis</li> <li>- Pasien mengatakan akan patuh terhadap diit</li> <li>- Pasien mengatakan sarapan pagi yaitu dengan lauk ayam, sayur capcay, dan jeruk</li> </ul> <p>O:</p>

			- GDS: 320 mg/dl A: ketidakstabilan kadar glukosa darah P: monitor kadar glukosa darah
--	--	--	--

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 3	Implementasi	Evaluasi
Selasa 04 Feb 2025 11.00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Mengajarkan mobilisasi dini (duduk di tempat tidur)</li> </ul>	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri saat kaki digunakan bergerak</li> <li>- Keluarga pasien dan pasien mengerti tujuan dari prosedur mobilisasi</li> <li>- Pasien mengatakan keluarga selalu mendampingi</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien mampu duduk di tempat tidur</li> <li>- Kekuatan otot pada kaki kanan 3 dan kaki kiri 5</li> </ul> A: gangguan mobilitas fisik P: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul>

			- Mengajarkan mobilisasi dini
--	--	--	-------------------------------

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 1	Implementasi	Evaluasi
Rabu 05 Feb 2025 09.30 WIB	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (post debridement) (D. 0192)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan perawatan luka</li> <li>- Melepas balutan secara perlahan</li> <li>- Memonitor karakteristik luka</li> <li>- Memonitor tanda-tanda infeksi</li> <li>- Membersihkan luka dari jaringan nekrotik</li> <li>- Membilas luka dengan menggunakan cairan NaCl</li> <li>- Memasang balutan/<i>dressing</i> dengan menggunakan <i>alginate dressing</i> dan kassa</li> <li>- Menutup luka dengan perban</li> <li>- Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kaki masih terasa kebas dan kaku</li> <li>- Pasien mengatakan nyaman setelah di ganti balutan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- Ukuran luka lebar 10 cm dan tinggi 14 cm</li> <li>- kedalaman, hilangnya seluruh bagian kulit terjadi kerusakan atau nekrosis pada subkutan</li> <li>- tepi luka dapat dibedakan batas luka dapat dilihat dengan jelas berdekatan dengan dasar luka</li> <li>- tidak ada terowongan pada luka</li> <li>- terdapat jaringan nekrosis berwarna putih abu-abu atau <i>slough</i> yang lengket mudah dihilangkan</li> <li>- tipe eksudat bening dengan jumlah</li> </ul>

			sedikit <ul style="list-style-type: none"> <li>- warna sekitar luka putih atau pucat</li> <li>- jaringan yang edema <i>no swelling</i></li> <li>- pengeras jaringan tepi tidak ada</li> <li>- terdapat jaringan granulasi &lt;25%</li> </ul> A: Gangguan integritas kulit/jaringan P: <ul style="list-style-type: none"> <li>- lanjutkan perawatan luka</li> </ul>
--	--	--	---

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 2	Implementasi	Evaluasi
Rabu 05 Feb 2025 10.10 14.00	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D. 0027)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor kadar glukosa darah</li> <li>- memberikan terapi obat novorapid flexpen 100 ml inj dan captopril 25 mg tab</li> </ul>	S: - O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS: 303 mg/dl</li> </ul> A: ketidakstabilan kadar glukosa darah P: monitor kadar glukosa darah

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 3	Implementasi	Evaluasi
Rabu 05 Feb 2025 11.20	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul>	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih terasa nyeri saat kaki digunakan bergerak</li> <li>- Pasien mengatakan keluarga selalu</li> </ul>

14.00		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan mobilisasi dini (duduk di sisi tempat tidur)</li> <li>- Memberikan terapi obat yang diberikan picyn inj 1500 mg dan ketorolac 30 mg inj</li> </ul>	<p>mendampinginya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien mampu duduk disisi tempat tidur</li> <li>- Kekuatan otot pada kaki kanan 3 dan kaki kiri 5</li> </ul> <p>A: gangguan mobilitas fisik</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>- Mengajarkan mobilisasi dini</li> </ul>
-------	--	---	---

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 1	Implementasi	Evaluasi
Kamis 06 Feb 2025 09.30 WIB	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (post debridement) (D. 0192)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan perawatan luka</li> <li>- Melepas balutan secara perlahan</li> <li>- Memonitor karakteristik luka</li> <li>- Memonitor tanda-tanda infeksi</li> <li>- Membersihkan luka dari jaringan nekrotik</li> <li>- Membilas luka dengan menggunakan cairan NaCl</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kaki masih terasa kebas dan kaku</li> <li>- Pasien mengatakan nyaman setelah di ganti balutan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- Ukuran luka lebar 10 cm dan tinggi 14 cm</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memasang balutan/<i>dressing</i> dengan menggunakan <i>alginate dressing</i> dan kassa</li> <li>- Menutup luka dengan perban</li> <li>- Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kedalaman, hilangnya seluruh bagian kulit terjadi kerusakan atau nekrosis pada subkutan</li> <li>- tepi luka dapat dibedakan batas luka dapat dilihat dengan jelas berdekatan dengan dasar luka</li> <li>- tidak ada terowongan pada luka</li> <li>- terdapat jaringan nekrosis berwarna putih abu-abu atau <i>slough</i> yang lengket mudah dihilangkan</li> <li>- tipe eksudat bening dengan jumlah sedikit</li> <li>- warna sekitar luka putih atau pucat</li> <li>- jaringan yang edema <i>no swelling</i></li> <li>- pengeras jaringan tepi tidak ada</li> <li>- terdapat jaringan granulasi &lt;25%</li> </ul> <p>A: Gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lanjutkan perawatan luka</li> </ul>
--	--	--	---

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 2	Implementasi	Evaluasi
Kamis 06 Feb 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	<ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor kadar glukosa darah</li> </ul>	<p>S: -</p> <p>O: -</p>

10.00 14.00	berhubungan dengan hiperglikemia (D. 0027)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- memberikan terapi obat novorapid flexpen 100 ml inj dan captopril 25 mg tab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS: 256 mg/dl</li> </ul> A: ketidakstabilan kadar glukosa darah P: monitor kadar glukosa darah
----------------	--	---	---

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 3	Implementasi	Evaluasi
Kamis 06 Feb 2025 11.30  14.00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>- Mengajarkan mobilisasi dini (duduk di tempat tidur)</li> <li>- Memberikan terapi obat yang diberikan antrain inj 30 mg</li> </ul>	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih terasa nyeri saat kaki digunakan bergerak</li> <li>- Pasien mengatakan keluarga selalu mendampingi</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien mampu duduk di tempat tidur</li> <li>- Kekuatan otot pada kaki kanan 3 dan kaki kiri 5</li> </ul> A: gangguan mobilitas fisik P: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>- Mengajarkan mobilisasi dini</li> </ul>

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 1	Implementasi	Evaluasi
Jumat 07 Feb 2025 09.00 WIB	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (post debridement) (D. 0192)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan perawatan luka</li> <li>- Melepas balutan secara perlahan</li> <li>- Memonitor karakteristik luka</li> <li>- Memonitor tanda-tanda infeksi</li> <li>- Membersihkan luka dari jaringan nekrotik</li> <li>- Membilas luka dengan menggunakan cairan NaCl</li> <li>- Memasang balutan/<i>dressing</i> dengan menggunakan <i>alginate dressing</i> dan kassa</li> <li>- Menutup luka dengan perban</li> <li>- Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kaki masih terasa kebas dan kaku</li> <li>- Pasien mengatakan nyaman setelah di ganti balutan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- Ukuran luka lebar 10 cm dan tinggi 14 cm</li> <li>- kedalaman, hilangnya seluruh bagian kulit terjadi kerusakan atau nekrosis pada subkutan</li> <li>- tepi luka dapat dibedakan batas luka dapat dilihat dengan jelas berdekatan dengan dasar luka</li> <li>- tidak ada terowongan pada luka</li> <li>- terdapat jaringan nekrosis berwarna putih abu-abu atau <i>slough</i> yang lengket mudah dihilangkan</li> <li>- jumlah eksudat basah atau lembab tipe tidak ada</li> <li>- warna sekitar luka putih atau pucat</li> <li>- jaringan yang edema <i>no swelling</i></li> <li>- pengeras jaringan tepi tidak ada</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>- terdapat jaringan granulasi terang 50%</li> </ul> <p>A: Gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lanjutkan perawatan luka di rumah secara mandiri/<i>home care</i></li> </ul>
--	--	--	---

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 2	Implementasi	Evaluasi
Jumat 07 Feb 2025 10.00 14.00	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D. 0027)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor kadar glukosa darah</li> <li>- memberikan terapi obat novorapid flexpen 100 ml inj dan captopril 25 mg tab</li> </ul>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS: 194 mg/dl</li> </ul> <p>A: ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>P: monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p>

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 3	Implementasi	Evaluasi
Jumat 07 Feb 2025 10.30	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>- Mengajarkan mobilisasi dini</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih terasa nyeri saat kaki digunakan bergerak</li> <li>- Pasien mengatakan keluarga selalu mendampingi</li> </ul>

		(pindah dari tempat tidur ke kursi)	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien mampu pindah dari tempat tidur ke kursi</li> <li>- Kekuatan otot pada kaki kanan 4 dan kaki kiri 5</li> </ul> <p>A: gangguan mobilitas fisik</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>- Mengajarkan mobilisasi dini</li> </ul>
--	--	-------------------------------------	---

Lampiran: 6

Form : Lembar Konsultasi

	<b>PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI POLTEKES KEMENKES TANJUNGPINANG</b>
<b>Formulir Lembar Konsultasi</b>	

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : Maria Wicakanti  
 NIM : 2019010002  
 Nama Pembimbing : Rochy S. Kp. M. Kes  
 Judul : Analisis Perencanaan dan Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit  
Uraian Disertasi dengan terdapat penelitian yang Modern dan inovatif  
Pengembangan Aplikasi di RS Sang Bumi Asih, Bandar Lampung, tahun 2019

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Jumat 21 Januari 2019	Judul	Konsultasi Judul		
2	Jumat 01 Mei 2019	Bab 1, 2 dan 3	Penelitian Ners, Analisis dan perencanaan		
3	Jumat 01 Mei 2019	Bab 1, 2 dan 3	Penelitian Ners, Analisis dan perencanaan		
4	Rabu 09 Mei 2019	Bab 1, 2, 3, 4 dan 5	Analisis dan perencanaan dan penelitian Ners		
5	Rabu 16 Mei 2019	Bab 1, 2, 3, 4 dan 5	Analisis dan perencanaan dan penelitian Ners		
6	Jumat 19 Mei 2019	Bab 1, 2, 3, 4 dan 5	Analisis dan perencanaan dan penelitian Ners		
7			Analisis dan perencanaan dan penelitian Ners		
8	Senin 04 Juni 2019	Bab 1-5	Perbaikan Materi		
9			Logat Berkat		
10					
11					
12					

Mengetahui  
Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

  
 Dwi Agustini, S.Kp., M.Kep., Sp. Kea  
 NIP.197108111994022001

	<b>PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPINANG</b>
	<b>Formulir Lembar Konsultasi</b>

## LEMBAR KONSULTASI





Nama Mahasiswa : Maria Wulandari  
 NIM : 201401001  
 Nama Pembimbing : Dr. Endang Wulandari, S.Kep., N.Kep.  
 Judul : Asesmen Keperawatan Jarak Jauh Pasien dan Gigitan  
Urusan Keperawatan Jarak Jauh, Intervensi Keperawatan Jarak Jauh, Strategi Keperawatan  
Keperawatan Asesmen ST. RS. St. Sumberejo Pati, Lampung, 2020

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BEMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Rabu 14 Mei 2020	Bab 1-5	Perbaikan Perawatan		<i>[Signature]</i>
2	Kamis 15 Mei 2020	Bab 1-5	Perbaikan Abstrak		<i>[Signature]</i>
3	Jum'at 16 Mei 2020	Bab 1-5	Perbaikan Tabel & Gambar		<i>[Signature]</i>
4	Jum'at 16 Mei 2020	Bab 4-5	Perbaikan Tabel & Rujukan		<i>[Signature]</i>
5	Senin 18 Mei 2020	Bab 4	Langkah Pembahasan		<i>[Signature]</i>
6	Senin 18 Mei 2020	Bab 1-5	Perbaikan Perawatan		<i>[Signature]</i>
7	Selasa 19 Mei 2020	Sampul BAB	ACC Uraian hasil sidang hasil		<i>[Signature]</i>
8	Senin 22 Mei 2020	Bab 1-5	Perbaikan Perawatan abstrak		<i>[Signature]</i>
9	Senin 02 Juni 2020	Bab 1-5	Perbaikan Daftar Isi, Daftar		<i>[Signature]</i>
10	Selasa 03 Juni 2020	Bab 5	Perbaikan Kesimpulan, saran		<i>[Signature]</i>
11	Rabu 03 Juni 2020	Bab 1-5	Perbaikan Daftar Isi		<i>[Signature]</i>
12	Rabu 03 Juni 2020		ACC Uraian hasil		<i>[Signature]</i>

Mengetahui  
Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

  
 Dwi Agustina, S.Kep., M.Kep., Sp. Kom  
 NIP.197108111990022001

## Lampiran: 7

 <h3>BOOKLET INOVASI PROSEDUR PERAWATAN LUKA MENGGUNAKAN ALGINATE PADA ULKUS DIABETIKUM</h3> <p>Dibuat oleh: Mela Wulandari, ST, Np Ns. Titi Asyub, M.Kep., Sp. Mat Kadri, S.Kp., M.Kes Idiawati Marunang, S.Kp., M.Kes</p>  <p>Wound Care</p> <p>POLTEKES TANJUNGKARA KEMENKES RI JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGKARANG PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS TAHUN 2025</p>	<h3>Booklet</h3> <h4>Inovasi Prosedur Perawatan Luka Menggunakan Alginate Pada Pasien Ulkus Diabetikum</h4> <p>Dibuat oleh: Mela Wulandari, ST, Np Ns. Titi Asyub, M.Kep., Sp. Mat Kadri, S.Kp., M.Kes Idiawati Marunang, S.Kp., M.Kes</p>  																				
<h3>PRAKATA</h3> <p>Puji syukur atas kehadiran Allah SWT, yang telah memberikan rahmat serta kenan-Nya kepada kami sehingga kami berhasil menyelesaikan BOOKLET yang berjudul "Inovasi Prosedur Perawatan Luka Menggunakan Alginate Pada Pasien Ulkus Diabetikum".</p> <p>Dengan adanya Booklet ini, diharapkan dapat memberikan informasi kepada kita semua tentang Prosedur Perawatan Luka Menggunakan Alginate Pada Pasien Ulkus Diabetikum. Kami menyadari bahwa booklet ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu, kami berharap semua pihak dapat memberikan kritik yang membangun demi kesempurnaan booklet ini.</p> <p>Kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang ikut peran serta dalam menyusun booklet ini. Semoga Allah SWT senantiasa meridhoi kegiatan kita. Amin Ya Rabbat Alamin.</p> <p>Bandar Lampung, 21 Mei 2025</p> <p>Penulis</p>	<h3>DAFTAR ISI</h3> <table> <tr> <td>Pra kata .....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Daftar Isi .....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pendahuluan .....</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perawatan Luka .....</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Alginate Dressing .....</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Prosedur Perawatan Luka .....</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Proses Penyembuhan Luka .....</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Faktor-faktor Penyembuhan Luka .....</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>Kesimpulan .....</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Hasil Perawatan Luka .....</td> <td>20</td> </tr> </table>	Pra kata .....	3	Daftar Isi .....	4	Pendahuluan .....	5	Perawatan Luka .....	8	Alginate Dressing .....	9	Prosedur Perawatan Luka .....	10	Proses Penyembuhan Luka .....	16	Faktor-faktor Penyembuhan Luka .....	17	Kesimpulan .....	19	Hasil Perawatan Luka .....	20
Pra kata .....	3																				
Daftar Isi .....	4																				
Pendahuluan .....	5																				
Perawatan Luka .....	8																				
Alginate Dressing .....	9																				
Prosedur Perawatan Luka .....	10																				
Proses Penyembuhan Luka .....	16																				
Faktor-faktor Penyembuhan Luka .....	17																				
Kesimpulan .....	19																				
Hasil Perawatan Luka .....	20																				

## PENDAHULUAN

Diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit gangguan metabolisme kronis yang ditandai oleh meningkatnya kadar glukosa darah (hiperglikemia). Ulkus diabetikum merupakan komplikasi dari penyakit diabetes mellitus (DM) yang berdampak pada keadaan fisik dan psikologi. Debridement adalah tindakan operasi yang dilakukan untuk membersihkan luka, debridement diartikan sebagai sebuah tindakan pengangkatan jaringan nekrotik yang ada pada luka (Sukmadani 2020).

Perawatan luka (wound care) sudah semakin berkembang yaitu dengan adanya perawatan luka secara modern dimana penanganan luka secara modern adalah penanganan dengan menggunakan balutan luka (wound dressing) modern seperti menggunakan hydrocolloid, hydrogel, absorbent dressing, alginate, foam dan transparan film (Kartika 2020).

34

International diabetes federation (IDF) 2024 menunjukkan 586 juta orang dewasa (20-79) tahun di dunia memiliki diabetes dan akan terus bertambah setiap tahunnya. Indonesia sendiri pada tahun 2024 terdapat 20 juta penderita diabetes mellitus, prevalensi diabetes di Indonesia semakin meningkat, dan Negara ini termasuk dalam lima besar dunia dengan jumlah kasus diabetes tertinggi. Sementara itu prevalensi penderita diabetes mellitus di Provinsi Lampung yaitu 2,25%.

Teknik modern dressing unggul dalam hal proses penyembuhan luka dikarenakan pada teknik modern dressing indiperkenalkan konsep lembab yang membantu sel sel dapat hidup dan membantu terjadinya proses penyembuhan pada luka dan juga menggunakan time management membantu luka agar dapat teratasi, berbeda dengan konvensional yang membuat luka kering (Subandi & Sanjaya 2020).

35

perawatan luka post debridement menggunakan balutan kassa dan NaCl, dimana balutan tersebut kurang dapat menjaga kelembapan karena NaCl akan menguap sehingga kassa akan menjadi kering. Kondisi kering akan menyebabkan kassa lengket pada luka sehingga mudah terjadi trauma ulang. Kekurangan kassa dalam menjaga kelembapan lingkungan luka menyebabkan masa perawatan yang memanjang.



36

## Perawatan Luka

### Pengertian

perawatan luka adalah tindakan merawat luka untuk mencegah terjadinya infeksi perawatan luka sudah semakin berkembang yaitu dengan adanya perawatan luka secara modern seperti menggunakan balutan luka dengan hydrocolloid, hydrogel, foam, dan alginate.

### Tujuan

membuat luka kering menjadi basah dan luka basah menjadi kering, dengan membuat luka menjadi lembab maka diorapkan proses penyembuhan luka bisa menjadi lebih cepat



37



## Alginate Dressing

### Pengertian



Alginate adalah jenis perban luka yang terbuat dari bahan alami yang berasal dari rumput laut.

### Cara kerja alginate

Ketika alginate diaplikasikan pada luka yang mengeluarkan cairan terjadi proses pertukaran ion antara ion kalsium yang terdapat pada serat alginate dengan ion natrium yang terdapat pada ekudat luka. Reaksi pertukaran ion ini mengakibatkan terbentuknya natrium alginate suatu senyawa hidrofilik yang mampu menyerap cairan dan mengembang membentuk gel lembut di permukaan luka.



34

## Prosedur Perawatan Luka Menggunakan Alginate

1. Mengucapkan salam
2. Melakukan asesmen awal dengan pasien
3. Mendiskusikan prosedur tindakan



4. Memeriksa tangan



5. Menggaruk sarung lengkap bersih



6. Melakukan atri dengan pasien



7. Memasang perban

35



8. Melakukan tindakan



9. Tindakan yang sudah dilakukan dilaksanakan kembali secara lengkap



10. Memasok luka menggunakan larutan NaCl 0,9%



11. Mengganti sarung tangan steril

36



12. Memandikan luka dengan betadine



13. Mengangkat lengan yang sakit



14. Melakukan tindakan kearah sisi luka



15. Mengaplikasikan larutan alginate pada luka

37



16. Menutupkan luka dengan plester luka



17. Tutup luka menggunakan plester



18. Tutup luka dengan plester dengan sterilis



19. Luka sudah ditutupi



20. Bandingkan sisi



21. Lengkapi bandagen



22. Melakukan evaluasi setelah tindakan yang telah dilakukan



23. Menutupkan kembali yang akan ditutup



24. Ruang sampel pada tempatnya



25. Menutupkan ruang



## Proses Penyembuhan Luka

### 1. Inflamasi

Terdapat beberapa proses penyembuhan luka yang dikenal sebagai inflamasi. Luka yang mengalami inflamasi dengan cepat akan pulih dan tidak ada yang luka yang mengalami inflamasi dan tidak ada yang mengalami inflamasi.

### 2. Rekonstruksi

Proses ini adalah proses rekonstruksi jaringan yang rusak. Proses ini melibatkan beberapa proses yang berbeda.

### 3. Matulasi

Terdapat beberapa proses penyembuhan luka yang dikenal sebagai inflamasi. Luka yang mengalami inflamasi dengan cepat akan pulih dan tidak ada yang luka yang mengalami inflamasi dan tidak ada yang mengalami inflamasi.





## Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka ulkus

### 1. Usia

Usia lebih dari 45 tahun berisiko lebih lama penyembuhan luka karena fungsi tubuh secara fisiologis menurun



### 2. Nutrisi

Kelebihan nutrisi secara umum dapat meningkatkan keberhasilan keakutan luka, sebaliknya kekurangan akan dari hasil dengan nutrisi yang buruk



### 3. Kadar Gula

Kadar tinggi gula dapat menghambat proses healing, meningkatkan risiko dan pertumbuhan kapiler, meningkatkan risiko infeksi, meningkatkan proses inflamasi



10

## Kesimpulan

### Hasil Perawatan Luka Menggunakan Alginate



Penyembuhan luka pada pasien post debridement menggunakan alginate membaik dengan hasil di buktikan menggunakan skor pengkajian luka Bates Jensen Wound assesment Tools (BWAT) pada klien hari pertama skor 31, kemudian setelah dilakukan perawatan luka modern dressing menggunakan alginate selama 4 kali didapatkan perubahan skor menjadi 26. Perubahan tersebut pada pasien jumlah eksudat dari sedikit menjadi lebih, tumbuhnya sedikit jaringan granulasi dan jaringan epitelisasi yang semakin membaik.

11

### Hasil Perawatan Luka Menggunakan Alginate Hari Ke-1

Pada tanggal 04 Februari 2025 ukuran luka pada kaki kanan pasien lebar 10 cm dan tinggi 14 cm, dengan 14 mm garis selanjut bagian kulit tanpa kerusakan atau nekrosis pada permukaan dasar membusuk kelabu dan sudah melampaui batas, seluruh kulit belang dan area bagian jaringan tidak dapat dibedakan dengan jaringan granulasi, tepi luka dapat dibedakan dengan jelas, tidak berdekatan dengan tulang, tidak ada beresongan, terdapat sedikit jaringan nekrosis pada bagian luar luka karena ada pusir atau atau atau atau yang lengket mudah dan dihilangkan, terdapat eksudat dengan tipe kuning berjerawat sedikit, warna sekitar luka putih atau putih, terdapat adanya ringar atau merah di bagian tidak, terdapat jaringan granulasi >30%, skor luka 31 dan luka pada hari ke-1 dan 2 didapatkan hasil skor yang sama dengan hari pertama.



12

### Hasil Perawatan Luka Menggunakan Alginate Hari Ke-4

Pada tanggal 07 Februari 2025 ukuran luka pada kaki kanan lebar 10 cm, tinggi 14 cm dengan 14 mm garis selanjut bagian kulit tetapi kerusakan atau nekrosis pada permukaan dapat membusuk kelabu dan sudah melampaui batas, seluruh kulit belang dan area bagian jaringan tidak dapat dibedakan dengan jaringan granulasi, tepi luka dapat dibedakan, tidak ada beresongan dengan tulang, tidak ada beresongan, tipe jaringan nekrosis putih atau putih jaringan mati atau slough yang lengket mudah dihilangkan, jaringan nekrosis tidak tampak, tipe eksudat tidak tampak, jumlah eksudat banyak menjadi sedikit karena luka putih atau putih, terdapat jaringan yang ada merah di bagian granulasi terang, epitelisasi 25-50%, skor luka 26.



13

### Alginate Dressing

Modern dressing menggunakan alginate dressing efektif untuk proses penyembuhan luka. Alginate dengan menggunakan prinsip moist atau lembab pada permukaan luka dapat meningkatkan proses perkembangan perbaikan luka, mencegah dehidrasi jaringan dan kematian sel. Dimana tindakan harus bersifat menjaga kolaborasi dan mempertahankan kesehatan. Skor pengkajian luka Bates (wound Assessment Tool) (IWAT) pada klien hari pertama skor 21 kemudian setelah dilakukan perawatan luka selama 4 kali didapatkan perubahan skor menjadi 20.



**"POLA HIDUP SEHAT DAN  
DETEKSI DINI BANTU  
KONTROL GULA DARAH PADA  
PENDERITA DIABETES"**

"SENYUM MU SAJA YANG  
MANIS JANGAN DARAH MU"



### Daftar Pustaka

- [illegible]



Booklet  
Inovasi Prosedur Perawatan Luka  
Menggunakan Alginate Pada Pasien  
Ulkus Diabetikum

Dibuat oleh:  
Maulin Wulandari, ST, KEP  
Ns. Titi Astum, M. KEP., Sp. Mat  
Rozli, S.Kp., M.Kee  
Idawati Manurung, S.Kp., M.Kes

Thank you