

# **LAMPIRAN**

Lampiran 1



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



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

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

	<p>lengket (mudah dihilangkan)      3= slough mudah dihilangkan      4= lengket lembut dan ada jaringan parut palsu berwarna hitam (black eschar)      5= lengket berbatas tegas, keras da nada black eschar</p>	
Jumlah jaringan nekrosis	<p>1= tidak tampak      2=&lt;25% dari dasar luka      3= 25-50% dari dasar luka      4=&gt;50% hingga 75% dari dasar luka      5= 75% hingga 100% dari dasar luka</p>	1
Tipe eksudat	<p>1= tidak tampak      2= <i>bloody</i> (berdarah)      3= serosanguineous (berdarah dengan plasma darah)      4= serous (bening)      5= purulent (pus/nanah)</p>	4
Jumlah eksudat	<p>1= kering      2= basah/lembab      3=sedikit      4=sedang      5=banyak</p>	3
Warna sekitar luka	<p>1=pink atau normal      2=merah terang jika ditekan      3=putih atau pucat/hipopigmentasi      4=merah gelap /abu-abu      5=hitam atau hyperpigmentasi</p>	3
Jaringan yang edema	<p>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 &gt;4 mm</p>	1
Pengeras jaringan tepi	<p>1=tidak ada      2=pengerasan &lt;2cm disebagian kecil sekitar luka      3=pengerasan 2-4 cm menyebar      4= pengerasan 2-4 cm menyebar &gt;50% ditepi luka      5= pengerasan &lt;4 cm diseluruh tepi luka</p>	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 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 lengket (mudah dihilangkan) 3= slough mudah dihilangkan	2

	4= lengket lembut dan ada jaringan parut palsu berwarna hitam (black eschar) 5= lengket berbatas tegas, keras da nada 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

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 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 lengket (mudah dihilangkan) 3= slough mudah dihilangkan	2

	4= lengket lembut dan ada jaringan parut palsu berwarna hitam (black eschar) 5= lengket berbatas tegas, keras da nada 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 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 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 da nada 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=kreptasi 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 buah gunting jaringan tajam</li><li>2 buah pinset anatomis</li><li>3 buah pinset chirurgis</li><li>4. Neerbeken</li><li>5. Gloves/sarung tangan sesuai ukuran 2 pasang</li></ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Normal saline (NaCl 0,9%) 500 ml dalam botol</li> <li>7. Pembalut/dressing luka (absorbent dressing) sesuai dengan kondisi: alginate dressing</li> <li>8. Kasa</li> <li>9. Underped</li> <li>10. Sabun cuci luka</li> <li>11. Perekat balutan non-woven (hipafix/micropore, dll)</li> <li>12. Gunting verband 1 buah</li> <li>13. Kantung sampah medis</li> </ol>
<b>Prosedur</b>	<p>A. Maintaining belief</p> <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> <p>B. Knowing</p> <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> <p>C. Doing for</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan tindakan perawatan dengan memberikan kenyamanan pada pasien, menjaga privasi, menunjukkan kompetisi/skil</li> <li>2. Mencuci tangan dengan air mengalir dan membilas dengan handsrup gel</li> <li>3. Menggunakan sarung tangan</li> </ol>

	<p>4. Mendekatkan alat kedekat tempat kerja</p> <p>5. Memasang perlak/underpad</p> <p>6. Membuka balutan</p> <p>7. Balutan yang sudah dibuka dimasukkan kedalam plastik sampah</p> <p>8. Mencuci luka menggunakan cairan NaCl 0,9%</p> <p>9. Membersihkan luka secara hati-hati dan lembut</p> <p>10. Mengeringkan luka dengan menggunakan kasa</p> <p>11. Mengganti sarung tangan setelah mencuci tangan dengan handscrup gel</p> <p>12. Mengangkat jaringan yang mati</p> <p>13. Mendokumentasikan kondisi luka, stadium luka, warna dasar luka, ukuran luka, warna kulit sekitar luka, cairan luka, dan melakukan dokumentasi</p> <p>14. Memilih balutan sesuai dengan jenis luka (cairan atau warna luka) menggunakan alginate</p> <p>15. Merapihkan alat</p> <p>16. Mencuci tangan</p> <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>	CWCCA. (2022). <i>Modul Pelatihan Perawatan Luka (5 ed.)</i> . Yayasan Woucare Indonesia

Lampiran 4

**Dokumentasi**



Luka hari ke-1



luka hari ke-4

Lampiran 5

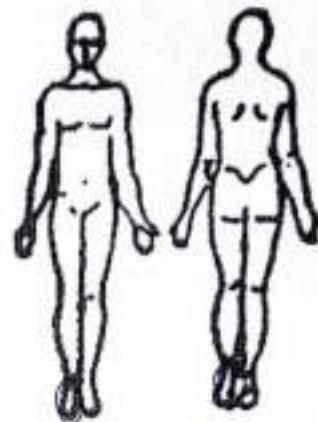
**Asuhan Keperawatan**

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN					
<b>I. PENGKAJIAN</b>					
Nama Mahasiswa	<u>Maria Wulaniani</u>				
NIM	<u>2444001041</u>	Tgl Pengkajian	<u>Senin, 09 Februari 2015</u>		
Ruang rawat	<u>Pesona Rumah 7</u>	No Registrasi	<u>23-00016190</u>		
<b>A. IDENTITAS KLIEN</b>					
1. Nama	<u>Hyo. Ti</u>				
2. Umur	<u>65</u> tahun				
3. Jenis Kelamin	<u>L</u> ♀ *				
4. Pendidikan	<u>Sd. Sekolah Dasar</u>				
5. Pekerjaan	<u>Tanpa pekerjaan</u>				
6. Tgl masuk RS	<u>01 Februari 2015</u> Waktu: <u>14.30</u> WIB				
7. Ds. Medis	<u>Urtus akibetum pulu derita</u>				
8. Alamat	<u>Jl. No. Ruko 100</u>				
<b>B. RIWAYAT KESEHATAN</b>					
Cara Masuk:	<input checked="" type="checkbox"/> Melalui IGD <input type="checkbox"/> Melalui Poliklinik <input type="checkbox"/> Transfer rumah				
Masuk ke Ruangan pada tanggal:	<u>01 Feb 2015</u>	Waktu:	<u>14.30</u>	WIB	
Diantar oleh:	<input type="checkbox"/> sendiri <input checked="" type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Perawat Kesehatan <input type="checkbox"/> Lainnya				
Masuk dengan menggunakan:	<input type="checkbox"/> Berjalan <input checked="" type="checkbox"/> Kursi Roda <input type="checkbox"/> Brankar <input type="checkbox"/> Knob <input type="checkbox"/> Walker <input type="checkbox"/> Tripod <input type="checkbox"/> Lainnya, Jelaskan _____				
Status Mental saat masuk:	<input type="checkbox"/> Keadaan: <u>Conscious</u> <input type="checkbox"/> GCS: E <u>6</u> M <u>5</u> V <u>4</u>				
Tanda Vital Saat Masuk:	TD: <u>100/60</u> mmHg Nadi: <u>98</u> simetri/tidak <input type="checkbox"/> Tidak teratur <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Kuat RR: <u>24</u> <input type="checkbox"/> simetri/tidak <input type="checkbox"/> Tidak teratur				
Nyeri:					
<u>Numeric Rating Scale</u> 					
<u>Verbal Rating Scale</u> 					
<u>Wong &amp; Baker Faces Rating Scale</u>					

**Status Lokalis :**

Beri kode huruf untuk menunjuk status lokalis disamping :  
 C - Confusion  
 L - Lacerations  
 R - Rashess  
 S - Scars  
 \*Parasite (scabies/lice)  
 D - Decubitus  
 T - Tattoo  
 B - Bruises  
 X - Body Piercing  
 P - Pain  
 O - Other desakop alih zona luka debu

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	Diagnosis medis sekunder > 1	Tidak 0 Ya 15	0	
3	Alat Bantu Jalan			
	a. Bedrest dibantu perawal	0		
	b. Penyangga / Tongkat / Walker	15		
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture	30		
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak 0 Ya 20	20	
5	Gaya berjalan / pindah			
	a. Normal / Bedrest / immobilis tidak dapat bergerak sendiri	0		
	b. Lentah tidak bergerak	10		
	c. Gangguan / tidak normal (pingsang / diberi)	20		
6	Status Mental			
	a. Sadar jernih	0		
	b. Keterhambatan daya ingat	15	0	
	JUMLAH SKOR			
			-----	

Lengkap dengan skor yg diperoleh :

- |   | SKOR   | A KODE |
|---|--------|--------|
| 1. Tidak Berisiko, tidak ada peningkatan risiko | 0 - 24 | BDAL   |
| 2. Risiko , lakukan tindakan pencegahan jatuh   | 25     | KUNING |

1. Ketebikan status saat pengkajian : Ketiak benar benar tidak punya



2. Riwayat penyakit Sekarang :

*Jasna mengeluhkan kaki berontak telanjang dan basah, terdapat obesitas paha dan betis. Klien mengeluhkan kaki berontak telanjang dan basah sekitar 6 bulan, dan muncul suntik pada kaki gatal & kaki yang lelah. Klien merasakan rasa sakit di bagian abdomen. Klien mengeluhkan sakit pinggul dan sakit punggung. Klien merasakan sakit di bagian abdomen sejak munculnya diabetes melitus sekitar 1 tahun lalu yang tidak terkontrol.*

3. Riwayat Alergi (Obat, Makannya, dsb) :  ada

Bentuk reaksi alergi yg dialami : -

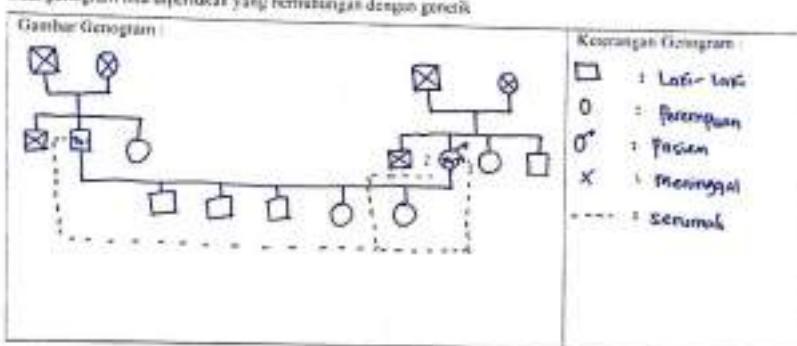
4. Daftar obat herbal yang sering digunakan selama ini masuk RS :

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

5. Riwayat penyakit daurul yang berkaitan dengan penyakit sekarnya :

6. Riwayat penyakit keluarga : **Diabetes mellitus**

Buat genogram jika diperlukan yang berkaitan dengan genetik



C. ANAMNESIS PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

1. Pola Manajemen Kesehatan-Per-epsi Kesehatan

♦ Kondisi Kesehatan Umum Klien

- 1) Tampak Sehat    2) Tampak Sakit/Ringan    3) Tampak sedikit sedang
- 4) Tampak Sakit Berat

♦ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan bermaksud merawat & manajemen

*Klien mengeluhkan susah berjalan karena berontak dan pinggang sakit. Klien merasa sakit di bagian abdomen yang mengandung air ketebal.*

- Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien (medical check up, kunjungan fokus dan JKN/Astrani)
  - Klien mengeluhkan rasa nyeri yang berlangsung terus-tujuh hari
  - Kondisi dan faktor pemicu nyeri, serta berbagai alat-alat pengobatan.
- Upaya pemeliharaan kesehatan mandiri
- Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan
  - Klien mengalami pernah di rawat di RS

#### Pola Metabolik - Nutrisi

- Kebutuhan Pola Makan sehari-hari dan Saat Diwaktu Sekering (termasuk jenis diet dan ukuran, masalah yg berkaitan dengan konsumsi makanan seperti kualitas makanan, luka/ringga mulut dan kerusakan gigi & gusi)
  - Saat di rumah pasien makan 2x sehari, makan lepasan nasi putih beras + sayuran. Dan buah buahan. Dan saat di rumah sakit pasien mendapatkan diet dietetik makan 3x sehari
- Energi Metabolik
  - (+) merasa lelah      (-) merasa terlalu menantang      (x) masih tidak
  - (-) tidak mampu melakukan aktivitas      (-) tidak ada tetapi
- Persepsi klien tentang BB nya
  - (+) Merasa BB normal      (-) Merasa BB Lebih      (-) Merasa sangat pendek      (-) Merasa kurang

#### 2. POLA ELIMINASI

- Eliminasi buang air kecil (bakti), jika pasien mengeluhkan kiasan dan kolerikum ulir, tgl penurunan dan volume, karakteristik urine dalam urin bag
  - Saat di rumah BAKI 2-3x, ketika 1x buang, kandungan: putih, air, sedikit kotor, ditiup, ditiup lagi
  - Banyak saat BM, dan diketahui dalam cairan airnya punya rasa amis, dan diketahui saat buang mengandung BB urin dan BB segera hilang dan berwarna kuning tidak ada rasa.

#### 3. POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI

- Aktivitas sehari-hari & masalah kesehatan anggota gerak tangan dan kakinya, ketergantungan dalam ADL (mandiri, pribadi, total care)
  - Saat di rumah aktivitas yang dilakukan pasien tetap membutuhkan pengawas rumah, tetapi belum punya diri
  - 2. Rumah, Pasien mengeluhkan rasa nyeri pada telapak kaki ketika punya tipe produksi, kolesterol, serum dan di rumah saat pasien hanya berjalan dan berdiri tidak ada keluhananya.

#### 4. POLA ISTIRAHAT - TIDUR

- Kebutuhan tidur tidur siang, tingkat kognitif setelah bangun tidur, penyebab gangguan tidur, penggunaan obat-obatan bukan indari
  - Pasien mengeluhkan cacing atau cacingan cacingan melalui teknik operasi debridement
  - Tidur ± 4 jam.

#### 5. POLA PERSEPSI KOGNITIF

- Gangguan tentang indra khususnya pengilaman pendengaran, perasaan, rasa kebas/kremsanai, pasien mengeluhkan tipe obesitas seperti tukak, tukar obesitas dengan obesitas hidung, obesitas dalam metatarsal, dan kandungan hidung tidak
- Kognitif ringan perdarahan sebaliknya, kemampuan mengambil keputusan, kemampuan mengingati
  - Pasien mengeluhkan perdarahan deras dan gatal di sekitarnya

- ❖ POLA KONSEPSI DIRI – PERSEPSI DIRI  
Kondisi sosial (pekerjaan, status marital, kesepakatan)

Bukan sebuah teori baru berdasarkan penelitian sebelumnya. Data dan penelitian membantu mendukung petunjuk rancangan.

6. POLA HIRUNGAN PERAN (Peran dalam kohesivitas dan integrasi; kohesivitas dg keluarga dan masyarakat; kohesivitas dalam keluarga; kohesi dan sentimen dalam komunitas; adaptasi dengan lingkungan)

7. POLA REPRODUKTIF – SEKSUALITAS  
Pola dalam reproduksi tidak ada faktor-faktor membatasi. Banyak faktor berpengaruh pada pola reproduksi suatu pasangan

8. POLA TOLERANSI TERHADAP STRESS – KOPING  
Pasien memiliki siklus kibor trifasik

9. POLA KEYAKINAN NILAI  
Pasien kerap kali dalam dan menggunakan keyakinan bahwa dia adalah orang baik.

D. PEMERIKSAAN FISIK

TANDA TANDA VITAL : TID 150 / 90 mmHg, Nadi 90, t. normal (+) keti + Mendekat

(+) Tegangan (+) Tulus, respi 18, RR 32, x-ray abdomen (-) tidak  
Tremor: kantong air normal (+) Cheyne-Stokes (+) Biot  
(+) Kresmer (+) Hyperventilasi (-) Apnoea

STATUS MENTAL: (+) komunikatif, (+) elokan, (+) somatis, (-) stupor, (-) kom

  - Kepala: Repus simetris, tonton stat, konkret, beradaptasi dengan lingkungan dan tipe
  - Lidah: simetris, tipis atau agak tebal, rata atau kurus, tipis atau pemberian bentuk geometris
  - Thorax: Clartung & Paru:  
    - Inspeksi: tidak ada rongga paru fornax (+)  
normal, clear
    - Palpasi: periferik dan thorax normal dalam jarak normal, tidak perasaan nyeri
    - Perkus: tipis atau normal, pernapasan perut normal dengan bagian thorax berada di luar jarak normal, ada sensasi nyeri
    - Auskultasi: tidak dengar rongga paru dan alveoli dengan bagian thorax berada di luar jarak normal, ada sensasi nyeri
  - Abdomen:  
    - Inspeksi: perut simetris, jarak distensi duduk, garis hadi gairah normal, perut normal
    - Auskultasi: breathing test, perut normal
    - Palpasi: tipis atau agak tebal, rata atau kurus
    - Perkus: garis hadi gairah normal, dg telur yang terdapat
  - Punggung & Tulang Belakang:
  - Gensitika & Rektum: beristik
  - Eksamens Atas & Bawah: ekstremis, otot leher/tulang rusuk aktif, otot abd distensif, perut  
atau tulang, terdapat rongga di bawah navel. Posisi normal. Otot & refleks normal, buah simetris, konsistensi tulang di bawah navel pasti yg debridentifikasi. Pada bagian atas eksamens buah buatan & buah hijau

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

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

Pemeriksaan	Hasil	Ranjang
hemoglobin	9.3	(L. 15-16, P. 12-15)
leukosit	43.924	5.000 - 10.000 sel/sk
lisositi	0.1	0-1%
retikulosit	1.6	1-3%
retikulosit batang	0	2-5%
retikulosit segmen	48.0	50-70%
Unifosfat	7.2	20-40%
Monosit	4.7	2-8%
kompleksit	29.5	LL. 40-45%, P. 39-43%)
transfus	381.000	1.50.000 - 4.00.000 sel/sk
thg	78.9	80-92 millilitre
nitrite	30.1	24-32
eritrosit	33.9	31-37
urinum	2.000-4.000	4-5 sus/m
reaktor	12.5	10-50 mg/24
gluk	9.9	96-111 mg/24
glik	9.7-10	≤ 140
	10.5	≥ 140 mg/24

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dkk)

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (Blnr DOI)	EFEK SAMPING (Blnr DOI)
Picyn	Injeksi 1.500 mg	3x1	Pada demam berdarah reaktif atau lepas reaktif infeksi saluran	Elektrolyt, alare dan ruam kulit
dextrose 40%	Inf 50 ml			Pembungkulan 10-15 gram
metronidazole	100 mg	3x1	Mengobati infeksi	Tidur
flax 3%	Infus 500 ml		Sumber ekskresi	Infeksi pada kulit
amiklofisne	10 mg tab	extra	Injektif	Keluhan, mengantuk, mual, pusing
ketorolac	Inf 30 ml	1x1	Mengobati nyeri akut	Pusing, pusing, sakit kepal
Antrakin	Inf	3x1	Mengobati nyeri	Pusing, muntah, keracuan dan pembengkakan halus
Lomeprazole	Infeksi	1-2x1	Alitis lambung	Kramot 0.05% paracetamol
metoclopramide	10 mg tabek	extra	Mengobati disfungsi dan obes	Pusing, rasa sakit
notropid	100 mg tablet	1x1	Untuk dirambat dan melizur	Pusing, muntah, pusing

G. SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Parameter	Kode Klien : <u>HN-1</u>	Jenis Kelamin : L / P	No. Registrasi :	Tanggal Penilaian Risiko	Skor
Persepsi Seseorang	1. Tidak merasakan respon dal. stimik apapun, meski pun berada di posisi open, dkk 2. Gangguan sensor pada bagian 1/2 perutkan tubuh atau bagian kecuali pd stimuli open, dkk dpt akut dan berlangsung ketika iritasi atau	3. Gangguan sensor pada 1/ atau 2 ekstremitas atau berupa pil pemeriksa verbal tp tidak selalu mampu mengelakkan kejadian berbahaya	4. Tidak ada gangguan sensor. berupa pil pemeriksa verbal juga tidak verbal	4	
Keterikatan	1. Seringkali terpaku di keringat atau tangan basah	2. Kait lembab	3. Kait kering-keringan ketika	4. Kait kering	4
Alih-alih	1. Terpaku di tempat seharusnya	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak sekitar mengin	4. Dapat berjalan sekitar mengin	2
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat memindah posisi secara kreatif dan efisien	3. Tepat merawat posisi ekstremitas matang	4. Dapat merawat posisi tubuh tanpa batasan	2
Narsis	1. Tidak dapat mengelakkan 1/3 posisi tubuhnya sedangkan matang, posisi atau NPO lebih dari 5 hari	2. Hanya mampu mengelakkan 1/3 posisi tubuhnya dan matang, posisi atau NPO lebih dari 5 hari	3. Matang merawat posisi tubuhnya dan 1/3 posisi tubuhnya	4. Dapat merawat posisi tubuhnya, halus memerlukan suplemen atau minum	3
Gantikan	1. Tidak mampu menggunakan baudanya sendiri, atau spontan, kunitaune atau gejinch	2. Membutuhkan bantuan minimal mengelakkan resiko	3. Dapat berpikir bebas tanpa gejinch		2
			Skor	19	

Dikelompokkan Brander & Bergstrom (1989), AACVPR (2008)

Skor : 15 - 18 berisiko, 13 - 14 risiko sedang, 10 - 12 risiko ringan, ≤ 9 risiko sangat ringan

**FORMAT ANALISIS DATA**

Nama Klien : Haji F.  
 Dx. Medis : Ulcer diabetum pada dextrum  
 Ruang : RM 04  
 No. MR : 3119963

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1.		<p>DS : - Pasien mengalami rasa sakit berwarna coklat sekitar 4 hari berturut-turut</p> <p>- Pasien mengalami rasa sakit berat dan tidak nyaman</p> <p>- Pasien mengalami rasa sakit yang tidak nyaman</p> <p>DO : - Luka pasi akibat diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- luka mendapat pakan 1000 mm</li> <li>- luka tidak sembuh</li> <li>- BP luka tidak normal tetapi operasi belum dilakukan</li> <li>- luka tidak sembuh</li> <li>- luka tidak dibersihkan</li> <li>- luka tidak dibersihkan</li> <li>- luka tidak sembuh</li> <li>- luka tidak sembuh</li> <li>- luka tidak sembuh</li> <li>- luka tidak sembuh</li> </ul>	Gangguan integitas kulit / luka	Faktor Metabolik (Pasi diabet)
2.		<p>DS : - Pasien mengalami rasa sakit berat</p> <p>DO : - BP 730 mg / dl</p>	Ketidakstabilan kadar gula darah	Hiperglykemia

### FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Mu-rl  
 Dx. Medis : Urtikaria diabetikum pedis derm  
 Ruang : Pt. 03  
 No. MR : Aju9863

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
		<p>DS : - Pasien mengatakan suka Menggerakkan kaki kanan nya                - Pasien mengatakan nyeri Jika bergerak</p> <p>DO : - Dampak fisik lemah                - Gerakan terbatas                - ketidaknyamanan akibat pada ekstremitas bawah kanan 3 dan kiri 5</p>	Gangguan Motilitas fisis	Hx:
		<p>DS :</p> <p>DO :</p>		

DAFTAR PRIORITY DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Hq. T  
Dx. Medis : Ulcus diabetum pede diabetum  
Ruang : Rm 03  
No. MR : PK2063

1. Gangguan integritas kulit b.d faktor metritis (post debridement)
2. ketidakstabilan kadar glukosa darah 6-8 lepasan termin
3. Gangguan mobilitas fisik b.d raga
- 4.

HARI KE-2 : Tanggal .....

1. Gangguan integritas kulit b.d faktor metritis
2. ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia
3. Gangguan mobilitas fisik b.d raga
- 4.

HARI KE-3 : Tanggal .....

1. Gangguan integritas kulit b.d faktor metritis
2. ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia
3. Gangguan mobilitas fisik b.d raga
- 4.

## 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 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 kesstabilan 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 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>Teraupetik</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 diit 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 captoril 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 (misal, 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  14.00	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>- Mengajurkan 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>

			<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 granulas <math>&lt;25\%</math></li> </ul> <p>A: Gangguan integritas kulit/jaringan      P:      - lanjutkan perawatan luka</p>
--	--	--	---

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 2	Implementasi	Evaluasi
Selasa 04 Feb 2025 10.00	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D. 0027)	<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 captoril 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>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS: 320 mg/dl</li> </ul> <p>A: ketidakstabilan kadar glukosa darah P: monitor kadar glukosa darah</p>
--	--	--	---

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>	<p>S:</p> <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 mendampinginya</li> </ul> <p>O:</p> <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> <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> </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>alginat 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>

			<p>sedikit</p> <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> <p>A: Gangguan integritas kulit/jaringan  P:  - lanjutkan perawatan luka</p>
--	--	--	--

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 captoril 25 mg tab</li> </ul>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS: 303 mg/dl</li> </ul> <p>A: ketidakstabilan kadar glukosa darah  P: monitor kadar glukosa darah</p>

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>	<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</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>alginic acid 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:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- lanjutkan perawatan luka</li> </ul> </p>
--	--	--	---

Tanggal/waktu	Diagnosa Keperawatan 2	Implementasi	Evaluasi
Kamis 06 Feb 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	- memonitor kadar glukosa darah	S: - O:

10.00 14.00	berhubungan dengan hiperglikemia (D. 0027)	- memberikan terapi obat novorapid flexpen 100 ml inj dan captoril 25 mg tab	- GDS: 256 mg/dl 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>	<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 mendampinginya</li> </ul> <p>O:</p> <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> <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
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>alginic acid 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 captoril 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 mendampinginya</li> </ul>

		(pindah dari tempat tidur ke kursi)	O: <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> 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>
--	--	-------------------------------------	---

Lampiran: 6

	FORMULIR LEMBAR KONSULTASI <b>PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI POLTEKKES KEMENKES TANJUNGGARANG</b> Formulir Lembar Konsultasi
--	---

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Maria Wijayanti  
 NIM : 20140101031  
 Nama Penhingga : Kartika S. Ks., M.Kes  
 Jenjang : Pendidikan Profesi Ners, Dikti, dan Rekrutmen  
Uraian Konsultasi dengan Internasionalisasi Kurikulum Modern Nursing  
Dikirimkan Selasa, 28 Februari 2017, Semarang, pada pukul 10.00 WIB

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Jumat 27 Januari 2017	Bab 1	Konsultasi dulu!	<u>M. Agustini</u>	<u>b</u>
2	Sabtu 28 Januari 2017	Bab 1,2 Bab 3	Pembelajaran Matematika, Asetik, dan Biostatistik	<u>M. Agustini</u>	<u>b</u>
3	Sabtu 4 Feb 2017	Bab 1,2 Bab 3	Pembelajaran Biologi, Geografi, dan Biostatistik	<u>M. Agustini</u>	<u>b</u>
4	Rabu 8 Feb 2017	Bab 1,2,3,4 Bab 5	Asetik, Biostatistik, dan Bab 5	<u>M. Agustini</u>	<u>b</u>
5	Kamis 9 Feb 2017	Bab 1,2,3,4 Bab 5	Asetik, Biostatistik, dan Bab 5	<u>M. Agustini</u>	<u>b</u>
6	Jumat 10 Feb 2017	Bab 1,2,3,4 Bab 5	Apa Layout Berikutnya	<u>M. Agustini</u>	<u>b</u>
7			Layout Berikutnya	<u>M. Agustini</u>	<u>b</u>
8	Sabtu 11 Feb 2017	Bab 1-5	Pembelajaran Matematika	<u>M. Agustini</u>	<u>b</u>
9			Layout Berikutnya		<u>b</u>
10					
11					
12					

Mengelihui  
Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

Dr. Agustini, S.Kp., M.Kes, Sp. Kom  
 NIP. 197108111994022001

Form : Lembar Konsultasi

	<p style="text-align: center;"><b>PRODI PENDEKIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI POLITEKKES KEMENKES TANJUNGGARANG</b></p> <p style="text-align: center;">Formulir Lembar Konsultasi</p>
--	---

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : Melina Wijayanti  
NIM : 201401010013  
Nama Penimbang : Yennyah Mulyana, S.Kep, M.Kes  
Jadul : Analisa, Pemecahan Masalah, dan Pengembangan  
Nursis Berorientasi Dikmas Inovatif, Kewirausahaan, Studium Terapan,  
Manajemen Kesehatan, St. RS. Haji Sumedang Pada Tahun 2014

NO	HARI/TANGGAL	MATERI PEMBELAJARAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Rabu 14 Mei 2014	Bab 1-5	Perbaiki penulisan	/	/
2	Kamis 15 Mei 2014	Bab 1-5	Perbaiki Abstrak	/	/
3	Jumat 16 Mei 2014	Bab 1-5	Perbaiki Abstrak & Gambar	/	/
4	Jumat 16 Mei 2014	Bab 4-5	Perbaiki Abstrak & Pendek	/	/
5	Sabtu 17 Mei 2014	Bab 4	Isi tambahan	/	/
6	Sabtu 17 Mei 2014	Bab 1-5	Abstrak Penulisan	/	/
7	Selasa 20 Mei 2014	Survei BAB	Ace. Untuk di dalam halil	/	/
8	Senin 26 Mei 2014	Bab 1-5	Perbaiki Penulisan abstrak	/	/
9	Senin 02 Juni 2014	Bab 1-5	Perbaiki Laporan Vs. Temuan	/	/
10	Senin 02 Juni 2014	Bab 5	Perbaiki Kedekopuan, cuman	/	/
11	Rabu 03 Juni 2014	Bab 1-5	Perbaikan Rancangan proses	/	/
12	Rabu 03 Juni 2014		Ace. Untuk dicetak	/	/

Mengatakan  
Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

Dwi Agustini, S.Kep, M.Kep, Sp.Kon  
NIP.197108111990022001

Lampiran: 7

	<p><b>Booklet</b> <b>Inovasi Prosedur Perawatan Luka Menggunakan Alginat Pada Pasien Ulkus Diabetikum</b></p> <p>Dosen pembimbing: Mela Wulandari,S.Tr.Kep Nia Titi Astuti,M.Kep,Sp.Med Kadri,S.Kp,M.Kes Hilwati Miminung,S.Kp,M.Kes</p> 																				
<p><b>PRAKATA</b></p> <p>Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya kepada kami sehingga kami berhasil menyusun <b>BOOKLET</b> yang berjudul "Inovasi Prosedur Perawatan Luka Menggunakan Alginat Pada Pasien Ulkus Diabetikum".</p> <p>Dengan adanya <b>Booklet</b> ini, diharapkan dapat memberikan informasi kepada kita semua tentang Prosedur Perawatan Luka Menggunakan Alginat Pada Pasien Ulkus Diabetikum.</p> <p>Kami menyadari bahwa <b>booklet</b> ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu, kami berharap semua pihak dapat memberikan kritik yang membangun demi kesempurnaan <b>booklet</b> ini.</p> <p>Kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang ikut peran serta dalam menyusun <b>booklet</b> ini. Semoga Allah SWT senantiasa meridhoi kegiatan kita. Amin Ya Rabbul Alamin.</p> <p>Banda Lampung, 21 Mei 2025</p> <p>Penulis</p>	<p><b>DAFTAR ISI</b></p> <table><tr><td>Prajata</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>Alginat 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>	Prajata	3	Daftar Isi	4	Pendahuluan	5	Perawatan Luka	8	Alginat Dressing	9	Prosedur Perawatan Luka	10	Proses Penyembuhan Luka	16	Faktor-faktor Penyembuhan Luka	17	Kesimpulan	19	Hasil Perawatan Luka	20
Prajata	3																				
Daftar Isi	4																				
Pendahuluan	5																				
Perawatan Luka	8																				
Alginat Dressing	9																				
Prosedur Perawatan Luka	10																				
Proses Penyembuhan Luka	16																				
Faktor-faktor Penyembuhan Luka	17																				
Kesimpulan	19																				
Hasil Perawatan Luka	20																				

## PENDAHULUAN

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit gangguan metabolismi kronis yang ditandai oleh meningkatnya kadar glukosa darah (hiperglikemik). Luka diabetikum merupakan komplikasi dari penyakit diabetes melitus (DM) yang berdampak pada seadaan fisik dan psikolog. Debridement adalah tindakan operasi yang dilakukan untuk membersihkan luka, debridement diartikan sebagai sebuah tindakan pengangkatan jaringan makrotik yang ada pada luka (Bukmadzani 2020).

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

International diabetes federation (IDF) 2024 menunjukkan 589 juta orang dewasa (20-79 tahun) di dunia memiliki diabetes dan akan terus bertambah setiap tahunnya. Indonesia sendiri pada tahun 2024 tentap 20 juta penderita diabetes melitus, prevalensi diabetes di Indonesia semakin meningkat, dan Negara ini termasuk dalam lima besar dunia dengan jumlah kasus diabetes tertinggi. Sementara itu prevalensi penderita diabetes melitus di Provinsi Lampung yaitu 2,25%.

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

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



## Perawatan Luka

### Pengertian

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



### Tujuan

merawat luka kering menjadi basah plus luka basah menjadi kering, dengan memastikan luka menjadi lembab maka diperlukan proses penyembuhan luka bisa menjadi lebih cepat



# Alginate Dressing

## Pengertian



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

## Cara kerja alginate

Kerja alginate dapat diklasifikasikan pada luka yang mengeluarkan cairan terjadi proses pertukaran ion antara ion kalium yang terdapat pada serat alginate dengan ion natrium yang terdapat pada eksudat luka. Rasio pertukaran ion ini mengakibatkan terbentuknya natrium alginate suatu senyawa heterotik yang mampu menyerap cairan dan mengambil ruang di sekitar luka.



10

## Prosedur Perawata Luka Menggunakan Alginate

1. Mengaplikasi luka
2. Membuat larutan dengan jodium
3. Melakukan prosedur bedakan

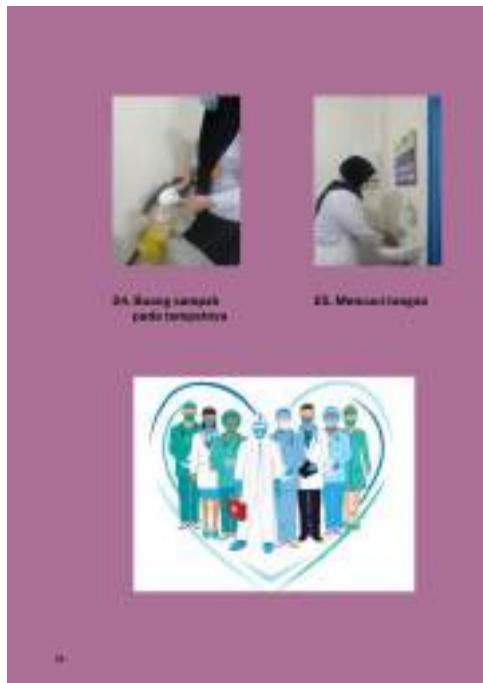


4. Memerlengkap
5. Mengaplikasi cairan larutan
6. Memotong dan mengepaskan
7. Memerlengkap



8. Memotong dan mengepaskan - 9. Memerlengkap





**Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka ulkus**

- 1. Usia**  
Usia diatas dari 45 tahun  
berobat ke dokter  
penyembuhan luka  
karena fungsinya tidak  
secepat biasanya  
menurun
- 2. Nutrisi**  
Kurangnya nutrisi secara akut  
dapat mengganggu  
pertumbuhan sel-sel luka  
dan menyebabkan penyembuhan luka  
dengan jauh dengan waktu yang  
lama
- 3. Kadar Gula**  
Kadar gula dalam darah  
yang terlalu tinggi  
mampu menghambat  
sel-sel pertumbuhan  
kapiler, keraplikan  
dan dapat mengganggu  
proses penyembuhan





## Kesimpulan

### Hasil Perawatan Luka Menggunakan Alginat



Penyembuhan luka pada pasien post debridement menggunakan alginat membuktikan dengan hasil di bawah ini:  
menggunakan skor pengukuran luka Bates Jensen Wound assessment Tools (BWAT) pada klien hari pertama skor 31, kemudian setelah dilakukan perawatan luka modern dressing menggunakan alginat selama 4 hari didapatkan perubahan skor menjadi 26. Perubahan perbaikan pada pasien jumlah eksudat dari sedikit menjadi moist, tumbuhnya sedikit perigean granulasi dan jaringan epitelialisasi yang semakin membak.

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

Pada tanggal 04 Februari 2025 ukuran luka pada luka kuron pasien lebar 13 cm dan tinggi 14 cm, dengan konsistensi tebal dan basah. Konsistensi rasa tidak nyaman pada sisi luar luka dengan rasa sakit dan nyeri pada sisi dalam luka. Tepi luka juring tidak dapat dihitung dengan jari-jari granulosi, rupa luka masih dibentuk dengan jalinan, tidak berbedaan dengan luka luka, tidak ada kerongkongan, terdapat sedikit perigean sekitar pada bagian luar luka kuron pasien atau ada rasa sakit yang lengket saat dibentangkan, terdapat eksudat dengan tipe basang berjumlah sedikit, warna coklat tua pada permukaan luka. Terdapat adanya rongga akumulasi pus di luka, terdapat perigean granulosi <20% scope luka 30 mm luka pada hari 0 dan 0 disebutkan hasil akhir yang sama dengan hari pertama.



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

Pada tanggal 07 Februari 2025 ukuran luka pada luka kuron lebar 10 cm, tinggi 10 cm dengan konsistensi rasa sakit, basah dan tidak nyaman pada sisi dalam luka. Rasa nyaman pada sisi luar luka dan tidak nyaman pada sisi dalam luka. Tepi luka juring tidak dapat dihitung dengan jari-jari granulosi, rupa luka masih ditutupi oleh sel-sel epitelialisasi, tetapi luka masih eksudat, terdapat perigean sekitar pada bagian luar luka kuron pasien, tipe perigean eksudat cair abu-abu berangsur mereda walaupun yang lengket masih dilihatkan, jumlah perigean menurun tidak banyak, tipe eksudat tidak berubah, jumlah eksudat basah/kental, warna coklat tua pada area pusat, terdapat perigean yang semakin meningkat seiring dengan hari tidak ada perigean granulosi tetapi perigean cair abu-abu yang semakin berangsur mereda.



**Alginate Dressing**



Modern dressing menggunakan alginate dressing otakotik untuk proses penyembuhan luka dimana dengan menggunakan prinsip moist acara lembab pada permukaan luka dapat meningkatkan proses perkembangan pertukuran luka, mencegah dehidrasi jaringan dan kumatian sel. Dimana hasilnya horuk bersifat menjaga kelembaban dan mempertahankan kenyamanan. Skor pengkajian luka Botros-Jansen Wizard Assessment Tools (BWAT) pada klien harap pertama akhir 31 ketusulan setelah aplikasi pembenihan luka selama 4 kali didapatkan perubahan skor menjadi 28.




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

**"SENYUM MU SAJA YANG MANIS JANGAN DARAH MU"**



**Daftar Pustaka**

Arimannan, G., & Srinivasan, R. (2019). Balai konservasi dan Perawatan Luka. Medika, 10, Media. CINDA, 2022. Modul Pelatihan Perawatan Luka (Balik Yogyakarta Widya Darma). Etemadi, H., Odeh, M., Friesenecker, K., & Jantzen, K. (2013). Wound Dressing Guide. Publishing Holding (PCH) Chancery. Per 2013. Infokita. P. (2020). Perawatan Luka Hasura dengan Alginat Dressing. 42(7),646-649.

Gowda, (2012). Perawatan Luka. Bajrang, Mahadev. Banting. Pustaka Widya Darma. 1-177.

Silowati, E., & Santosa, K. (2005). Efektivitas Wound Dressing Terkait Presensi Prokariota Pada Luka Diabetik. Mykro. Trop. (2), 1001-1004.

Sukarmoko, M. (2003). Perawatan luka. Penerjemah: Siti Haryati. Medika. Jurnal Basic Research and Clinical Research. 22, 18-30.



**Booklet**  
**Inovasi Prosedur Perawatan Luka Menggunakan Alginate Pada Pasien Ulkus Diabetikum**

Ditulis oleh:

Maria Wulandari, STr.Kep  
 Ni. Titi Ayumi, M.Kep, Sp. Mot  
 Kodri, S.Kp, M.Kes  
 Idawati Manurung, S.Kp., M.Kes

