DAFTAR PUSTAKA

Angriani, S., Hariani, H., & Dwianti, U. (2019). The effectivity of modern dressing wound care with moist wound healing method in diabetic ulcus at wound care clinic of etn centre makassar. *Jurnal Media Kesehatan*, *10*(01), 19–24.

Apriliyani, S. (2018). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Dengan Perilaku Pencegahan Terjadinya Luka Kaki Diabetik Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2*. http://eprints.ums.ac.id/59440/15/2

Arifin, N. (2021). Hubungan Pengetahuan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Praktik Perawatan Kaki Dalam Mencegah Luka Di Wilayah Kelurahan Cengkareng Barat. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*. https://doi.org/10.36085/jkmb.v9il.1483.

Ariningrum, D., & Subandono, J. (2018). *Buku Pedoman Manajemen Luka.*

Aryani, R., & Nurulhuda, U. (2018). Autolytic and Conservative Sharp Wound Debridement for Granulation Tissue on Unstageable Diabetic Foot Ulcer. *International Journal of Indonesian National Nurses Association (IJINNA)*. https://doi.org/10.32944/ijinna.v1i1.21

Atkin, L., Bućko, Z., Montero, E. C., Cutting, K., Moffatt, C., Probst, A., Romanelli, M., Schultz, G. S., & Tettelbach, W. (2019). Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *J Wound Care*. https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1

Babamiri, B., Nikkhah, F., Faraji, N., Goli, R., Moghaddam, N. V., & Rahimi, K. (2023). Diabetic foot ulcer: Successful healing with combination therapy, including surgical debridement, maggot therapy, and negative pressure wound therapy. *International Journal of Surgery Case Reports*, *110*(July), 108695. https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108695

Baranoski, S., & Ayello, E. A. (2020). Wound care essentials: Practice principles: Fourth edition. In *Wound Care Essentials: Practice Principles: Fourth Edition*. Wolters Kluwer Health.

Botros, M., J., K., Embil, J., Goettl, K., Morin, C., Parsons, L., B., S., Somayaji, R., Evans, R., & B., Somayaji, R., & Evans, R. (2019). Best practice recommendations for the prevention and management of diabetic foot ulcers. *Brithis Journal Of Community Nursing*. https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/bjcn.2015.20.Sup3.S30

Boulton, A. J. M., Armstrong, D. G., School, K., Kirsner, R. S., Blank, H., Attinger, C. E., Lavery, L. A., Mills, J. L., & Steinberg, J. S. (2018). Diagnosis and Management of Diabetic Foot Complications. *American Diabetes Association.*

Boulton, A. J. M., & Whitehouse, R. W. (2020). *The Diabetic Foot*. National Center of Biotechnology Information. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409609/#diab-foot.REF.11

Bruschi, L. K. M., da Rocha, D. A., Filho, E. L. G., Barboza, N. de M. P., Frisanco, P. A. B., Callegaro, R. M., de Sá, L. B. P. C., & Arbex, A. (2017). Diabetes Mellitus and Diabetic Peripheral Neuropathy. *Endocrine and Metabolic Diseases*. https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=73299

Dataningsih, D., & Sari, D. P. (2021). *Penerapan Spa Kaki Diabetik Terhadap Sirkulasi Darah Perifer Pada Psien Diebetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Bbinaan Puskesmas Rowosari Semarang*. *6*(1), 4–10.

Davies, M. J., D'Alessio, D. A., Fradkin, J., Kernan, W. N., Mathieu, C., Mingrone, G., Rossing, P., Tsapas, A., Wexler, D. J., & Buse, J. B. (2018). Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. https://doi.org/10.2337/dci18-0033

Dayya, D., O'Neill, O. J., Huedo-Medina, T. B., Habib, N., Moore, J., & Iyer, K. (2022). Debridement of Diabetic Foot Ulcers. *Advances in Wound Care*, *11*(12), 666–686. https://doi.org/10.1089/wound.2021.0016

Decroli, E. (2021). Diagnostic of diabetic foot ulcer. *Fakultas Kedokteran Universitas Andalas*.

Del, C. M. A., J, A., RB, L., Raspovic, TAJ, L., & DK, W. (2018). *The Evaluation and Treatment of Diabetic Foot Ulcers and Diabetic Foot Infections*. Foot & Ankle Orthopaedics. https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2473011418788864

Doughty, D. B., & McNichol, L. L. (2017). Wound, Ostomy and Continence Nurse Society Core Curriculum Wound Management. *Wolters Kluwer*.

Efendi, P., Heryati, K., & Buston, E. (2020). Faktor yang Mempengaruhi Lama Penyembuhan Ganggren Pasien Diabetes Mellitus di Klinik Alfacare. *MNJ (Mahakam Nursing Journal)*. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.35963/mnj.v2i7.165.

Etty, E., Syam, Y., & Yusuf, S. (2021). Penggunaan Madu Topikal Efektif Terhadap Penyembuhan Luka Kronis. *Jurnal Keperawatan Silampari*. https://doi.org/10.31539/jks.v4i2.1936

Gould, L., Serena, T., & Sinha, S. (2021). Development of the BWAT-CUA Scale to Assess Wounds in Patients with Calciphylaxis. *Diagnostics (Basel)*. https://doi.org/10.3390/diagnostics11040730.

Harris, C., Coutts, P., Raizman, R., & Grady, N. (2018). Sharp wound debridement: patient selection and perspectives. *Chronic Wound Care Management and Research*, *Volume 5*, 29–36. https://doi.org/10.2147/cwcmr.s146747

Hidayat, R., WIdiastuti, S., & Nurhayati, S. (2023). *Efektivitas Teknik CSWD (Conservative Sharp Wound Debridement) Terhadap Jaringan Mati Luka Diabetikum Tahun 2023*.

Ibrahim, A., Jude, E., Langton, K., Martinez-De Jesus, F. R., Harkless, L. R., Gawish, H., Huang, Y.-Y., Labovits, J., Xu, Z., Pendsey, S., Liu, F., Sadikot, S., & Cho, N. H. (2017). IDF Clinical Practice Recommendation on the Diabetic Foot: A guide for healthcare professionals. In IDF Clinical Practice Recommendations on the Diabetic Foot – 2017 A Guide for Healthcare Professionals. *The International Diabetic Federation*. https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(17)30588-0/fulltext

IDF. (2021). *IDF Diabetes Atlas 10th Edition (10th Ed.).*

IDF. (2023). *About diabetes*. https://idf.org/about-diabetes/what-is-diabetes/

IWGDF. (2023). Definitions and criteria for diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update). *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, *April*, 1–6. https://doi.org/10.1002/dmrr.3654

IWII. (2022). International Wound Infection Instutute Wound Infection in Clinical Practice Update Principles of Best Practice. *Wounds International*, *24*(8), 1–59.

Johns Hopskin Medicine. (2023). *Peripheral Neuropathy*. Johns Hopskin Medicine. https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/peripheral-neuropathy

Li, S., Renick, P., Senkowsky, J., Nair, A., & Tang, L. (2021). Diagnostics for wound infections. *Advances in Wound Care*.

Liu, W.-L., Jiang, Y.-L., Wang, Y.-Q., Li, Y.-X., & Liu, Y.-X. (2017). Combined debridement in chronic wounds: A literature review. *Chinese Nursing Research*, *4*(1), Pages 5-8. https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.03.003.

Manna, B., Nahirniak, P., & Morrison, C. (2023). Wound Debridement. *National Library of Medicine*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507882/

McDermott, K., Fang, M., Boulton, A. J. M., Selvin, E., & Hicks, C. W. (2023). Etiology, Epidemiology, and Disparities in the Burden of Diabetic Foot Ulcers. *Diabetic Care 2*. https://doi.org/10.2337/dci22-0043

MedlinePlus. (2022). *Monofilament Test*. https://medlineplus.gov/ency/imagepages/19960.htm

Nube, V. L., Alison, J. A., & Twigg, S. M. (2021). Frequency of sharp wound debridement in the management of diabetes-related foot ulcers: exploring current practice. *Journal of Foot and Ankle Research*, *14*(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/s13047-021-00489-1

Oliver, ony I., & Mutluoglu, M. (2023). *Diabetic Foot Ulcer*. National Library of Medicine. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537328/#:~:text=Diabetic fo

Parizad, N., Hajimohammadi, K., Goli, R., Mohammadpour, Y., Faraji, N., & Makhdomi, K. (2022). Surgical debridement and maggot debridement therapy (MDT) bring the light of hope to patients with diabetic foot ulcers (DFUs): A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, *99*(October), 107723. https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107723

Perezfavila, A., Martinez-fierro, M. L., Rodriguez-lazalde, J. G., Mollinedomontaño, E., F., Rodriguez-sanchez, I. P., & Castañeda-miranda, R. (2019). *Current Therapeutic Strategies in Diabetic Foot Ulcers*.

Perkeni. (2021). *Pedoman Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2021*.

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.

PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan indonesia*. DPP PPNI.

Pristyn Care. (2023). *Complications Of Diabetic Foot Ulcer*. Pristyn Care. https://www.pristyncare.com/blog/complications-of-diabetic-foot-ulcer-pc0441/

Puspitasari, F. (2020). *Ulkus Diabetikum*. https://lifepack.id/ulkus-diabetikum/

Raja JM, M. M., Kayali S, K. A., & Efeovbokhan N. (2023). A comprehensive review of pathophysiology and management modalities. *World J Clin Cases*. https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i8.1684

Ramirez-Acuña, J. M., Cardenas-Cadena, S. A., Marquez-Salas, P. A., Garza-Veloz, I., Perez-Favila, A., Cid-Baez, M. A., Flores-Morales, V., & Martinez-Fierro, M. L. (2019). Diabetic foot ulcers: Current advances in antimicrobial therapies and emerging treatments. *Antibiotics*, *8*(4), 1–32. https://doi.org/10.3390/antibiotics8040193

Riskesdas. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*.

Rosyid, F. N. (2017). Etiology, pathophysiology, diagnosis and management of diabetics' foot ulcer. *International Journal of Research in Medical Sciences*, *5*(10), 4206. https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20174548

Salahshoor K, S. (2019). *Atlas of Wound Healing*. Elsevier. https://www.researchgate.net/publication/360756421_Atlas_of_Wound_Healing

Setiawan, H., Suhanda, S., Roslianti, E., Firmansyah, A., Fitriani, A., Hamdani, D., Rahman, & A, N. (2022). Health Education, Screening and Diabetic Foot Excercise in Cimanggu District, Bogor. *ABDIMAS: Jurnal Pengabdian Masyarakat*.

Sidabutar, E. (2020). Literature Review : Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Lama Menderita Diabetes Mellitus Dengan Kejadian Ulkus Kaki Diabetik Tahun 2020. In *URTI - From Quantum Mechanics to Technology*. https://link-springer-com.proxy.libraries.uc.edu/content/pdf/10.1007/978-3-642-19199-2.pdf

Simarmata, M. (2018). Tingkat Pengetahuan Pasien Diabetes Mellitus Terhadap Terjadinya Luka Diabetikum Di Rumah Sakit Umum Marthafriska Pulo Brayan Medan Tahun 2018. *Excellent Midwifery Journal*. https://jurnal.mitrahusada.ac.id/index.php/emj/article/view/45/24

South West Regional Wound Care Program. (2015). *Guideline and Procedure : Conservative Sharp Wound Debridement (CSWD)*. https://www.swrwoundcareprogram.ca

Subandi, E., & Sanjaya, K. A. (2020). Efektifitas Modern Dressing Terhadap Proses Penyembuhan Luka Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Kesehatan*, *10*(1), 1273–1284. https://doi.org/10.38165/jk.v10i1.7

Sukurni, S. (2023). *Perawatan Luka Dengan Modern Dressing Penerbit Cv.Eureka Media Aksara* (p. 13).

Thomas, D., Tsu, C., Nain, R., Arsat, N., Fun, S., & Sahid, N. L. N. (2021). The role of debridement in wound bed preparation in chronic wound: A narrative review. *Ann Med Surg (Lond)*. https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102876

Wesnawa, M. A. (2016). Debridement Sebagai Tatalaksana Ulkus Kaki Diabetik. *E-Jurnal Medika Udayana*, *3*(1), 51–58.

WHO. (2023). *Diabetes*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Wijaya. (2018). *perawatan luka dengan pendekatan multidisiplin*. ANDI.

Wijaya, L., Budiyanto, A., Astuti, I., & Mustofa, . (2019). Pathogenesis, evaluation, and recent management of diabetic foot ulcer. *Journal of the Medical Sciences (Berkala Ilmu Kedokteran)*, *51*(1), 82–97. https://doi.org/10.19106/jmedsci005101201910

Wocare. (2023). *Data Pasien Wocare Center*.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan Klien 1

PENGKAJIAN

A. Identitas

1. Identitas Klien

Nama	: Tn. H
Usia	: 48 th
Agama	: Islam
Suku	: Betawi
Status Perkawinan	: Menikah
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Kp. Keramat RT 001/ RW 004 Setu Cipayung Jakarta Timur
Diagnosa Medis	: *Diabetic Foot Ulcer* (DFU)

B. Alasan Masuk/ Keluhan Utama

Luka pada punggung kaki kiri yang semakin melebar dan eksudat yang banyak hingga rembes dan mengganggu aktivitas.

C. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat penyakit sekarang

   Riwayat luka sejak bulan November 2023. Keluarga bercerita awalnya tertusuk paku pada kaki kiri, saat kejadian Tn. H tidak langsung ke RS. 3 hari kemudian Tn.H mengeluh sakit di area luka tusuk lalu pergi ke klinik untuk berobat dan pemberian suntik tetanus. Beberapa hari selanjutnya luka kaki semakin terbuka dari keluarga di berikan *super tetra* pada luka tetapi tidak kunjung baik kemudian keluarga mendapat saran dari tetangganya untuk membawanya ke Wocare center bogor untuk perawatan luka. Selanjutnya perawatan luka dilanjutkan di klinik sejak tanggal 8 Desember 2023. Klien juga mengatakan mobilitas terbatas dan aktivitasnya dibantu oleh keluarga.

2. Riwayat kesehatan keluarga

   Terdapat riwayat DM dari orangtua

D. Pola Kebiasaan Sehari-hari

1. Biologi
   a. Pola Makan

      Klien mengatakan makan sehari 3x tetapi beberapa minggu nafsu makannya berkurang. Sehingga sering melewatkan sarapan. Untuk jenis makanan klien memperhatikan terkait DM.

   b. Pola Minum

      Klien minum < 8 gelas per hari

   c. Pola Tidur

      Klien tidur dari jam 8 malam sampai 4 pagi. Tidak ada gangguan tidur. Justru klien sering mengantuk ketika siang.

   d. Pola Eliminasi
      1) BAK

         Klien BAK 7 kali dalam sehari, warna urine kuning jernih, tidak ada gangguan BAK.

      2) BAB

         Klien BAB 1 kali dalam sehari, konsistensi semi padat, tidak ada keluhan BAB

   e. Pola Kebersihan Diri

      Klien mandi 2 kali sehari pagi dan sore, sikat gigi 2 kali, ganti pakaian 2 kali sehari.

2. Psikososial
   a. Keadaan emosi

      Klien kooperatif saat diajak bicara

3. Sosial
   a. Dukungan keluarga

      Klien mengatakan dukungan keluarga terutama istri sangat bermakna, karena sejak sakit banyak yang harus ditinggalkan termasuk pekerjaan.

   b. Hubungan dengan orang lain

Klien memiliki hubungan yang baik dengan teman kantor

4. Spiritual/kultur
   a. Pelaksanaan ibadah

      Klien mengatakan ibadah solat 5 waktu dan saat ini dilakukan dengan posisi duduk

   b. Keyakinan tentang sakit

      Klien dan keluarga terus berikhtiar untuk sembuh

   c. Aktivitas sehari-hari

      Klien selama sakit hanya dirumah, menonton tv. Saat mobilisasi juga dibantu oleh sang istri.

E. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Fisik Umum
   a. Berat badan : 68 kg
   b. Tinggi badan : 176 cm

      Nilai TTV (*medical record* tgl 18 Desember 2023)

   c. Tekanan darah : 140/80 mmHg
   d. Nadi : 80 x/m
   e. Frekuensi nafas : 18x/m
   f. Suhu tubuh : 36,7C
   g. Keadaan umum : Baik

2. Kulit dan kuku
   a. Inspeksi
      1) Warna kulit : kuning langsat, sedikit pucat
      2) Lesi kulit : tidak ada
      3) Jaringan parut : tidak ada
      4) Kebersihan kuku : bersih
      5) Kelainan kuku : tidak ada
   b. Palpasi
      1) Tekstur kulit : baik, halus
      2) Turgor kulit : elastis pada tangan, kurang elastis pada tungkai kaki kiri

3) Pitting edema : tidak ada
4) CRT : < 3 detik

3. Kepala
   a. Inspeksi
      1) Bentuk kepala : normal
      2) Kebersihan : bersih, tidak ada ketombe atau kotor
      3) Warna rambut : hitam dan terdapat uban
      4) Kulit kepala : normal, tidak ada ketombe dan luka
      5) Distribusi rambut : merata
      6) Benjolan di kepala : tidak ada
   b. Palpasi
      1) Nyeri tekan : tidak ada
      2) Temuan lainnya : tidak ada benjolan
4. Mata

   Konjungtiva anemis, tidak ada sklera ikterik, tidak ada tanda katarak, gerak bola mata normal dan simetris, tidak mengalami buta warna, dan tidak ada nyeri tekan pada area mata.
5. Telinga

   Bentuk telinga simetris, tidak ada lesi, tampak bersih, tidak ada gangguan fungsi pendengaran, tidak ada nyeri tekan.
6. Hidung dan sinus

   Bentuk hidung simetris, fungsi penciuman normal, tidak ada lesi dan tampak bersih.
7. Mulut dan tenggorokan

   Bibir tampak sedikit pucat dan kering, gigi dan lidah bersih.
8. Leher

   Leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar, tidak ada nyeri tekan.
9. Dada

   Bentuk dada normal, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan.
10. Paru-paru

    Pengembangan dada simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada retraksi dada, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

11. Jantung

    Suara jantung normal, irama teratur.

12. Abdomen
13. Tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada asites.
14. Muskuloskeletal
    a. Inspeksi

       Terdapat luka di punggung kaki kiri. Bau minimal/ringan, stadium 4, granulasi 25%, terdapat eksudat purulent banyak.

    b. Palpasi

       1) Kekuatan otot

Kanan	Kiri
5555	5555
4444	5555

UNIVERSITAS NASIONAL

F. Pengkajian luka

LEMBAR PENGKAJIAN LUKA

***BATES-JENSEN WOUND ASSESMENT TOOL* (BWAT)**

Nama : Tn. H

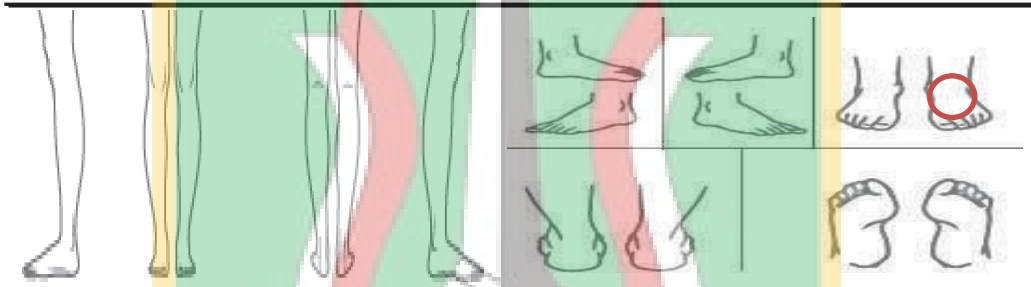
Umur : 48 th

Jenis kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Wiraswasta

Diagnosa : *Diabetic Foot Ulcer*

LOKASI LUKA (beri tanda lingkaran)

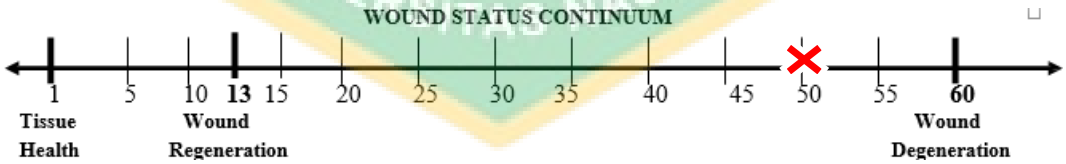


ITEMS	PENGKAJIAN	Tgl & skor 18/12/23	Tgl & skor 20/12/23	Tgl & skor	Tgl & skor
1. Ukuran luka	*0= sembuh, luka terselesaikan Panjang x Lebar 1 = < 4 cm 2 = 4 s/d < 16 cm² 3 = 16 s/d < 36 cm2 4 = 36 s/d < 80 cm2 5 = > 80 cm2	5	5		
2. Kedalaman	*0 = sembuh, luka terselesaikan 1. Eritema atau kemerahan 2. Laserasi lapisan epidermis dan atau dermis 3. Seluruh lapisan kulit hilang, kerusakan atau nekrosis subkutan, tidak mencapai fasia, tertutup jaringan granulasi	3	3		

	4. Tertutup jaringan nekrosis 5. Seluruh lapisan kulit hilang dengan destruksi luas, kerusakan jaringan otot, tulang				
3. Tepi Luka	*0= sembuh, luka terselesaikan 1. Samar, tidak terlihat dengan jelas 2. Batas tepi terlihat, menyatu dengan dasar luka 3. Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka 4. Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka, tebal 5. Jelas, fibrotik, parut tebal/hiperkeratonik	4	4		
4. Goa	*0= sembuh, luka terselesaikan 1. Tidak ada gua 2. Goa < 2 cm diarea manapun 3. Goa 2 – 4 cm seluas < 50% pinggir luka. 4. Goa 2 – 4 cm seluas > 50% pinggir luka 5. Goa > 4 cm diarea manapun.	4	4		
5. Tipe Jaringan Nekrotik	1. Tidak ada jaringan nekrotik 2. Putih/abu-abu jaringan tidak dapat teramati dan atau jaringan nekrotik kekuningan yang mudah dilepas. 3. Jaringan nekrotik kekuningan yang melekat tapi mudah dilepas. 4. Melekat, lembut, eskar hitam. 5. Melekat kuat, keras, eskar hitam.	3	3		
6. Jumlah Jaringan Nekrotik	1. Tidak ada jaringan nekrotik 2. < 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik. 3. 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik. 4. > 50% dan < 75% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik. 5. 75% s/d 100% permukaan	3	2		

	luka tertutup jaringan nekrotik.				
7. Tipe Eksudat	1. Tidak ada eksudat 2. Bloody 3. Serosangueneous (encer, berair, merah pucat atau pink). 4. Serosa (encer, berair, jernih). 5. Purulen (encer atau kental, keruh, kecoklatan/kekuningan, dengan atau tanpa bau).	5	4		
8. Jumlah Eksudat	1. Tidak ada, luka kering. 2. Moist, luka tampak lembab tapi eksudat tidak teramati. 3. Sedikit : Permukaan luka moist, eksudat membasahi < 25% balutan 4. Moderat : Eksudat terdapat > 25% dan < 75% dari balutan yang digunakan 5. Banyak : Permukaan luka dipenuhi dengan eksudat dan eksudat membasahi > 75% balutan yang digunakan	5	5		
9. Warna Kulit Sekitar Luka	1. Pink atau warna kulit normal setiap bagian luka. 2. Merah terang jika disentuh 3. Putih atau abu-abu, pucat atau hipopigmentasi. 4. Merah gelap atau ungu dan atau tidak pucat. 5. Hitam atau hiperpigmentasi	4	4		
10. Jaringan yang Edema	1. Tidak ada pembengkakan atau edema. 2. Tidak ada pitting edema sepanjang <4 cm sekitar luka. 3. Tidak ada pitting edema sepanjang > 4 cm sekitar luka. 4. Pitting edema sepanjang < 4cm disekitar luka. 5. Krepitus dan atau pitting edema sepanjang > 4 cm disekitar luka.	4	3		

11. Indurasi (Pengerasan jaringan perifer)	1. Tidak ada indurasi 2. Indurasi < 2 cm sekitar luka. 3. Indurasi 2 – 4 cm seluas < 50% sekitar luka 4. Indurasi 2 – 4 cm seluas = 50% sekitar luka 5. Indurasi > 4 cm dimana saja pada luka.	1	1		
12. Jaringan Granulasi	1. Kulit utuh atau luka pada sebagian kulit. 2. Terang, merah seperti daging; 75% s/d 100% luka terisi granulasi, atau jaringan tumbuh. 3. Terang, merah seperti daging; <75% dan > 25% luka terisi granulasi. 4. Pink, dan atau pucat, merah kehitaman dan atau luka < 25% terisi granulasi. 5. Tidak ada jaringan granulasi.	4	4		
13. Epitelisasi	1. 100% luka tertutup, permukaan utuh. 2. 75 s/d 100% epitelisasi 3. 50 s/d 75% epitelisasi 4. 25% s/d 50% epitelisasi. 5. < 25% epitelisasi	5	5		
TOTAL SKOR		50	47		
PARAF & NAMA PETUGAS		Salsa	Salsa		



(50x12) / 55 = 10,9 = 11 minggu

G. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal : 18/12/2023		Normal	Satuan
10.00			
Glukosa Darah			
Gula Darah Sewaktu	: 123	< 200	mg/dl

Tanggal : 20/12/2023		Normal	Satuan
11.00			
Glukosa Darah			
Gula Darah Sewaktu	: 86	< 200	mg/dl

H. Obat- obatan

1. Metformin 2x1
2. Paracetamol 3x1 (K/P)

I. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : - Klien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki kiri, tidak nyeri - Keluarga klien mengatakan luka sudah satu bulan yang lalu DO: - TTV: tekanan darah 140/80 mmHg, nadi	Gangguan integritas kulit dan jaringan	Faktor mekanis (trauma)

	80x/menit, respirasi rate 18x/menit, dan suhu 36,7°C - GDS: 123mg/dl. - Terdapat luka pada punggung kaki kiri - Ukuran luka 11x10cm - Tepi luka jelas, tidak menyatu dengan dasar luka dan tebal - Eksudat purulent banyak - Terdapat slough 40% - Edema pitting < 4 cm sekitar luka - Goa 2-4 cm seluar >50% sekitar luka - Warna kulit disekitar luka merah gelap/abu-abu - Jaringan granulasi 25% dan epitelisasi <25%		
2.	DS : - Tn. H mengatakan mobilitas terbatas dan aktivitasnya dibantu oleh keluarga. DO : - Tn. H tampak lemas - Tn. H tampak pucat	Gangguan Mobilitas Fisik	Keterbatasan Gerak

J. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis (Trauma)
2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Keterbatasan Gerak

K. Intervensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: - Perfusi jaringan meningkat - Kerusakan lapisan kulit menurun - Pigmentasi abnormal menurun - Nekrosis menurun	**Perawatan luka** *Observasi* - Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran dan bau) - Monitor tanda-tanda infeksi *Terapeutik* - Perawatan Perawatan Luka TIMERS: T : autolysis debridement, mecanical debridement,enzimatik debridement, biological debridement I : cuci luka adekuat, sabun luka, Nacl 0,9%, air minum, air rebusan daun sirih, cairan antiseptik (PHMB) M : Primer : hydrocoloid, cadexomer iodine powder. Sekunder : foam, kassa, soft band, algenet E : Menjaga tepi luka R : Ozon bagging, Infrared S : faktor-faktor mengenai sosial pasien Dan prinsip 3M (mencuci luka, mengangkat jaringan mati dan memilih balutan sesuai dengan luka) - Lepas balutan dan plester secara perlahan

		- Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Berikan salep yang sesuai di kulit/lesi, jika perlu - Pasang balutan sesuai jenis luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase *Edukasi* - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Keterbatasan Gerak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24, maka Mobilitas Fisik meningkat dengan kriteria hasil: - Rentang Gerak meningkat - Kelemahan fisik menurun	**Dukungan Mobilisasi** *Observasi* - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi *Terapeutik* - Fasilitasi melakukan pergerakan, *jika perlu* - Libatkan keluarga untuk membantu klien meningkatkan pergerakan *Edukasi* - Anjurkan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana (misal berdiri dengan pegangan, pindah dari tempat tidur ke kursi)

L. Implementasi & Evaluasi

HARI/ TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI DAN HASIL	EVALUASI	PARAF
Senin 18 Desember 2023	Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan faktor mekanis (trauma)	1. Memonitor karakteristik luka Hasil: - Terdapat luka di punggung kaki kiri PxL 11x10cm - Tepi luka jelas, tidak menyatu dengan dasar luka dan tebal - Eksudat purulent banyak - Terdapat slough 40% biofilm + - Edema pitting < 4 cm sekitar luka - Goa 2-4 cm seluas >50% sekitar luka - Warna kulit disekitar luka merah gelap/abu-abu - Jaringan granulasi 25% dan epitelisasi <25% 2. Mencuci luka dengan *acidic water* dan	S: - Pasien merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka O: - Tekanan Darah 140/80mmHg, Nadi 80 x/menit, Pernafasan 18x/menit, Suhu 36,7C, pemeriksaan Glukosa Darah Sewaktu 123 mg/dL. - Terdapat luka di bagian punggung kaki kiri, ukuran luka panjang x lebar = 11x10cm - Kedalaman kulit hilang, nekrosis tertutup granulasi - Tepi luka jelas, tidak menyatu dengan dasar luka dan tebal	Salsa

		sabun gentle antiseptik, keringkan dengan kassa steril 3. Memberikan terapi ozon 15 menit. 4. Mengkompres dengan kompres dengan PHMB *(Polyhexamethylene Biguanide)* selama 5 menit 5. Membuang jaringan nekrotik pada luka Hasil : mekanikal debridemen : *conservative sharp wound debridement* (CSWD) Hasil : Slough dan biofilm diambil sekitar 20% 6. Memilih balutan luka dan topical terapi tepat guna : Hasil: - Primer :zinc cream - Sekunder dan fiksasi: silver calcium alginate, polyurethine foam, kassa	- Eksudat purulent banyak - Terdapat slough 40% kemudian berkurang setelah CSWD menjadi 20% - Edema pitting < 4 cm sekitar luka - Goa 2-4 cm seluas >50% sekitar luka - Warna kulit disekitar luka merah gelap/abu-abu - Jaringan granulasi 25% dan epitelisasi <25% A : Gangguan integritas kulit dan jaringan belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan Perawatan luka dengan TIME - T : autolysis debridement, mekanikal debridement - I : cuci luka dengan acidic water dan	

		steril, orthopedic woll dan crape bandage 7. Edukasi nutrisi Hasil : menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein	sabun gentle antiseptik, keringkan dengan kassa steril - M : memakai cadexomer iodine powder, zinc cream, orthopedic woll, crepe bandage, plaster - E : kontrol gula darah, nutrisi, dan absorbent pada balutan sekunder agar tidak terjadinya maserasi - R : Ozon bagging, Infrared - S : faktor-faktor mengenai sosial pasien	
	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Keterbatasan Gerak	1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Keterbatasan gerak klien pada kaki kiri yang terluka 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil :	S : - Klien mengatakan lemas dan tidak mampu berpindah sendiri O : - Keterbatasan gerak klien pada kaki kiri yang terluka - Klien tampak lemas dan pucat - Keluarga aktif dalam membantu	Salsa

		Klien tampak lemas dan pucat 3. Melibatkan keluarga untuk membantu klien meningkatkan pergerakan Hasil : Istri klien kooperatif dengan ikut aktif mendengarkan penjelasan perawat 4. Mengajarkan mobilisasi sederhana (misal berdiri dengan pegangan, pindah dari tempat tidur ke kursi) Hasil : Klien belum mampu, mengatakan merasa lemas	kesembuhan klien A : Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi - Identifikasi kemampuan dalam mobilisasi - Monitor kelemahan fisik	
Rabu 20 Desember 2023	Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan faktor mekanis (trauma)	1. Memonitor karakteristik luka Hasil: - Terdapat luka di punggung kaki kiri PxL 11x10cm - Tepi luka jelas, tidak menyatu dengan dasar luka dan tebal	S: - Pasien merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka O: - Tekanan Darah 110/80mmHg, Nadi 80 x/menit, Pernafasan 18x/menit, Suhu 36,5C, pemeriksaan Glukosa Darah	Salsa

		- Eksudat serose banyak - Terdapat slough 20% biofilm + - Edema non pitting > 4 cm sekitar luka - Goa 2-4 cm seluas >50% sekitar luka - Warna kulit disekitar luka merah gelap/abu-abu - Jaringan granulasi 25% dan epitelisasi <25% 2. Mencuci luka dengan *acidic water* dan sabun gentle antiseptik, keringkan dengan kassa steril 3. Memberikan terapi ozon 15 menit. 4. Mengkompres dengan PHMB *(Polyhexamethylene Biguanide)* selama 5 menit 5. Membuang jaringan nekrotik pada luka Hasil : mekanikal debridemen :	Sewaktu 86 mg/dL. - Terdapat luka di bagian punggung kaki kiri, Terdapat luka di punggung kaki kiri PxL 11x10cm - Tepi luka jelas, tidak menyatu dengan dasar luka dan tebal - Eksudat serose banyak - Terdapat slough 20% kemudian berkurang setelah CSWD menjadi 10% - Edema non pitting > 4 cm sekitar luka - Goa 2-4 cm seluas >50% sekitar luka - Warna kulit disekitar luka merah gelap/abu-abu - Jaringan granulasi 25% dan epitelisasi <25% A : Gangguan integritas kulit dan jaringan belum teratasi	

		conservative sharp wound debridement (CSWD) Hasil : Slough dan biofilm terangkat sekitar 10% 6. Memilih balutan luka dan topical terapi tepat guna : Hasil: - Primer :silver calcium alginate, zinc cream - Sekunder dan fiksasi: polyurethine foam, kassa steril, orthopedic woll dan crape bandage 7. Edukasi nutrisi Hasil : menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein seperti putih telur minimal 3 butir per hari	P: Intervensi dilanjutkan Perawatan luka dengan TIME - T : autolysis debridement, mekanikal debridement - I : cuci luka dengan acidic water dan sabun gentle antiseptik, keringkan dengan kassa steril - M : memakai cadexomer iodine powder, zinc cream, orthopedic woll, crepe bandage, plaster - E : kontrol gula darah, nutrisi, dan absorbent pada balutan sekunder agar tidak terjadinya maserasi - R : Ozon bagging, Infrared - S : faktor-faktor mengenai sosial pasien	
	Gangguan	1. Memonitor kondisi umum selama	S :	Salsa

	Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Keterbatasan Gerak	melakukan mobilisasi Hasil : Klien tampak lemas dan pucat 2. Melibatkan keluarga untuk membantu klien meningkatkan pergerakan Hasil : Istri klien kooperatif, keluarga mengataka Tn. H belum makan sejak pagi tetapi sudah minum obat glikemik 3. Mengajarkan mobilisasi sederhana (misal berdiri dengan pegangan, pindah dari tempat tidur ke kursi) Hasil : Klien belum mampu, mengatakan merasa lemas. GDS : 86 mg/dl (rendah)	- Klien mengatakan lemas - Keluarga mengatakan Tn. H belum makan sejak pagi - Keluarga mengatakan klien sudha minum obat glikemik O : - Klien tampak lemas dan pucat A : Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi, dukungan mobilisasi dan nutrisi - Identifikasi kemampuan dalam mobilisasi - Monitor kelemahan fisik - Monitor kadar glukosa darah	

Lampiran 2. Dokumentasi luka klien 1

Gambar 1& 2. Pengkajian Tn. H (48th) Sebelum CSWD pada kunjungan ke-4 (18/12/23)

Gambar 3 & 4 Pengkajian Tn. H (48th) Setelah CSWD pada kunjungan ke-4 (18/12/23)

Gambar 5. Pengkajian Tn. H (48th) Sebelum CSWD pada kunjungan ke-5 (20/12/23)

Gambar 5. Pengkajian Tn. H (48th) Setelah CSWD pada kunjungan ke-5 (20/12/23)

Lampiran 3 Asuhan Keperawatan Klien 2

PENGKAJIAN

A. Identitas

1. Identitas Klien

Nama	: Ny. S
Usia	: 58 th
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Status Perkawinan	: Menikah
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Alamat	: Kp. Pasir tangkil Kec. Kadu pandak Kel. Kapu pandak Bogor Barat
Diagnosa Medis	: *Diabetic Foot Ulcer* (DFU)

B. Alasan Masuk/ Keluhan Utama

Luka pada punggung kaki kiri dengan eksudat sedang, tidak nyeri tetapi menggangu aktivitas.

C. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengatakan luka timbul sejak 2 minggu yang lalu. Awalnya timbul kemerahan dan bengkak seperti bisul pada kaki sebelah kiri. Selama luka belum pecah dan menjadi terbuka, Ny. S mengatakan tidak mengobati luka. Selanjutnya saat luka pecah dan menggangu Ny. S datang ke klinik untuk perawatan. Ny. S memiliki riwayat diabetes mellitus sejak 8 tahun yang lalu. Saat dikaji klien mengatakan lukanya tidak terasa nyeri, sedikit kesulitan aktivitas karena tidak terbiasa dengan balutan luka.

D. Pola Kebiasaan Sehari-hari

1. Biologi
   a. Pola Makan

Klien mengatakan makan sehari 3x sesuai dengan yang diberikan oleh sang anak. Tidak ada keluhan terkain pola makan.

b. Pola Minum

Klien minum 8 gelas per hari (±2liter), tidak suka minum teh dan kopi

c. Pola Tidur

Klien tidur dari jam 9 malam sampai 4 pagi. Tidak ada gangguan tidur.

d. Pola Eliminasi

1) BAK

Klien BAK 6-7 kali dalam sehari, warna urine kuning jernih, tidak ada gangguan BAK.

2) BAB

Klien BAB 1 kali dalam sehari, konsistensi semi padat, tidak ada keluhan BAB

e. Pola Kebersihan Diri

Klien mandi 2 kali sehari pagi dan sore, sikat gigi 2 kali, ganti pakaian 2 kali sehari.

2. Psikososial

a. Keadaan emosi

Klien kooperatif saat diajak bicara dan tampak senang

3. Sosial

a. Dukungan keluarga

Klien mengatakan dukungan keluarga terutama anak pertama sangat berarti, karena mau merawat dirinya bahkan sebelum sakit

b. Hubungan dengan orang lain

Klien memiliki hubungan yang baik dengan tetangga dekat rumahnya

4. Spiritual/kultur

a. Pelaksanaan ibadah

Klien mengatakan ibadah solat 5 waktu dan saat ini dilakukan dengan posisi duduk

b. Keyakinan tentang sakit

Klien dan keluarga terus berikhtiar untuk sembuh

c. Aktivitas sehari-hari

Klien selama sakit hanya dirumah, menonton tv dan bermain bersama cucu. Sesekali berkumpul dengan tetangga di depan rumah

E. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Fisik Umum
   a. Berat badan : 43 kg
   b. Tinggi badan : 150 cm

      Nilai TTV (Tgl 20 Desember 2023)
   c. Tekanan darah : 150/90 mmHg
   d. Nadi : 97 x/m
   e. Frekuensi nafas : 20x/m
   f. Suhu tubuh : 36,5C
   g. Keadaan umum : Baik

2. Kulit dan kuku
   a. Inspeksi
      1) Warna kulit : kuning langsat
      2) Lesi kulit : tidak ada
      3) Jaringan parut : tidak ada
      4) Kebersihan kuku : bersih
      5) Kelainan kuku : tidak ada
   b. Palpasi
      1) Tekstur kulit : baik, halus
      2) Turgor kulit : elastis
      3) Pitting edema : tidak ada
      4) CRT : < 3 detik

3. Kepala
   a. Inspeksi
      1) Bentuk kepala : normal

2) Kebersihan : tidak terkaji
3) Warna rambut : tidak terkaji
4) Kulit kepala : tidak terkaji
5) Distribusi rambut : tidak terkaji
6) Benjolan di kepala : tidak ada

b. Palpasi

1) Nyeri tekan : tidak ada

4. Mata

Konjungtiva an anemis, tidak ada sklera ikterik, tidak ada tanda katarak, gerak bola mata normal dan simetris, tidak mengalami buta warna, dan tidak ada nyeri tekan pada area mata.

5. Telinga

Bentuk telinga simetris, tidak ada lesi, tampak bersih, tidak ada gangguan fungsi pendengaran, tidak ada nyeri tekan.

6. Hidung dan sinus

Bentuk hidung simetris, fungsi penciuman normal, tidak ada lesi dan tampak bersih.

7. Mulut dan tenggorokan

Bibir tampak lembab, gigi dan lidah bersih.

8. Leher

Leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar, tidak ada nyeri tekan.

9. Dada

Bentuk dada normal, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan.

10. Paru-paru

Pengembangan dada simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada retraksi dada, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

11. Jantung

Suara jantung normal, irama teratur.

12. Abdomen

13. Tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada asites.

14. Muskuloskeletal

a. Inspeksi

Terdapat luka di punggung kaki kiki. Bau minimal/ringan, stadium unstageable, dasar luka nekrotik, terdapat eksudat serose sedang.

b. Palpasi

1) Kekuatan otot

Kanan	Kiri
5555	5555
5555	4444

UNIVERSITAS NASIONAL

F. Pengkajian luka

LEMBAR PENGKAJIAN LUKA

***BATES-JENSEN WOUND ASSESMENT TOOL* (BWAT)**

Nama : Ny. S

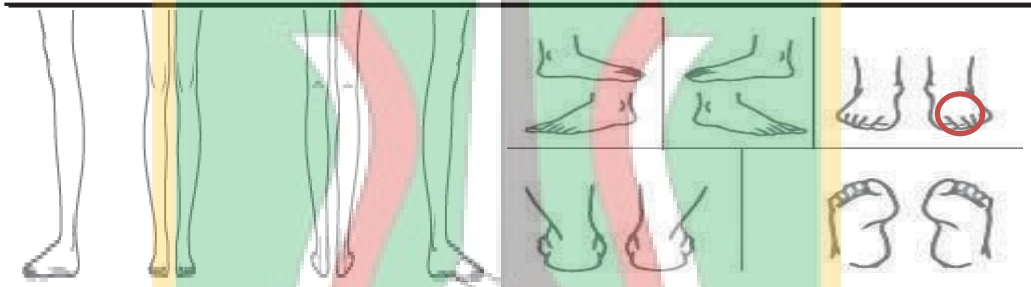
Umur : 58 th

Jenis kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Tidak bekerja

Diagnosa : *Diabetic Foot Ulcer*

LOKASI LUKA (beri tanda lingkaran)

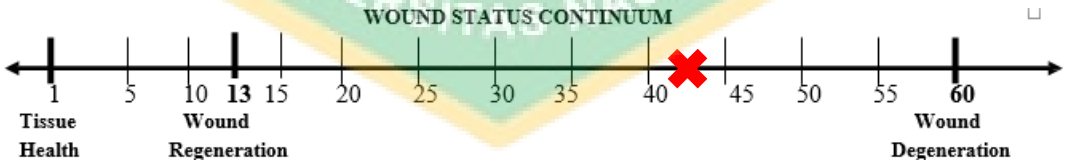


ITEMS	PENGKAJIAN	Tgl & skor 26/12/23	Tgl & skor 29/12/23	Tgl & skor	Tgl & skor
1. Ukuran luka	*0= sembuh, luka terselesaikan Panjang x Lebar 1 = < 4 cm 2 = 4 s/d < 16 cm² 3 = 16 s/d < 36 cm2 4 = 36 s/d < 80 cm2 5 = > 80 cm2	3	3		
2. Kedalaman	*0 = sembuh, luka terselesaikan 1. Eritema atau kemerahan 2. Laserasi lapisan epidermis dan atau dermis 3. Seluruh lapisan kulit hilang, kerusakan atau nekrosis subkutan, tidak mencapai fasia, tertutup jaringan granulasi	4	4		

	4. Tertutup jaringan nekrosis 5. Seluruh lapisan kulit hilang dengan destruksi luas, kerusakan jaringan otot, tulang				
3. Tepi Luka	*0= sembuh, luka terselesaikan 1. Samar, tidak terlihat dengan jelas 2. Batas tepi terlihat, menyatu dengan dasar luka 3. Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka 4. Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka, tebal 5. Jelas, fibrotik, parut tebal/hiperkeratonik	1	3		
4. Goa	*0= sembuh, luka terselesaikan 1. Tidak ada gua 2. Goa < 2 cm diarea manapun 3. Goa 2 – 4 cm seluas < 50% pinggir luka. 4. Goa 2 – 4 cm seluas > 50% pinggir luka 5. Goa > 4 cm diarea manapun.	1	1		
5. Tipe Jaringan Nekrotik	1. Tidak ada jaringan nekrotik 2. Putih/abu-abu jaringan tidak dapat teramati dan atau jaringan nekrotik kekuningan yang mudah dilepas. 3. Jaringan nekrotik kekuningan yang melekat tapi mudah dilepas. 4. Melekat, lembut, eskar hitam. 5. Melekat kuat, keras, eskar hitam.	3	3		
6. Jumlah Jaringan Nekrotik	1. Tidak ada jaringan nekrotik 2. < 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik. 3. 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik. 4. > 50% dan < 75% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik. 5. 75% s/d 100% permukaan	5	4		

	luka tertutup jaringan nekrotik.				
7. Tipe Eksudat	1. Tidak ada eksudat 2. Bloody 3. Serosangueneous (encer, berair, merah pucat atau pink). 4. Serosa (encer, berair, jernih). 5. Purulen (encer atau kental, keruh, kecoklatan/kekuningan, dengan atau tanpa bau).	4	4		
8. Jumlah Eksudat	1. Tidak ada, luka kering. 2. Moist, luka tampak lembab tapi eksudat tidak teramati. 3. Sedikit : Permukaan luka moist, eksudat membasahi < 25% balutan 4. Moderat : Eksudat terdapat > 25% dan < 75% dari balutan yang digunakan 5. Banyak : Permukaan luka dipenuhi dengan eksudat dan eksudat membasahi > 75% balutan yang digunakan	4	4		
9. Warna Kulit Sekitar Luka	1. Pink atau warna kulit normal setiap bagian luka. 2. Merah terang jika disentuh 3. Putih atau abu-abu, pucat atau hipopigmentasi. 4. Merah gelap atau ungu dan atau tidak pucat. 5. Hitam atau hiperpigmentasi	4	4		
10. Jaringan yang Edema	1. Tidak ada pembengkakan atau edema. 2. Tidak ada pitting edema sepanjang <4 cm sekitar luka. 3. Tidak ada pitting edema sepanjang > 4 cm sekitar luka. 4. Pitting edema sepanjang < 4cm disekitar luka. 5. Krepitus dan atau pitting edema sepanjang > 4 cm disekitar luka.	2	1		

11. Indurasi (Pengerasan jaringan perifer)	1. Tidak ada indurasi 2. Indurasi < 2 cm sekitar luka. 3. Indurasi 2 – 4 cm seluas < 50% sekitar luka 4. Indurasi 2 – 4 cm seluas = 50% sekitar luka 5. Indurasi > 4 cm dimana saja pada luka.	1	1		
12. Jaringan Granulasi	1. Kulit utuh atau luka pada sebagian kulit. 2. Terang, merah seperti daging; 75% s/d 100% luka terisi granulasi, atau jaringan tumbuh. 3. Terang, merah seperti daging; <75% dan > 25% luka terisi granulasi. 4. Pink, dan atau pucat, merah kehitaman dan atau luka < 25% terisi granulasi. 5. Tidak ada jaringan granulasi.	5	5		
13. Epitelisasi	1. 100% luka tertutup, permukaan utuh. 2. 75 s/d 100% epitelisasi 3. 50 s/d 75% epitelisasi 4. 25% s/d 50% epitelisasi. 5. < 25% epitelisasi	5	5		
TOTAL SKOR		42	42		
PARAF & NAMA PETUGAS		Salsa	Salsa		



(42x12)/55 = 9,1 = 9 minggu

G. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal : 26/12/2023		Normal	Satuan
10.00			
Glukosa Darah			
Gula Darah Sewaktu	: 128	< 200	mg/dl

Tanggal : 23/12/2023		Normal	Satuan
HEMATOLOGI			
Darah Rutin			
Hemoglobin	: 7.4	12 – 16	g/dl
Hematocrit	: 23	36 – 48	%
Leukosit	: 9.3	4.0 – 10.0	ribu/ul
Trombosit	: 589	150 – 450	ribu/ul
Eritrosit	: 2.5	3.5 – 6.0	/ul
LED	: 130	0 – 15	mm/jam
HITUNG JENIS			
Basophil	: 0	0 – 1	%
Esonofil	: 1	1 – 6	%
Batang	: 2	2 – 4	%
Segmen	: 69	40 – 70	%
Limfosit	: 22	20 – 40	%
Monosit	: 6	2 – 10	%

Tanggal : 29/12/2023		Normal	Satuan
11.00			
Glukosa Darah			
Gula Darah Sewaktu	: 99	< 200	mg/dl

H. Obat- obatan

1. Metformin 2x1
2. Paracetamol 3x1 (K/P)
3. Tablet tambah darah 1x1

I. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : - Klien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki kiri, tidak nyeri - Keluarga klien mengatakan luka sejak 2 minggu yang lalu DO: - TTV: tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 97x/menit, respirasi rate 18x/menit, dan suhu 36,5°C - GDS: 128mg/dl. - Terdapat luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran luka 6x4cm - Kedalaman luka tertutup jaringan nekrotik - Tepi luka tidak jelas - Eksudat serose sedang - Dasar luka slough 80% - Terdapat non pitting edema sekitar luka	Gangguan integritas kulit dan jaringan	Faktor Mekanis

	- Tidak ada goa - Warna kulit disekitar luka merah gelap/abu-abu - Tidak ada jaringan granulasi dan epitelisasi <25%		

J. Diagnosa Keperawatan

Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan Faktor Mekanis

K. Intervensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x kunjungan, maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: - Perfusi jaringan meningkat - Kerusakan lapisan kulit menurun - Pigmentasi abnormal menurun - Nekrosis menurun	**Perawatan luka** *Observasi* - Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran dan bau) - Monitor tanda-tanda infeksi *Terapeutik* - Perawatan Perawatan Luka TIMERS: T : autolysis debridement, mecanical debridement,enzimatik debridement, biological debridement I : cuci luka adekuat, sabun luka, Nacl 0,9%, air minum, air rebusan daun sirih, cairan antiseptik (PHMB) M : Primer : hydrocoloid, cadexomer iodine powder. Sekunder : foam, kassa, soft band, algenet E : Menjaga tepi luka R : Ozon bagging, Infrared S : faktor-faktor mengenai sosial pasien Dan prinsip 3M (mencuci luka, mengangkat jaringan mati dan memilih balutan sesuai dengan luka) - Lepas balutan dan plester secara perlahan - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Berikan salep yang sesuai di kulit/lesi, jika perlu

		- Pasang balutan sesuai jenis luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase *Edukasi* - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

L. Implementasi & Evaluasi

HARI/ TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI DAN HASIL	EVALUASI	PARAF
Selasa 26 Desember 2023	Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan faktor mekanis	8. Memonitor karakteristik luka Hasil: - Terdapat luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran luka 6x4cm - Kedalaman luka tertutup jaringan nekrotik - Tepi luka tidak jelas - Eksudat serose sedang - Terdapat slough 100% setelah CSWD menjadi 70% - Terdapat non pitting edema sekitar luka - Tidak ada goa - Warna kulit disekitar luka merah gelap/abu-abu	S: - Klien merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka - Keluarga antusias berdiskusi terkait nutrisi yang tepat bagi klien O: - Tekanan Darah 150/90mmHg, Nadi 97 x/menit, Pernafasan 18x/menit, Suhu 36,5C, pemeriksaan Glukosa Darah Sewaktu 128 mg/dL. - Terdapat luka di bagian punggung kaki kiri, ukuran luka panjang x lebar = 6x4cm - Kedalaman luka tertutup jaringan nekrotik	Salsa

		- Tidak ada jaringan granulasi dan epitelisasi <25% 9. Mencuci luka dengan *acidic water* dan sabun gentle antiseptik, keringkan dengan kassa steril 10. Memberikan terapi ozon 15 menit. 11. Mengkompres dengan kompres dan dituangkan dengan spray antiseptic (Hypochlorous Acid 0,01%) dikompres selama 5 menit 12. Membuang jaringan nekrotik pada luka Hasil : mekanikal debridemen : *conservative sharp wound debridement* (CSWD) Hasil : Slough terangkat sekitar 30% 13. Memilih balutan luka dan topical terapi tepat guna : Hasil:	- Tepi luka tidak jelas - Eksudat serose sedang - Terdapat slough 100% setelah CSWD menjadi 70% - Terdapat non pitting edema sekitar luka - Tidak ada goa - Warna kulit disekitar luka merah gelap/abu-abu - Tidak ada jaringan granulasi dan epitelisasi <25% A : Gangguan integritas kulit dan jaringan belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan Perawatan luka dengan TIME - T : autolysis debridement, mekanikal debridement	

		- Primer : caldexomer iodine + zinc cream - Sekunder dan fiksasi: kassa steril, orthopedic woll dan crape bandage 14. Edukasi nutrisi Hasil : menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein	- I : cuci luka dengan acidic water dan sabun gentle antiseptik, keringkan dengan kassa steril - M : memakai cadexomer iodine powder, zinc cream, orthopedic woll, crepe bandage, plaster - E : kontrol gula darah, nutrisi, dan absorbent pada balutan sekunder agar tidak terjadinya maserasi - R : Ozon bagging, Infrared - S : faktor-faktor mengenai sosial pasien	
Jumat 29 Desember 2023	Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan faktor mekanis	1. Memonitor karakteristik luka Hasil: - Terdapat luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran luka 6x4cm - Kedalaman luka tertutup jaringan nekrotik - Tepi luka jelas tidak menyatu	S: - Pasien merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka O: - Tekanan Darah 104/89mmHg, Nadi 99 x/menit, Pernafasan 20x/menit, Suhu 36,5C, pemeriksaan Glukosa Darah	Salsa

		- Eksudat serose sedang - Terdapat slough 75% etelah CSWD menjadi 40% dan mulai terlihat dasar luka merah - Tidak terdapat edema - Tidak ada goa - Warna kulit disekitar luka merah gelap/abu-abu - Tidak ada jaringan granulasi dan epitelisasi <25% 2. Mencuci luka dengan *acidic water* dan sabun gentle antiseptik, keringkan dengan kassa steril 3. Memberikan terapi ozon 15 menit. 4. Mengkompres dan menuangkan dengan spray antiseptic (Hypochlorous Acid 0,01%) dikompres selama 5 menit	Sewaktu 99 mg/dL. - Terdapat luka di bagian punggung kaki kiri, ukuran luka panjang x lebar = 6x4cm - Kedalaman luka tertutup jaringan nekrotik - Tepi luka jelas tidak menyatu - Eksudat serose sedang - Terdapat slough 75% setelah CSWD menjadi 40% dan mulai terlihat dasar luka merah 5% - Tidak terdapat edema - Tidak ada goa - Warna kulit disekitar luka merah gelap/abu-abu - Tidak ada jaringan granulasi dan epitelisasi <25% A :	

		5. Membuang jaringan nekrotik pada luka (mekanikal debridemen) : *conservative sharp wound debridement* (CSWD) Hasil : Slough terangkat sekitar 20% 6. Memilih balutan luka dan topical terapi tepat guna : Hasil: - Primer : caldexomer iodine + zinc cream - Sekunder dan fiksasi: kassa steril, orthopedic woll dan crape bandage 7. Edukasi nutrisi Hasil : menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein	Gangguan integritas kulit dan jaringan belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan Perawatan luka dengan TIME - T : autolysis debridement, mekanikal debridement - I : cuci luka dengan acidic water dan sabun gentle antiseptik, keringkan dengan kassa steril - M : memakai cadexomer iodine powder, zinc cream, orthopedic woll, crepe bandage, plaster - E : kontrol gula darah, nutrisi, dan absorbent pada balutan sekunder agar tidak terjadinya maserasi - R : Ozon bagging, Infrared - S : faktor-faktor mengenai sosial pasien	

Lampiran 4. Dokumentasi luka klien 2

Gamba 7. Pengkajian Ny. S (58th) Sebelum CSWD pada kunjungan ke-2 (26/12/23)

Gambar8. Pengkajian Ny. S (58th) Sesudah CSWD pada kunjungan ke-2 (26/12/23)

Gambar 9. Pengkajian Ny. S (58th) Sebelum CSWD pada kunjungan ke-3 (29/12/23)

Gambar 10. Pengkajian Ny. S (58th) Sesudah CSWD pada kunjungan ke-3 (29/12/23)

Lampiran 5. Lembar Konsultasi/ Bimbingan KIAN

Lembar Konsultasi/Bimbingan KIAN

Nama : Salsabila

NPM : 224291517085

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul KIAN : Analisis Asuhan Keperawatan Melalui Penggunaan Intervensi Teknik *Conservative Sharp Wound Debridement* (CSWD) Pada Tn. H Dan Ny. S Dengan Diagnosa Diabetic Foot Ulcer Di Wocare Center Kota Bogor

Dosen Pembimbing : Ns. Naziyah, S.Kep., M.Kep., CWCCA

Kegiatan Konsultasi

No.	Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Senin 11/12/23	Judul + Bab I	- Tambahkan Penguat CSWD	
2.	Selasa 19/12/23	Judul + Bab I Bab II	- Perubahan judul sesuai dengan klien	
3.	Rabu 03/01/24	Bab I - Bab V	- Perbaiki alternatif pemecahan masalah	
4.	Kamis 04/01/24	Bab I - Bab V + Lampiran	- Masukan foto luka pada lampiran	
5.	Sabtu 06/01/24	acc Sidang KIAN		

Lampiran 6. Surat Izin Praktik dari Kampus

UNIVERSITAS NASIONAL
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jl. Harsono RM No. 1 Ragunan, Jakarta Selatan 12550, Telp. 27870882
Website : www.unas.ac.id; Email:fikes@civitas.unas.ac.id

Nomor : 205/NERS-FIKES/XII/2023 Jakarta, 12 Desember 2023
Perihal : Permohonan Ijin Praktik KIAN
Lampiran : 2 halaman

Kepada Yth: **Pimpinan Wocare Center Bogor**
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional Angkatan VIII Tahun 2023/2024, maka dengan ini kami memohon ijin agar mahasiswa kami (nama dan waktu terlampir) dapat mengambil kasus Karya Ilmiah Akhir Ners di Wocare Center Bogor.

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Ka.Prodi Profesi Ners,

Ns. Naziyah, M.Kep

Lampiran 7. Surat Balasan dari Tempat Praktik

PT. WOCARE INTI NUSANTARA
Jl. KH Sholeh Iskandar No. 9 RT 001 RW 004
Kelurahan Cibadak Kecamatan Tanah Sareal Bogor 16166
Telp. 0251) 759-7988
https://e.wocare.org

Bogor, 15 Desember 2023

Nomor : **0200/ WOCARE/WIN/DIKLAT/HRD/SB/XI/2023**
Lampiran : -
Perihal : Surat Balasan

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Nasional
Jl. Sawo Manila No.61, RT.14/RW.7, Pejaten Barat., Ps. Minggu,
Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 12520

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat dari Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional pada tanggal 13 Desember 2023 dengan nomor surat 206/NERS-FIKES/XII/2023 tentang permohonan Izin Praktik KIAN atas nama Mahasiswa terlampir:

Permohonan ini kami nyatakan **diterima** dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Mahasiswa wajib mempresentasikan proposal skripsi yang akan dihadiri oleh tim RnD Wocare Center;
2. Dalam pengambilan data/melakukan penelitian mahasiswa tidak dibenarkan mengubungi responden/subjek penelitian secara personal dan langsung;
3. Setelah mahasiswa mengambil data/melakukan penelitian, maka mahasiswa tersebut wajib menyelesaikan administrasi sesuai ketentuan yang berlaku di Yayasan Wocare Indonesia;
4. Pemohon/mahasiswa diwajibkan mencantumkan nama CI Klinik / Pembimbing dalam Publikasi Ilmiah.
5. Pemohon / mahasiswa diwajibkan menyerahkan laporan hasil penelitian ke RnD Yayasan Wocare Indonesia

Hormat Kami,
PT. Wocare Inti Nusantara

Darmawan Subrongto Putro,SE
Direktur Pendidikan dan Pelatihan

Tembusan Kepada Yth:
1. Ketua Yayasan Wocare Indonesia;
2. Direktur Utama PT. Wocare Inti Nusantara;
3. Tim Research and Development (RnD) Yayasan Wocare Indonesia;
4. Dir Operasional PT. Pohon Bidara Medika;
5. Manager Klinik Wocare Center;
6. Arsip.

Lampiran 8. Biodata Penulis

Biodata Penulis

Nama	: Salsabila
Tempat, Tanggal Lahir	: Depok, 10 November 2002
NPM	: 224291517085
Alamat	: Jl. H. Sulaiman no 14 RT 04/02 Kel. Bedahan, Kec. Sawangan Kota Depok
No. Hp Aktif	: 0888-8388-274
Email Aktif	: salsabilasalsa605@gmail.com

Lampiran 9 Hasil Uji Turnitin

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MELALUI PENGGUNAAN INTERVENSI TEKNIK CSWD PADA KLIEN TN. H & NY. S DENGAN DFU DI WOCARE BOGOR

by cek turnitin

Submission date: 25-Jan-2024 06:39AM (UTC-0800)
Submission ID: 2195880299
File name: KNIK_CSWD_PADA_KLIEN_TN._H_NY._S_DENGAN_DFU_DI_WOCARE_BOGOR.docx (199.55K)
Word count: 12920
Character count: 82560

UNIVERSITAS NASIONAL

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MELALUI PENGGUNAAN INTERVENSI TEKNIK CSWD PADA KLIEN TN. H & NY. S DENGAN DFU DI WOCARE BOGOR

ORIGINALITY REPORT

19%	10%	10%	7%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	ejurnalmalahayati.ac.id Internet Source	15%
2	repo.unand.ac.id Internet Source	1%
3	stradapress.org Internet Source	1%
4	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	1%
5	Rizki Hidayat, Naziyah Naziyah, Amelia Husaeynii. "Analisis Asuhan Keperawatan melalui Intervensi Pengggunaan Balutan Primer Cadexomer iodine pada Ny. S Dan Tn. S dengan Diagnosa Medis Luka Kaki Diabetikum di Wocare Center Bogor", Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM), 2023 Publication	1%

UNIVERSITAS NASIONAL