

DAFTAR PUSTAKA

- Amirsyah, M., Amirsyah, M., & Putra, M. I. A. P. (2020). Amirsyah. *Ulkus Dekubitus pada Penderita Stroke. Kesehatan Cehandum*, 2(03), 1-8.
- Ariningrum, D. &. (2018). *Buku Pedoman Manajemen Luka*. Surakarta.
- Arisanty, I. (2019). *Menejemen Perawatan Luka*. EGC.
- Cook, L. C. (2019). *International Consensus Document Implementing TIMERS: the race against hard-to-healwounds*. March.
- D, Berlowitz. (2019). *Epidemiology, pathogenesis, and risk assessment of pressure-induced skin and soft tissue injury*. Diambil kembali dari Available at: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/2884> (accessed 21.06.2023).
- Damsir, M. M. (2018). *Analisis Manajemen Perawatan Luka Pada Kasus Luka Diabetik di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Arifin Nu'mang Kabupaten Sidrap.*, 1(2).
- Dimantika, A. S. (2020). Interest : *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9 (2). *Perawatan Luka Diabetes Mellitus Menggunakan Teknik Modern Dressing*, 160–172.
- EPUAP/NPUAP/PPPIA. (2019). *Pressure Ulcers and Skin Tone*. Retrieved from International Wound Journal: <https://woundsinternational.com/made-easy/pressure-ulcers-and-skin-tone/>
- Harris, C. B.-J. (2010). The Bates-Jensen Wound Assesment Tool (BWAT). *The Journal Of Care Canada*. .
- Kartika, R. W. (2015). *Perawatan Luka Kronis dengan Modern Dressing. Perawatan Luka Kronis Dengan Modern Dressing*, 42 (7), 546- 550.
- Kemenkes. (2022). Diambil kembali dari Kementrian kesehatan.
- Khoiriyah, Z. (2018). *Aplikasi CSWD Pada Tn. P Dengan Masalah Integritas Kulit Akibat Ulkus Dekubitus*.

- Kusyanti, E. K. (2016). Home Care Dalam Perawatan Ulkus Diabetikum di Kota Semarang. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (Injec)*, 1(1), 34-41.
- Li Z, L. F. (2020). *Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis*. Diambil kembali dari Int J Nurs Stud 105: 103546.
- Maulidha, D. E. (2023). Analisis Intervensi Keperawatan Penggunaan Polyurethane Foam sebagai Secondary Dressing dan Terapi Ozone Bagging pada Fase Proliferasi Pasien Ny. E dan Tn. D Dengan Diagnosa Medis Diabetic Foot Ulcer Diklinik Wocare Kota Bogor. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 6((3)), 1268-1281.
- Potter & Perry. (2012). Buku Fundamental keperawatan: Konsep, Proses Dan. *EGC*.
- PPNI. (2019). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan (1st, Cetakan Ed.)*. DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan (1st, Cetakan Ed.)*. DPP PPNI.
- Rapetti R, P. A. (2023). *Pressure ulcers in hospital patients: incidence and risk factors*. Diambil kembali dari J Wound Care 32(1): 29-34.
- RI, Depkes. (2017). Diambil kembali dari Departemen kesehatan Republik Indonesia.
- Sari, I. G. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan dengan Intervensi Penggunaan Polyurethane Foam sebagai Balutan Sekunder Pada Fase Proliferasi Pada Pasien Tn. M, Ny. N dan Ny. E dengan Ulkus Dekubitus di Wocare Center Kota Bogor. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 6((10)), 4349-4364.

Song YP, S. H. (2019). *The relationship between pressure injury complication and mortality risk of older patients in follow-up: A systematic review and meta-analysis*. Diambil kembali dari International Wound Journal.

Trizolla, S. (2020). *Profil Pasien Geriatri dengan Ulkus Dekubitus di RSUP Dr. M. Djamil*. Diambil kembali dari Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia1(2), 221–227: <https://doi.org/10.25077/jikesi.v1i2.188>

Weller, C. a. (2019). “Interactive dressings and their role in moist wound management,”. in *Advanced Textiles for Wound Care, 2nd ed. Ed. S.*

WHO. (2018). Diambil kembali dari World Health Organization .

WOCARE. (2023). Diambil kembali dari Wocare Center: <https://www.wocare/>

Yustina, S. I. (2021). Pengembangan Panduan Pencegahan Ulkus Dekubitus Di Ruang Intensive Care Unit (ICU). *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3((1)), 204–216.



Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Della Chintya Kirani
Tempat tanggal lahir : Bekasi, 20 Juni 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. H Romli No.5, Kota Bekasi
Pendidikan Terakhir : S1 Keperawatan

Lampiran 2 Pengkajian Ny. M

Perkembangan Pasien 1

I. PENGKAJIAN

A. Identitas Umum

Identitas Klien



Nama	: Ny. M
Umur	: 80 Th
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan Terakhir	: -
Alamat Rumah	: Jati asih, Kota Bekasi
Diagnosa Medis	: Dekubitus
Tanggal Pengkajian	: 06 Oktober 2023

B. Alasan/Keluhan Utama

Keluarga Ny. M mengatakan semenjak tirah baring terdapat luka dibagian panggul

C. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat luka berdasarkan informasi dari keluarga dan perawat yang menjaga pasien luka diderita sejak kurang lebih 4 bulan yang lalu, luka terdapat dibagian tengah panggul, awalnya luka dibagian sacrum akan tetapi kemudian membesar lalu dibawa kerumah sakit tapi tidak membaik, luka semakin membesar

akhirnya oleh keluarga di bawa ke Wocare. Pasien menderita stroke sejak lama dan ini sudah serangan kedua yang mengakibatkan luka pada sacrum pasien sehari-hari tirah baring.

2. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan dari keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit diabetes.

D. Kebiasaan Sehari-hari

1. Biologis

a. Pola Makan

- 1) Frekuensi makan : 3 kali dalam sehari
- 2) Jumlah makan : 1 porsi dihabiskan
- 3) Snack : buah dan biskuit

b. Pola Minum

- 1) Frekuensi minum : 2 liter lebih
- 2) Jenis minuman : air mineral

c. Pola Kebiasaan Tidur

- 1) Waktu tidur : tidur jam 8 atau 9 malam, jumlah tidur 7 - 9 jam
- 2) Gangguan tidur : tidak ada gangguan

d. Pola Eliminasi

1) BAB

- a) Frekuensi : 1 kali dalam sehari, waktu pagi
- b) Konsistensi : Bristol stool chart tipe no 3/5

c) Keluhan BAB : tidak ada

2) BAK

a) Frekuensi : 1000 – 1.500 ml perhari

b) Warna urine : kuning jernih

c) Gangguan BAK : tidak ada

e. Pola Kebersihan Diri

1) Mandi : 2 kali, pagi dan sore, mandi pakai sabun, shampoo

2) Sikat gigi : 2 kali, pagi dan malam, pakai pasta gigi

3) Pakaian : ganti 3 kali, pagi, sore

2. Psikososial

a. Keadaan Emosi

Keadaan klien stabil, saat diajak bicara mampu merespon, tidak ada nada suara tinggi atau marah.

3. Sosial

a. Dukungan Keluarga

Keluarga sangat mendukung Kesehatan pasien dengan memberikan perawatan yang baik untuk kesembuhan pasien

b. Hubungan Dengan Orang Lain

Karena kondisi pasien yang mengalami tirah baring pasien hanya berinteraksi dengan orang-orang yang ada dirumah saja.

4. Spritual/Kultur

a. Pelaksanaan Ibadah

Pasien tidak melakukan ibadah dan hanya mendengarkan lantunan doa melalui barang elektronik

b. Keyakinan Tentang Kesehatan

Pasien mengatakan yakin bahwa untuk kesehatan saya sembuh dan luka saya sembuh, harus banyak sabar

5. Aktivitas sehari-hari

Pasien tidak melakukan aktivitas sehari-hari karena kondisi pasien yang mengalami tirah baring

6. Rekreasi

Pasien mengatakan berkumpul dengan anak dan cucu merupakan penghibur saya.

E. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

1. Keadaan Umum/Tingkat Kesadaran Tanggal 10 juni 2022

a. Tekanan Darah : 120/70 mmHg

b. Nadi : 78x/menit

c. RR : 18 x/menit

d. Temp : 36,5⁰C

e. Berat Badan : 48 kg

f. Tinggi Badan : 155 cm

2. Kulit dan kuku

a. Inspeksi

- 1) Warna kulit : kuning langsung
- 2) Lesi kulit : terdapat luka dekubitus dibagian panggul

3) Jaringan parut : tidak ada

4) Kebersihan kuku : kuku bersih, tidak ada kuku panjang dan kotor

5) Kelainan pada kuku : tidak ada

b. Palpasi

1) Tekstur kulit : mulai keriput

2) Turgor kulit : elastis pada tangan, kering pada kedua kaki

3) Pitting edema : tidak ada

4) Capillary Refill Time : < 2 detik

3. Kepala

a. Inspeksi

1) Bentuk kepala : brachycephal normal

2) Kebersihan : bersih, tidak ada ketombe atau kotor

3) Warna rambut : uban/putih

4) Kulit kepala : normal, tidak ada ketombe

5) Distribusi rambut : merata

6) Kerontokan rambut : tidak ada

7) Benjolan dikepala : tidak ada

b. Palpasi

1) Nyeri tekan : tidak ada

2) Temuan lainnya : tidak ada benjolan

4. Mata

a. Inspeksi

1) Kelopak mata mengalami ptosis: tida ada

2) Konjungtiva : tidak anemis

3) Sklera : tidak ikhterik

4) Iris : warna coklat

5) Kornea : normal

6) Pupil : normal

7) Peradangan : tidak ada

8) Katarak : tidak ada

9) Ketajaman penglihatan : normal

10) Gerak bola mata : normal

11) Alat bantu penglihatan : tidak memakai

12) Buta warna : tidak ada buta warna

13) Temuan lainnya : tidak ada

b. Palpasi

- 1) Kelopak mata : tidak ada nyeri tekan
- 2) Temuan lainnya : tidak ada

5. Telinga

a. Inspeksi



b. Palpasi

- 1) Daun telinga : tidak ada nyeri saat dipalpasi
- 2) Prosesus mastoideus : tidak ada nyeri tekan atau peradangan

3) Temuan lainnya : tidak ada

6. Hidung dan sinus

a. Inspeksi

1) Bentuk hidung : simetris

2) Warna kulit hidung : sawo matang

3) Lubang hidung : normal tidak ada benjolan

4) Penciuman : normal tidak ada gangguan

5) Peradangan : tidak ada

6) Temuan lainnya : tidak ada

b. Palpasi

1) Mobilitas septum hidung

2) Sinusitis : tidak ada

3) Temuan lainnya : tidak

7. Mulut dan tenggorokan

a. Inspeksi

1) Warna bibir : coklat muda

2) Bibir pecah-pecah : tidak ada

3) Mukosa bibir : lembab

4) Kebersihan gigi : tidak ada karies pada gigi,
bersih

5) Gigi berlubang : -

6) Gusi berdarah : tidak ada

- 7) Kebersihan lidah : bersih, tidak ada jamur
- 8) Pembesaran tonsil : tidak ada
- 9) Temuan lainnya : tidak ada

8. Leher

a. Inspeksi

- 1) Kesimetrisan leher : simetris, normal

b. Palpasi

- 1) Kelenjar linfe : tidak ada pembesaran
- 2) Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran
- 3) Kaku kuduk : tidak ada
- 4) Temuan lainnya : tidak ada

9. Dada

a. Inspeksi

- 1) Bentuk dada : normal
- 2) Kelainan bentuk dada : tidak ada
- 3) Temuan lainnya : tidak ada

10. Paru-paru

a. Inspeksi

- 1) Pengembangan dada : simetris antara dada kanan dan kiri
- 2) Pernafasan : 20 x/menit
- 3) Retraksi interkosta : tidak ada

4) Cuping hidung : tidak ada

b. Palpasi

1) Taktil fremitus : normal

c. Perkusi : sonor

d. Auskultasi

1) Suara napas : vesikuler

2) Suara tambahan : tidak ada suara tambahan

3) Temuan lainnya : tidak ada

11. Jantung

a. Inspeksi

1) Iktus kordis : normal

b. Palpasi

1) Iktus kordis : teraba, normal

c. Perkusi

1) Batas jantung : Normal

d. Aukultasi

1) Bunyi jantung : bunyi jantung S1 > S2

2) Bunyi tambahan jantung : tidak ada bunyi tambahan jantung

3) Temuan lainnya : tidak ada

12. Abdoment

a. Inspeksi

- 1) Bentuk abdoment : normal, tidak ada scar
- 2) Pembesaran abdoment : tidak ada asites

b. Perkusi

- 1) Perkusi abdoment : tympani

c. Palpasi

- 1) Pembesaran ginjal : tidak ada pembesaran
- 2) Pembesaran hati : tidak ada pembesaran
- 3) Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan di 6 kudran

d. Auskultasi

- 1) Peristaltik usus : 10x/menit

13. Muskuloskeletal

a. Inpeksi

Tidak ada luka

b. Palpasi

- 1) Kekuatan otot

Ektermitas Atas	Ektermitas Atas
11111	11111
Ektermitas Bawah	Ektermitas Bawah
11111	11111

Kesimpulan: 1 (Terasa ada kontraksi otot tapi tidak ada Gerakan sendi)

c. Perkusi pemeriksaan refleks

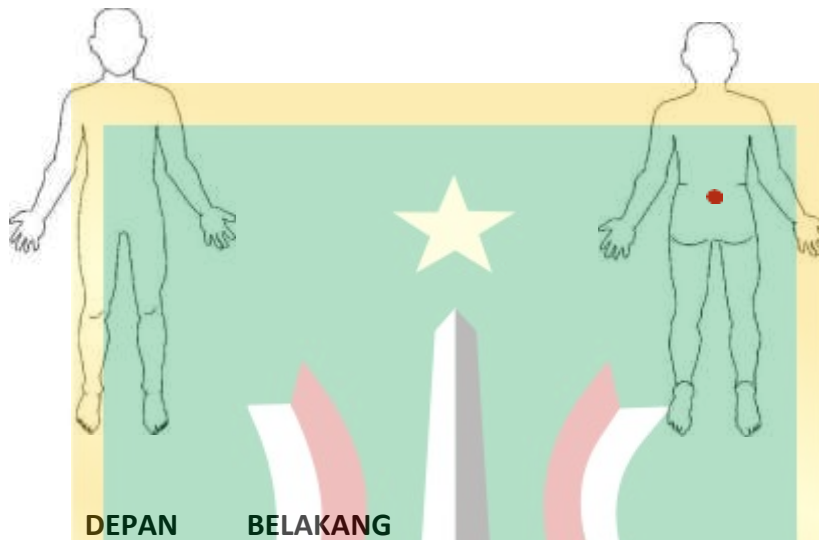
Ektermitas Atas	Ektermitas Atas
-	-
Ektermitas Bawah	Ektermitas Bawah
-	-



Lampiran 3 Winners Scale Ny. M

F. Pengkajian Luka Pertama

LOKASI LUKA (beri tanda X)

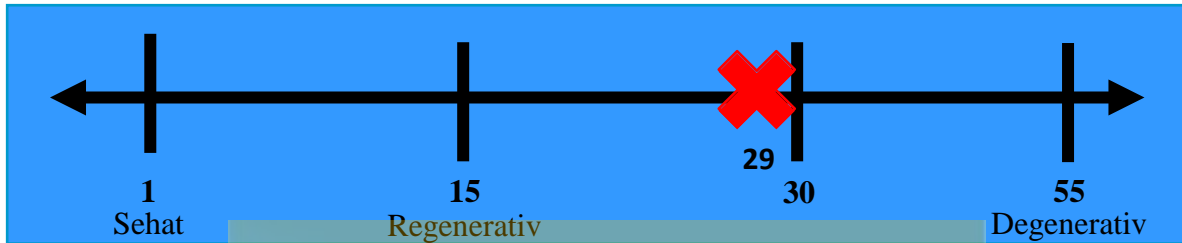


ITEMS	PENGAJIAN	TANGGAL	TANGGAL	TANGGAL
		6/10/23	9/10/23	12/10/23
1. UKURANLUKA	1 = P X L < 4 cm 2 = P X L 4 < 16 cm 3 = P X L 16 < 36 cm 4 = P X L 36 < 80 cm 5 = P X L > 80 cm	5	5	5
2. KEDALAMAN	1 = stage 1 2 = stage 2 3 = stage 3 4 = stage 4 5 = necrosis wound / unstage	4	4	4

3. TEPI LUKA	<p>1 = samar, tidak jelas terlihat</p> <p>2 = terlihat, menyatu dengan dasar luka</p> <p>3 = terlihat, tidak menyatu dgndasar luka</p> <p>4 = jelas, tidak menyatu dgndasar luka, tebal</p> <p>5 = jelas, fibrotic, parut tebal/ Hyperkeratonic</p>	3	3	2
4. GOA	<p>1= tidak ada</p> <p>2 = goa < 2 cm di area manapun</p> <p>3 = goa 2-4 cm < 50 %</p> <p>4 = goa 2-4 cm > 50%</p> <p>5 = goa > 4 cm di area manapun</p>	1	1	1
5. TIPE EKSUDATE	<p>1 = tidak ada</p> <p>2 = bloody</p> <p>3 = serosanguineous</p> <p>4 = serous</p> <p>5 = purulent</p>	4	4	3
6. JUMLAH EKSUDATE	<p>1 = kering</p> <p>2 = moist</p> <p>3 = sedikit</p> <p>4 = sedang</p> <p>5 = banyak</p>	5	4	4
7. WARNA KULIT SEKITARLUKA	<p>1 = pink atau normal</p> <p>2 = merah terang jika di tekan</p>	1	1	1

	<p>3 = putih atau pucat atau hipopigmentasi</p> <p>4 = merah gelap / abu2</p> <p>5 = hitam atau hyperpigmentasi</p>			
8. JARINGAN YANG EDEMA	<p>1 = no swelling atau edema</p> <p>2 = Edema - non pitting edema</p> <p>3 = pitting edema < 4 cm</p> <p>4 = pitting edema > 4 cm</p> <p>5 = krepitasi</p>	1	1	1
9. JARINGAN GRANULASI	<p>1 = kulit utuh atau stage 1</p> <p>2 = granulasi 100 %</p> <p>3 = granulasi 50 %</p> <p>4 = granulasi 25 %</p> <p>5 = tidak ada jaringan granulasi</p>	2	2	2
10. EPITELISASI	<p>1 = 100 % epitelisasi</p> <p>2 = 75 % - 100 % epitelisasi</p> <p>3 = 50 % - 70% epitelisasi</p> <p>4 = 25 % - 50 % epitelisasi</p> <p>5 = < 25 % epitelisasi</p>	3	2	2
SKOR TOTAL		29	26	23
PARAF DAN NAMA PETUGAS		Della	Della	Della

STATUS KONDISI LUKA (beri tanda X dan tanggal pada status kondisi luka)



- Kunjungan ke 14 (06/10/2023) :

$$29 \times 12 : 55 = 6,3 \text{ minggu}$$

- Kunjungan ke 15 (09/10/2023) :

$$27 \times 12 : 55 = 5,8 \text{ minggu}$$

- Kunjungan ke 16 (12/10/2023) :

$$25 \times 12 : 55 = 5,4 \text{ minggu}$$

RUMUS $\epsilon = \frac{29 \times 12}{55} = 6,3$

G. Pemeriksaan Penunjang

1. Terapi Medis
2. Pemeriksaan Laboratorium

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan Ny. M

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none">- Keluarga Ny. M mengatakan semenjak tirah baring terdapat luka dibagian panggul kurang lebih 4 bulan luka tersebut ada- Penjaga pasien mengatakan pasien sudah lebih dari 4 bulan tirah baring <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- T Tekanan Darah 130/80 mmHg, Nadi 78 x/menit, Pernafasan 20 x/menit, Suhu 36,5°C- Ukuran luka berukuran skor 5 P X L > 80 cm, kedalaman luka stage 4, tepi luka skor 3 terlihat tidak menyatu dengan dasar luka, tidak terdapat goa di area manapun, type eksudat serous, jumlah eksudat banyak, warna kulit sekitar luka pink atau normal 1, tidak edema, granulasi 100%, epitalisasi 50% - 70%	Faktor mekanis	Gangguan integritas kulit/jaringan

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga dan penjaga pasien mengatakan pasien hanya dilakukan mobilisasi mika-miki - Keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengalami stroke dan ini merupakan serangan ke dua <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan Darah 130/80 mmHg, Nadi 78 x/menit, Pernafasan 20 x/menit, Suhu 36,5°C - Gerakan klien tampak terbatas - Kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah tampak menurun - Pasien tampak dibantu oleh penjaga pasien untuk mika-miki saat bergerak - Ukuran luka berukuran skor 5 P X L > 80 cm, kedalaman luka stage 4, tepi luka skor 3 terlihat tidak menyatu dengan dasar luka, tidak terdapat goa di area manapun, type eksudat serous, jumlah eksudat banyak, warna kulit sekitar luka pink atau normal 1, tidak edema, granulasi 100%, epitalisasi 50% - 70% 	Keterbatasan gerak	Gangguan mobilitas fisik

I. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1) Gangguan integritas kulit/jaringan b/d faktor mekanis
- 2) Gangguan mobilitas fisik b/d keterbatasan gerak

II. INTERVENSI KEPERAWATAN

No Dx	Rencana Perawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfusi jaringan cukup meningkat - Kerusakan jaringan cukup menurun - Kerusakan lapisan kulit cukup menurun - Nyeri cukup menurun - Kemerahan cukup menurun - Hematoma cukup menurun - Pigmentasi abnormal cukup menurun - Necrosis cukup menurun 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran dan bau) - Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <p>T : <i>Tissue Management</i></p> <p>Mengangkat jaringan mati :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Autolisis debridement</i> - <i>Mechanical debridement</i> - <i>Enzimatic debridement</i> (enzim bromelin, enzim kimopapain, aloevera) - <i>Biological debridement</i> <p>I : <i>Infection-inflamation control</i></p> <p>Mencuci luka dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cairan PHMB

No Dx	Rencana Perawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		<ul style="list-style-type: none"> - Cairan nontoksik (air yang bisa diminum tidak berbau dan tidak berwarna) <p>Antimikrobia : <i>Cadexomer Iodine</i></p> <p>M : <i>Moisture Balance Management</i></p> <p>Menjaga keseimbangan kelembapan dengan pemilihan balutan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primer <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>Zinc cream</i> 2) <i>Hydrogel</i> 3) <i>Silver alginate</i> - Sekunder <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>Alginate</i> 2) <i>foam</i> - Fiksasi <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>Orthopedic wool</i> 2) <i>Crepebandage</i> 3) <i>Cohesivebandage</i> 4) <i>Transparent Film Dressing</i>

No Dx	Rencana Perawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		<p>Edukasi</p> <p><i>Epitelization Advancement Management</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri - Berikan supelmen vitamin dan mineral (mis. Vit A, Vit C, zinc, asam amino) sesuai kebutuhan - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - <i>Off Loading</i> : penggunaan alas kaki khusus DM
2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka mobitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ektermitas cukup meningkat - Kekuatan otot cukup meningkat - Tentang gerak (ROM) cukup meningkat - Kaku sendi cukup menurun 	<p>Dukungan Ambulasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

No Dx	Rencana Perawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	<ul style="list-style-type: none"> - Gerakan tidak terkoordinasi cukup menurun - Gerakan terbatas cukup menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindahkan dari tempat tidur ke kursi)

III. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl	No. Dx	Implementasi Keperawatan	TTD
Jumat, 06/10/2023	1	<p>1. Melakukan tindakan IME</p> <p>I : mencuci luka dengan air non toksis (mineral), sabun gentel antiseptik, kompres luka dengan antiseptik (<i>sigpro spray</i>)</p> <p>M : memilih balutan primer : <i>collagen, calcium-sodium alginate dressing, zinc cream + chitosan</i>, balutan sekunder : <i>polyurethane foam</i>, fिकासasi : <i>transparant film dressing</i></p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none">- Mengajarkan pasien bagaimana melakukan prosedur perawatan luka secara mandiri- Menjelaskan kepada pasien dan keluarga bagaimana tanda dan gejala terjadi infeksi- Menganjurkan keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, telur, daging	

Hari/Tgl	No. Dx	Implementasi Keperawatan	TTD
	2	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan kurangnya mobilisasi mika miki karna saat berpindah posisi harus dibantu</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Respon Hasil : pasien masih harus dibantu oleh orang lain untuk mika miki</p> <p>3. Melibatkan keluarga untuk membantu mobilisasi</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan membantu pasien melatih pergerakan pasien dan membantu mika miki</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang dianjurkan Seperti mika miki reposisi setiap 1-2 jam</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan sering mengubah posisi mika miki dalam 1-2 jam sekali dan tidak mengubah hanya 1 posisi saja</p>	

Hari/Tgl	No. Dx	Implementasi Keperawatan	TTD
Senin, 09/10/2023	1	<p>1. Melakukan tindakan IME</p> <p>I : mencuci luka dengan air non toksis (mineral), sabun gentel antiseptik, kompres luka dengan antiseptik (<i>sigpro spray</i>)</p> <p>M : memilih balutan primer : <i>collagen, calcium-sodium alginate dressing, zinc cream + chitosan</i>, balutan sekunder : <i>polyurethane foam</i>, fiksasi : <i>transparant film dressing</i></p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien bagaimana melakukan prosedur perawatan luka secara mandiri - Menjelaskan kepada pasien dan keluarga bagaimana tanda dan gejala terjadi infeksi - Menganjurkan keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, telur, daging 	

Hari/Tgl	No. Dx	Implementasi Keperawatan	TTD
	2	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan kurangnya mobilisasi mika miki karna saat berpindah posisi harus dibantu</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Respon Hasil : pasien masih harus dibantu oleh orang lain untuk mika miki</p> <p>3. Melibatkan keluarga untuk membantu mobilisasi</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan membantu pasien melatih pergerakan pasien dan membantu mika miki</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang dianjurkan Seperti mika miki reposisi setiap 1-2 jam</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan sering mengubah posisi mika miki dalam 1-2 jam sekali dan tidak mengubah hanya 1 posisi saja</p>	

Hari/Tgl	No. Dx	Implementasi Keperawatan	TTD
Kamis, 12/10/2023	1	<p>1. Melakukan tindakan IME</p> <p>I : mencuci luka dengan air non toksis (mineral), sabun gentel antiseptik, kompres luka dengan antiseptik (<i>sigpro spray</i>)</p> <p>M : memilih balutan primer : <i>collagen, calcium-sodium alginate dressing, zinc cream + chitosan</i>, balutan sekunder : <i>polyurethane foam</i>, fiksasi : <i>transparant film dressing</i></p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien bagaimana melakukan prosedur perawatan luka secara mandiri - Menjelaskan kepada pasien dan keluarga bagaimana tanda dan gejala terjadi infeksi - Menganjurkan keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, telur, daging 	

Hari/Tgl	No. Dx	Implementasi Keperawatan	TTD
	2	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan kurangnya mobilisasi mika miki karna saat berpindah posisi harus dibantu</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Respon Hasil : pasien masih harus dibantu oleh orang lain untuk mika miki</p> <p>3. Melibatkan keluarga untuk membantu mobilisasi</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan membantu pasien melatih pergerakan pasien dan membantu mika miki</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang dianjurkan Seperti mika miki reposisi setiap 1-2 jam</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan sering mengubah posisi mika miki dalam 1-2 jam sekali dan tidak mengubah hanya 1 posisi saja</p>	

IV. EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
Jumat, 06/10/2023 11.00 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- Penjaga pasien mengatakan luka sudah basah dan rembes- Pasien mengatakan tidak ada keluhan nyeri pada luka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- TTV TD : 130/80 mmHg Nadi 78 x/menit Pernafasan 20 x/menit Suhu 36,5°C- Ukuran luka berukuran skor 5 P X L > 80 cm, kedalaman luka stage 4, tepi luka skor 3 terlihat tidak menyatu dengan dasar luka, tidak terdapat goa di area manapun, type eksudat serous, jumlah eksudat banyak, warna kulit sekitar luka pink atau normal 1, tidak edema, granulasi 100%, epitalisasi 50% - 70% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- Gangguan integritas kulit/jaringan b.d faktor mekanis

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
		<p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi IME dilanjutkan - Kontrak waktu untuk kunjungan ulang pada hari Kamis, 09/10/2023 - Anjurkan keluarga atau penjaga pasien untuk sering mengubah posisi mika miki setiap 1-2 jam sekali agar mengurangi tekanan pada luka - Anjurkan keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, telur, daging - Anjurkan keluarga untuk menjaga permukaan kulit selalu bersih dan kering - Anjurkan keluarga untuk menggunakan alas kasur anti dekubitus - Anjurkan untuk menggunakan pengganjal/batalan pada area yang berisiko terjadi luka tekan saat reposisi mika miki - Anjurkan untuk menggunakan seprei atau alas tempat tidur menggunakan bahan syntehtic fiber agar dapat mengontrol kelembaban antara kulit dan permukaan tempat tidur (pengalas dan kasur), sehingga dapat menjaga kelembaban kulit

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penjaga pasien mengatakan kurangnya mobilisasi mika miki karna saat berpindah posisi harus dibantu - Penjaga pasien mengatakan akan lebih sering mengubah posisi mika miki setiap 1-2 jam dan tidak mengubah hanya 1 posisi saja <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat mampu mika miki dibantu oleh orang lain <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan mobilitas fisik <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan - Latih gerakan ROM aktif dan pasif - Anjurkan reposisi mika miki setiap 1-2 jam sekali
<p>Senin, 09/10/2023 11.00 WIB</p>	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak ada keluhan terkait luka pada saat mengganti balutan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV <p>TD : 120/80 mmHg</p>

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
		<p>Nadi 78 x/menit</p> <p>Pernafasan 20 x/menit</p> <p>Suhu 36,5°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ukuran luka berukuran skor 5 P X L > 80 cm, kedalaman luka stage 4, tepi luka skor 3 terlihat tidak menyatu dengan dasar luka, tidak terdapat goa di area manapun, type eksudat serous, jumlah eksudat banyak, warna kulit sekitar luka pink atau normal 1, tidak edema, granulasi 100%, epitalisasi 50% - 70% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan integritas kulit/jaringan b.d faktor mekanis <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi IME dilanjutkan - Kontrak waktu untuk kunjungan ulang pada hari Kamis, 12/10/2023 - Anjurkan keluarga atau penjaga pasien untuk sering mengubah posisi mika miki setiap 1-2 jam sekali agar mengurangi tekanan pada luka - Anjurkan keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, telur, daging - Anjurkan keluarga untuk menjaga permukaan kulit

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
		<p>selalu bersih dan kering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan keluarga untuk menggunakan alas kasur anti dekubitus - Anjurkan untuk menggunakan pengganjal/batalan pada area yang berisiko terjadi luka tekan saat reposisi mika miki - Anjurkan untuk menggunakan seprei atau alas tempat tidur menggunakan bahan syntehtic fiber agar dapat mengontrol kelembaban antara kulit dan permukaan tempat tidur (pengalas dan kasur), sehingga dapat menjaga kelembaban kulit
	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penjaga pasien mengatakan kurangnya mobilisasi mika miki karna saat berpindah posisi harus dibantu - Penjaga pasien mengatakan akan lebih sering mengubah posisi mika miki setiap 1-2 jam dan tidak mengubah hanya 1 posisi saja <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat mampu mika miki dibantu oleh orang lain <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan mobilitas fisik

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
		<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan - Latih gerakan ROM aktif dan pasif - Anjurkan reposisi mika miki setiap 1-2 jam sekali
<p>Kamis, 12/10/2023 11.00 WIB</p>	<p>1</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak ada keluhan terkait luka pada saat mengganti balutan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih nyaman setelah balutan dibersihkan dan diganti - TTV TD : 120/80 mmHg Nadi 78 x/menit Pernafasan 20 x/menit Suhu 36,5oC - Ukuran luka berukuran skor 5 P X L > 80 cm, kedalaman luka stage 4, tepi luka skor 3 terlihat tidak menyatu dengan dasar luka, tidak terdapat goa di area manapun, type eksudat serous, jumlah eksudat banyak, warna kulit sekitar luka pink atau normal 1, tidak edema, granulasi 100%, epitalisasi 50% - 70%

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
		<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan integritas kulit/jaringan b.d faktor mekanis <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi IME dilanjutkan - Anjurkan keluarga atau penjaga pasien untuk sering mengubah posisi mika miki setiap 1-2 jam sekali agar mengurangi tekanan pada luka - Anjurkan keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, telur, daging - Anjurkan keluarga untuk menjaga permukaan kulit selalu bersih dan kering - Anjurkan keluarga untuk menggunakan alas kasur anti dekubitus - Anjurkan untuk menggunakan pengganjal/batalan pada area yang berisiko terjadi luka tekan saat reposisi mika miki - Anjurkan untuk menggunakan seprei atau alas tempat tidur menggunakan bahan syntehtic fiber agar dapat mengontrol kelembaban antara kulit dan permukaan tempat tidur (pengalas dan kasur), sehingga dapat menjaga kelembaban kulit

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penjaga pasien mengatakan kurangnya mobilisasi mika miki karna saat berpindah posisi harus dibantu - Penjaga pasien mengatakan akan lebih sering mengubah posisi mika miki setiap 1-2 jam dan tidak mengubah hanya 1 posisi saja <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat mampu mika miki dibantu oleh orang lain <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan mobilitas fisik <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan - Latih gerakan ROM aktif dan pasif - Anjurkan reposisi mika miki setiap 1-2 jam sekali

Lampiran 5 Dokumentasi Ny. M

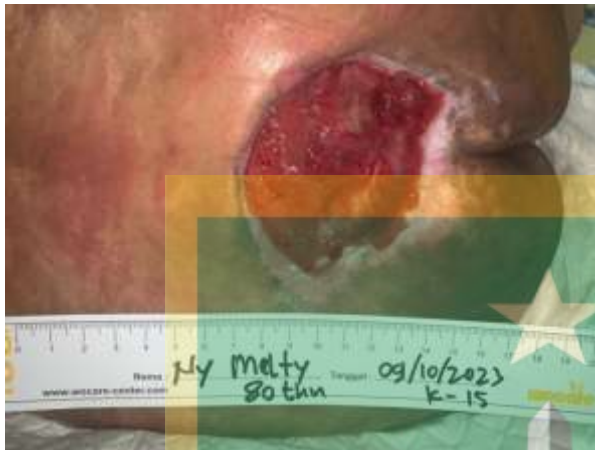
Dokumentasi luka Ny. M

Kunjungan ke 14 (06/10/2023)



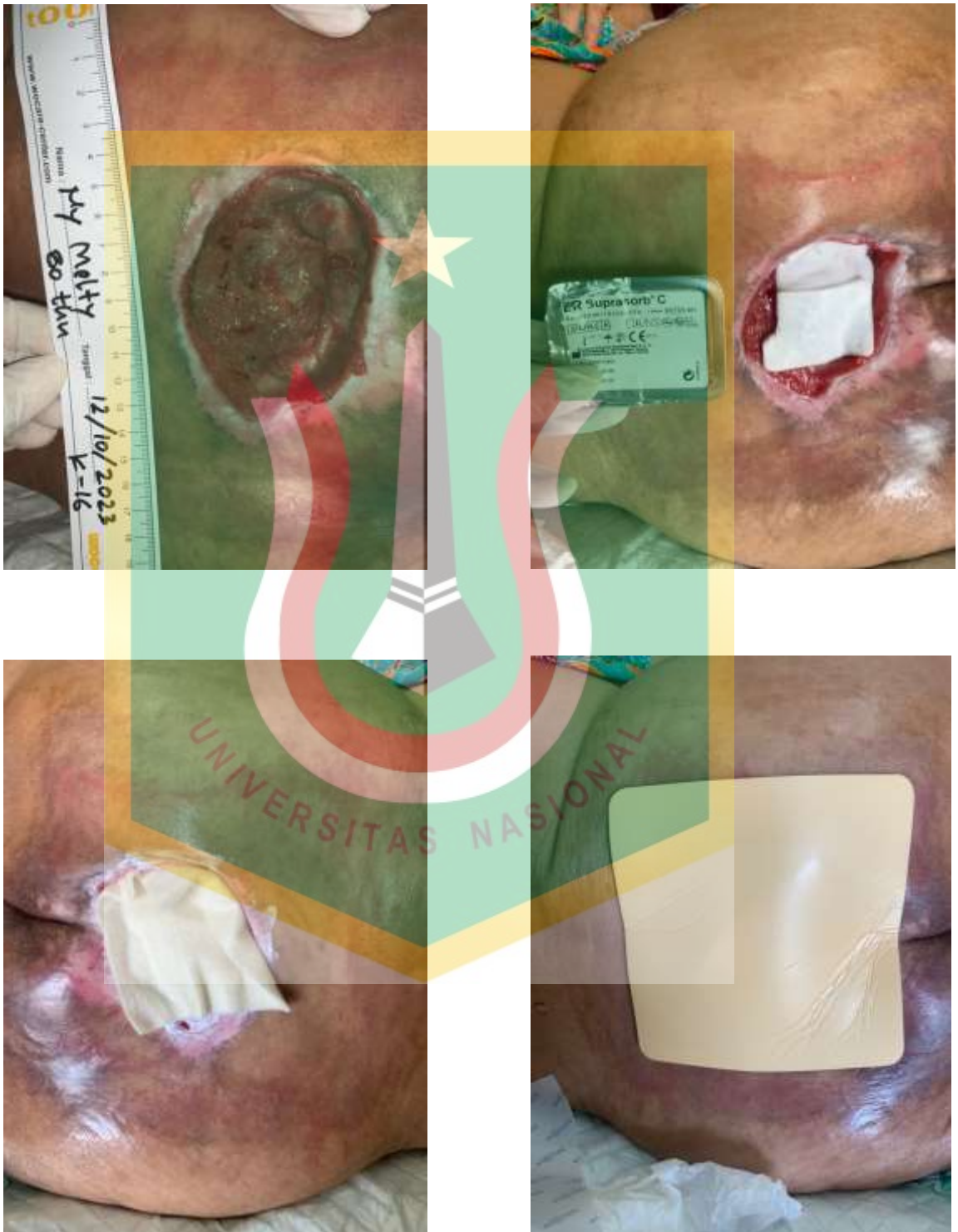
Dokumentasi Ny. M

Kunjungan ke ke 15 (09/10/2023)



Dokumentasi luka Ny. M

Kunjungan ke 16 (12/10/2023)



Lampiran 6 Pengkajian Ny. S

Perkembangan Pasien 2

I. PENGKAJIAN

A. Identitas Umum

Identitas Klien



Nama	: Ny. S
Umur	: 77 Th
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan Terakhir	: -
Alamat Rumah	: Duren Sawit, Jakarta Timur
Diagnosa Medis	: Dekubitus
Tanggal Pengkajian	: 22 Desember 2023

B. Alasan/Keluhan Utama

Penjaga Ny. M mengatakan semenjak tirah baring terdapat luka kemerahan dan lecet dibagian panggul

C. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat luka berdasarkan informasi dari penjaga yang menjaga pasien luka muncul sejak pasien mengalami stroke, awalnya luka terdapat dibagian sacrum, kemudian pasien akhirnya dibawa oleh keluarga ke Wocare.

2. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan dari keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit diabetes.

D. Kebiasaan Sehari-hari

1. Biologis

- 
- a. Pola Makan
- 1) Frekuensi makan : 3 kali dalam sehari
 - 2) Jumlah makan : ½ porsi dari 1 porsi
 - 3) Snack : buah dan biskuit
- b. Pola Minum
- 1) Frekuensi minum : 2 liter lebih
 - 2) Jenis minuman : air mineral
- c. Pola Kebiasaan Tidur
- 1) Waktu tidur : tidur jam 8 atau 9 malam, jumlah tidur 7 - 9 jam
 - 2) Gangguan tidur : tidak ada gangguan
- d. Pola Eliminasi
- 1) BAB
 - a) Frekuensi : 1 kali dalam sehari, waktu pagi
 - b) Konsistensi : Bristol stool chart tipe no 5/7
 - c) Keluhan BAB : tidak ada

2) BAK

- a) Frekuensi : 1000 – 1.500 ml perhari
- b) Warna urine : kuning jernih
- c) Gangguan BAK : tidak ada

e. Pola Kebersihan Diri

3) Mandi : 2 kali, pagi dan sore, mandi pakai sabun, shampoo

4) Sikat gigi : 2 kali, pagi dan malam, pakai pasta gigi

5) Pakaian : ganti 3 kali, pagi, sore

2. Psikososial

a. Keadaan Emosi

Keadaan klien stabil, saat diajak bicara mampu merespon, tidak ada nada suara tinggi atau marah.

3. Sosial

a. Dukungan Keluarga

Keluarga sangat mendukung Kesehatan pasien dengan memberikan perawatan yang baik untuk kesembuhan pasien

b. Hubungan Dengan Orang Lain

Karena kondisi pasien yang mengalami tirah baring pasien hanya berinteraksi dengan orang-orang yang ada dirumah saja

4. Spritual/Kultur

a. Pelaksanaan Ibadah

Pasien tidak melakukan ibadah dan hanya mendengarkan lantunan doa melalui barang elektronik

b. Keyakinan Tentang Kesehatan

Pasien mengatakan yakin bahwa untuk kesehatan saya sembuh dan luka saya sembuh, harus banyak sabar

5. Aktivitas sehari-hari

Pasien tidak melakukan aktivitas sehari-hari karena kondisi pasien yang mengalami tirah baring

6. Rekreasi

Pasien mengatakan berkumpul dengan anak dan cucu merupakan penghibur saya.

E. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

1. Keadaan Umum/Tingkat Kesadaran Tanggal 10 juni 2022

a. Tekanan Darah : 149/73 mmHg

b. Nadi : 86 x/menit

c. RR : 18 x/menit

d. Temp : 36,5⁰C

e. Berat Badan : 70 kg

f. Tinggi Badan : 158 cm

2. Kulit dan kuku

a. Inspeksi

- 1) Warna kulit : kuning langsung
- 2) Lesi kulit : terdapat luka dekubitus dibagian panggul

3) Jaringan parut : tidak ada

4) Kebersihan kuku : kuku bersih, tidak ada kuku panjang dan kotor

5) Kelainan pada kuku : tidak ada

b. Palpasi

1) Tekstur kulit : mulai keriput

2) Turgor kulit : elastis pada tangan, kering pada kedua kaki

3) Pitting edema : tidak ada

4) Capillary Refil Time : < 2 detik

3. Kepala

a. Inspeksi

1) Bentuk kepala : brachycephal normal

2) Kebersihan : bersih, tidak ada ketombe atau kotor

3) Warna rambut : uban/putih

4) Kulit kepala : normal, tidak ada ketombe

5) Distribusi rambut : merata

6) Kerontokan rambut : tidak ada

7) Benjolan dikepala : tidak ada

b. Palpasi

1) Nyeri tekan : tidak ada

2) Temuan lainnya : tidak ada benjolan

4. Mata



a. Inspeksi

- 1) Kelopak mata mengalami ptosis : tidak ada
- 2) Konjungtiva : tidak anemis
- 3) Sklera : tidak ikhterik
- 4) Iris : warna coklat
- 5) Kornea : normal
- 6) Pupil : normal
- 7) Peradangan : tidak ada
- 8) Katarak : tidak ada
- 9) Ketajaman penglihatan : normal
- 10) Gerak bola mata : normal
- 11) Alat bantu penglihatan : tidak memakai
- 12) Buta warna : tidak ada buta warna
- 13) Temuan lainnya : tidak ada

b. Palpasi

- 1) Kelopak mata : tidak ada nyeri tekan
- 2) Temuan lainnya : tidak ada

5. Telinga

a. Inspeksi

1) Bentuk telinga : simetris kanan dan kiri,
normal

2) Lesi : tidak ada

3) Peradangan : tidak ada

4) Kebersihan telinga luar : bersih

5) Kebersihan lubang telinga : tidak tampak adanya
serumen

6) Membran timpani

7) Test arloji : pendengaran baik

8) Tes bisikan bilangan : pendengaran baik

9) Tes weber

10) Test rinne

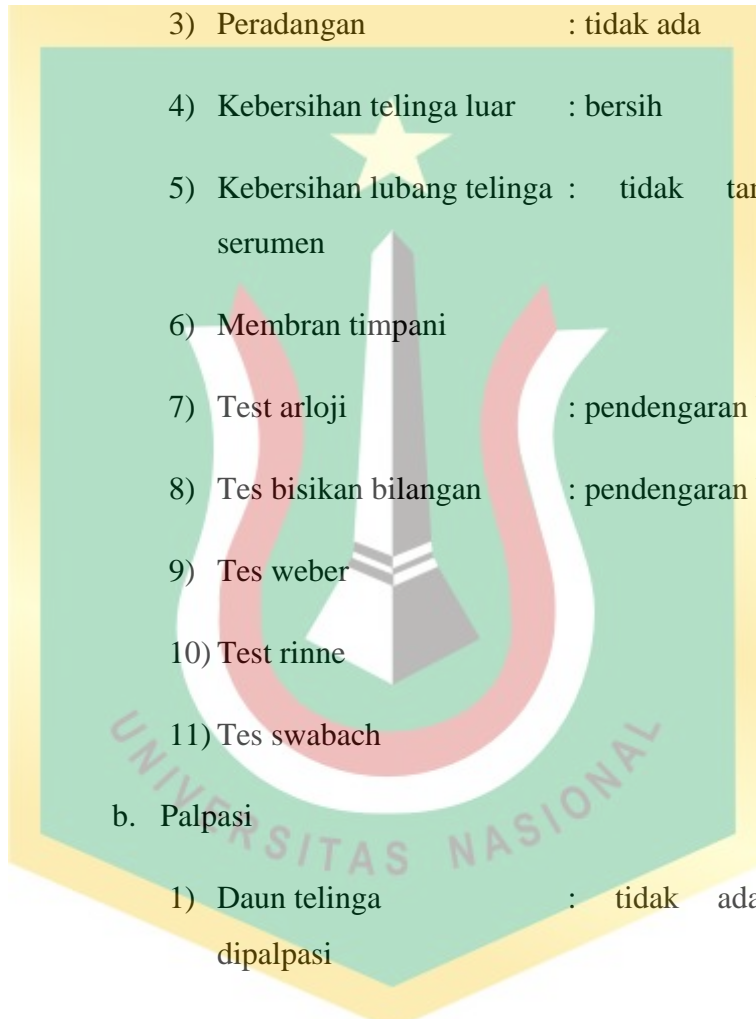
11) Tes swabach

b. Palpasi

1) Daun telinga : tidak ada nyeri saat
dipalpasi

2) Proessus mastoideus : tidak ada nyeri tekan atau
peradangan

3) Temuan lainnya : tidak ada



6. Hidung dan sinus

a. Inspeksi

- 1) Bentuk hidung : simetris
- 2) Warna kulit hidung : sawo matang
- 3) Lubang hidung : normal tidak ada benjolan
- 4) Penciuman : normal tidak ada gangguan
- 5) Peradangan : tidak ada
- 6) Temuan lainnya : tidak ada

b. Palpasi

- 1) Mobilitas septum hidung
- 2) Sinusitis : tidak ada
- 3) Temuan lainnya : tidak ada

7. Mulut dan tenggorokan

a. Inspeksi

- 1) Warna bibir : coklat muda
- 2) Bibir pecah-pecah : tidak ada
- 3) Mukosa bibir : lembab
- 4) Kebersihan gigi : tidak ada karies pada gigi, bersih
- 5) Gigi berlubang : -
- 6) Gusi berdarah : tidak ada
- 7) Kebersihan lidah : bersih, tidak ada jamur

8) Pembesaran tonsil : tidak ada

9) Temuan lainnya : tidak ada

8. Leher

a. Inspeksi

1) Kesimetrisan leher : simetris, normal

b. Palpasi

1) Kelenjar linfe : tidak ada pembesaran

2) Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran

3) Kaku kuduk : tidak ada

4) Temuan lainnya : tidak ada

9. Dada

a. Inspeksi

1) Bentuk dada : normal

2) Kelainan bentuk dada : tidak ada

3) Temuan lainnya : tidak ada

10. Paru-paru

a. Inspeksi

1) Pengembangan dada : simetris antara dada kanan dan kiri

2) Pernafasan : 20 x/menit

3) Retraksi interkosta : tidak ada

4) Cuping hidung : tidak ada

b. Palpasi

1) Taktil fremitus : normal

c. Perkusi : sonor

d. Auskultasi

1) Suara napas : vesikuler

2) Suara tambahan : tidak ada suara tambahan

3) Temuan lainnya : tidak ada

11. Jantung

a. Inspeksi

1) Iktus kordis : normal

b. Palpasi

1) Iktus kordis : teraba, normal

c. Perkusi

1) Batas jantung : Normal

d. Aukultasi

1) Bunyi jantung : bunyi jantung S1 > S2

2) Bunyi tambahan : tidak ada bunyi tambahan jantung

3) Temuan lainnya : tidak ada

12. Abdoment

a. Inspeksi

- 1) Bentuk abdoment : normal, tidak ada scar
- 2) Pembesaran abdoment : tidak ada asites

b. Perkusi

- 1) Perkusi abdoment : tympani

c. Palpasi

- 1) Pembesaran ginjal : tidak ada pembesaran
- 2) Pembesaran hati : tidak ada pembesaran
- 3) Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan di 6 kudran

d. Auskultasi

- 1) Peristaltik usus : 10x/menit

13. Muskuloskeletal

a. Inpeksi

Tidak ada luka

b. Palpasi

- 1) Kekuatan otot

Ektermitas Atas	Ektermitas Atas
11111	11111
Ektermitas Bawah	Ektermitas Bawah
11111	11111

Kesimpulan : 1 (Terasa ada kontraksi otot tapi tidak ada Gerakan sendi)

c. Perkusi pemeriksaan refleks

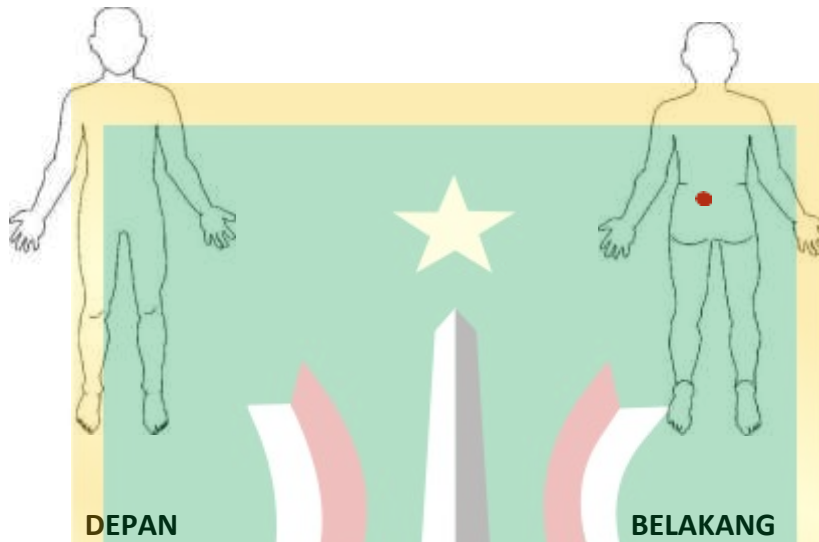
Ektermitas Atas	Ektermitas Atas
-	-
Ektermitas Bawah	Ektermitas Bawah
-	-



Lampiran 7 Winners Scale Ny. S

F. Pengkajian Luka Pertama

LOKASI LUKA (beri tanda X)

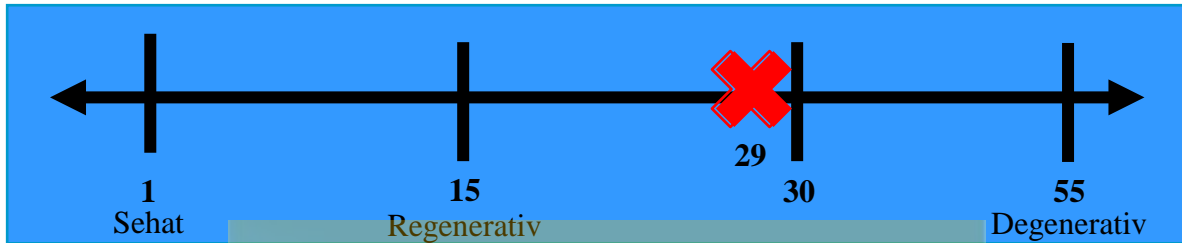


ITEMS	PENGKAJIAN	TANGGAL	TANGGAL	TANGGAL
		22/12/23	26/12/23	29/12/23
1. UKURANLUKA	1 = P X L < 4 cm 2 = P X L 4 < 16 cm 3 = P X L 16 < 36 cm 4 = P X L 36 < 80 cm 5 = P X L > 80 cm	2	2	2
2. KEDALAMAN	1 = stage 1 2 = stage 2 3 = stage 3 4 = stage 4 5 = necrosis wound / unstage	3	3	3

3. TEPI LUKA	<p>1 = samar, tidak jelas terlihat</p> <p>2 = terlihat, menyatu dengan dasar luka</p> <p>3 = terlihat, tidak menyatu dgn dasar luka</p> <p>4 = jelas, tidak menyatu dgn dasar luka, tebal</p> <p>5 = jelas, fibrotic, parut tebal/ Hyperkeratonic</p>	3	3	3
4. GOA	<p>1= tidak ada</p> <p>2 = goa < 2 cm di area manapun</p> <p>3 = goa 2-4 cm < 50 %</p> <p>4 = goa 2-4 cm > 50%</p> <p>5 = goa > 4 cm di area manapun</p>	2	2	2
5. TIPE EKSUDATE	<p>1 = tidak ada</p> <p>2 = bloody</p> <p>3 = serosanguineous</p> <p>4 = serous</p> <p>5 = purulent</p>	4	4	3
6. JUMLAH EKSUDATE	<p>1 = kering</p> <p>2 = moist</p> <p>3 = sedikit</p> <p>4 = sedang</p> <p>5 = banyak</p>	5	5	4
7. WARNA KULIT SEKITALUKA	<p>1 = pink atau normal</p> <p>2 = merah terang jika di tekan</p>	1	1	1

	<p>3 = putih atau pucat atau hipopigmentasi</p> <p>4 = merah gelap / abu2</p> <p>5 = hitam atau hyperpigmentasi</p>			
8. JARINGAN YANG EDEMA	<p>1 = no swelling atau edema</p> <p>2 = Edema - non pitting edema</p> <p>3 = pitting edema < 4 cm</p> <p>4 = pitting edema > 4 cm</p> <p>5 = krepitasi</p>	1	1	1
9. JARINGAN GRANULASI	<p>1 = kulit utuh atau stage 1</p> <p>2 = granulasi 100 %</p> <p>3 = granulasi 50 %</p> <p>4 = granulasi 25 %</p> <p>5 = tidak ada jaringan granulasi</p>	4	3	3
10. EPITELISASI	<p>1 = 100 % epitelisasi</p> <p>2 = 75 % - 100 % epitelisasi</p> <p>3 = 50 % - 70% epitelisasi</p> <p>4 = 25 % - 50 % epitelisasi</p> <p>5 = < 25 % epitelisasi</p>	4	3	3
SKOR TOTAL		29	27	25
PARAF DAN NAMA PETUGAS		Della	Della	Della

STATUS KONDISI LUKA (beri tanda X dan tanggal pada status kondisi luka)



- Kunjungan ke 6 (22/12/2023) :

$$29 \times 12 : 55 = 6,3 \text{ minggu}$$

- Kunjungan ke 7 (26/12/2023) :

$$27 \times 12 : 55 = 5,8 \text{ minggu}$$

- Kunjungan ke 8 (29/12/2023) :

$$25 \times 12 : 55 = 5,4 \text{ minggu}$$

RUMUS $\epsilon = \frac{29 \times 12}{55} = 6,3$

G. Pemeriksaan Penunjang

3. Terapi Medis

4. Pemeriksaan Laboratorium

Lampiran 8 Asuhan Keperawatan Ny. S

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none">- Penjaga Ny. S mengatakan semenjak tirah baring akibat stroke Ny. S terdapat luka dibagian panggul <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tekanan Darah 149/73 mmHg, Nadi 86 x/menit, Pernafasan 20 x/menit, Suhu 36,5°C, GDS : 278 mg/dL- Ukuran luka berukuran skor 2 P X L < 16 cm, kedalaman luka stage 3, tepi luka skor 3 terlihat tidak menyatu dengan dasar luka, goa skor 2 < cm di area manapun, type eksudat serous, jumlah eksudat banyak, warna kulit sekitar luka pink atau normal 1, tidak edema, granulasi 25%, epitalisasi 25% - 50%	Faktor mekanis	Gangguan integritas kulit/jaringan

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penjaga Ny. S mengatakan semenjak tirah baring akibat stroke Ny. S terdapat luka dibagian panggul <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S tampak tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki nya - Tekanan Darah 149/73 mmHg, Nadi 86 x/menit, Pernafasan 20 x/menit, Suhu 36,5°C, GDS : 278 mg/dL - Ukuran luka berukuran skor 2 P X L < 16 cm, kedalaman luka stage 3, tepi luka skor 3 terlihat tidak menyatu dengan dasar luka, goa skor 2 < cm di area manapun, type eksudat serous, jumlah eksudat banyak, warna kulit sekitar luka pink atau normal 1, tidak edema, granulasi 25%, epitalisasi 25% - 50% - Ny. S tampak tirah baring, segala aktivitas dilakukan ditempat tidur - Untuk melakukan mika miki pasien dibantu oleh perawat saat melakukan home care 	Keterbatasan gerak	Gangguan mobilitas fisik

I. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1) Gangguan integritas kulit/jaringan b/d faktor mekanis
- 2) Gangguan mobilitas fisik b/d keterbatasan gerak

II. INTERVENSI KEPERAWATAN

No Dx	Rencana Perawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfusi jaringan cukup meningkat - Kerusakan jaringan cukup menurun - Kerusakan lapisan kulit cukup menurun - Nyeri cukup menurun - Kemerahan cukup menurun - Hematoma cukup menurun - Pigmentasi abnormal cukup menurun - Necrosis cukup menurun 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran dan bau) - Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <p>T : <i>Tissue Management</i></p> <p>Mengangkat jaringan mati :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Autolisis debridement</i> - <i>Mechanical debridement</i> - <i>Enzimatic debridement</i> (enzim bromelin, enzim kimopapain, aloevera) - <i>Biological debridement</i> <p>I : <i>Infection-inflamation control</i></p> <p>Mencuci luka dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cairan PHMB

No Dx	Rencana Perawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		<ul style="list-style-type: none"> - Cairan nontoksik (air yang bisa diminum tidak berbau dan tidak berwarna) <p>Antimikrobia : <i>Cadexomer Iodine</i></p> <p>M : <i>Moisture Balance Management</i></p> <p>Menjaga keseimbangan kelembapan dengan pemilihan balutan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primer <ul style="list-style-type: none"> 4) <i>Zinc cream</i> 5) <i>Hydrogel</i> 6) <i>Silver alginate</i> - Sekunder <ul style="list-style-type: none"> 3) <i>Alginate</i> 4) <i>foam</i> - Fiksasi <ul style="list-style-type: none"> 5) <i>Orthopedic wool</i> 6) <i>Crepebandage</i> 7) <i>Cohesivebandage</i> 8) <i>Transparent Film Dressing</i>

No Dx	Rencana Perawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		<p>Edukasi</p> <p><i>Epitelization Advancement Management</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri - Berikan supelmen vitamin dan mineral (mis. Vit A, Vit C, zinc, asam amino) sesuai kebutuhan - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - <i>Off Loading</i> : penggunaan alas kaki khusus DM
2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka mobitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ektermitas cukup meningkat - Kekuatan otot cukup meningkat - Tentang gerak (ROM) cukup meningkat - Kaku sendi cukup menurun 	<p>Dukungan Ambulasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

No Dx	Rencana Perawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	<ul style="list-style-type: none"> - Gerakan tidak terkoordinasi cukup menurun - Gerakan terbatas cukup menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindahkan dari tempat tidur ke kursi)

III. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl	No. Dx	Implementasi Keperawatan	TTD
Jumat, 22/12/2023	1	<p>1. Melakukan tindakan TIME dan 3M</p> <p>T : Mengangkat jaringan mati/slough dengan teknik <i>mecanical debridement</i> menggunakan pinset dan kassa, <i>autolysis debridement</i> dengan menggunakan <i>zinc cream + chitosan</i></p> <p>I : mencuci luka dengan air non toksis (mineral), sabun gentel antiseptik, kompres luka dengan antiseptik (<i>sigpro spray</i>)</p> <p>M : memilih balutan primer : <i>collagen, calcium-sodium alginate dressing, zinc cream + chitosan</i>, balutan sekunder : <i>polyurethane foam</i>, fiksasi : <i>transparant film dressing</i></p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none">- Mengajarkan pasien bagaimana melakukan prosedur perawatan luka secara mandiri- Menjelaskan kepada pasien dan keluarga bagaimana tanda dan gejala terjadi infeksi- Menganjurkan keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, telur, daging	

Hari/Tgl	No. Dx	Implementasi Keperawatan	TTD
	2	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan kurangnya mobilisasi mika miki karna saat berpindah posisi harus dibantu</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Respon Hasil : pasien masih harus dibantu oleh orang lain untuk mika miki</p> <p>3. Melibatkan keluarga untuk membantu mobilisasi</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan membantu pasien melatih pergerakan pasien dan membantu mika miki</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang dianjurkan Seperti mika miki reposisi setiap 1-2 jam</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan sering mengubah posisi mika miki dalam 1-2 jam sekali dan tidak mengubah hanya 1 posisi saja</p>	

Hari/Tgl	No. Dx	Implementasi Keperawatan	TTD
Selasa, 26/12/2023	1	<p>1. Melakukan tindakan TIME dan 3M</p> <p>T : Mengangkat jaringan mati/slough dengan teknik <i>mecanical debridement</i> menggunakan pinset dan kassa, <i>autolysis debridement</i> dengan menggunakan <i>zinc cream + chitosan</i></p> <p>I : mencuci luka dengan air non toksis (mineral), sabun gentel antiseptik, kompres luka dengan antiseptik (<i>sigpro spray</i>)</p> <p>M : memilih balutan primer : <i>collagen, calcium-sodium alginate dressing, zinc cream + chitosan</i>, balutan sekunder : <i>polyurethane foam</i>, fiksasi : <i>transparant film dressing</i></p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien bagaimana melakukan prosedur perawatan luka secara mandiri - Menjelaskan kepada pasien dan keluarga bagaimana tanda dan gejala terjadi infeksi - Menganjurkan keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, telur, daging 	

Hari/Tgl	No. Dx	Implementasi Keperawatan	TTD
	2	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan kurangnya mobilisasi mika miki karna saat berpindah posisi harus dibantu</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Respon Hasil : pasien masih harus dibantu oleh orang lain untuk mika miki</p> <p>3. Melibatkan keluarga untuk membantu mobilisasi</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan membantu pasien melatih pergerakan pasien dan membantu mika miki</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang dianjurkan Seperti mika miki reposisi setiap 1-2 jam</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan sering mengubah posisi mika miki dalam 1-2 jam sekali dan tidak mengubah hanya 1 posisi saja</p>	

Hari/Tgl	No. Dx	Implementasi Keperawatan	TTD
Jumat, 29/12/2023	1	<p>1. Melakukan tindakan TIME dan 3M</p> <p>T : Mengangkat jaringan mati/slough dengan teknik <i>mecanical debridement</i> menggunakan pinset dan kassa, <i>autolysis debridement</i> dengan menggunakan <i>zinc cream + chitosan</i></p> <p>I : mencuci luka dengan air non toksis (mineral), sabun gentel antiseptik, kompres luka dengan antiseptik (<i>sigpro spray</i>)</p> <p>M : memilih balutan primer : <i>collagen, calcium-sodium alginate dressing, zinc cream + chitosan</i>, balutan sekunder : <i>polyurethane foam</i>, fiksasi : <i>transparant film dressing</i></p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien bagaimana melakukan prosedur perawatan luka secara mandiri - Menjelaskan kepada pasien dan keluarga bagaimana tanda dan gejala terjadi infeksi - Menganjurkan keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, telur, daging 	

Hari/Tgl	No. Dx	Implementasi Keperawatan	TTD
	2	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan kurangnya mobilisasi mika miki karna saat berpindah posisi harus dibantu</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Respon Hasil : pasien masih harus dibantu oleh orang lain untuk mika miki</p> <p>3. Melibatkan keluarga untuk membantu mobilisasi</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan membantu pasien melatih pergerakan pasien dan membantu mika miki</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang dianjurkan Seperti mika miki reposisi setiap 1-2 jam</p> <p>Respon Hasil : penjaga pasien mengatakan sering mengubah posisi mika miki dalam 1-2 jam sekali dan tidak mengubah hanya 1 posisi saja</p>	

IV. EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
<p>Jumat, 22/12/2023 13.00 WIB</p>	<p>1</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penjaga pasien mengatakan luka sudah basah dan rembes - Pasien mengatakan tidak ada keluhan nyeri pada luka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 149/73 mmHg Nadi 86 x/menit Pernafasan 20 x/menit Suhu 36,5°C - Ukuran luka berukuran skor 2 P X L 4 < 16 cm, kedalaman luka stage 3, tepi luka skor 3 terlihat tidak menyatu dengan dasar luka, , goa skor 2 terdapat goa < 2 cm di area manapun, type eksudat serous, jumlah eksudat banyak, warna kulit sekitar luka pink atau normal 1, tidak edema, granulasi 25%, epitalisasi 25% - 50% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan integritas kulit/jaringan b.d faktor mekanis

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
		<p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi TIME dilanjutkan - Kontrak waktu untuk kunjungan ulang pada hari Selasa, 26/12/2023 - Anjurkan keluarga atau penjaga pasien untuk sering mengubah posisi mika miki setiap 1-2 jam sekali agar mengurangi tekanan pada luka - Anjurkan keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, telur, daging - Anjurkan keluarga untuk menjaga permukaan kulit selalu bersih dan kering - Anjurkan keluarga untuk menggunakan alas kasur anti dekubitus - Anjurkan untuk menggunakan pengganjal/batalan pada area yang berisiko terjadi luka tekan saat reposisi mika miki - Anjurkan untuk menggunakan seprei atau alas tempat tidur menggunakan bahan syntehtic fiber agar dapat mengontrol kelembaban antara kulit dan permukaan tempat tidur (pengalas dan kasur), sehingga dapat menjaga kelembaban kulit

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penjaga pasien mengatakan kurangnya mobilisasi mika miki karna saat berpindah posisi harus dibantu - Penjaga pasien mengatakan akan lebih sering mengubah posisi mika miki setiap 1-2 jam dan tidak mengubah hanya 1 posisi saja <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat mampu mika miki dibantu oleh orang lain <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan mobilitas fisik <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan - Latih gerakan ROM aktif dan pasif - Anjurkan reposisi mika miki setiap 1-2 jam sekali
<p>Selasa, 26/12/2023 13.00 WIB</p>	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak ada keluhan terkait luka pada saat mengganti balutan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV <p>TD : 156/86 mmHg</p> <p>Nadi 98 x/menit</p>

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
		<p>Pernafasan 20 x/menit</p> <p>Suhu 36,5°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ukuran luka berukuran skor 2 P X L 4 < 16 cm, kedalaman luka stage 3, tepi luka skor 3 terlihat tidak menyatu dengan dasar luka, , goa skor 2 terdapat goa < 2 cm di area manapun, type eksudat serous, jumlah eksudat banyak, warna kulit sekitar luka pink atau normal 1, tidak edema, granulasi 50%, epitalisasi 50% - 70% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan integritas kulit/jaringan b.d faktor mekanis <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi IME dilanjutkan - Kontrak waktu untuk kunjungan ulang pada hari Jumat, 29/12/2023 - Anjurkan keluarga atau penjaga pasien untuk sering mengubah posisi mika miki setiap 1-2 jam sekali agar mengurangi tekanan pada luka - Anjurkan keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, telur, daging - Anjurkan keluarga untuk menjaga permukaan kulit selalu bersih dan kering

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
		<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan keluarga untuk menggunakan alas kasur anti dekubitus - Anjurkan untuk menggunakan pengganjal/batalan pada area yang berisiko terjadi luka tekan saat reposisi mika miki - Anjurkan untuk menggunakan seprei atau alas tempat tidur menggunakan bahan syntehtic fiber agar dapat mengontrol kelembaban antara kulit dan permukaan tempat tidur (pengalas dan kasur), sehingga dapat menjaga kelembaban kulit
	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penjaga pasien mengatakan kurangnya mobilisasi mika miki karna saat berpindah posisi harus dibantu - Penjaga pasien mengatakan akan lebih sering mengubah posisi mika miki setiap 1-2 jam dan tidak mengubah hanya 1 posisi saja <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat mampu mika miki dibantu oleh orang lain <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan mobilitas fisik

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
		<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan - Latih gerakan ROM aktif dan pasif - Anjurkan reposisi mika miki setiap 1-2 jam sekali
<p>Jumat, 29/12/2023 13.00 WIB</p>	<p>1</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak ada keluhan terkait luka pada saat mengganti balutan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih nyaman setelah balutan dibersihkan dan diganti - TTV TD : 150/90 mmHg Nadi 78 x/menit Pernafasan 20 x/menit Suhu 36,5°C - Ukuran luka berukuran skor 2 P X L 4 < 16 cm, kedalaman luka stage 3, tepi luka skor 3 terlihat tidak menyatu dengan dasar luka, , goa skor 2 terdapat goa < 2 cm di area manapun, type eksudat serosanguineous, jumlah eksudat sedang, warna kulit sekitar luka pink atau normal 1, tidak edema, granulasi 50%, epitalisasi 50% - 70%

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
		<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan integritas kulit/jaringan b.d faktor mekanis <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi IME dilanjutkan - Anjurkan keluarga atau penjaga pasien untuk sering mengubah posisi mika miki setiap 1-2 jam sekali agar mengurangi tekanan pada luka - Anjurkan keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, telur, daging - Anjurkan keluarga untuk menjaga permukaan kulit selalu bersih dan kering - Anjurkan keluarga untuk menggunakan alas kasur anti dekubitus - Anjurkan untuk menggunakan pengganjal/batalan pada area yang berisiko terjadi luka tekan saat reposisi mika miki - Anjurkan untuk menggunakan seprei atau alas tempat tidur menggunakan bahan syntehtic fiber agar dapat mengontrol kelembaban antara kulit dan permukaan tempat tidur (pengalas dan kasur), sehingga dapat menjaga kelembaban kulit

Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Evaluasi Keperawatan
	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penjaga pasien mengatakan kurangnya mobilisasi mika miki karna saat berpindah posisi harus dibantu - Penjaga pasien mengatakan akan lebih sering mengubah posisi mika miki setiap 1-2 jam dan tidak mengubah hanya 1 posisi saja <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat mampu mika miki dibantu oleh orang lain <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan mobilitas fisik <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan - Latih gerakan ROM aktif dan pasif - Anjurkan reposisi mika miki setiap 1-2 jam sekali

Lampiran 9 Dokumentasi Ny. S

Dokumentasi luka Ny. S

Kunjungan ke 6 (22/12/2023)



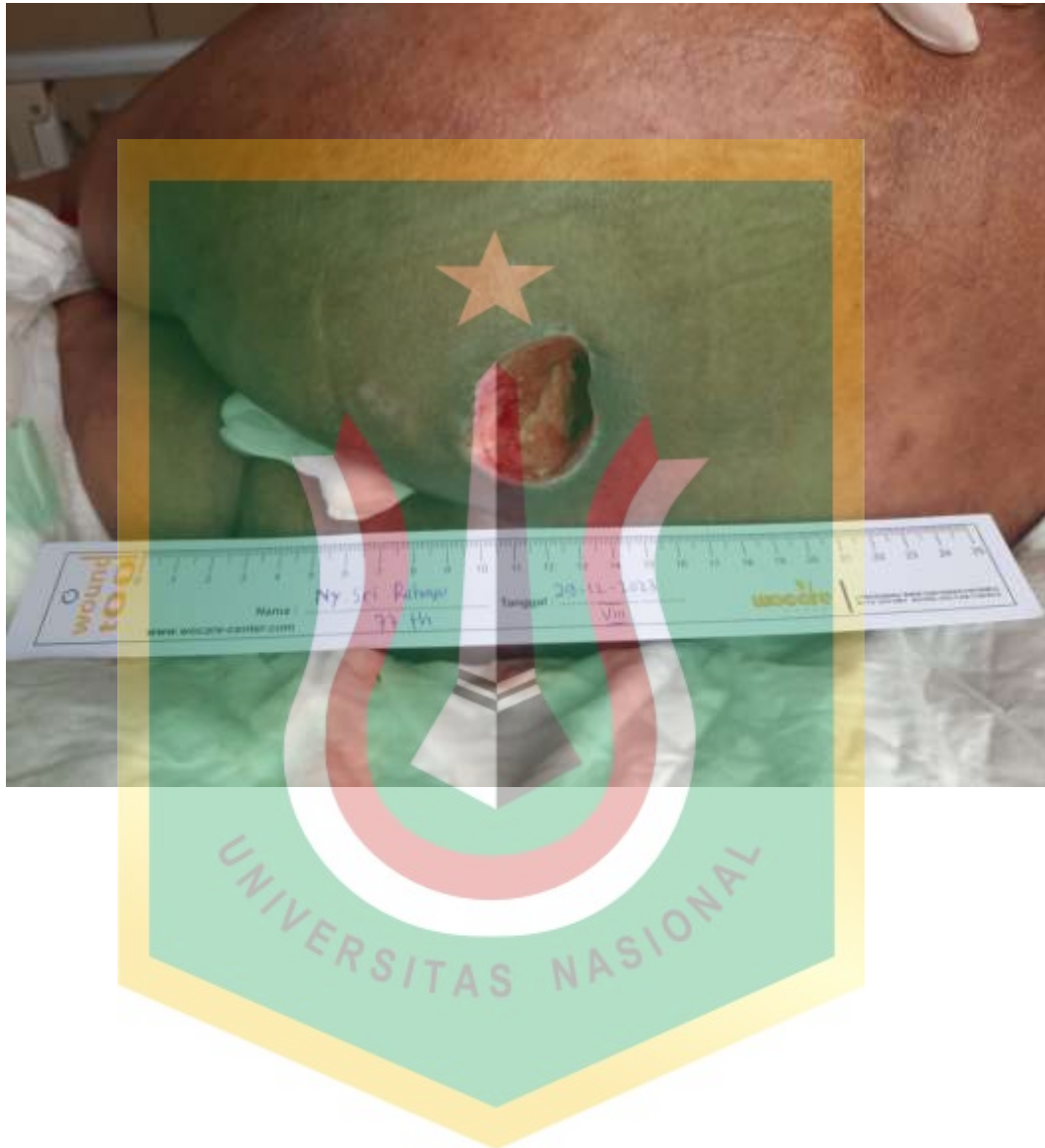
Dokumentasi luka Ny. S

Kunjungan ke 7 (26/12/2023)



Dokumentasi luka Ny. S

Kunjungan ke 8 (29/12/2023)



Lampiran 10 Pengkajian Brade Scale

Panduan Pengkajian Risiko *Pressure Ulcer*/Luka Tekan

Braden Score : Untuk menilai risiko terjadinya *Pressure Ucer*/Luka Tekan

Risiko tinggi : Total skor < 11

Risiko rendah : Total skor : 15 - 16 pada usia dibawah 60 tahun

Total skor : 15 - 18 pada usia diatas 60 tahun

Risiko sedang : Total skor : 12 – 14

FAKTOR RISIKO	SKOR & DESKRIPSI			
	1	2	3	4
PERSEPSI SENSORI Kemampuan berespon terhadap ketidaknyamanan	Sama sekali terbatas Tidak berespon terhadap nyeri	Sangat terbatas Hanya berespon terhadap rangsang nyeri	Sedikit terbatas Berespon pada perintah verbal, tetapi tidak selalu mengkomunikasikan ketidaknyamanannya	Tidak terganggu Berespon penuh terhadap perintah verbal
KELEMBABAN Derajat kulit yang terpapar pada kelembaban	Lembab terus menerus Terdeteksi linen basah setiap kali dibantu rubah posisi, kulit sering terpapar dengan urine,	Sering lembab Hampir membutuhkan penggantian linen 1-2 kali setiap shift	Kadang-kadang lembab Membutuhkan penggantian linen rata-rata 2-3 kali per hari	Jarang lembab Kulit biasanya kering, penggantian linen cukup dilakukan sesuai jadwal

FAKTOR RISIKO	SKOR & DESKRIPSI			
	1	2	3	4
	keringat, dll			
AKTIVITAS Derajat aktivitas fisik	Baring total	Duduk dikursi Kemampuan sangat terbatas, tidak dapat menumpu BB sendiri dan masih perlu dibantu saat mobilisasi	Kadang-kadang jalan Mampu berjalan untuk jarak pendek, aktivitas lebih banyak dilakukan di bed	Sering berjalan Dapat berjalan keluar kamar
MOBILITAS Kemampuan untuk merubah posisi	Immobilitas Sepenuhnya tidak menggerakkan tubuh dan ekstremitas tanpa bantuan	Sangat terbatas Mampu menggerakkan tubuh tapi tidak mampu secara berkala dan mandiri	Sedikit terbatas Mampu menggerakkan tubuh secara berkala tapi tidak optimal	Tidak terganggu Mampu merubah posisi secara berkala tanpa bantuan
NUTRISI Pola intake makanan	Sangat buruk Pasien puasa atau pasien dengan asupan cairan per hari sangat kurang, jarang makan lebih dari 1/3 porsi makan yang disajikan	Tidak adekuat Hanya menghabiskan ½ porsi makan yang disajikan	Adekuat Mampu menghabiskan ¾ porsi makan, menggunakan TPN/NGT yang komposisinya memenuhi ¾ kebutuhan	Sangat baik Menghabiskan 1 porsi yang disajikan

FAKTOR RISIKO	SKOR & DESKRIPSI			
	1	2	3	4
			nutrisi	
GESEKAN	Bermasalah Setiapkali mengangkat terjadi gesekan dengan sheet, pasien sering merosot dan harus dibantu saat memperbaiki posisi Pasien spatis dan kontraktur	Potensial bermasalah Dapat bergerak bebas tapi tetap membutuhkan bantuan minimal	Tidak bermasalah Bergerak di bed/kursi tanpa bantuan	



Lampiran 11 Lembar Konsultasi

Lembar Konsultasi/Bimbingan KIAN

Nama : Della Chintya Kirani


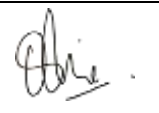
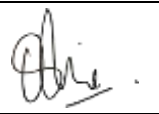


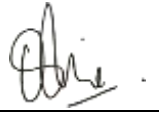
NPM : 224291517072

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul KIAN : Analisis Asuhan Keperawatan Melalui Intervensi Terapi Penggunaan *Polyurethane Foam* Sebagai *Secondary Dressing* Pada Fase Proliferasi Pada Ny. M dan Ny. S dengan *Pressure Injury* di Wocare Center Kota Bogor

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

Kegiatan Konsultasi

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran/Masukan	Paraf Pembimbing
1	Kamis, 28 Desember 2023	Judul Dan Bab 1	- Tambahkan mengenai <i>secondary dressing</i> - Lanjut Bab II-III	
2	Selasa, 2 Januari 2024	Bab 1-III	Lanjutkan Sampai Bab V	
3	Rabu, 3 Januari 2024	Bab I-V	Masukan Dokumentasi foto luka pada lampiran	
4	Jumat, 5 Januari 2024	Bab I-V	Perbaiki bagian implementasi nya dan masukan TIME dan IME	
5	Jumat, 5 Januari 2024	Jurnal	Membuat jurnal malahayati	
6	Jumat, 5 Januari 2024	Jurnal	Submit Manuskrip	

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran/Masukan	Paraf Pembimbing
7	Sabtu, 6 Januari 2024	Bab I-V	Acc Sidang KIAN Jalur Publikasi	



Lampiran 12 Surat Izin Penelitian



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
Perihal : Permohonan Ijin Praktik KIAN
Lampiran : 2 halaman

Jakarta, 12 Desember 2023

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 13 Surat Balasan Penelitian



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:

Pemohonan 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 menghubungi 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

ORIGINALITY REPORT

15%

SIMILARITY INDEX

14%

INTERNET SOURCES

9%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	ejournalmalahayati.ac.id Internet Source	6%
2	stikes-nhm.e-journal.id Internet Source	1%
3	Submitted to Submitted on 1693379529732 Student Paper	1%
4	yankes.kemkes.go.id Internet Source	1%
5	pdfcoffee.com Internet Source	<1%
6	Rizki Hidayat, Naziyah Naziyah, Tesalonika Sembiring. "Analisis Asuhan Keperawatan Pada Biofilm di Luka Kaki Diabetik pada Ny. M dan Ny.L Dengan Penggunaan PHMB sebagai Cairan Pencuci Luka di Klinik Wocare Center Bogor", Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM), 2024 Publication	<1%
7	www.researchgate.net Internet Source	<1%

8	123dok.com Internet Source	<1 %
9	repository.unas.ac.id Internet Source	<1 %
10	Submitted to Universitas Indonesia Student Paper	<1 %
11	pt.scribd.com Internet Source	<1 %
12	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	<1 %
13	woundsinternational.com Internet Source	<1 %
14	Imas Ganda Sari, Naziyah Naziyah. "Analisis Asuhan Keperawatan dengan Intervensi Penggunaan Polyurethane Foam sebagai Balutan Sekunder Pada Fase Proliferasi Pada Pasien Tn. M, Ny. N dan Ny. E dengan Ulkus Dekubitus di Wocare Center Kota Bogor", Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM), 2023 Publication	<1 %
15	www.ejurnalmalahayati.ac.id Internet Source	<1 %
16	www.scribd.com Internet Source	<1 %

17	es.scribd.com Internet Source	<1 %
18	docplayer.info Internet Source	<1 %
19	repo.poltekkestasikmalaya.ac.id Internet Source	<1 %
20	Submitted to Universitas Jember Student Paper	<1 %
21	text-id.123dok.com Internet Source	<1 %
22	www.digilib.stikeskusumahusada.ac.id Internet Source	<1 %
23	eprintslib.ummgl.ac.id Internet Source	<1 %
24	ppni-inna.org Internet Source	<1 %
25	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang Student Paper	<1 %
26	Submitted to Universitas Singaperbangsa Karawang Student Paper	<1 %
27	Submitted to Purdue University Student Paper	<1 %

28	ojs.stikesgrahaedukasi.ac.id Internet Source	<1 %
29	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1 %
30	journal.ipm2kpe.or.id Internet Source	<1 %
31	media.neliti.com Internet Source	<1 %
32	repository.unimugo.ac.id Internet Source	<1 %
33	repository.ubb.ac.id Internet Source	<1 %
34	Submitted to Universitas Nasional Student Paper	<1 %
35	repository.um-surabaya.ac.id Internet Source	<1 %
36	jurnal.ilmubersama.com Internet Source	<1 %
37	Hilda Mariyana, Naziyah Naziyah. "Analisis Intervensi Keperawatan dengan Penggunaan Aquacel Ag dan Zinc Cream pada Fase Proliferasi Ulkus Dekubitus pada Pasien Tn.K Dan Tn.M dengan Diagnosa Ca Paru di Rs Siloam Semanggi Jakarta Selatan", Jurnal	<1 %

Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM), 2023

Publication

38

eprints.umm.ac.id

Internet Source

<1 %

39

juke.kedokteran.unila.ac.id

Internet Source

<1 %

40

repositori.uin-alauddin.ac.id

Internet Source

<1 %

41

www.magonlinelibrary.com

Internet Source

<1 %

42

Audrey Talitha Salsabila, Naziyah Naziyah. "Analisis Asuhan Keperawatan dengan Intervensi Penggunaan Polyurethane Foam sebagai Balutan Primer pada Fase Proliferasi pada Tn. M Dan Ny. R dengan Diagnosa Medis Diabetic Foot Ulcer di Wocare Center Bogor Jawa Barat", Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM), 2022

Publication

<1 %

43

Rifdah Faradillah, Naziyah Naziyah. "Analisis Asuhan Keperawatan melalui Intervensi Terapi Ozone dan Infrared sebagai Adjunctive Treatment pada Pasien dengan Diabetic Foot Ulcer di Wocare Center Kota Bogor", Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM), 2023

<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On

