



UMMagelang
Universitas Muhammadiyah Magelang

MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN LUKA



Visi

Menjadi program studi Diploma III Keperawatan Islami yang inovatif dan kompetitif di tingkat Nasional serta menjadi pusat unggulan pengembangan tenaga keperawatan dalam perawatan luka tahun 2020

PM-UMM

**Program Studi Diploma III Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan**

2018



KEPERAWATAN LUKA

Disusun oleh :

Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep

Ns. Sodik K, M.Sc.

Ns. Rohmayanti, M.Kep

PM-UMM-02-12/L1

**Program Studi Diploma III Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang
2018**



PENGESAHAN

Modul Praktikum KEPERAWATAN LUKA PM-UMM-02-12/L1

Revisi	:	00
Tanggal	:	Januari 2018
Dikaji Ulang Oleh	:	Ketua Program Studi D3 Keperawatan
Dikendalikan Oleh	:	Pengendali Sistem Mutu Fakultas
Disetujui Oleh	:	Dekan

Catatan : Dokumen ini milik Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang dan TIDAK DIPERBOLEHKAN dengan cara dan alasan apapun membuat salinan tanpa seijin Dekan

PENGANTAR



Alhamdulillah puji syukur kehadiran Allah SWT berkat ridho dan karuniaNya penulis dapat menyusun modul praktikum Keperawatan Luka ini. Modul praktikum Keperawatan luka ini meliputi pengkajian luka, debridement luka dan pencucian luka

Tujuan praktikum ini adalah agar mahasiswa dapat melakukan pengkajian luka, debridement luka dan pencucian luka.

Penyusun menyadari bahwa buku petunjuk praktikum ini tidak terlepas dari kekurangan, oleh karena itu, penyusun mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan modul ini. Penyusun berharap semoga buku ini dapat bermanfaat.

Magelang, Januari 2018

Koordinator Praktikum

Tata Tertib Pelaksanaan Praktikum

1. Praktikan adalah seluruh mahasiswa D3 Keperawatan
2. Seluruh Praktikan harus mengikuti semua jadwal kegiatan praktikum.
3. Semua praktikan harus memiliki buku laporan dan buku petunjuk praktikum, dibawa saat praktikum berlangsung.
4. Dalam melaksanakan praktikum, semua kelompok akan dibimbing oleh dosen pembimbing yang telah ditugaskan.
5. Praktikan harus datang 15 menit sebelum praktikum dimulai, jika terlambat 15 menit dari waktu praktikum, akan dikenakan sanksi sesuai kebijakan koordinator, kecuali jika ada keperluan yang mendesak dan sudah melampirkan surat ijin dan pengesahan dari koordinator.
6. Selama menjalankan praktikum, dilarang melakukan hal-hal sebagai berikut :
 - Meninggalkan tempat praktek sebelum waktu selesai, kecuali dengan ijin dari Asisten/Dosen Pengampu Praktikum
 - Melakukan tindakan yang mengganggu jalannya praktikum.
 - Bermain dengan HP kecuali digunakan untuk keperluan praktikum.
7. Hasil praktikum harus mendapatkan pengesahan dari dosen pengampu setiap kelompok
8. Setelah praktikum, mahasiswa diwajibkan menyusun laporan resmi praktikum.

Kepala Laboratorium
Keperawatan

Ns. Rohmayanti, M.Kep

Format Laporan dan Kriteria Penilaian

Laporan Resmi :

1. Cover laporan: nama mata praktikum, judul pertemuan, logo universitas, nama dan NIM penyusun, nama prodi, nama fakultas, nama universitas, tahun.
2. Isi
 - a. Judul praktikum
 - b. Tujuan praktikum
 - c. Dasar teori
 - d. Metode praktikum/cara kerja
 - e. Hasil praktikum
 - f. Pembahasan disertai jurnal ilmiah
 - g. Kesimpulan
 - h. Daftar pustaka

Kriteria Penilaian :

Indikator	Point
<i>Pre test/Post test</i>	10
Praktikum	30
Laporan	20
Responsi	40

PRAKTIKUM

ANATOMI FISILOGI LUKA

1.1 LEARNING OUTCOME

Knowledge Objectives:

1. Memahami anatomi fisiologi luka
2. Memahami fisiologi proses penyembuhan luka

Skill Objectives:

1. Mampu menganalisa dan menentukan anatomi fisiologi luka
2. Mampu menganalisa dan menentukan tahapan proses penyembuhan luka pada kasus

1.2 Tujuan Praktikum

Setelah menyelesaikan percobaan ini maka mahasiswa akan mempunyai kemahiran spesifik meliputi :

- a.* Dapat menganalisa dan menentukan anatomi fisiologi luka pada kasus
- b.* Dapat menganalisa dan menunjukkan proses penyembuhan luka pada kasus.

1.3 Dasar Teori

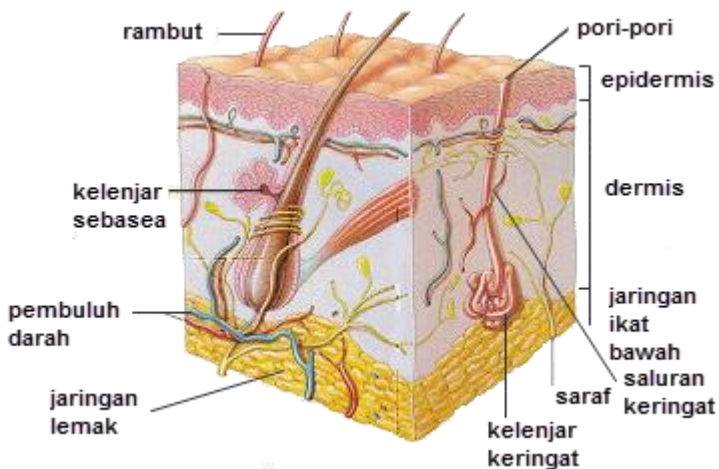
1.3.1 Anatomi

Kulit merupakan system organ tubuh yang menyelimuti atau menutupi permukaan tubuh yang paling luas. Kulit memiliki fungsi utama sebagai pelindung dari berbagai macam gangguan dan rangsangan luar seperti trauma, bahaya radiasi sinar ultra-violet, temperature yang ekstrim, toksin dan bakteri (Maryunani A., 2013). Luas kulit pada manusia rata-rata kurang lebih 2m^2 , dengan berat 10 kg jika dengan lemaknya atau 4 kg jika tanpa lemak . Kulit terbagi atas dua lapisan utama, yaitu epidermis (kulit ari) sebagai lapisan yang paling luar dan dermis (korium,kutis,kulit janggat). Sedangkan subkutis atau jaringan lemak terletak dibawah dermis.

Ketebalan epidermis berbeda-beda pada berbagai bagian tubuh, yang paling tebal berukuran 1 mm, misalnya pada telapak kaki dan telapak tangan,dan lapisan yang tipis berukuran 0,1 mm terdapat pada kelopak mata,pipih,dahi,dan perut. Karena ukurannya yang tipis, jika kita terluka biasanya mengenai bagian setelah epidermis yaitu dermis. Dermis terutama terdiri dari bahan dasar serabut kolagen dan elastin.

Serabut kolagen dapat mencapai 72 persen dari keseluruhan berat kulit manusia bebas lemak.

Pada bagian dalam dermis terdapat adneksa-adneksa kulit. Adneksa kulit merupakan struktur yang berasal dari epidermis tetapi berubah bentuk dan fungsinya, terdiri dari folikel rambut, papila rambut, kelenjar keringat, saluran keringat, kelenjar sebacea, otot penegak rambut, ujung pembuluh darah dan serabut saraf, juga sebagian serabut lemak yang terdapat pada lapisan lemak bawah kulit (subkutis/hipodermis). Bagian-bagian kulit dapat dilihat pada



Gambar 2.1. Bagian Kulit

Struktur kimia dari sel-sel epidermis manusia memiliki komposisi berikut: protein sebesar 27%, Lemak

sebesar 2%, Garam mineral sebesar 0,5% serta air dan bahan-bahan larut air sebesar 70,5%.

1.3.2 Fisiologi

Kulit Kulit adalah organ pembungkus seluruh permukaan luar tubuh, merupakan organ terberat dan terbesar dari tubuh. Seluruh kulit beratnya sekitar 16% berat tubuh. Tebalnya kulit bervariasi mulai 0,5 mm sampai 6 mm tergantung dari letak, umur dan jenis kelamin. Secara embriologis kulit berasal dari 2 lapis yang berbeda, lapisan luar adalah epidermis yang merupakan lapisan epitel berasal dari ektoderm sedangkan lapisan dalam yang berasal dari mesoderm adalah dermis atau korium yang merupakan suatu lapisan jaringan ikat (Perdanakusuma, 2007). Karena kulit berhubungan langsung dengan lingkungan luar, maka kulit memiliki 4 fungsi yang penting bagi tubuh, antara lain :

- 1) Menahan atau mempertahankan kelembaban dan mencegah hilangnya molekul-molekul yang penting bagi tubuh,
- 2) Mengatur suhu tubuh dan tekanan darah,
- 3) Melindungi tubuh dari mikroba-mikroba maupun pengaruh yang berbahaya dari luar seperti sinar ultraviolet ataupun agen toksik dan

4) Sebagai organ sensoris atau reseptor sensoris dari rasa sakit (nyeri), sentuhan, tekanan dan suhu (Gordon, 2010).

a. Epidermis

Epidermis adalah lapisan luar kulit yang tipis dan avaskuler. Terdiri dari epitel berlapis gepeng bertanduk, mengandung sel melanosit, langerhans dan merkel. Tebal epidermis berbeda - beda pada berbagai tempat di tubuh, paling tebal pada telapak tangan dan kaki. Ketebalan epidermis hanya sekitar 5 % dari seluruh ketebalan kulit. Terjadi regenerasi setiap 4-6 minggu. Epidermis terdiri atas lima lapisan (dari lapisan yang paling atas sampai yang terdalam):

1) Stratum Korneum,

Terdiri dari sel keratinosit yang bisa mengelupas dan berganti;

2) Stratum Lusidum,

Berupa garis translusen, biasanya terdapat pada kulit tebal telapak kaki dan telapak tangan. Tidak tampak pada kulit tipis;

3) Stratum Granulosum,

Ditandai oleh 3-5 lapis sel polygonal gepeng yang intinya ditengah dan sitoplasma terisi oleh granula

basofilik kasar yang dinamakan granula keratohialin yang mengandung protein kaya akan histidin dan terdapat sel Langerhans;

4) Stratum Spinosum,

Terdapat berkas - berkas filament yang dinamakan tonofibril, dianggap filament - filamen tersebut memegang peranan penting untuk mempertahankan koheisi sel dan melindungi terhadap efek abrasi. Epidermis pada tempat yang terus mengalami gesekan dan tekanan mempunyai stratum spinosum dengan lebih banyak tonofibril. Stratum basale dan stratum spinosum disebut sebagai lapisan Malpighi dan terdapat sel Langerhans;

5) Stratum Basale (Stratum Germinativum),

terdapat aktifitas mitosis yang hebat dan bertanggung jawab dalam pembaharuan sel epidermis secara konstan. Epidermis diperbaharui setiap 28 hari untuk migrasi ke permukaan, hal ini tergantung letak, usia dan faktor lain. Merupakan satu lapis sel yang mengandung melanosit. Fungsi Epidermis : Proteksi barrier, organisasi sel, sintesis vitamin D dan sitokin, pembelahan dan mobilisasi sel, pigmentasi (melanosit) dan pengenalan alergen (sel Langerhans) (Perdanakusuma, 2007).

b. Dermis

Dermis merupakan bagian yang paling penting di kulit yang sering dianggap sebagai “True Skin”. Terdiri atas jaringan ikat yang menyokong epidermis dan menghubungkannya dengan jaringan subkutis. Tebalnya bervariasi, yang paling tebal pada telapak kaki sekitar 3 mm. Dermis terdiri dari dua lapisan :

1) Lapisan papiler

Tipis mengandung jaringan ikat jarang;

2) Lapisan retikuler,

Tebal terdiri dari jaringan ikat padat (Perdanakusuma, 2007). Serabut - serabut kolagen menebal dan sintesa kolagen berkurang dengan bertambahnya usia. Serabut elastin jumlahnya terus meningkat dan menebal, kandungan elastin kulit manusia meningkat kira - kira 5 kali dari fetus sampai dewasa. Pada usia lanjut kolagen saling bersilangan dalam jumlah besar dan serabut elastin berkurang menyebabkan kulit terjadi kehilangan kelemasannya dan tampak mempunyai banyak keriput. Dermis mempunyai banyak jaringan pembuluh darah. Dermis juga mengandung beberapa derivat epidermis yaitu folikel rambut, kelenjar sebacea dan kelenjar keringat. Kualitas kulit tergantung banyak tidaknya derivat epidermis di dalam dermis. Fungsi Dermis : struktur penunjang, mechanical strength, suplai

nutrisi, menahan shearing forces dan respon inflamasi (Perdanakusuma, 2007).

c. Subkutis

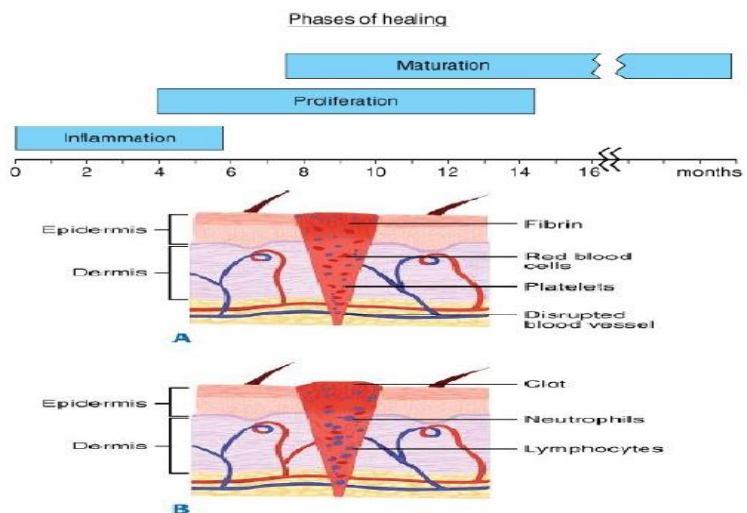
Subkutis Merupakan lapisan di bawah dermis atau hipodermis yang terdiri dari lapisan lemak. Lapisan ini terdapat jaringan ikat yang menghubungkan kulit secara longgar dengan jaringan di bawahnya. Jumlah dan ukurannya berbeda - beda menurut daerah di tubuh dan keadaan nutrisi individu. Berfungsi menunjang suplai darah ke dermis untuk regenerasi. Fungsi Subkutis / hipodermis : melekat ke struktur dasar, isolasi panas, cadangan kalori, kontrol bentuk tubuh dan mechanical shock absorber (Perdanakusuma, 2007).

1.3.3 Fisiologi Penyembuhan Luka

a. Fase hemostasis dan inflamasi.

- 1) Terjadi dari awal luka hingga hari ke 5
- 2) Pada fase awal (gambar 2. A), terdapat paparan matriks ekstrasel terhadap platelet yang menyebabkan agregasi, degranulasi, dan aktivasi faktor-faktor koagulasi
- 3) Terjadi pengeluaran substansi inflamasi oleh platelet.

- 4) Pada fase lanjut (gambar 2. B), mulai terjadi migrasi sel-sel leukosit seperti PMN dan neutrofil serta monosit ke dalam luka
- 5) Migrasi sel-sel ini memicu pelepasan sitokin-sitokin seperti IL-1, TNF dan TGF yang memicu dimulainya fase proliferasi

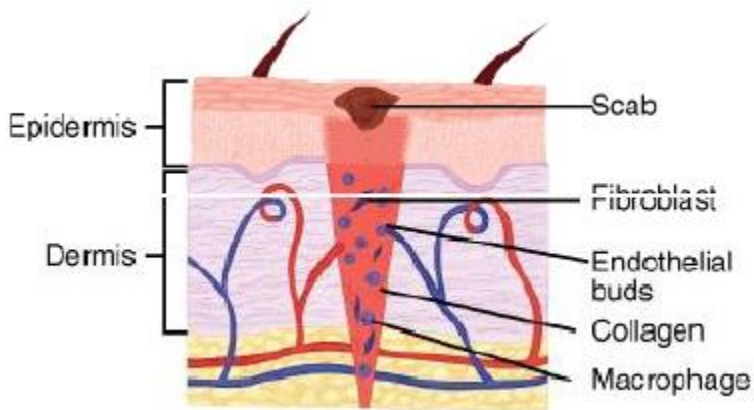


Gambar 2. Fase Inflmasi Awal (A) dan Lanjut (B)

b. Fase Proliferasi.

- 1) Terjadi dari hari ke 4 – 12, Pada fase ini, integritas jaringan dibentuk kembali
- 2) Terjadi infiltrasi dari fibroblas dan sel endotelial dan prilferasi dari sel tersebut akibat sitokin dan faktor perumbuhan yang dilepaskan oleh makrofag.

- 3) Proliferasi dari sel endotelial juga membantu proses angiogenesis.
- 4) Dalam fase ini, terjadi sintesis dari beberapa matriks penting misalnya kolagen (terutama tipe 1 dan 3) dan proteoglikan (gambar 2).

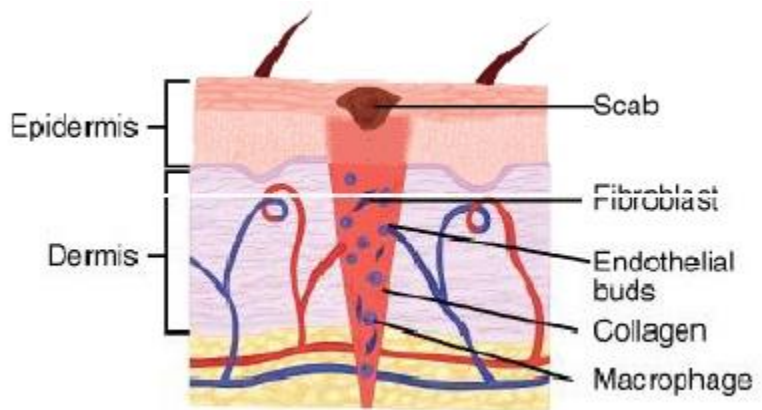


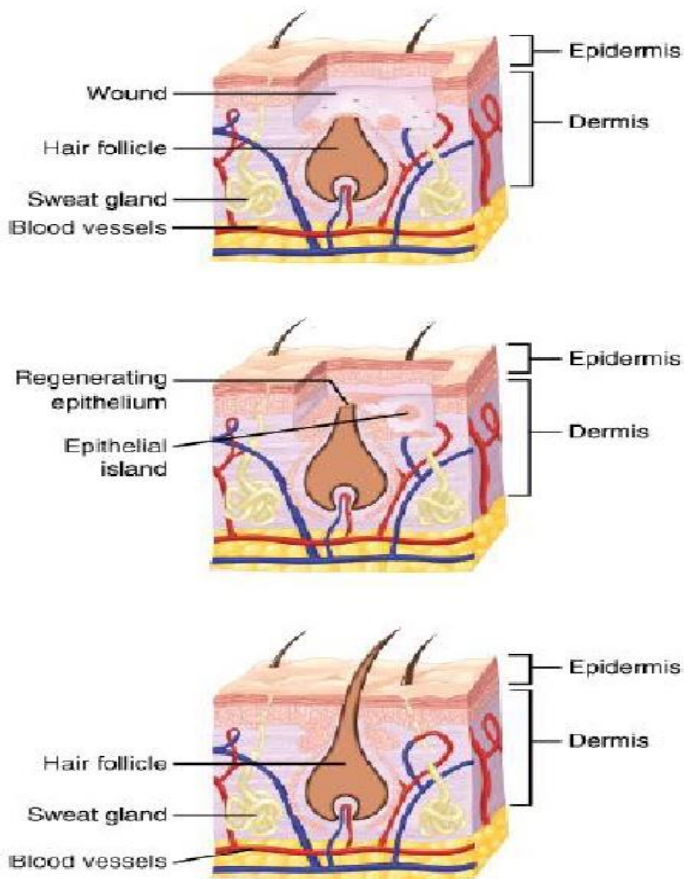
c. Fase Pematangan

- 1) Terjadi mulai dari hari ke 8 hingga bulanan
- 2) Pada fase ini, dimulai penyusunan kembali komponen kolagen dengan cara degradasi kolagen oleh matriks metaloproteinase sehingga terjadi keseimbangan antara sintesis dan lisis dari kolagen.
- 3) Terjadi pula pergeseran komposisi matriks sehingga menjadi dominan fibril yang menyebabkan kekuatan dari jaringan bertambah, dan kemudian akan menjadi lukayang matur (avaskular dan aselular).

d. Epitelialisasi

- 1) Proses ini berlangsung bersamaan dengan proses penyembuhan jaringan untuk membentuk lapisan perlindungan luar. Proses ini dimulai sejak 1 hari terjadinya luka.
- 2) Pada proses ini, terjadi migrasi dan proliferasi dari sel epitel ke luka tersebut, yang terlihat sebagai penebalan epidermis pada tepi luka
- 3) Proses ini dimulai dari migrasi sel basal sehingga luka yang terbuka akan terjembatani, kemudian diikuti dengan migrasi dan proliferasi dari sel epitel dan kemudian akan terjadi keratinisasi dari lapisan paling atas (gambar 3).





Gambar 3. Fase epitielialisasi

1.4 Pelaksanaan Praktikum

Pelaksanaan praktikum anatomi fisiologi luka meliputi:

1.4.1 Alat dan Bahan

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam praktikum ini adalah:

- a. Alat Perekam/ HP/ Kamera
- b. Laporan pendahuluan
- c. Buku
- d. Bolpoint

1.4.2 Pelaksanaan praktikum

Pelaksanaan praktikum meliputi:

- a. Tahap Orientasi
 - 1) Memberikan salam
 - 2) Memperkenalkan diri
 - 3) Menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan
 - 4) Menjelaskan prosedur/metode pelaksanaan
- b. Tahap Kerja
 - 1) Cuci tangan
 - 2) Membaca Basmallah
 - 3) Melakukan pengamatan terhadap kasus luka
 - 4) Melakukan analisa struktur anatomi fisiologi serta proses penyembuhan luka
 - 5) Menjelaskan dengan tepat anatomi fisiologi serta proses penyembuhan luka
 - 6) Merapikan klien/alat

7) Cuci tangan

c. Tahap Terminasi

1) Menyimpulkan hasil pengamatan

2) Berpamitan dan mendoakan

3) Mendokumentasikan hasil pengamatan

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

INSTRUMEN PENILAIAN : ANATOMI FISILOGI LUKA

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TDK
A	TAHAP ORIENTASI			
1	Memberi salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan Prosedur/Metode pelaksanaan	2		
B	FASE KERJA			
1	Cuci tangan	4		
2	Membaca Basmallah	4		
3	Melakukan pengamatan terhadap luka	10		
4	Melakukan analisa anatomi dan fisiologi serta proses penyembuhan luka	15		
5	Menjelaskan dengan tepat hasil analisa: anatomi, fisiologi serta proses penyembuhan luka	20		
8	Merapikan klien/alat	4		
9	Cuci tangan	4		
C	FASE TERMINASI			
1	Menyampaikan hasil kesimpulan	10		
2	Berpamitan & mendoakan klien	4		
3	Mendokumentasikan hasil pengamatan dengan tepat	7		
D	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN			
1	Ketenangan selama tindakan	2		
2	Melakukan komunikasi terapeutik	3		
3	Menjaga keamanan klien	3		
4	Menjaga keamanan perawat	2		
	JUMLAH	100		

DILAKUKAN : ✓

TIDAK DILAKUKAN : —

Magelang.....2018

Observer

Daftar Pustaka

- Maryunani A. (2013). *Perawatan Luka Modern (Modern Woundcare) Terkini dan Terlengkap*. In media. Jakarta
- Brunicadi, dkk. (2010). *Schwartz' Principle of Surgery edisi ke 9*. Unites State : The Mc Graw Hill Companies.
- Bustan, M.N. (2007). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Chang, E., Dally, J., dan Elliot, D. (2010). *Patofisiologi Aplikasi pada Praktik Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Perdanakusuma, D.S. (2007). *Anatomi Fisiologi Kulit dan Penyembuhan Luka*. Plastic surgery Departement. Jakarta: Airlangga University School of Medicine Dr, Soetomo General Hospital.
- Rini, Hastuti Tri. (2008). *Faktor-faktor Resiko Ulkus Diabetika pada Penderita Diabetes Melitus*. Semarang : Jurnal Program Studi Magister Epidemiologi Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.

PENGAJIAN LUKA

1.1 LEARNING OUTCOME

Knowledge Objectives:

1. Memahami pengkajian luka
2. Menjelaskan tujuan pengkajian luka
- 3 Menjelaskan langkah-langkah pengkajian luka

Skill Objectives:

1. Mampu melakukan pengkajian luka
2. Mampu menganalisa dan menentukan Diagnosa Keperawatan

1.2 Tujuan Praktikum

Setelah menyelesaikan percobaan ini maka mahasiswa akan mempunyai kemahiran spesifik meliputi :

- a. Dapat menilai derajat keseriusan luka
- b. Menyesuaikan kondisi luka dengan proses penyembuhan luka
- c. Dapat menentukan diagnosa keperawatan
- d. Dapat menentukan rencana tindakan keperawatan

1.3 Dasar Teori

1.3.1 Pengertian

Pengkajian luka adalah suatu tindakan untuk menggali informasi terkait dengan permasalahan luka yang dialami oleh pasien secara holistic dengan metode wawancara dan pemeriksaan fisik.

Pengkajian luka ini dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan informasi yang relevan tentang pasien dan luka sehingga hasil tersebut dapat menjadi dasar untuk dilakukan suatu tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi luka dan penyembuhan luka (Maryunani A, 2013).

1.3.2 Indikasi

Pengkajian luka ini dilakukan pada pasien dengan luka :

1. Leg Ulcers: Ulkus arterial, Ulkus vena, ulkus diabetik
2. Luka Tekan/ Luka Dekubitus
3. Luka Bakar
4. Luka Kanker

1.3.3 Macam-Macam Pengkajian Luka

Pengkajian luka dapat dilakukan dengan tiga macam pengkajian yang perlu diperhatikan yaitu pengkajian terhadap kulit pasien, pengkajian secara holistic dan pengkajian terkait dengan luka pasien.

1. Pengkajian Kulit

Pengkajian kulit dilakukan dengan cara melakukan pemantau/ monitoring, observasi dan inspeksi pada kulit pasien (Sari, Y., 2015). Aktivitas yang dilakukan dengan

memantau kulit pasien, mengobservasi kondisi balutan pasien, terutama jika balutan dipasang selama beberapa hari, dan melakukan dokumentasi, seperti kondisi balutan kering dan bersih, kulit sekitar luka dalam batas-batas normal. Evaluasi sehari-hari terhadap pengkajian kulit, terutama yang perlu diperhatikan antara lain:

- a. Integritas
- b. Teperatur
- c. Tekstur
- d. Adanya lesi

2. Pengkajian Holistik

Pengkajian luka dilakukan secara holistic dilakukan dengan menentukan mengapa luka itu ada tetapi juga menentukan berbagai factor yang dapat menghambat penyembuhan luka. Pengkajian luka secara holistic mengkaji hal-hal seperti di bawah ini:

- a. Etiologi atau penyebab luka
- b. Durasi luka
- c. Factor yang menghambat penyembuhan luka
- d. Penyakit yang mendasari kenyamanan mental, fisik pasien dan implikasi psikologis. Komponen yang dapat dikaji meliputi:
 - 1) Status mental
 - 2) Kemampuan untuk belajar, hambatan belajar, pola belajar
 - 3) Depresi
 - 4) Dukungan social
 - 5) Tujuan, nilai-nilai dan pola hidup
 - 6) Kultur dan etnis
 - 7) stressor

- e. Efek psikososial dapat berkembang luas dari pengalaman adanya luka, yang berpengaruh terhadap:
- 1) Harga diri dan citra tubuh
 - 2) Perubahan fungsi tubuh
 - 3) Pemulihan dan rehabilitasi
 - 4) Masalah kualitas hidup
 - 5) Peran keluarga dan social
 - 6) Status finansial

3. Pengkajian Luka

Pengkajian luka yang dapat dikaji adalah: lokasi luka, stadium luka, warna dasar luka, dasar luka, cairan luka, bau, tepi luka, kulit sekitar luka, infeksi pada luka.

a. Lokasi (Letak luka)

- Lokasi luka merupakan indicator kemungkinan penyebab luka
- Lokasi luka dihubungkan dengan posisi anatomi tubuh dan mudah dikenali
- Tujuan mengkaji letak luka ini agar dapat meminimalkan kejadiannya dengan menghilangkan penyebab yang ditimbulkan oleh letak lokasi yang dapat mengakibatkan terjadinya luka
- Lokasi luka dapat mempengaruhi waktu penyembuhan luka dan jenis perawatan yang diberikan.

b. Warna dasar luka

Pengkajian warna dasar luka yaitu dengan menilai warna dasar luka yang dikenal dengan **SYSTEM RYB (RED YELLOW BLACK-Merah Kuning Hitam)**. Sistem ini diperkenalkan oleh Netherlands Woundcare Consultant Society pada tahun 1984. Sistem ini bersifat konsisten, mudah dimengerti dan universal serta sangat tepat guna

dalam membantu memilih tindakan dalam pembalutan luka serta untuk mengevaluasi kondisi luka. Pengkajian dengan SYSTEM RYB adalah sebagai berikut:

1) Luka merah/Red:

- a) Merupakan luka dengan dasar luka merah tua atau merah terang, dan selalu tampak lembab.
- b) Merupakan luka bersih dengan banyak vaskularisasi, karenanya mudah berdarah.
- c) Luka yang berwarna merah muda atau pucat adalah luka sehat pada fase akhir proses penyembuhan luka.
- d) Perawatan yang diberikan adalah dengan mempertahankan lingkungan luka dalam suasana lembab, bersih serta melindunginya dari trauma yang merusak

2) Luka Kuning/ Yellow

- a) Luka dengan dasar luka berwarna kuning, kuning kecoklatan, kuning kehijauan, kuning pucat dapat merupakan luka keadaan terkontaminasi, terinfeksi, pus, jenis pus atau jenis nekrosis.
- b) Luka dengan dasar luka kuning merupakan campuran dari jaringan nekrotik yang berehidrasi, bakteri dan lekosit mati dengan jaringan fibrosa. Luka ini juga sering disebut bernanah.
- c) Nanah adalah jaringan nekrotik yang lembab, longgar dan berserabut yang biasanya berwarna kuning.
- d) Kondisi luka ini adalah luka terkontaminasi atau dapat pula terinfeksi dan merupakan luka pada keadaan lembab dan jaringan avaskularisasi.
- e) Luka terinfeksi juga dapat dinilai dengan adanya peningkatan jumlah leukosit darah dalam tubuh

3) Luka hitam/Black

- a) Luka dengan dasar luka bewarna luka hitam, hitam kecoklatan, hitam kehijauan.
- b) Seringkali disebut dengan nekrosis atau jaringan mati.
- c) Nekrosis berasal dari bahasa Yunani (Νεκρός = mati) adalah nama yang diberikan untuk sel dan jaringan hidup yang mati secara tidak wajar.
- d) Nekrosis berarti kematian jaringan dalam tubuh. Hal ini terjadi bila suplai darah pada jaringan tidak mencukupi, baik akibat cedera, radiasi, atau bahan kimia.
- e) Luka tertutup oleh jaringan nekrosis atau eschar yang merupakan jaringan avaskularisasi yang tidak terdapat perdarahan.
- f) Eschar tampak seperti jaringan berkulit kering, tebal, dan mungkin hitam.
- g) Jaringan yang mati (jaringan nekrotik) dapat menghambat penyembuhan.
- h) Nekrosis merupakan kondisi yang irreversible. Berbeda dengan apoptosis, yaitu pembersihan sel debris oleh fagosit dengan sistem imun, secara umum lebih sulit dilakukan.
- i) Jaringan nekrosis dapat berbentuk lunak atau dapat membentuk jaringan parut.
- j) Metode destruksi sel dengan nekrosis ini umumnya tidak mengirimkan sinyal sel ke fagosit terdekat untuk memakan sel yang mati. Tidak adanya pemberian sinyal ini mempersulit sistem imun untuk mencari dan mendaur ulang sel yang telah mati melalui nekrosis dibandingkan sel yang mengalami apoptosis.

- k) Pelepasan kandungan intrasel setelah kerusakan membransel adalah penyebab inflamasi pada nekrosis.
- l) Jaringan nekrotik ini harus dibersihkan sebelum perbaikan dan penyembuhan jaringan dapat terjadi.
- m) **Penyebab Nekrosis :**
 1. Ada banyak sebab terjadinya nekrosis antara lain paparan terhadap cedera yang cukup lama, infeksi, kanker, infark, keracunan, dan inflamasi.
 2. Nekrosis dapat terjadi karena perawatan luka yang tidak sempurna. Nekrosis disertai dengan pelepasan enzim-enzim khusus, yang disimpan oleh lisosom yang mampu mencerna komponen sel, atau seluruh sel itu sendiri.
 3. Cedera yang dialami sel dapat merusak membran lisosom, atau dapat mencetuskan reaksi berantai yang tidak terorganisir yang menyebabkan pelepasan enzim.
 4. Tidak seperti apoptosis, sel yang mati akibat nekrosis dapat melepaskan zat kimia berbahaya yang dapat merusak sel lain. Nekrosis pada materi biopsi dihentikan dengan fiksasi atau pembekuan.
 5. Kerusakan berat pada salah satu sistem penting dalam sel menyebabkan kerusakan sekunder pada sistem lain, yang disebut "*cascade of effects*".

c. Stadium Luka/ Tingkat Luka :

1. Stadium luka

- a) Stadium I : Luka superfisial, yaitu luka yang terjadi pada lapisan epidermis kulit.
- b) Stadium II : Luka ‘Partial Thickness’ yaitu hilangnya lapisan kulit pada lapisan epidermis dan bagian atas dari dermis.
- c) Stadium III : Luka ‘Full Thickness’ yaitu kehilangan kulit keseluruhan sampai jaringan subkutan yang dapat meluas tetapi tidak mengenai otot. Stadium luka ‘Full Thickness’ yang telah mencapai lapisan otot, tendon dan tulang dengan adanya destruksi/kerusakan yang luas.

2. Tingkat luka

- a) Tingkat I : Kemerahan (perubahan warna), terasa hangat, bengkak atau terasa lebih keras.
- b) Tingkat II : luka lebih dalam melibatkan sebagian jaringan kulit.
- c) Tingkat III : Luka melibatkan seluruh jaringan kulit dan bagian di bawahnya termasuk lemak tetapi tidak menembus fascia.
- d) Tingkat IV : luka lebih dalam melibatkan otot atau tulang dan jaringan sekitarnya.

d. Dasar Luka :

Karakteristik dasar luka, seperti jaringan nekrotik, jaringan granulasi, dan infeksi.

e. Ukuran Luka :

Pengkajian dan evaluasi kecepatan penyembuhan luka dan modalitas terapi adalah komponen penting dari perawatan luka. Salah satu pengkajian yaitu dengan mengkaji ukuran luka, yang dijelaskan berikut ini :

1) Pengantar

- a) Dimensi ukuran secara umum meliputi ukuran panjang, lebar, kedalaman, atau diameter (lingkaran).
- b) Pengkajian bentuk dan ukuran luka dapat menggunakan alat ukur dan pengambilan fotografi
- c) Pengambilan fotografi dapat memberikan gambaran proses penyembuhan luka secara komprehensif.
- d) Sebelum pengambilan gambar dengan kamera, sebaiknya pemeriksa meminta ijin pada pasien, dan bila perlu dengan informed consent.
- e) Pengkajian ukuran luka, ada 2 (dua) macam, yaitu pengukuran dua dimensi dan pengukuran tiga dimensi.

2) Pengukuran Dua Dimensi

- a) Dimensi ukuran dua dimensi adalah panjang kali lebar (panjang x lebar)
- b) Pengukuran dua dimensi dilakukan pada luka terbuka.
- c) Pengkajian bentuk dan ukuran luka yang dua dimensi atau superficial dapat dilakukan dengan menggunakan alat seperti :
 - Penggaris (lebih baik penggaris kertas) untuk mengukur panjang dan lebar luka.
 - Jiplaklah lingkaran (tracing of circumference) luka, direkomendasikan dalam bentuk plastik transparan atau asetat sheet dan memakai spidol.

3) Pengukuran Tiga Dimensi

- a) Pengukuran tiga dimensi dilakukan dengan mengkaji panjang, lebar, dan kedalaman luka (panjang x lebar x dalam)
- b) Pengukuran tiga dimensi dilakukan pada luka berongga atau berterowongan/ undermining.
- c) Pengukuran tiga dimensi, biasanya digunakan untuk menilai ada tidaknya undermining/goa/lorong saluran sinus dan fistula.
- d) Metode pengukuran tiga dimensi yang paling mudah adalah menggunakan kapas steril, aplikator kapas lembab steril, pinset, kateter, atau baby feeding tube.
 1. Pegang aplikator/lidi kapas dengan ibu jari dan telunjuk pada titik yang berhubungan dengan batas tepi luka
 2. Tarik aplikator sambil pertahankan posisi ibu jari dan jari telunjuk yang memegangnya dan lakukan dengan hati hati
 3. Ukur dimensi luka dari ujung aplikator pada posisi sejajar dengan penggaris sentimeter (cm)
 4. Lihat luka pada pengukuran tiga dimensi ini, ibaratkan seperti berhadapan dengan jam. Jadi mengukurnya-pun seputar/sesuai arah jarum jam.
 - Bagian atas luka (jam 12) adalah titik kearah kepala pasien.
 - Bagian bawah luka (jam 6) adalah titik ke arah kaki pasien.
 - Panjang dapat diukur dari 'jam 12 sampai dengan jam 6'

- Lebar dapat diukur dari sisi ke sisi atau dari ‘jam 3 sampai dengan jam 9’
5. Contoh pengukuran :
- Pengukuran tiga dimensi (ada rongga) =
Luas luka = 12cm (P) x 10 cm (L) x 2 cm (T), dengan goa/undermining.

f. Cairan Luka (Eksudat)

1. Definisi

- a) Eksudat adalah istilah generik yang digunakan untuk mengidentifikasi cairan yang dihasilkan dari luka (Thomas et al., 1997)
- b) Eksudat merupakan ‘balsam’ alami, yaitu zat penyembuh. (Paracelsus, 1493- 1541)

2. Hal-hal yang perlu dipahami berkaitan dengan eksudat

- a) Luka sehat akan menimbulkan sedikit kelembaban yang tampak pada permukaannya, sedangkan pada luka kronik tidak dapat diprediksi.
- b) Kebocoran eksudat luka kronik dapat menyebabkan degradasi enzimatik dari kulit sehat yang terpapar atau dasar luka serta maserasi yang dimediasi eksudat.
- c) Sebaliknya, diketahui bahwa pembentukan keropeng kering menghambat penyembuhan luka sempurna, sedangkan lingkungan dengan kelembaban optimal mempercepat penyembuhan luka.
- d) Cairan tersebut banyak terjadi pada keadaan luka yang banyak terdapat lapisan slough/slaft

- e) Slough terbentuk ketika sel-sel mati, terdiri dari fibrinogen dan pus yang terdapat bakteri, terkumpul di dasar luka.
- f) Jaringan fibrosa tampak lunak, berwarna kekuning-krem yang terdiri sejumlah leukosit.
- g) Dalam mengkaji eksudat, perlu diperhatikan : tipe/ jenis, jumlah, warna, konsistensi, bau, kulit sekitar dan infeksi luka.

3. Pelepasan eksudat

- a) Pelepasan eksudat luka terjadi sebagai akibat vasodilatasi selama awal inflamasi fase penyembuhan yang dipengaruhi oleh mediator inflamasi seperti histamin dan bradikinin.
- b) Eksudat tampak sebagai cairan serosa di dasar luka dan merupakan bagian penyembuhan luka normal pada luka akut.
- c) Bila luka menjadi kronik dengan inflamasi abnormal dan persisten atau bila terjadi infeksi, eksudat berubah secara kuantitatif dan kualitatif.
- d) Pada luka kronik, eksudat mengandung enzim proteolitik dan komponen lain yang tidak di temukan pada luka akut.
- e) Jenis eksudat ini memiliki kemampuan untuk mendegradasi faktor pertumbuhan dan kulit tepi luka serta merupakan predisposisi untuk inflamasi.

g. Tipe/ Jenis Eksudat

1) Pengantar

- a) Jenis eksudat bergantung pada jenis luka dan muatan bakterinya.

- b) Pada luka yang menyembuh akut eksudat encer, bewarna kuning pucat atau seperti jerami dalam jumlah sedang, dianggap normal.
- c) Pada luka kronik, warna, konsistensi, dan jumlah eksudat berubah sebagai akibat dari berbagai proses fisiologik.

2) Ada yang membagi tipe/ jenis eksudat sebagai berikut:

- a) Serous/serosa : cairan berwarna jernih
- b) Hemoserous/hemoserosa : cairan bewarna darah terang/ cairan serous yang bercampur darah.
- c) Sanguenous : cairan berwarna darah kental/ pekat.
- d) Parulent : cairannya kental mengandung nanah.

3) Ada juga yang membagi tipe/ jenis eksudat berikut :

- a. Serosa :
 - 1) Warna : warna jernih seperti jerami
 - 2) Konsistensi : encer, berair
 - 3) Diartikan antara lain sebagai berikut :
 - a) Normal
 - b) Kemungkinan pertanda infeksi
 - c) Beberapa bakteri menghasilkan fibrinolisin, yang memecah bekuan fibrin atau plasma yang membeku.
 - d) Beberapa strai *staphylococcus aureus*, β -haemolytic group A streptococci dan *bacteroides fragilis*, menghasilkan fibrinolisin.
 - e) *Pseudomonas aeruginosa* menghasilkan enzim non-spesifik yang menghancurkan fibrin.
- b. Fibrinosa :
 - 1) Warna : agak keruh

- 2) Konsistensi : encer, berair
- 3) Diartikan : mengandung serat-serat protein fibrin.

c. Serosanguinosa :

- 1) Warna : jernih, pink
- 2) Konsistensi : encer, berair
- 3) Diartikan : normal

d. Sanguinosa :

- 1) Warna : merah
- 2) Konsistensi : encer, berair
- 3) Diartikan : trauma pada pembuluh darah

e. Seropurulen:

- 1) Warna : keruh, kuning, kopi, susu
- 2) Konsistensi : agak kental, krem
- 3) Diartikan : infeksi

f. Purulen:

- 1) Warna : kuning, kelabu, hijau.
- 2) Konsistensi : kental
- 3) Diartikan : infeksi, mengandung organisme piogenik dan sel inflamasi lain

g. Hemopurulen:

- 1) Warna : gelap, bewarna darah
- 2) Konsistensi : pekat, lengket
- 3) Diartikan : mengandung neutrofil, bakteri dan sel inflamasi mati/ mau mati. Ini berarti telah terjadi infeksi yang menyebabkan kerusakan kapiler dermis sehingga terjadi kebocoran darah.

h. Hemoragik:

- 1) Warna : merah
- 2) Konsistensi : kental
- 3) Diartikan :
 - a) Infeksi
 - b) Trauma
 - c) Kapiler sangat rapuh sehingga mudah pecah dan terjadi perdarahan spontan
 - d) Jangan dikelirukan dengan eksudat berdarah yang disebabkan debridement berlebihan.

h. Jumlah Eksudat

- 1) Berbagai jenis luka dengan bermacam kondisi memiliki jumlah eksudat yang beragam pula.
- 2) Jumlah eksudat bergantung pada jenis luka dan muatan bakteri.
- 3) Komponen, jumlah, dan letak cairan luka berpengaruh pada proses penyembuhan.
- 4) Derajat eksudat atau jumlah eksudat secara tradisional dikategorikan sebagai tidak ada sedikit, sedang atau banyak.
- 5) Eksudat/cairan yang berlebih terjadi karena permeabilitas fibrinogen dan plasma meningkat.
- 6) Kehilangan jumlah eksudat yang berlebihan, seperti tampak pada luka bakar atau fistula, dapat mengganggu keseimbangan cairan dan mengakibatkan gangguan elektrolit.
- 7) Kulit sekitar luka juga cenderung maserasi jika tidak menggunakan balutan atau alat balutan luka yang tepat.

i. Warna Eksudat

- 1) Warna eksudat berhubungan dengan jenis eksudatnya.
- 2) Warna eksudat juga bisa menjadi indikator klinik yang baik dari jenis bakteri yang ada pada luka terinfeksi. Contohnya : adanya bakteri *Pseudomonas aeruginosa* dapat ditunjukkan pada eksudat yang berwarna kehijauan/kebiruan.

j. Konsistensi Eksudat

- 1) Konsistensi eksudat berhubungan dengan jenis luka.
- 2) Konsistensi eksudat sangat bermakna pada luka dengan edema dan fistula

k. Bau Eksudat

- 1) Bau eksudat berhubungan dengan infeksi luka.
- 2) Bau eksudat juga bisa berhubungan dengan cairan tubuh seperti feses yang terlihat pada fistula.
- 3) Bau eksudat juga bisa berhubungan dengan proses autolysis jaringan nekrotik pada balutan oklusif (seperti hidrokoloid)
- 4) Bau eksudat yang tidak sedap pada luka dapat terjadi :
 - a. Karena terjadinya penurunan vaskularisasi jaringan atau hipoksia jaringan sehingga jaringan granulasi menjadi nekrosis.
 - b. Jaringan nekrosis yang dibiarkan tidak terawat, sangat mudah terkontaminasi dengan bakteri aerob/anaerob dan sangat cepat berkembang-biak sehingga menimbulkan bau yang tidak sedap.

Bau tidak sedap (odor)/ pengkajian bau luka :

- a) Pengkajian masalah bau tidak sedap masih tergolong subyektif karena tergantung dari penilaian seseorang untuk mengenal bau dengan baik.
- b) Dibawah ini terdapat beberapa kriteria yang dapat digunakan untuk memonitor dalam pengkajian bau :

- 1) Kuat : bau tercium kuat dalam ruangan (6-10 langkah dari penderita), balutan tertutup.
 - 2) Sedang : bau tercium kuat dalam ruangan (6-10 langkah dari penderita), balutan terbuka.
 - 3) Ringan : bau tercium bila dekat dengan penderita pada saat balutan diganti.
 - 4) Tidak ada : bau tidak tercium saat disamping penderita dengan balutan terbuka.
- c) Bau dapat disebabkan oleh adanya kumpulan bakteri yang menghasilkan protein
- d) Kelenjar keringat apokrin
- e) Cairan luka dapat menimbulkan bau (telah dijelaskan juga secara jelas pada bagian cairan eksudat diatas)
- f) Prinsip perawatan berkaitan dengan pengkajian bau tidak sedap :
- 1) Personal hygiene yang kuat
 - 2) Mengurangi/mengontrol bau tidak sedap
 - 3) Meningkatkan percaya diri penderita

l. Tepi Luka (Wound edge)

- a) Umumnya, tepi luka akan dipenuhi oleh jaringan epitel berwarna merah muda.
- b) Kegagalan penutupan terjadi jika tepi luka :
 - 1) Edema
 - 2) Nekrosis/ kalus
 - 3) Infeksi

m. Kulit sekitar luka (Periwound skin)

- a) Kondisi kulit sekitar luka, perlu diperhatikan dengan cara inspeksi dan palpasi.
- b) Tentukan apakah kulit sekitar luka ‘tampak normal’ atau ada :

- 1) Selulitis
- 2) Itching/ gatal
- 3) Edema
- 4) Hyperpigmentasi
- 5) Mengkilat
- 6) Hangat
- 7) Kering
- 8) Scaling
- 9) Tipis
- 10) Eksema
- 11) Dermatitis kontak
- 12) Maserasi
 - a) Maserasi dapat disebabkan karena ketidakmampuan balutan luka menyerap cairan luka
 - b) Dalam hal ini, maserasi/lecet biasanya sering disebabkan oleh eksudat berlebihan yang merusak kulit disekitarnya, atau
 - c) Akibatnya, cairan luka menggenang dan mengenai kulit sehat sekitar luka
 - d) Jika balutan luka tidak segera diganti, dapat menyebabkan maserasi/ lecet.
 - e) Penggunaan perekat yang sulit dibuka dan berasal dari bahan yang dapat mengiritasi kulit juga dapat menyebabkan maserasi/lecet pada saat membuka balutan.
 - f) Maserasi/lecet seringkali juga menimbulkan rasa tidak nyaman, nyeri dan gatal
- c) Kaji vaskularisasi jaringan sekitar luka dan catat batas-batasnya.

- d) Catat warna, kehangatan, dan waktu pengisian kapiler (capillary refill time) pada luka mendapatkan penekanan atau kompresi.
- e) Palpasi nadi, terutama pada saat mengkaji luka di tungkai bawah.
- f) Periksa tepi luka apakah terdapat epitelisasi atau kontraksi

n. Infeksi pada Luka

Pengertian:

- 1) Infeksi pada luka merupakan gangguan serius terhadap proses penyembuhan luka.
- 2) Infeksi pada luka adalah pertumbuhan organisme dalam luka yang berkaitan dengan reaksi jaringan (Westaby, 1995).

Beberapa cara mengidentifikasi tanda-tanda infeksi:

- 1) Kejadian infeksi dapat diidentifikasi dengan adanya tanda-tanda infeksi secara klinis, peningkatan suhu tubuh dan jumlah hitungan leukosit yang meningkat; atau
- 2) Infeksi pada luka dapat diperhatikan, dengan :
 - a) Adanya proses inflamasi
 - b) Cairan eksudatif
 - c) Berbau tidak sedap
- 3) Tanda Infeksi Lokal yang khas adalah :
 - a) Kemerahan
 - b) Bengkak
 - c) Hipertermia
 - d) Nyeri
 - e) Fungsi Terbatas

4) Ada juga yang mengelompokkan tanda-tanda infeksi luka sebagai berikut :

a) Tanda dan gejala lokal

- 1) Nyeri
- 2) Kulit tepi luka memerah
- 3) Kulit tepi luka hangat saat disentuh
- 4) Kulit atau ekstremitas tepi luka membengkak
- 5) Kulit tepi luka mengalami indurasi (keras) atau maserasi
- 6) Eksudat purulen (kuning, hijau..)
- 7) Eksudat berbau tidak sedap

b) Tanda dan gejala sistemik

- 1) Malaise
- 2) Hitung sel darah putih meningkat

o. Tipe jaringan

Terdapat beberapa tipe jaringan, antara lain :

- a) Jaringan epitelisasi : terjadi epitalisasi, warna pink/merah muda
- b) Jaringan granulasi : jaringan granulasi yang sehat, berwarna merah segar/ daging
- c) Slough/ slaf : jaringan mati, berwarna kuning, basah/lembab
- d) Jaringan nekrotik/eskhar: jaringan mati, bewarna hitam dan kering.

(epitelisasi → granulasi → slough)

p. Nyeri luka

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam mengkaji nyeri luka pasien:

- 1) Pastikan penyebab nyeri pada luka, apakah umum atau lokal, apakah di luka atau tempat lain.

- a) Apakah luka terinfeksi ?
 - b) Apakah verban yang digunakan berlapis-lapis atau terlalu kencang?
 - c) Apakah verban bergeser?
 - d) Apakah terdapat ischemia?
- 2) Pastikan apakah nyeri berhubungan dengan penyakit, pembedahan, trauma, infeksi, atau benda asing.
- a) Apakah menggunakan larutan pembersih?
 - b) Apakah larutan pembersih tersebut dapat menimbulkan respon iritasi jaringan seperti larutan hipoklorit?
- 3) Pastikan apakah nyeri berkaitan dengan praktek perawatan luka, seperti saat ganti balutan atau berkaitan dengan produk yang dipakai.
- a) Apakah perawat kurang empati?
 - b) Apakah perawat merendahkan makna luka bagi individu?
 - c) Apakah balutan melekat pada luka dan menyebabkan trauma jaringan pada saat pelepasan?
 - d) Perlu diketahui, balutan dengan daya rekat rendah sekalipun, dapat melekat pada luka jika balutan tersebut dibiarkan pada luka lama. Hal ini terutama bila eksudat mengenai seluruh balutan dan kemudian menjadi kering.
 - e) Perdarahan segar pada saat pelepasan balutan merupakan tanda nyata adanya trauma.
 - f) Apakah telah menerapkan metode pelepasan balutan dengan paling tidak menimbulkan nyeri?
 - g) Perhatikan cara melepaskan balutan dan arah plester agar searah dengan rambut, yang tujuannya adalah agar tidak menimbulkan nyeri.

- h) Karena pelepasan plester atau balutan adhesif yang dilakukan melawan letak dan arah rambut dapat menimbulkan nyeri sesekali pada pasien.
 - i) Jika balutan telah melekat pada lapisan dasar luka, maka harus dilepaskan dengan cara merendam secara hati-hati jangan ditarik dengan cepat.
- 4) Perhatikan, apakah nyeri dirasakan terus menerus atau intermittent (Potter and Perry, 2009)
- a) Nyeri luka : lokasi nyeri, durasi nyeri, intensitas nyeri.
 - b) Skala penilaian nyeri : 0-10, dapat dilihat pada ‘tool’

PROSES PELAKSANAAN PENGAJIAN LUKA

1. Alat dan Bahan

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam pengkajian luka yaitu:

- a. Form pengkajian luka
- b. Bolpoint
- c. Bak instrumen
- d. Perlak
- e. Bengkok
- f. Pinset anatomi 2
- g. Sarung tangan
- h. Mistar luka
- i. Garpu tala
- j. Jarum
- k. Cotton bud
- l. Alat cek gula darah
- m. Tensimeter

2. Setting Tempat

Setting tempat lingkungan aman/ nyaman

3. Metode Pelaksanaan

Metode pelaksanaan pengkajian dengan cara: Observasi, wawancara dan melakukan pemeriksaan fisik

4. Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan pengkajian luka yaitu:

a. Orientasi

- 1) Memberikan salam
- 2) Memperkenalkan diri
- 3) Menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan
- 4) Menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan
- 5) Menjelaskan kontrak waktu pelaksanaan

b. Tahap Kerja

- 1) Cuci tangan
- 2) Membaca Basmallah
- 3) Menutup sampiran
- 4) Mengkaji keluhan utama klien
- 5) Mengkaji penyebab luka dan durasi luka
- 6) Mengkaji faktor-faktor penghambat luka
- 7) Melakukan pengkajian luka dan pemeriksaan penunjang jika diperlukan:
 - a. Lokasi luka
 - b. Stadium luka
 - c. Dasar luka

- d. Cairan luka/ eksudat
 - e. Bau
 - f. Tepi luka
 - g. Kulit sekitar luka
 - h. Infeksi pada luka
 - i. nyeri
- 8) Mendiskusikan pengaruh penyakit dengan efek psikologis pada pasien.
 - 9) Melakukan pengkajian status mental pasien: penampilan, interaksi, pembicaraan, afek, aktivitas motorik, alam perasaan.
 - 10) Merapikan pasien dan alat-alat
 - 11) Cuci tangan

c. TERMINASI

- 1) Melakukan evaluasi tindakan
- 2) Menyampaikan rencana tindak lanjut
- 3) Berpamitan dan mendoakan klien

Daftar Pustaka

- Potter, P.A. & Perry,A.G. (2009). Fundamentals of Nursing. 7th Edition. Singapore:Elsevier Pte.Ltd.
- Sari Yunita (2015). Perawatan Luka Diabetes Berdasarkan Konsep Manajemen Luka Modern dan Penelitian Terkini. Graha Ilmu.
- Maryunani A. (2013). Perawatan Luka Modern (Modern Woundcare) Terkini dan Terlengkap. In media. Jakarta

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

INSTRUMEN PENILAIAN : PENGAJIAN LUKA

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TDK
A	TAHAP ORIENTASI			
1	Memberi salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan Prosedur/Metode pelaksanaan	2		
5	Melakukan kontrak	2		
B	FASE KERJA			
1	Cuci tangan	4		
2	Membaca Basmallah	4		
3	Mengkaji keluhan utama klien	6		
4	Mengkaji penyebab luka dan durasi luka	6		
5	Mengkaji faktor-faktor penghambat luka	6		
6	Melakukan pengkajian luka dan pemeriksaan penunjang jika diperlukan: lokasi, stadium luka, dasar luka, cairan luka/eksudat, bau, tepi luka, kulit sekitar luka, infeksi pada luka, nyeri	20		
7	Mendiskusikan pengaruh penyakit dengan efek psikologis	6		
8	Melakukan pengkajian status mental klien: penampilan, interaksi, pembicaraan, afek, alam perasaan, aktivitas motorik	6		
9	Merapikan klien/alat	4		

10	Cuci tangan	4		
C	FASE TERMINASI			
1	Menyampaikan hasil kesimpulan	5		
2	Berpamitan & mendoakan klien	4		
3	Mendokumentasikan hasil pengamatan dengan tepat	5		
D	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN			
1	Ketenangan selama tindakan	2		
2	Melakukan komunikasi terapeutik	3		
3	Menjaga keamanan klien	3		
4	Menjaga keamanan perawat	2		
	JUMLAH	100		

DILAKUKAN : ✓

TIDAK DILAKUKAN : —

Magelang.....2018

Observer

.....

FORMULIR PENGKAJIAN LUKA

RUANGAN RAWAT _____ TANGGAL DIRAWAT _____

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : (L/P) Tanggal Pengkajian:
Umur : RM No. :
Informan :

II. ALASAN MASUK

III. PENYEBAB LUKA

IV. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENYEMBUHAN LUKA

V. PEMERIKSAAN LUKA

BATES-JENSEN WOUND ASSESSMENT TOOL

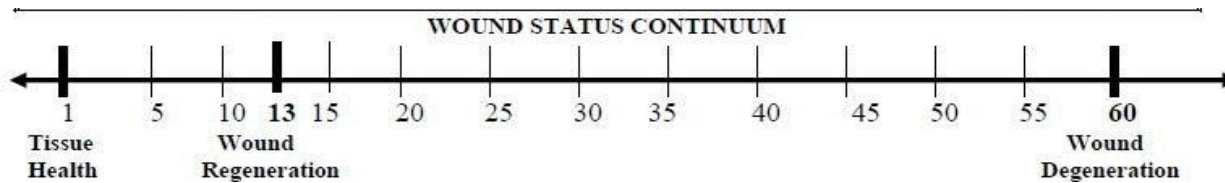
ITEM PEMERIKSAAN	PENGAJIAN	HASIL
1. UKURAN LUKA	1= P X L < 4 cm 2= P X L 4 < 16cm 3= P X L 16 < 36cm 4= P X L 36 < 80cm 5= P X L > 80cm	
2. KEDALAMAN	1= stage 1 2= stage 2 3= stage 3 4= stage 4 5= necrosis wound	
3. TEPI LUKA	1= samar, tidak jelas terlihat 2= batas tepi terlihat, menyatudengan dasar luka 3= jelas, tidak menyatu dgn dasar luka 4= jelas, tidak menyatu dgn dasar luka, tebal 5= jelas, fibrotic, parut tebal/ hyperkeratonic	

4. GOA (lubang pada luka yang ada dibawah jaringan sehat)	1= tidak ada 2= goa < 2 cm di di area manapun 3= goa 2-4 cm < 50 % pinggir luka 4= goa 2-4 cm > 50% pinggir luka 5= goa > 4 cm di area manapun	
5. TIPE JARINGAN NEKROSIS	1 = Tidak ada 2 = Putih atau abu-abu jaringan mati dan atau slough yang tidak lengket (mudah dihilangkan) 3 = slough mudah dihilangkan 4 = Lengket, lembut dan ada jaringan parut palsu berwarna hitam (black eschar) 5 = lengket berbatas tegas, keras dan ada black eschar	
6. JUMLAH JARINGAN NEKROSIS	1 = Tidak tampak 2 = < 25% dari dasar luka 3 = 25% hingga 50% dari dasar luka 4 = > 50% hingga < 75% dari dasar luka 5 = 75% hingga 100% dari dasar luka	
7. TIPE EKSUDATE	1= tidak ada 2= bloody 3= serosanguineous 4= serous 5= purulent	
8. JUMLAH	1= kering	

EKSUDATE	2= moist 3= sedikit 4=sedang 5= banyak				
9. WARNA KULIT SEKITAR LUKA	1= pink atau normal 2= merah terang jika di tekan 3=putih atau pucat atau hipopigmentasi 4=merah gelap / abu2 5=hitam atau hyperpigmentasi				
10. JARINGAN YANG EDEMA	1=no swelling atau edema 2=non pitting edema kurang dari < 4 mm disekitar luka 3=non pitting edema > 4 mm disekitar luka 4=pitting edema kurang dari < 4 mm disekitar luka 5=krepitasi atau pitting edema > 4 mm				

<p>11. Pengerasan jaringan tepi</p>	<p>1 = Tidak ada 2=Pengerasan < 2 cm di sebagian kecil sekitar luka 3=Pengerasan 2-4 cm menyebar < 50% di tepi luka 4=Pengerasan 2-4 cm menyebar ≥ 50% di tepi luka 5=pengerasan > 4 cm di seluruh tepi luka</p>				
<p>12. JARINGAN GRANULASI</p>	<p>1= kulit utuh atau stage 1 2= terang 100 % jaringan granulasi 3= terang 50 % jaringan granulasi 4= granulasi 25 % 5= tidak ada jaringan granulasi</p>				

13. EPITELISASI	1=100 % epitelisasi 2= 75 % - 100 % epitelisasi 3= 50 % - 75% epitelisasi 4= 25 % - 50 % epitelisasi 5= < 25 % epitelisasi				
SKOR TOTAL					
PARAF DAN NAMA PETUGAS					



Hasil Pemeriksaan Penunjang:

VI. MASALAH PSIKOLOGIS

VII. PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

1. Penampilan

Tidak rapi

Penggunaan pakaian

tidak sesuai

Cara berpakaian tidak seperti

biasanya

Jelaskan : _____

2. Pembicaraan

Cepat

Keras

Gagap

Inkoheren

Apatis

Lambat

Membisu

Tidak mampu memulai
pembicaraan

lelaskan : _____

3. Aktivitas Motorik:

Lesu

Tegang

Gelisah

Agitasi

Tik

Grimasen

Tremor

Kompulsif

Jelaskan : _____

4. Alam perasaan

Sedih

Ketakutan

Putus asa

Khawatir

Gembira berlebihan

Jelaskan : _____

5. Afek

Datar

Tumpul

Labil

Tidak sesuai

Jelaskan : _____

6. Interaksi selama wawancara

bermusuhan

Tidak kooperatif

Mudah tersinggung

Kontak mata (-)

Defensif

Curiga

Jelaskan : _____

VIII. DOKUMENTASI FOTO LUKA

IX. TERAPI MEDIS

X. ANALISA DATA

XI. DIAGNOSA KEPERAWATAN

XII. RENCANA KEPERAWATAN

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA KEPERAWATAN	TANDA TANGAN

XIII. CATATAN PERKEMBANGAN

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI	TANDA TANGAN

