

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Penelitian

Jadwal Kegiatan Penelitian Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan Pada Pasien Diabetic Foot Dengan Pemberian Madu Trigona (Kele) Dalam Perawatan Luka

No	Kegiatan	Waktu Kegiatan (Dalam Minggu)																			
		Januari				Februari				Maret				April				Mei			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan judul KIAN																				
2	Melakukan studi pendahuluan																				
3	Pengurusan izin pengambilan data KIAN																				
4	Pengumpulan data																				
5	Pelaksanaan asuhan keperawatan																				
6	Analisis Data																				
8	Penyusunan Laporan																				
9	Sidang Hasil Karya Ilmiah																				
10	Revisi Laporan																				
10	Pengumpulan KIAN																				

Keterangan : warna hitam (proses penelitian

Lampiran 2 Realisasi Anggaran Biaya Penelitian

Realisasi Anggaran Biaya Penelitian Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan Pada Pasien Diabetic Foot Dengan Pemberian Madu Trigona (Kele) Dalam Perawatan Luka

No.	Kegiatan	Besar Biaya (Rp)
A. Tahap persiapan		
1.	Pengurusan studi pendahuluan	Rp 5.000
2.	Penggandaan lembar	Rp 10.000
B. Tahap Pelaksanaan		
1.	Pengadaan alat dan bahan	Rp 70.000
2.	Snack responden	Rp 100.000
3.	Transportasi dan akomodasi	Rp 30.000
C. Tahap Akhir Hasil		
1.	Penyusunan laporan Print hitam putih (150 lembar x Rp.250.00) x2 Materai 1 x Rp.10.000	Rp 75.000 Rp 10.000
2.	Penggandaan laporan Fotocopy (150 lembar x 300,00) x 4 laporan	Rp 180.000
3.	Revisi laporan Print hitam putih (150 lembar x Rp.250.00) x2 Jilid	Rp 75.000 Rp 30.000
4	Biaya tak terduga	Rp 100.000
Total		Rp 685.000

Lampiran 3 Lembar Permohonan Menjadi Responden

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth. Bapak/Ibu/Saudara/Adik Calon Responden

Di-

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Profesi Ners Politeknik Kesehatan Denpasar dengan :

Nama : Ni Wayan Suci Hardayani Wedanti

NIM : P07120324001

Akan melakukan penelitian tentang **"Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan Pada Pasien Diabetic Foot Dengan Pemberian Madu Trigona (Kele) Dalam Perawatan Luka"** sebagai persyaratan untuk menyelesaikan Program Studi Profesi Ners.

Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaannya untuk menjadi responden pada penelitian ini. Apabila bersedia dan menyetujui, maka saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan. Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Denpasar, 08 Maret 2025

Hormat saya,

Ni Wayan Suci Hardayani Wedanti
NIM. P07120324001

Lampiran 4 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(*INFORMED CONSENT*)
SEBAGAI PESERTA PENELITIAN**

Yang terhormat Bapak/Ibu, saya meminta kesediannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Apabila ada yang kurang dimengerti, mohon membaca penjelasan di bawah ini dengan seksama dan jangan sungkan untuk bertanya.

Judul	Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan Pada Pasien <i>Diabetic Foot</i> Dengan Pemberian Madu Trigona (Kele) Dalam Perawatan Luka
Peneliti Utama	Ni Wayan Suci Hardayani Wedanti
Institusi	Poltekkes Kemenkes Denpasar
Lokasi Penelitian	Klinik Putu Parwata
Sumber pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien diabetic foot dengan gangguan integritas jaringan menggunakan madu Trigona (Kele) sebagai intervensi dalam perawatan luka. Responden yang digunakan merupakan warga di Klinik Putu Parwata berjumlah 2 orang yang bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*. Peserta yang telah bersedia menjadi responden akan menandatangani *informed consent* atau lembar persetujuan terlebih dahulu saat pengambilan data. Peneliti memberikan terapi pada peserta berupa perawatan luka dengan madu trigona (kele) selama 3 kali kunjungan dengan durasi waktu 45 menit.

Penelitian ini tidak akan memberikan efek negative ataupun merugikan kepada peserta penelitian. Kerahasiaan peserta penelitian dijamin dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Peserta dapat menolak untuk menjawab pertanyaan dan dapat berhenti berpartisipasi kapan saja tanpa ada sanksi. Atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Kompensasi lain yaitu

peneliti akan memberikan konsumsi snack.

Jika setuju untuk menjadi peserta dalam penelitian ini, Bapak/Ibu diminta untuk menandatangani formulir “Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) sebagai Peserta Penelitian” setelah Bapak/Ibu benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibu akan diberi salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti: **Ni Wayan Suci Hardayani Wedanti dengan No. Hp: 081339773630.**

Tanda tangan Bapak/Ibu dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan menyetujui untuk menjadi peserta.

Peserta/ Subyek Penelitian,

Peneliti,

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Lampiran 5. Standar Prosedur Operasional

SPO MERAWAT & MENGGANTI BALUTAN LUKA NEKROSIS DAN KUNING DENGAN MODERN DRESSING

Pengertian	1. Luka Kronis adalah luka yang mengalami kegagalan atau hambatan dalam proses penyembuhan akibat faktor endogen dan / atau exogen. 2. Warna Dasar Luka Kuning adalah permukaan dasar luka berwarna kuning, kuning kecoklatan, kuning kehijauan atau kuning pucat yang merupakan tanda adanya jaringan fibrous /slough (avaskuler), lembab (jaringan nekrotik lembab). 3. Warna Dasar Luka Hitam adalah permukaan dasar luka berwarna hitam, hitam kecoklatan atau hitam kehijauan yang merupakan tanda adanya nekrosis jaringan (avaskuler), lembab atau kering.
Indikasi	1. Balutan basah oleh exudate atau exudate merembes keluar dari tepi balutan sekunder (secondary dressing). 2. Warna dasar luka kuning atau hitam, atau campuran keduanya. 3. Luka berbau (mal odor).
Tujuan	1. Membuang jaringan nekrotik. 2. Mengurangi atau menghilangkan bau 3. Memberikan kenyamanan fisik dan psikologis kepada klien. 4. Memberikan lingkungan lembab yang memfasilitasi autolytic debridement
Petugas	Perawat
Persiapan klien dan lingkungan	1. Memberitahu tentang tujuan dan prosedur perawatan luka 2. Memasang sketsel atau menutup tirai jendela / pintu kamar klien.
Persiapan alat	1. Bak instrumen steril berisi: - 1 buah gunting jaringan tajam - 1 buah pinset anatomis - 1 buah pinset chirurgical 2. Korentang jar dan korntang: 1 set 3. Neerbeken 4. Gloves/sarung tangan sesuai ukuran: 2 pasang 5. Normal saline (NaCl 0,9%) 500 ml dalam botol 6. Topikal terapi sesuai kondisi luka: - Madu Trigona (Kele) 7. Pembalut/dressing luka (absorbent dressing) sesuai dengan kondisi: - Kasa 8. Underpad 9. Sabun Cuci Luka 10. Perikat balutan non-woven (hipafix / micropore, dll) 11. Gunting verband: 1 buah 12. Kantung sampah medis. 13. Penggaris luka
Prosedur	1. Bawa peralatan ke dekat klien 2. Periksa program perawatan luka/penggantian balutan yang direkomendasikan. 3. Letakkan under pad di bawah area luka. 4. Atur posisi klien sesuai lokasi luka dan memudahkan prosedur

	perawatan. - Tempatkan kantung sampah di dekat area kerja. - Cuci tangan secara medikal aseptis. - Pakai schort (gown) atau apron dan gloves pada kedua tangan - Usapkan alkohol 70% atau adhesive remover pada plester balutan yang menempel di kulit pasien. - Lepaskan/angkat perekat balutan secara hati-hati. - Basahi kasa (balutan primer) dengan normal saline bila kasa lengket di dasar luka. - Buang kasa pembalut luka ke dalam kantung sampah. - Lepaskan gloves jika kotor buang ke kantung sampah. - Kenakan gloves baru yang bersih. - Bilas luka dengan NaCl 0,9% dan gosok jaringan nekrosis secara lembut dengan ujung jari sampai bersih dengan menggunakan sabun cuci luka, - Keringkan luka dengan cara di tekan ringan dan lembut (bukan digosok) dengan kasa. - Kaji jumlah, jenis, viskositas dan bau exudate; warna dasar luka; ukuran luka; jaringan granulasi/ fibrorik, dan tanda infeksi. - Bersihkan kulit sekitar luka sampai radius $\pm$ 5 cm dari tepi luka - Kaji luka tentang ukuran (panjang, lebar, kedalaman dalam centimeter), bau, exudate, warna dasar, debris dan tanda infeksi. - Lakukan debridement tajam (CSWD) untuk melepas dan membuang jaringan nekrotik (jika jaringan nekrotik telah lepas dari dasar luka) dengangunting tajam dan pinset. - Bilas dengan NaCl 0,9% dan keringkan dengan kassa. - Aplikasikan antibiotika topikal (metronidazole powder jika perlu) dan Madu Trigona (Kele) di permukaan luka secara merata. Jika ada rongga dalam, isi rongga dengan Madu Trigona (Kele) sampai $\frac{1}{2}$ kedalamannya. - Tutup gel dengan balutan penyerap exudate sebagai primary dressing. - Tutup balutan dengan Transparent film dressing (tepi pembalut melingkupi 3 - 4 cm dari tepi luka) atau tutup dengan beberapa lapis kasa dan tutup seluruh permukaan kasa dengan plester non-woven (misal Hipafix) - Letakkan instrumen yang telah terpakai dan kotor di dalam kom berisi larutan desinfektan. - Rapikan klien dan angkat underpad. - Cuci peralatan kotor dan merapikan kembali di tempatnya semula - Lepaskan gloves (bagian dalam di luar), buang ke kantung sampah. - Lepaskan gown/ apron. - Cuci tangan secara medical aseptis - Catat di chart tentang penggantian balutan luka, penampilan/ukuran luka dan exudate.
Sumber Rujukan	- Carville, K. (2017). <i>Wound care manual</i> (7th ed.). Silver Chain Foundation. - European Wound Management Association. (2002). <i>Wound bed preparation in practice: Position document</i>. MEP Ltd. - Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). <i>Pedoman perawatan luka kronis dengan pendekatan modern dressing</i>. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

	4. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). <i>Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline</i>. Cambridge Media. 5. Thomas, S. (2003). <i>Wound management and dressings</i>. Pharmaceutical Press. 6. Subakti, H. (2020). Efektivitas madu trigona pada perawatan luka kronis. <i>Jurnal Keperawatan Modern</i>, 12(2), 105–112.
--	---

SPO MERAWAT & MENGGANTI BALUTAN LUKA GRANULASI (WARNA DASAR LUKA MERAH)

Pengertian	Warna Dasar Luka Merah adalah permukaan dasar luka berwarna merah terang dan lembab yang merupakan tanda bahwa luka dalam proses pertumbuhan jaringan granulasi dengan vaskularisasi baik dan mudah berdarah.
Indikasi	1. Balutan telah basah oleh exudate / exudate merembes keluar dari pembalut sekunder (secondary dressing). 2. Warna dasar luka merah.
Kontra Indikasi	Tidak ada
Tujuan	1. Memberikan lingkungan lembab yang memfasilitasi pertumbuhan jaringan granulasi dan proses epitelisasi. 2. Melindungi dari trauma. 3. Mencegah kontaminasi mikroorganisme 4. Memberikan kenyamanan fisik dan psikologis kepada klien.
Petugas	Perawat
Persiapan klien dan lingkungan	1. Memberitahukan tentang tujuan dan prosedur perawatan luka. 2. Memasang sketsel atau menutup tirai jendela / pintu kamar klien
Persiapan alat	1. Bak instrument steril berisi: - 1 buah pinset anatomis - 1 buah gunting jaringan (jika perlu) - 1 buah knop sonde 2. Korntang jar dan korntang: 1 set 3. Neerbeken/basin berisi larutan desinfektan: 1 buah 4. Gloves/sarung tangan sesuai ukuran: 2 pasang 5. Normal saline (NaCl 0,9%) 500 ml dalam botol 6. Topikal terapi sesuai kondisi luka: - Gel - Salep Luka 7. Balutan penyerap exudate (absorbent dressing) sesuai dengan kondisi luka: - Calcium Alginate - Kassa segi empat (ukuran sesuai kebutuhan)

	- Transparant film dreesing 8. Underpad 9. Sabun cuci luka 10. Perekat balutan hipoalergenik (hipafix atau ultrafix atau micropore) 11. Gunting verband: 1 buah 12. Penggaris luka - Kantung sampah.
Prosedur	1. Bawa peralatan ke dekat klien 2. Periksa program perawatan luka/ penggantian balutan yang direkomendasikan 3. Letakkan under pad di bawah area luka 4. Atur posisi klien sesuai lokasi luka dan memudahkan prosedur perawatan 5. Tempatkan kantung sampah medis di dekat area kerja 6. Cuci tangan secara medikal aseptis 7. Pakai schort (gown)/apron dan gloves pada kedua tangan 8. Buka perekat balutan yang menempel di kulit klien 9. Lepaskan/angkat perekat balutan secara hati-hati 10. Basahi kasa (balutan primer) dengan normal saline bila kasa lengket di dasarluka 11. Buang kasa pembalut luka ke dalam kantung sampah 12. Lepaskan gloves jika kotor buang ke kantung sampah 13. Kenakan gloves baru yang bersih di kedua tangan 14. Cuci dan Bilas luka dengan NaCl 0,9% dan gosok permukaan luka secara lembut dengan ujung jari sampai bersih 15. Keringkan luka dengan cara di tekan ringan dan lembut (bukan digosok) dengan kasa 16. Bersihkan kulit sekitar luka sampai radius $\pm$ 5 cm dari tepi luka dengan kasa alkohol 70% (jika tidak ada maserasi) 17. Kaji jumlah, jenis, konsistensi dan bau esudate; warna dasar luka; ukuran luka; jaringan granulasi atau fibrous, dan tanda-tanda infeksi. 18. Aplikasikan madu, di permukaan luka secara merata. Jika ada rongga yang dalam, isi rongga sampai $\frac{1}{2}$ kedalamannya 19. Aplikasikan balutan penyerap esudate dipermukaan luka 20. Tutup transparent film dressing (tepi pembalut melingkupi 3 - 4 cm

	dari tepi luka) atau beberapa lapis kasa dan tutup seluruh permukaan kasa dengan plester Non-woven (misal Hipafix) 21. Letakkan instrumen yang telah terpakai dan kotor di dalam kom berisilarutan desinfektan 22. Rapikan klien 23. Cuci peralatan kotor dan merapikan kembali di tempatnya semula 24. Lepaskan gloves (bagian dalam di luar), buang ke kantung sampah 25. Lepaskan gown 26. Cuci tangan secara medikal aseptis 27. Catat di chart tentang penggantian pembalut, penampilan luka dan exudate.
Sumber Rujukan	1. Carville, K. (2017). <i>Wound care manual</i> (7th ed.). Silver Chain Foundation. 2. European Wound Management Association. (2002). <i>Wound bed preparation in practice: Position document</i>. MEP Ltd. 3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). <i>Pedoman perawatan luka kronis dengan pendekatan modern dressing</i>. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. 4. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). <i>Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline</i>. Cambridge Media. 5. Thomas, S. (2003). <i>Wound management and dressings</i>. Pharmaceutical Press. 6. Subakti, H. (2020). Efektivitas madu trigona pada perawatan luka kronis. <i>Jurnal Keperawatan Modern</i>, 12(2), 105–112.

Lampiran 6 Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan

Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan pada Tn. S *Diabetic Foot* dengan Pemberian Madu Trigona (Kele) dalam Perawatan Luka

A. PENGKAJIAN

1. Data Keperawatan

a. Identitas

Identitas Pasien

Nama : Tn.S
No. RM : 002xxx
Jenis kelamin : Laki-laki
Tempat/tgl lahir : 02 Agustus 1968
Umur : 56 tahun
Tanggal pengkajian : 12 Maret 2025 pukul 09.00 WITA
Sumber data : Pasien dan keluarga
Kewarganegaraan : Indonesia
Agama : Hindu
Pendidikan : SMA
Alamat : Perum, Muding

Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. P
Umur : 30 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Perum, Muding

b. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada punggung kaki kanan di area luka dan sudah jadwal kontrol luka

c. Riwayat Penyakit

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke klinik Putu Parwata untuk kontrol rutin luka kaki diabetik yang dilakukan setiap 2 hari sekali di klinik. Hasil GDP Tn.S tanggal 10 Maret 2025 adalah 126 mg/dL. Saat pengkajian pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan dengan skala nyeri 3 (ringan), yang dirasakan hilang timbul terutama saat melakukan sedikit pergerakan. Pada pemeriksaan tampak ukuran luka 8 x 4 cm² kerusakan jaringan disertai perdarahan serta jaringan nekrotik (berwarna hitam) di sekitar

luka pada punngung kaki kanan, warna luka kemerahan, terdapat hematoma disekitar luka. Pasien diketahui rutin mengonsumsi metformin 500 mg sebanyak 2 kali sehari dan menjalani perawatan luka sesuai jadwal.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Tn. S memiliki riwayat DM tipe II

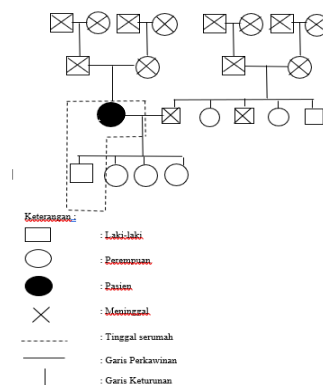
d. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang mengidap penyakit diabetes militus

e. Pengkajian Pola Kebutuhan Dasar

- 1) Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan dengan skala nyeri 3 (ringan)
- 2) Tampak ukuran luka 8 x 4 cm² dan jaringan nekrotik (berwarna hitam) di sekitar luka
- 3) Kerusakan jaringan disertai perdarahan
- 4) Warna luka kemerahan
- 5) Terdapat hematoma disekitar luka

f. Genogram



2. Analisis Data

Data yang didapatkan	Nilai Normal	Masalaah
Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan dengan skala nyeri 3 (ringan)	Pasien tidak meneluh nyeri	Gangguan Integritas Jaringan
Tampak ukuran luka 8x4 cm ² dan jaringan	Luka sembuh dan tidak ada jaringan nekrotik di sekitar	

nekrotik (berwarna hitam) di sekitar luka	luka	
Kerusakan jaringan disertai perdarahan	Tidak adanya perdarahan pada luka	
Warna luka kemerahan	Warna kulit eudermis	
Terdapat hematome di sekitar luka	Tidak terdapat hematoma di sekitar luka	

3. Analisis Masalah

Kondisi terkait	Penyebab	Masalah
Data subjektif: - Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan Data Objektif: - Tampak ukuran luka 8x4 cm² dan jaringan nekrotik (berwarna hitam) di sekitar luka - Kerusakan jaringan disertai perdarahan - Warna luka kemerahan - Terdapat hematome di sekitar luka	Diabetes Mellitus Tipe 2 ↓ Resistensi insulin ↓ Hiperglikemia ↓ Neuropati Perifer ↓ Ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan, Tampak ukuran luka 8x4 cm² dan jaringan nekrotik (berwarna hitam) di sekitar luka, Kerusakan jaringan disertai perdarahan, Warna luka kemerahan, Terdapat hematome di sekitar luka ↓ Gangguan Integritas Jaringan	Gangguan Integritas Jaringan

B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan, tampak ukuran luka 8x4 cm² dan jaringan nekrotik (berwarna hitam) di sekitar luka, kerusakan jaringan disertai perdarahan, warna luka kemerahan, terdapat hematome di sekitar luka.

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan, tampak ukuran luka 8x4 cm ² dan jaringan nekrotik (berwarna hitam) di sekitar luka, kerusakan jaringan disertai perdarahan, warna luka kemerahan, terdapat hematome di sekitar luka.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 kali kunjungan selama 45 menit maka integritas jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Nyeri menurun 3. Perdarahan menurun 4. Kemerahan menurun 5. Hematoma menurun	Intervensi Utama Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi 1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik 2. Mengubah posisi tiap 2 jam 3. Melakukan pemijatan pada area tonjolan 4. Membersihkan perenial dengan air hangat, terutama periode diare 5. Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 6. Menggunakan produk berbahan alami/ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive 7. Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 8. Menganjurkan menggunakan pelembab 9. Menganjurkan minum air yang cukup 10. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 12. Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 13. Menganjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal saat

berada diluar rumah
14.Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Perawatan Luka (I.14564)

Observasi

15.Memonitor karakteristik luka
16.Memonitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

17.Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan
18.Mencukur rambut sekitar luka
19.Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan
20.Membersihkan jaringan nekrotik
21.Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi
22.Memasang balutan sesuai jenis luka
23.Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
24.Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
25.Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
26.Memberikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
27.Memberikan supplement vitamin dan mineral
28.Memberikan terapi TENS

Edukasi

29.Menjelaskan tanda dan gejala infeksi
30.Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
31.Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

32.Mengkolaborasi prosedur debridement

33.Mengkolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

Intervensi Pendukung Edukasi Perawatan Kulit (I.12426)

Observasi

34.Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

35.Menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan
36.Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai jadwal
37.Memberikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

38.Menganjurkan menggunakan tabir surya saat berada diluar rumah
39.Menganjurkan minum cukup cairan
40.Menganjurkan mandi dan meggunakan sabun secukupnya
41.Menganjurkan menggunakan pelembab
42.Menganjurkan melaporkan jika ada lesi kulit yang tidak biasa
43.Menganjurkan membersihkan dengan air hangat bagian perianal selama periode diare

Intervensi Inovasi Terpilih

44.Perawatan luka dengan metode pembalutan menggunakan madu.

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	Paraf
Rabu, 12 Maret 2025 09.00 WITA	Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	DS: - Pasien mengatakan sempat terkena goresan pada kaki kanan sejak 1 bulan yang lalu. DO: - Tampak luka berada di dorsum pedis dekstra, nyeri skala 3 (ringan)	Suci
09.10 WITA	- Memonitor karakteristik luka - Melakukan perawatan dengan luka metode pembalutan menggunakan madu - Melepaskan balutan dan plester secara perlahan - Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Membersihkan jaringan nekrotik - Memasang balutan sesuai jenis luka yang sudah diberikan madu - Menjaga teknik steril saat melakukan perawatan luka - Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	DS: - Pasien mengatakan rutin kontrol luka. DO : - Tampak kerusakan pada jaringan kaki kanan, luka tampak kemerahan, perdarahan aktif, tampak muncul jaringan mati berwarna hitam yang ada disekitar luka pada kaki kanan - Tampak luka berada di dorsum pedis dekstra, berukuran sedang (8x4cm ²) (tertutup jaringan nekrotik). Tepi luka masih tidak menyatu dengan dasar luka, dan terdapat goa <2 cm. Jaringan nekrotik terlihat, <25% permukaan luka, dengan tipe kekuningan yang mudah dilepas. - Eksudat serosanguineous dalam jumlah moist. Kulit sekitar luka pucat, edema dan indurasi ringan. Granulasi sedikit dan epitelisasi hanya 50–75%. Skor total 26.	Suci
09.45 WITA	- Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Menggunakan lotion - Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering - Menganjurkan konsumsi air secukupnya	DS: - Pasien mengatakan paham mengenai informasi yang diberikan mengenai apa saja yang boleh atau tidak dibolehkan untuk digunakan DO : - Pasien tampak mendengarkan dengan seksama. Pasien mengajukan beberapa pertanyaan mengenai materi yang disampaikan	Suci

	- Menganjurkan penggunaan pelembab - Menganjurkan penggunaan tabir surya saat berada diluar rumah - Menganjurkan pelaporan jika ada esi kulit yang tidak biasa - Menganjurkan mandi dan penggunaan sabun secukupnya - Menganjurkan hindari paparan suhu yang ekstrem - Memberikan kesempatan bagi pasien untuk bertanya		
Jumat, 14 Maret 2025 09.00 WITA	- Memonitor karakteristik luka - Melakukan perawatan luka dengan metode pembalutan menggunakan madu - Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Memasang balutan sesuai jenis luka yang sudah diberikan madu - Menjaga teknik steril saat melakukan perawatan luka - Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	DS : - Pasien mengatakan sudah jadwal control luka dan nyeri berkurang DO : - Tampak kerusakan jaringan, luka masih tampak kemerahan, perdarahan aktif, tampak jaringan mati berwarna hitam yang ada disekitar luka pada kaki kanan serta muncul bau tak sedap. Nyeri skala 2. - Ukuran dan kedalaman luka tidak berubah secara signifikan, namun kedalaman membaik menjadi tertutup jaringan granulasi. Tepi luka mulai menyatu dengan dasar. Goa masih ada dan stabil. Nekrotik tetap <25% dan mudah dilepas. Eksudat tetap serosanguineous, jumlah tidak berubah. Warna kulit sekitar tetap pucat, edema dan indurasi masih ringan. Granulasi dan epitelisasi tetap. Skor total 24.	Suci
Minggu, 16 Maret 2025 09.00-09.45 WITA	- Memonitor karakteristik luka - Melakukan perawatan luka dengan metode pembalutan menggunakan madu - Melepaskan balutan dan plester secara	DS: - Pasien mengatakan masih dirasakan nyeri sedikit berkurang dari skala 3 turun menjadi skala 2 DO: - Terdapat perbaikan yang signifikan. Kedalaman luka	

	- perlahan - Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Membersihkan jaringan nekrotik - Memasang balutan sesuai jenis luka yang sudah diberikan madu - Menjaga teknik steril saat melakukan perawatan luka - Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	terap namun jaringan granulasi lebih stabil. Tepi luka semakin menyatu dengan dasar, eksudat lebih jernih (serosa) dan jumlahnya menurun. Goa dan nekrosis tetap stabil. Warna kulit sekitar masih pucat, edema dan indurasi ringan. Skor total: 22.	Suci
--	---	---	------

E. EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal	Klien	Evaluasi	Paraf
Minggu, 16 Maret 2025	Tn. S	Subjektif	
Pukul 10.00		- Pasien mengatakan merasa lebih membaik rasa nyeri berkurang	
WITA		Objektif	
		- Kerusakan jaringan menurun (Terdapat perbaikan yang signifikan. Kedalaman luka tetap namun jaringan granulasi lebih stabil. Tepi luka semakin menyatu dengan dasar, eksudat lebih jernih (serosa) dan jumlahnya menurun. nekrosis tetap stabil. Skor total: 22.)	Suci
		- Nyeri menurun (skala 3 turun menjadi skala 2)	
		- Perdarahan menurun (tidak ada rembes pada balutan pasien)	
		- Kemerahan menurun	
		- Hematoma menurun	
		Assessment	
		- Tanda dan gejala gangguan integritas jaringan teratasi sebagian	

Planning

- Lanjutkan perawatan luka dengan teknik aseptik dan metode pembalutan madu.
 - Bersihkan luka dengan NaCl 0,9% dan jaringan nekrotik jika diperlukan.
 - Evaluasi rutin perkembangan luka (kemerahan, perdarahan, eksudat, jaringan mati).
 - Monitor nyeri dan berikan intervensi sesuai skala nyeri.
 - Edukasi lanjutan kepada pasien dan keluarga terkait perawatan luka mandiri di rumah, tanda infeksi, dan pentingnya nutrisi serta kontrol gula darah.
-

Pengkajian Luka Tn. S

PENGKAJIAN LUKA BATES-JENSEN WOUND ASSESSMENT TOOL					
Lokasi Luka : Dorsum pedis dekstra					
ITEMS	PENGKAJIAN	Tgl & Skor	Tgl & Skor	Tgl & Skor	
		12/03/25	14/03/25	16/03/25	
1. Ukuran	0= sembuh, luka terselesaikan panjang x lebar 1= < 4 cm 2= 4 s/d < 16 cm ² 3= 16 s/d < 36cm ² 4= 36 s/d < 80 cm ² 5= > 80 cm ²	2	2	2	
2. Kedalaman	0= sembuh, luka terselesaikan 1. Eritema atau kemerahan 2. Laserasi lapisan epidermis dan atau dermis 3. Seluruh lapisan kulit hilang, kerusakan atau nekrosis subkutan, tidak mencapai fascia, tertutup jaringan granulasi. 4. Tertutup jaringan nekrosis 5. Seluruh lapisan kulit hilang dengan destruksi luas, kerusakan jaringan otot, tulang.	4	3	3	
3. Tepi Luka	0= Sembuh, luka terselesaikan 1. Samar, tidak terlihat dengan jelas. 2. Batas tepi terlihat, menyatu dengan dasar luka 3. Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka. 4. Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka, tebal 5. Jelas, fibrotic, parut tebal/ hiperkeratonik.	2	1	1	
4. Terowongan/ Goa	0= Sembuh, luka terselesaikan 1. Tidak ada goa 2. Goa < 2 cm di di areamanapun 3. Goa 2 - 4 cm seluas < 50 % pinggir luka.	2	2	2	

F.

		4. Goa 2 - 4 cm seluas > 50 % pinggir luka.			
		5. Goa > 4 cm di area manapun.			
5.	Tipe Jaringan Nekrotik	1. Tidak ada	2	2	2
		2. Putih / abu-abu jaringan tidak dapat teramati dan atau jaringan nekrotik kekuningan yang mudah dilepas.			
		3. Jaringan nekrotik kekuningan yang melekat tapi mudah dilepas.			
		4. Melekat, lembut, eskar hitam.			
		5. Melekat kuat, keras, ekstrahitam.			
6. Jumlah Jaringan Nekrotik		1. Tidak ada jaringan nekrotik	2	2	2
		2. < 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik.			
		3. 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik			
		4. > 50% dan < 75% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik			
		5. 75% s/d 100% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik.			
7. Tipe Eksudat		1. Tidak ada eksudat	2	2	1
		2. Bloody			
		3. Serosanguineous (encer, berair, merah pucat atau pink)			
		4. Serosa (encer, berair, jernih)			
		5. Purulent (encer atau kental, keruh, kecoklatan/kekuningan, dengan atau tanpa bau)			
8. Jumlah Eksudat		1. Tidak ada, luka kering	2	2	1
		2. Moist, luka tampak lembab tapi eksudat tidak teramati.			
		3. Sedikit: Permukaan luka moist, eksudat membasahi < 25 % balutan.			
		4. Moderat : Eksudat terdapat 25% dan < 75% dari balutan yang digunakan			
		5. Banyak : Eksudat terdapat >75 % dari balutan yang digunakan			
9. Warna Kulit Sekitar Luka		1. Pink atau warna kulit normal setiap bagian luka.	2	2	2
		2. Merah terang jika disentuh.			
		3. Putih atau abu-abu, pucat atau hipopigmentasi .			

	4. Merah gelap atau ungu dan atau tidak pucat.			
	5. Hitam atau hiperpigmentasi			
10. Edema Perifer /Tepi Jaringan	1. Tidak ada pembengkakan atau edema.	1	1	1
	2. Tidak ada pitting edema sepanjang < 4 cm sekitar luka.			
	3. Tidak ada pitting edema sepanjang $\geq$ 4 cm sekitar luka.			
	4. Pitting edema sepanjang <4 cm disekitar luka.			
	5. Kreptus dan atau pitting edema sepanjang . 4 cm disekitar luka.			
11. Indurasi Jaringan Perifer	1. Tidak ada indurasi	1	1	1
	2. Indurasi < 2 cm sekitar luka.			
	3. Indurasi 2-4 cm seluas <50% sekitar luka.			
	4. Indurasi 2-4 cm seluas >50% sekitar luka.			
	5. Indurasi > 4 cm dimanajuga pada luka.			
12. Jaringan Granulasi	1. Kulit utuh atau luka pada sebagian kulit.	1	1	1
	2. Terang, merah seperti daging; 75 % s/d 100 % luka terisi granulasi.			
	3. Terang, merah seperti daging; < 75 % dan > 25 % luka terisi granulasi.			
	4. Pink, dan atau pucat, merah kehitaman dan atau luka $\leq$ 25 % terisi granulasi.			
	5. Tidak ada jaringan granulasi.			
13. Epitelisasi	1. 100 % luka tertutup, permukaan utuh.	3	3	3
	2. 75 % s/d < 100 % epitelisasi			
	3. 50 % s/d < 75% epitelisasi			
	4. 25 % s/d < 50 % epitelisasi			
	5. < 25 % epitelisasi			
SKOR TOTAL		26	24	22
PARAF DAN NAMA PETUGAS		Suci	Suci	Suci

Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan pada Tn. M *Diabetic Foot* dengan Pemberian Madu Trigona (Kele) dalam Perawatan Luka

A. PENGKAJIAN

1. Data Keperawatan

a. Identitas

Identitas Pasien

Nama : Tn. M
No. RM : 015xxx
Jenis kelamin : Laki-laki
Tempat/tgl lahir : 5 November 1961
Umur : 63 tahun
Tanggal pengkajian : 12 Maret 2025 pukul 12.00 WITA
Sumber data : Pasien dan keluarga
Kewarganegaraan : Indonesia
Agama : Hindu
Pendidikan : SMA
Alamat : Dalung

Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. G
Umur : 42 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Dalung

b. Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri pada jempol kaki kanan di area luka dan sudah jadwal kontrol luka

c. Riwayat Penyakit

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke klinik Putu Parwata untuk kontrol rutin luka kaki diabetik yang dilakukan setiap 2 hari sekali di klinik. Hasil GDP Tn.M tanggal 9 Maret 2025 adalah 130 mg/dL. Saat pengkajian pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan teruama di area jempol dengan skala nyeri 5 (sedang), yang dirasakan hilang timbul terutama saat melakukan sedikit pergerakan. Pada pemeriksaan tampak ukuran luka 4x3 cm² kerusakan jaringan disertai perdarahan serta jaringan nekrotik (berwarna hitam) di sekitar luka pada jempol kaki kanan, warna luka kemerahan, terdapat hematoma disekitar

luka. Pasien diketahui rutin mengonsumsi metformin 500 mg sebanyak 2 kali sehari dan menjalani perawatan luka sesuai jadwal.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Tn. M memiliki riwayat DM tipe II

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien dan keluarga mengatakan di keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat DM

e. Pengkajian Pola Kebutuhan Dasar

1) Pasien mengeluh nyeri pada jempol kaki kanan dengan skala nyeri 5 (sedang)

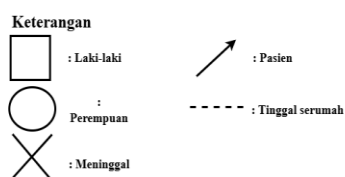
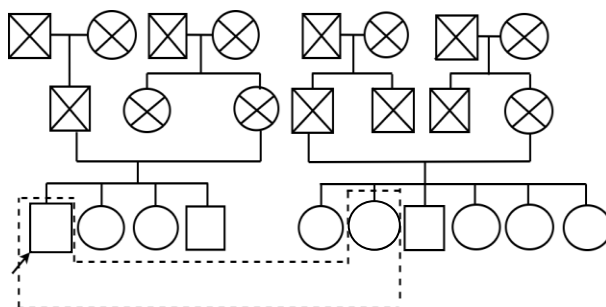
2) Tampak ukuran luka 4x3 cm² dan jaringan nekrotik di sekitar luka

3) Kerusakan jaringan disertai perdarahan

4) Warna luka kemerahan

5) Terdapat hematoma disekitar luka

f. Genogram



2. Analisis Data

Data yang didapatkan	Nilai Normal	Masalaah
Pasien mengeluh nyeri pada jempol kaki kanan dengan skala nyeri 5 (sedang)	Pasien tidak meneluh nyeri	Gangguan Integritas Jaringan

Tampak ukuran luka 4x3 cm ² dan jaringan nekrotik di sekitar luka	Luka sembuh dan tidak ada jaringan nekrotik di sekitar luka	
Kerusakan jaringan disertai perdarahan	Tidak adanya perdarahan pada luka	
Warna luka kemerahan	Warna kulit eudermis	
Terdapat hematome di sekitar luka	Tidak terdapat hematoma di sekitar luka	

4. Analisis Masalah

Kondisi terkait	Penyebab	Masalah
Data subjektif: - Pasien mengeluh nyeri pada jempol kaki kanan dengan skala nyeri 5 (sedang) - Data Objektif: - Tampak ukuran luka 4x3 cm² dan jaringan nekrotik di sekitar luka - Kerusakan jaringan disertai perdarahan - Warna luka kemerahan - Terdapat hematome di sekitar luka	Diabetes Mellitus Tipe 2 ↓ Resistensi insulin ↓ Hiperglikemia ↓ Neuropati Perifer ↓ Ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada jempol kaki kanan, tampak ukuran luka 4x3 cm² dan jaringan nekrotik di sekitar luka, kerusakan jaringan disertai perdarahan, warna luka kemerahan, terdapat hematome di sekitar luka ↓ Gangguan Integritas Jaringan	Gangguan Integritas Jaringan

B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada jempol kaki kanan, tampak ukuran luka 4x3 cm² dan jaringan nekrotik di sekitar luka, kerusakan jaringan disertai perdarahan, warna luka kemerahan, terdapat hematome di sekitar luka.

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan, tampak ukuran luka 8x4 cm ² dan jaringan nekrotik (berwarna hitam) di sekitar luka, kerusakan jaringan disertai perdarahan, warna luka kemerahan, terdapat hematome di sekitar luka.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 kali kunjungan selama 45 menit maka integritas jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kerusakan jaringan menurun 2) Nyeri menurun 3) Perdarahan menurun 4) Kemerahan menurun 5) Hematoma menurun	Intervensi Utama Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi 1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik 2. Mengubah posisi tiap 2 jam 3. Melakukan pemijatan pada area tonjolan 4. Membersihkan perenial dengan air hangat, terutama periode diare 5. Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 6. Menggunakan produk berbahan alami/ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive 7. Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 8. Menganjurkan menggunakan pelembab 9. Menganjurkan minum air yang cukup 10. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 12. Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem

-
13. Menganjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal saat berada diluar rumah
 14. Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Perawatan Luka (I.14564)
Observasi

15. Memonitor karakteristik luka
16. Memonitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

17. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan
18. Mencukur rambut sekitar luka
19. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan
20. Membersihkan jaringan nekrotik
21. Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi
22. Memasang balutan sesuai jenis luka
23. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
24. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
25. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
26. Memberikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
27. Memberikan supplement vitamin dan mineral
28. Memberikan terapi TENS

Edukasi

29. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi
30. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
31. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

- 32. Mengkolaborasi prosedur debridement
- 33. Mengkolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

Intervensi Pendukung Edukasi Perawatan Kulit (I.12426)**Observasi**

- 34. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

- 35. Menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan
- 36. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai jadwal
- 37. Memberikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- 38. Menganjurkan menggunakan tabir surya saat berada diluar rumah
- 39. Menganjurkan minum cukup cairan
- 40. Menganjurkan mandi dan meggunakan sabun secukupnya
- 41. Menganjurkan menggunakan pelembab
- 42. Menganjurkan melaporkan jika ada lesi kulit yang tidak biasa
- 43. Menganjurkan membersihkan dengan air hangat bagian perianal selama periode diare

Intervensi Inovasi Terpilih

- 44. Perawatan luka dengan metode pembalutan menggunakan madu.
-

2.IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	Paraf
Rabu, 12 Maret 2025 12.00 WITA	Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	S: - Pasien mengatakan sempat terkena goresan pada kaki kanan sejak 3 minggu yang lalu. O: - Tampak luka berada di hallux dekstra, nyeri skala 5 (sedang)	Suci
12.10 WITA	- Memonitor karakteristik luka - Melakukan perawatan dengan luka metode pembalutan menggunakan madu - Melepaskan balutan dan plester secara perlahan - Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Membersihkan jaringan nekrotik - Memasang balutan sesuai jenis luka yang sudah diberikan madu - Menjaga teknik steril saat melakukan perawatan luka - Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	S: - Pasien mengatakan rutin kontrol luka. O: - Tampak kerusakan pada jaringan kaki kanan, luka tampak kemerahan, perdarahan aktif, tampak muncul jaringan mati berwarna hitam yang ada disekitar luka pada kaki kanan serta muncul bau tak sedap - Luka Tn. M yaitu Luka pada hallux dekstra, berukuran sedang dan lebih dalam, dengan kerusakan seluruh lapisan kulit hingga nekrosis berat. Tepi luka jelas dan tidak menyatu, dengan goa <2 cm. Jaringan nekrotik terlihat <25% permukaan, tipe melekat kekuningan. Eksudat serosanguineous dalam jumlah sedikit. Warna kulit sekitar pucat, edema dan indurasi sedang. Granulasi belum optimal dan epitelisasi hanya 50–75%. Skor total: 37	Suci
12.45 WITA	- Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Menggunakan lotion - Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering - Menganjurkan konsumsi air secukupnya - Menganjurkan penggunaan pelembab	S: - Pasien mengatakan paham mengenai informasi yang diberikan mengenai apa saja yang boleh atau tidak dibolehkan untuk digunakan O : - Pasien tampak mendengarkan dengan seksama. Pasien mengajukan beberapa pertanyaan mengenai materi yang disampaikan	Suci

	- Menganjurkan penggunaan tabir surya saat berada diluar rumah - Menganjurkan pelaporan jika ada esi kulit yang tidak biasa - Menganjurkan mandi dan penggunaan sabun secukupnya - Menganjurkan hindari paparan suhu yang ekstrem - Memberikan kesempatan bagi pasien untuk bertanya		
Jumat, 14 Maret 2025 12.00 WITA	- Memonitor karakteristik luka - Melakukan perawatan luka dengan metode pembalutan menggunakan madu - Melepaskan balutan dan plester secara perlahan - Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Membersihkan jaringan nekrotik - Memasang balutan sesuai jenis luka yang sudah diberikan madu - Menjaga teknik steril saat melakukan perawatan luka - Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	S : - Pasien mengatakan sudah jadwal control luka O : - Tampak kerusakan jaringan, luka masih tampak kemerahan, perdarahan aktif, tampak jaringan mati berwarna hitam yang ada disekitar luka pada kaki kanan serta muncul bau tak sedap. Nyeri skala 4. - Kedalaman luka masih berat, namun sedikit membaik. Tipe jaringan nekrotik lebih ringan dibanding sebelumnya. Tepi luka, eksudat, dan kondisi kulit sekitar tidak mengalami perubahan. Goa masih ada dan jaringan granulasi tetap. Skor total menunjukkan sedikit perbaikan. Skor total: 36	Suci
12.45 WITA	- Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	S: - Keluarga pasien mengatakan paham dengan apa yang dijelaskan O: - Keluarga pasien tampak memperhatikan dan mendengarkan dengan seksama	Suci
Minggu, 16 Maret 2025 12.00-12.45	- Memonitor karakteristik luka - Melakukan perawatan	S: - Pasien mengatakan masih dirasakan nyeri sedikit	

WITA	luka dengan metode pembalutan menggunakan madu - Melepaskan balutan dan plester secara perlahan - Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Membersihkan jaringan nekrotik - Memasang balutan sesuai jenis luka yang sudah diberikan madu - Menjaga teknik steril saat melakukan perawatan luka - Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	berkurang dari skala 5 turun menjadi skala 3 O: - Luka menunjukkan perbaikan lambat. Kedalaman membaik namun masih cukup berat. Eksudat tetap serosanguineous dan jumlahnya tidak berkurang. Warna kulit dan edema sedikit membaik. Granulasi sedikit menurun dan epitelisasi tidak berubah. Skor total 34.	Suci
------	---	---	------

3.EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal	Klien	Evaluasi	Paraf
Minggu, 16 Maret 2025 Pukul 13.00 WITA	Tn. M	Subjektif - Pasien mengatakan merasa lebih membaik, nyeri terasa berkurang Objektif - Kerusakan jaringan menurun (Luka menunjukkan perbaikan. Warna kulit dan edema sedikit membaik. Skor total 34) - Nyeri menurun (skala 5 turun menjadi skala 3) - Perdarahan menurun (tidak ada rembes pada balutan pasien) - Kemerahan menurun - Hematoma menurun -	Suci

Assessment

- Tanda dan gejala gangguan integritas jaringan teratasi sebagian

Planning

- Pertahankan kondisi klien
 - Lanjutkan intervensi Perawatan Integritas Jaringan, Perawatan luka dan Intervensi Inovasi
 - Anjurkan minum air yang cukup
 - Anjurkan menggunakan pelembab
-

Pengkajian Luka Tn. M

PENGKAJIAN LUKA BATES-JENSEN WOUND ASSESSMENT TOOL					
Lokasi Luka : Hallux dekstra					
ITEMS	PENGKAJIAN	Tgl & Skor	Tgl & Skor	Tgl & Skor	
		12/03/25	14/03/25	16/03/25	
1. Ukuran	0= sembuh, luka terselesaikan panjang x lebar 1= < 4 cm 2= 4 s/d < 16 cm ² 3= 16 s/d < 36cm ² 4= 36 s/d < 80 cm ² 5= > 80 cm ²	2	2	2	
2. Kedalaman	0= sembuh, luka terselesaikan 1. Eritema atau kemerahan 2. Laserasi lapisan epidermis dan atau dermis 3. Seluruh lapisan kulit hilang, kerusakan atau nekrosis subkutan, tidak mencapai fascia, tertutup jaringan granulasi. 4. Tertutup jaringan nekrosis 5. Seluruh lapisan kulit hilang dengan destruksi luas, kerusakan jaringan otot, tulang.	5	5	4	
3. Tepi Luka	0= Sembuh, luka terselesaikan 1. Samar, tidak terlihat dengan jelas. 2. Batas tepi terlihat, menyatu dengan dasar luka 3. Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka. 4. Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka, tebal 5. Jelas, fibrotic, parut tebal/ hiperkeratonik.	3	3	3	
4. Terowongan/Goa	0= Sembuh, luka terselesaikan 1. Tidak ada goa 2. Goa < 2 cm di area manapun 3. Goa 2 - 4 cm seluas < 50 % pinggir luka.	2	2	2	

		4. Goa 2 - 4 cm seluas > 50 % pinggir luka.			
		5. Goa > 4 cm di area manapun.			
5.	Tipe Jaringan Nekrotik	1. Tidak ada	3	2	2
		2. Putih / abu-abu jaringan tidak dapat teramati dan atau jaringan nekrotik kekuningan yang mudah dilepas.			
		3. Jaringan nekrotik kekuningan yang melekat tapi mudah dilepas.			
		4. Melekat, lembut, eskar hitam.			
		5. Melekat kuat, keras, ekstrahitam.			
6. Jumlah Jaringan Nekrotik		1. Tidak ada jaringan nekrotik	2	2	2
		2. < 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik.			
		3. 25% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik			
		4. > 50% dan < 75% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik			
		5. 75% s/d 100% permukaan luka tertutup jaringan nekrotik.			
7. Tipe Eksudat		1. Tidak ada eksudat	3	3	3
		2. Bloody			
		3. Serosanguineous (encer, berair, merah pucat atau pink)			
		4. Serosa (encer, berair, jernih)			
		5. Purulent (encer atau kental, keruh, kecoklatan/kekuningan, dengan atau tanpa bau)			
8. Jumlah Eksudat		1. Tidak ada, luka kering	3	3	3
		2. Moist, luka tampak lembab tapi eksudat tidak teramati.			
		3. Sedikit: Permukaan luka moist, eksudat membasahi < 25 % balutan.			
		4. Moderat : Eksudat terdapat 25% dan < 75% dari balutan yang digunakan			
		5. Banyak : Eksudat terdapat >75 % dari balutan yang digunakan			
9. Warna Kulit Sekitar Luka		1. Pink atau warna kulit normal setiap bagian luka.	3	3	3
		2. Merah terang jika disentuh.			
		3. Putih atau abu-abu, pucat atau hipopigmentasi .			

	1. Merah gelap atau ungu dan atau tidak pucat.			
	2. Hitam atau hiperpigmentasi			
10. Edema Perifer /Tepi Jaringan	1. Tidak ada pembengkakan atau edema.	3	3	2
	2. Tidak ada pitting edema sepanjang < 4 cm sekitar luka.			
	3. Tidak ada pitting edema sepanjang $\geq$ 4 cm sekitar luka.			
	4. Pitting edema sepanjang <4 cm disekitar luka.			
	5. Kreptus dan atau pitting edema sepanjang . 4 cm disekitar luka.			
11. Indurasi Jaringan Perifer	1. Tidak ada indurasi	2	2	2
	2. Indurasi < 2 cm sekitar luka.			
	3. Indurasi 2-4 cm seluas <50% sekitar luka.			
	4. Indurasi 2-4 cm seluas >50% sekitar luka.			
	5. Indurasi > 4 cm dimanajuga pada luka.			
12. Jaringan Granulasi	1. Kulit utuh atau luka padasebagian kulit.	3	3	2
	2. Terang, merah seperti daging; 75 % s/d100 % luka terisi granulasi.			
	3. Terang, merah seperti daging; < 75 % dan > 25 %luka terisi granulasi.			
	4. Pink, dan atau pucat, merah kehitaman danatau luka $\leq$ 25 % terisi granulasi.			
	5. Tidak ada jaringan granulasi.			
13. Epitelisasi	1. 100 % luka tertutup, permukaan utuh.	3	3	3
	2. 75 % s/d < 100 % epitelisasi			
	3. 50 % s/d < 75% epitelisasi			
	4. 25 % s/d < 50 % epitelisasi			
	5. < 25 % epitelisasi			
SKOR TOTAL		37	36	34
PARAF DAN NAMA PETUGAS		Suci	Suci	Suci

Lampiran 7 Surat Studi Pendahuluan



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Denpasar

Jalan Sanitasi No.1, Sidakarya,
Denpasar Selatan, Bali 80224
(0361) 710447
<https://poltekkes-denpasar.ac.id>

Nomor : PP.06.02/F.XXXII.13/ 0394 /2025

17 Januari 2025

Hal : Mohon ijin Pengambilan Data Studi Pendahuluan

Yth. Manajer Klinik Putu Parwata

di-

Tempat

Sehubungan dengan pembuatan tugas Karya Ilmiah Akhir mahasiswa Program Studi Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan, kami mohon perkenannya untuk memberikan ijin pengambilan data pendukung/studi pendahuluan kepada mahasiswa kami atas nama :

NAMA	NIM	DATA YANG DIAMBIL
Ni Wayan Suci Hardayani Wedanti	P07120324001	• Data angka kejadian diabetes mellitus pada tahun 2022,2023,2024 • Data angka kejadian kasus diabetec foot pada penderita diabetes mellitus pada tahun 2022,2023,2024

Demikian kami sampaikan atas perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Keperawatan

I Made Sukarja, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP : 196812311992031020

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



Lampiran 8 Surat Izin Penelitian



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Denpasar

Jalan Sanitasi No.1, Sidakarya,
Denpasar Selatan, Bali 80224
(0361) 710447
<https://poltekkes-denpasar.ac.id>

Nomor : PP.06.02/F.XXXII.13/0543/2025
Lampiran :
Hal : Mohon ijin Penelitian

3 Februari 2025

Yth :
Manajer Klinik Putu Parwata
di-
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar tahun akademik 2024-2025, kami mohon perkenannya untuk memberikan ijin penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama : Ni Wayan Suci Hardayani Wedanti
Nim : P07120324001
Judul penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan Pada Pasien Diabetic Foot Dengan Pemberian Madu Trigona (Kele) Dalam Perawatan Luka Di Klinik Putu Parwata Tahun 2025
Lokasi penelitian : Klinik Putu Parwata
Waktu penelitian : Februari – Maret 2025

Atas perkenannya kami ucapkan terima kasih

Ketua Jurusan Keperawatan

I Made Sukarja, S.Kep., Ners., M.Kep

NIP : 196812311992031020

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



Lampiran 9 Dokumentasi Penelitian

Pasien 1	Pasien 2
 A photograph of the plantar surface of a foot. The skin is dark and shows a large, irregular, ulcerated area with exposed tissue and some discoloration. The foot is resting on an orange surface.	 A photograph of the dorsal surface of a foot. The big toe is severely swollen and has a large, open, ulcerated wound on its tip, revealing bright red tissue. The foot is resting on a brown surface.

Lampiran 10 Bukti Validasi Bimbingan

Portal
Perkuliahan
Perkuliahan (mhs)
Laporan (Mhs)
Yudisium (Mhs)
SISTEM INFORMASI MANAJEMEN AKADEMIK

Edit

Data Skripsi Mahasiswa

N I M

P07120324001

Nama Mahasiswa

Ni Wayan Suci Hardayani Wedanti

Info Akademik

Fakultas

Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi

Semester

2

Skripsi
Bimbingan
Jurnal Ilmiah
Seminar Proposal
Syarat Sidang
Sidang Skripsi

Bimbingan

No	Dosen	Topik	Masukan Dosen	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen	Aksi
1	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Pengajuan judul Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan pada Pasien Diabetic Foot Dengan Pemberian Madu Trigona (Kele) Dalam Perawatan Luka	Pastikan paham dengan topik yang dipilih, Silahkan Mulai menulis	3 Mar 2025	✓	
2	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	BAB 1	Data terlalu banyak, beberapa konsep masukkan di Bab 2, lihat panduan penulisan	16 Apr 2025	✓	
3	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	BAB 2	Kajian teori konsep asuhan: tuliskan Data mayor dan minor dan faktor yang berhubungan Kajian teori konsep asuhan: tuliskan situasi yang terjadi di lapangan, cek kembali teknik membuat kutipan	30 Apr 2025	✓	
4	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	BAB 3,4,5	Data cukup dinarasikan saja , demikian juga renpra dan implementasi, yang lengkap taruh pada lampiran Isi pembahasan belum ada komparasi	6 Mei 2025	✓	
5	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Pengajuan judul Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan pada Pasien Diabetic Foot Dengan Pemberian Madu Trigona (Kele) Dalam Perawatan Luka	perbaiki tata penulisan judul, jumlah kata maksimal	4 Mar 2025	✓	
6	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	BAB 1	Perbaiki penulisan, kutipan sumber	16 Apr 2025	✓	
7	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	BAB 2	Perbaiki sistematika dan penomeran	30 Apr 2025	✓	
8	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	BAB 3,4,5	periksa ulang hasil ketikan	6 Mei 2025	✓	
9	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Revisi BAB 3,4,5	Perbaiki penomeran dan hasil ketikan	8 Mei 2025	✓	
10	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Revisi Abstrak dan BAB 3,4,5	perbaiki sesuai saran pada kertas kerja Sesuaikan jumlah saran dengan tujuan	15 Mei 2025	✓	
11	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Kian Lengkap	Acc ujian KIAN, periksa ulang keseluruhan KIAN	16 Mei 2025	✓	
11	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Kian Lengkap	perbaiki sesuai saran pada kertas kerja Sesuaikan jumlah saran dengan tujuan Ambil materi abstrak pada kesimpulan	16 Mei 2025	✓	

Lampiran 11 Bukti Penyelesaian Administrasi



Kemenkes
Poltekkes Denpasar

Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Denpasar
Jalan Sanitasi No.1, Sidakarya
Denpasar Selatan, Bali 80224
☎ (0361) 710447
🌐 <https://www.poltekkes-denpasar.ac.id>

**BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS
PRODI PROFESI KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES DENPASAR**

NAMA : NI WAYAN SUCI HARDAYANI WEDANTI
NIM : P07120324001

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	AKADEMIK	15/5/25		Ny. Rai Sekarini
2	PERPUSTAKAAN	15/5/25		Ayo Triani Jaya
3	LABORATORIUM	15/5/25		Cening Gungah
4	HMJ	15/5/25		Pascho
5	KEUANGAN	15/5/25		I.A. Sumbi B
6	ADMINISTRASI UMUM/PERLENGKAPAN	15/5/25		I.A. kt Alit

Keterangan:
Mahasiswa dapat mengikuti Ujian Karya Ilmiah Akhir Ners jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi

Denpasar, 15 Mei 2025
Ketua Jurusan Keperawatan,



I Made Sukirja, S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP: 196812311992031020

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Wayan Suci Hardayani Wedanti
Nim : P07120324001
Program Studi : Profesi Ners
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2025
Alamat : Jalan Pulau Moyo, Pedungan, Denpasar Selatan
No Hp/Email : 081339773630/sucihardayani@gmail.com

Dengan ini menyerahkan Karya Ilmiah Akhir Ners berupa Tugas Akhir dengan judul : "Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan pada Pasien *Diabetic Foot* dengan Pemberian Madu Trigona (Kele) dalam Perawatan Luka".

1. Dan menyetujui menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan publikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 19 Mei 2025

Yang Menyatakan



Ni Wayan Suci Hardayani Wedanti
NIM. P07120324001

Lampiran 13 Bukti Hasil Turnitin

