

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN PROSES PENYEMBUHAN LUKA

- Pengkajian
- Diagnosa
- Perencanaan
- Implementasi
- Evaluasi

# Pengkajian pd Klien dg Luka

- ④ **Kondisi Darurat**
- ④ **Kondisi Stabil**
- ④ **Karakter Drainase Luka**
- ④ **Kultur Luka**

Back

# MONITORING - OBSERVATION - INSPECTION

- Daily monitoring of a patient skin, observation the dressing, especially if dressing stay in place for several days
- Documentation :
  - Dressing dry and intact, surrounding skin within normal limits

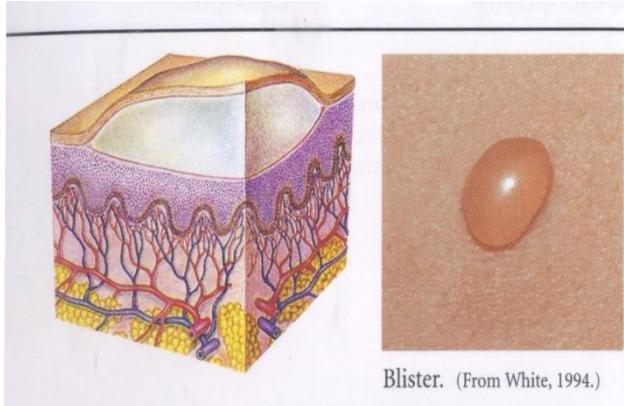


# Skin assessment

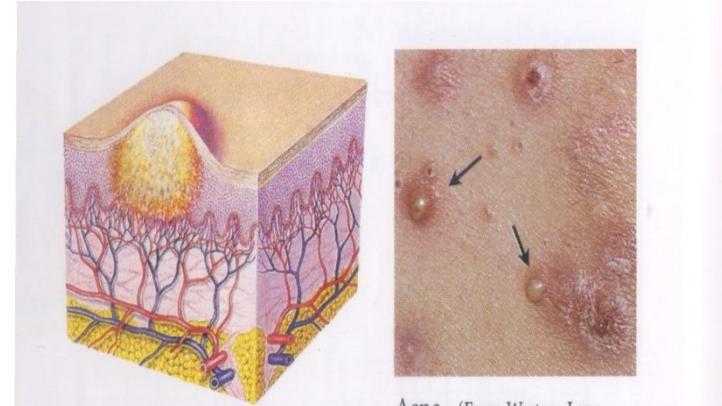
- Daily evaluation
  - the integrity
  - Temperature
  - Texture
  - Presence of lesion



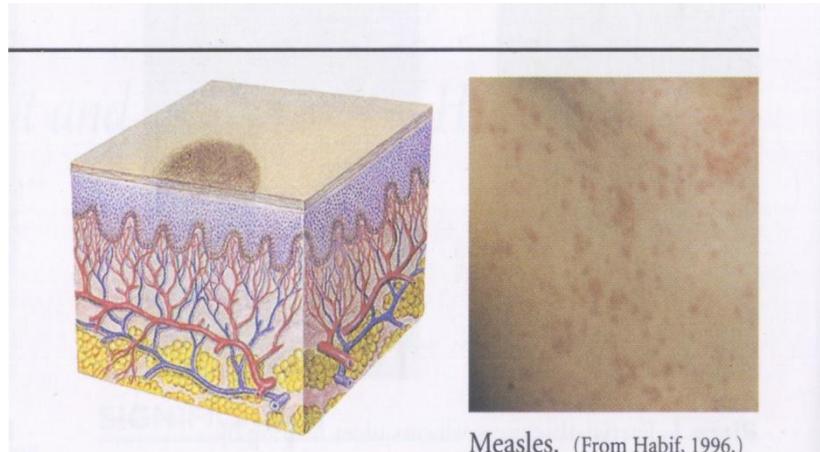
# SKIN ASSESSMENT



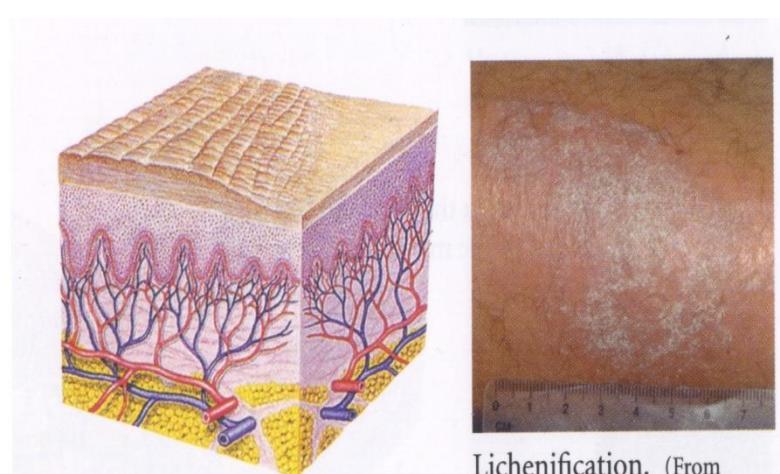
Blister. (From White, 1994.)



Acne. (From Weston Lark)



Measles. (From Habif, 1996.)



Lichenification. (From

# ASSESSMENT

## □ Holistic assessment

- Etiology
- Duration of the wound / age
- Factor that impede healing

## ■ Wound assessment

- Location
- Stage
- Wound base
- Type of tissue
- Dimension
- Exudates
- Odor
- Wound edge
- Periwound skin
- sign of infection
- wound pain

# 1. Etiology

- Will drive intervention choice and strategies
  - Venous hypertension / venous ulcer = compression bandage
  - Pressure ulcer = relief pressure

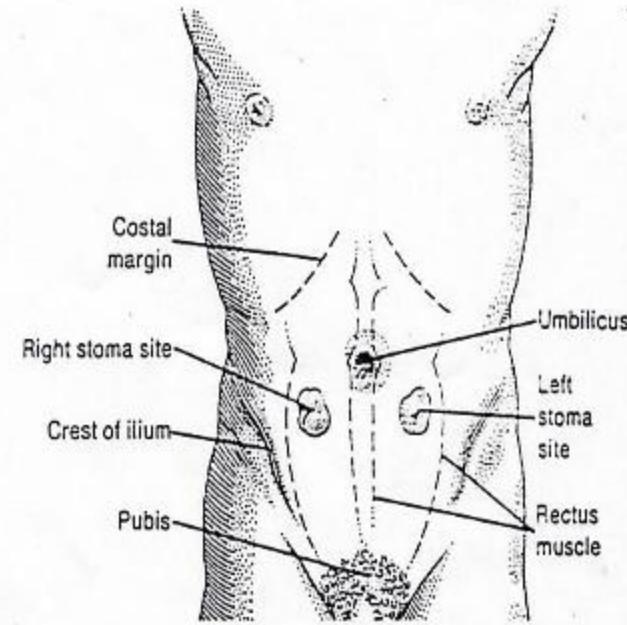


2007-01-09 02:26

# Types of Skin Damage / etiology

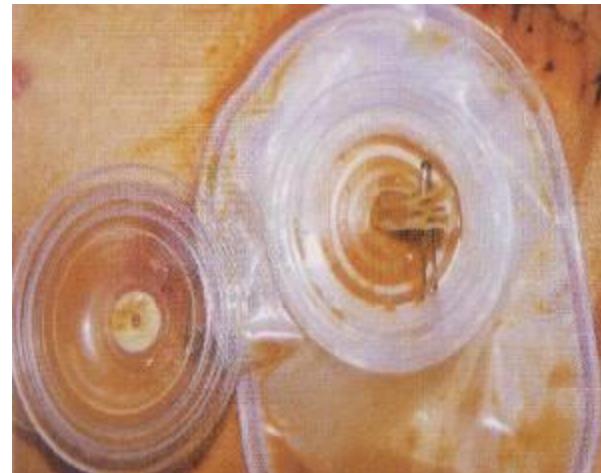
- Mechanical: pressure, shear, friction, stripping
- Chemical: incontinence, drainage, harsh solutions, improper use of products
- Vascular: arterial, venous, diabetic
- Infectious: *Candidiasis*, impetigo, herpes
- Allergic
- Miscellaneous: radiation, thermal

# ETIOLOGY : INFEKSI LUKA OPERASI



# ETIOLOGY : ENTEROCUTANEOUS FISTULA

- adalah hubungan yang abnormal antara dua atau lebih struktur atau organ. Umumnya hubungan tersebut antara satu atau dua organ dalam ke kulit. Umumnya muncul pada luka operasi.





## ETIOLOGY : LUKA KANKER

- fungating malignant wound
- malignant cutaneous wound.
- Proliferasi sel ganas
- bentuk menonjol ,
- non mobile,
- bentuknya menyerupai jamur



# ETIOLOGY : LUKA TEKAN

- KERUSAKAN JARINGAN KULIT AKIBAT ADANYA PENEKANAN ANTARA JARINGAN LUNAK DENGAN DAERAH TULANG YANG MENONJOL PADA SUPPORT SURFACE YANG KERAS, DALAM JANGKA WAKTU YANG PANJANG DAN TERUS MENERUS



# ETIOLOGY : LUKA DIABETIKUM



- Penyebab kejadian : multifaktor, yaitu kombinasi dari gangguan vaskular, peripheral neuropathy dan peningkatan faktor resiko infeksi pada penderita
- Luka kronis yang sulit proses penyembuhannya

## 2. Duration of wound

- The age of the wound
  - Guidelines for pressure ulcer and arterial wounds that has not improve, 2 - 4 weeks recommend biopsy



### 3. Factor that impede healing

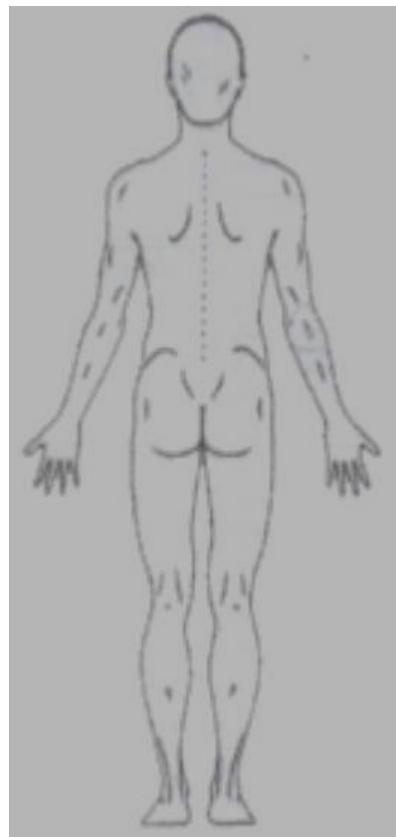
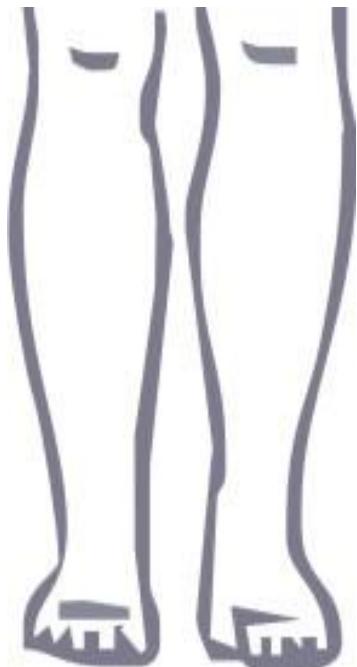
- Comorbid condition
  - malignancies, diabetics, etc
- Medications
  - chemotherapy, corticosteroid
- Decrease oxygenation and tissue perfusion
- Alteration in nutrition and hydration
- Psychosocial barriers
  - Family factors, financial, etc



# Wound assessment

- Location ( LETAK LUKA )
- Stage ( 1- 4 )
- Wound base ( DASAR LUKA : RYB )
- Type of tissue ( EPITELISASI - GRANULASI - SLOUGH )
- Dimension ( PENGUKURAN LUKA )
- Exudates ( CAIRAN LUKA )
- Odor ( BAU TIDAK SEDAP )
- Wound edge ( TEPI LUKA )
- Periwound skin ( KULIT SEKITAR LUKA )
- sign of infection ( TANDA INFEKSI )
- wound pain ( NYERI )

# Location



# STADIUM LUKA

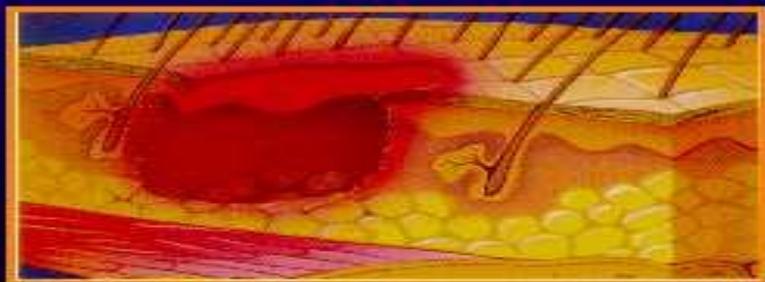
**Stage I**



**Stage II**



**Stage III**



**Stage IV**



**Stage 1**



**Stage II**



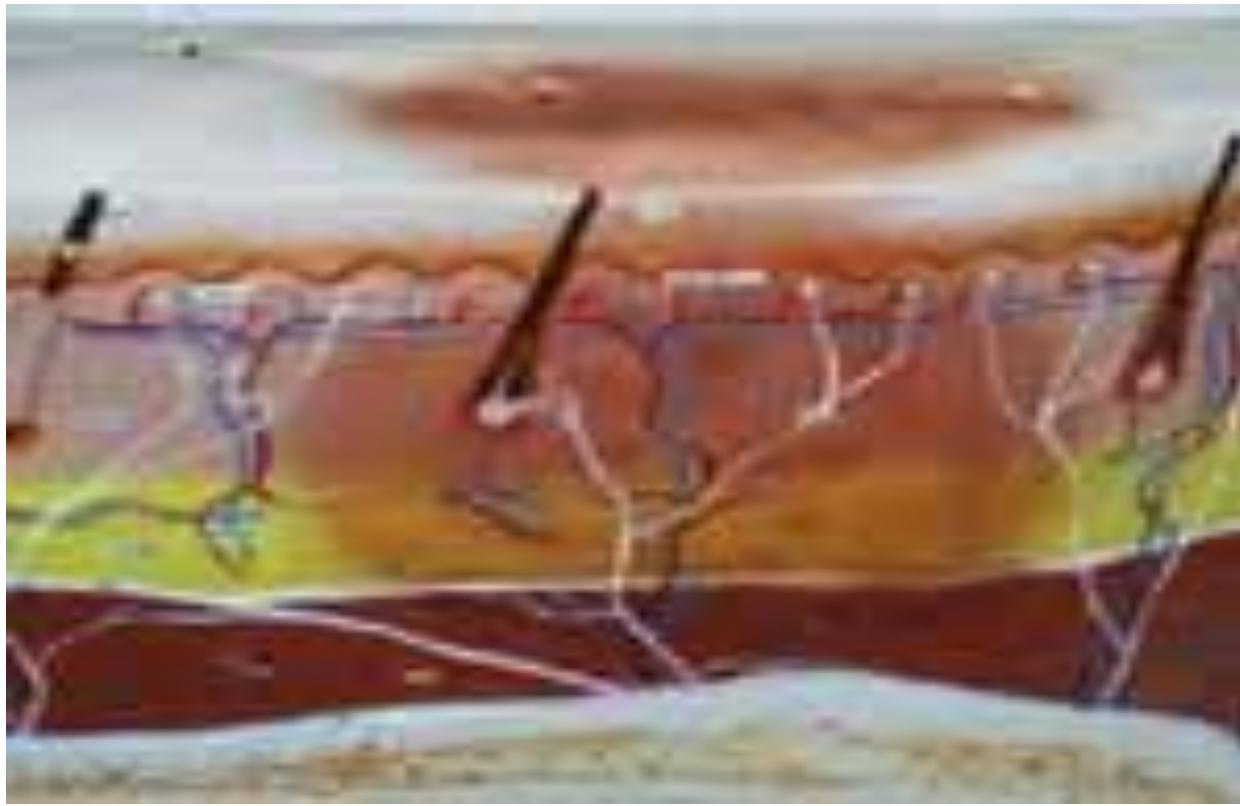
**Stage III**



**Stage IV**



# Stage I



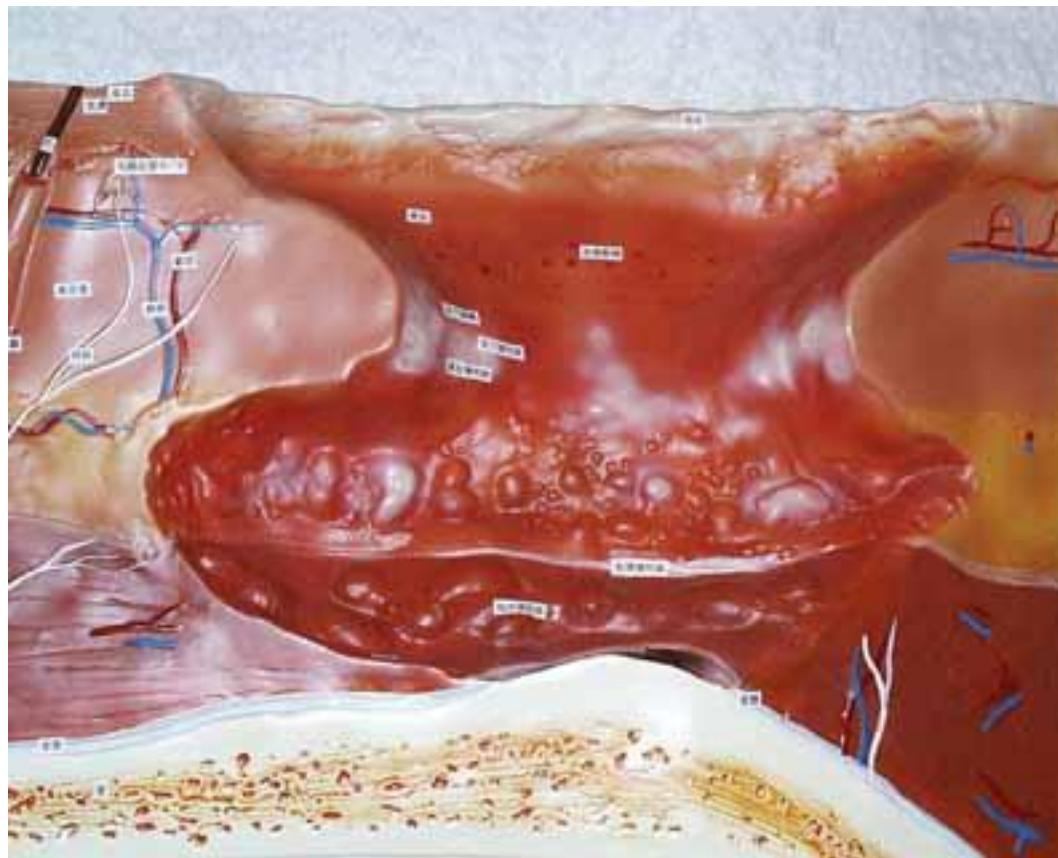
# Stage II



# Stage III



# Stage IV



# STAGE 1- 4



# WARNA DASAR LUKA / WOUND BASE

- Red – Yellow – Black / RYB
- Kemudahan sistem yang diperkenalkan adalah bersifat konsisten dan mudah dimengerti serta tepat guna dalam pemilihan balutan



# TYPE OF TISSUE





03/31/2008

# PENGUKURAN LUKA / DIMENTION

- Panjang X lebar  
X kedalaman
- Ada tidaknya undermining / goa, yang diukur sesuai dengan arah jarum jam.



# KULIT SEKITAR LUKA / PERIWOUND SKIN

- Gatal
- Maserasi
- Odema
- hiperpigmentasi



# TEPI LUKA / WOUND EDGE

- Umumnya tepi luka akan dipenuhi oleh jaringan epitel, berwarna merah muda
- Kegagalan penutupan terjadi jika tepi luka :
  - Edema
  - Nekrosis / callus
  - infeksi



# CAIRAN LUKA - *What is it?*



**Blood**



**Inflammation**



**Chronic wound fluid**



**Product of infection**

# BAU TIDAK SEDAP / ODOR

- Bau dapat disebabkan oleh adanya kumpulan bakteri yang menghasilkan protein
- Apocrine sweat glands
- atau Beberapa cairan luka dapat menimbulkan bau



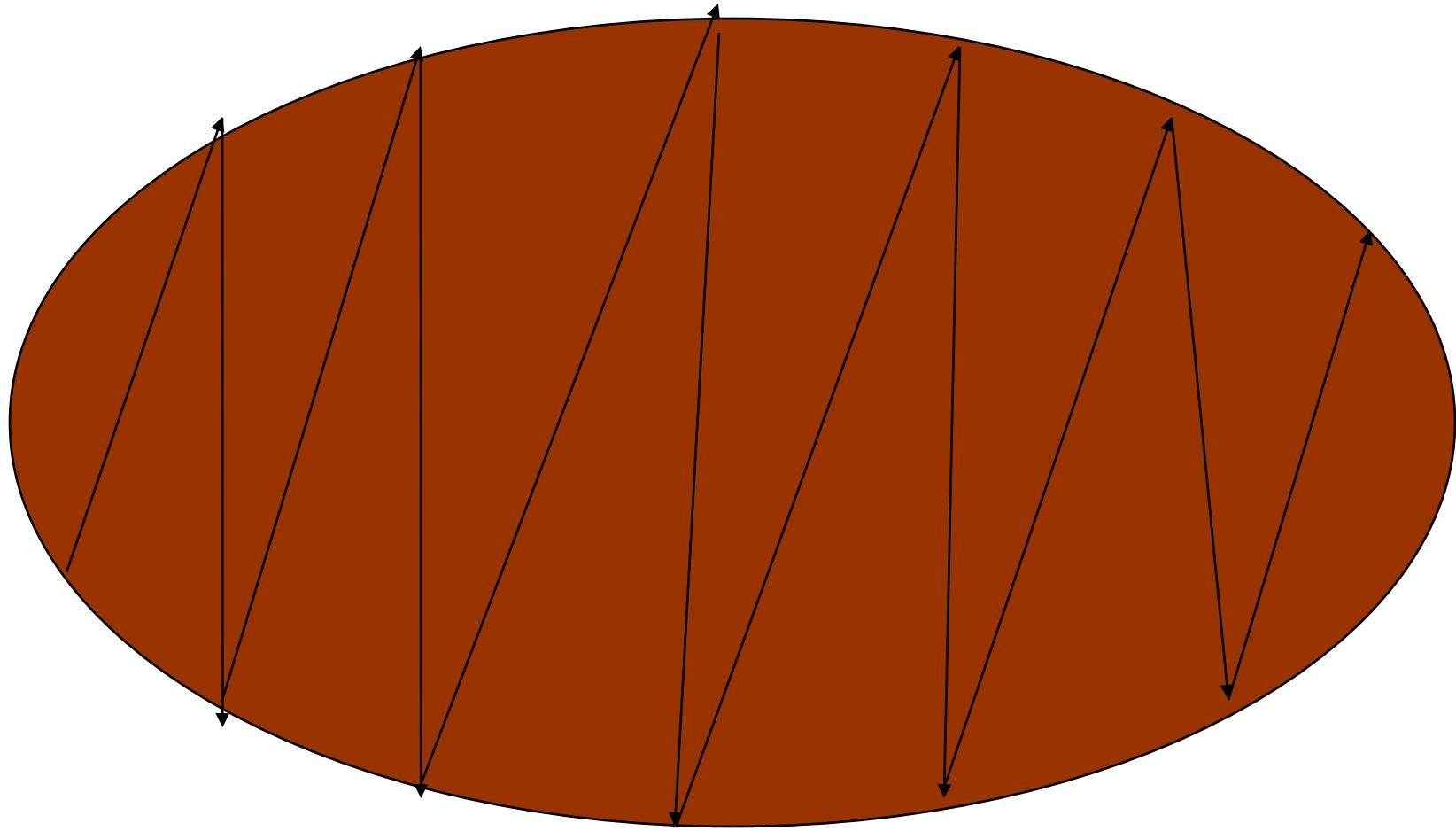
# TANDA INFEKSI ?

- Proses inflamasi / peradangan yang memanjang : kemerahan, odema, nyeri, panas
- LUKA KRONIK
- Eksudatif, berwarna seroanginosa,
- berbau tidak sedap
- Hasil kultur infeksi



# Cara Pengambilan Kultur

- Siapkan alat pengambilan kultur dan balutan
- Cuci tangan
- Buka balutan luka lama
- Cuci luka dengan larutan normal saline **JANGAN antiseptik**
- Keringkan dengan kasa steril
- Tunggu sampai eksudat keluar
- **Lakukan pengambilan sampel kultur dengan mengusap zig zag sebanyak 10 kali usapan yang mewakili seluruh area luka**
- Sampel dikirim ke lab, jika tertunda pengiriman harus disimpan dalam almari es / suhu dingin



**Cara Pengambilan Kultur**

# WOUND PAIN

- An unpleasant sensory and emotional experience with tissue damage
- Hypnonursing management : pain relief





01/31/2008



03/31/2008

# Diagnosa pd Klien dg Luка

## Kerusakan integritas kulit b.d.

- **Insisi bedah**
- **Efek tekanan**
- **Cedera akibat zat kimia**
- **Sekresi & ekskresi**

## Resiko kerusakan integritas kulit b.d.

- **Immobilisasi**
- **Paparan sekresi**

Back

*Cont... Diagnosa...*

## **Resiko infeksi b.d.**

- **Malnutrisi**
- **Kehilangan jaringan & peningkatan paparan lingkungan**

## **Nyeri b.d.**

## **Insisi abdomen**



## **Hambatan mobilitas fisik**

## **Nyeri luka operasi**

*ont... Diagnosa...*

**Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b.d.**

**Ketidakmampuan menelan makanan**

**Ketidakefektifan pola pernafasan b.d.**

**Nyeri insisi abdomen**

**Gangguan perfusi jaringan b.d.**

- **Gangguan aliran arteri**
- **Gangguan aliran vena**

*Cont...Diagnosa...*

## Gangguan harga diri b.d.

- Persepsi terhadap jaringan parut
- Persepsi terhadap drain operasi
- Reaksi terhadap pengangkatan bagian tubuh melalui pembedahan



# Rencana Asuhan Keperawatan

Rencana perawatan yang dilakukan dengan memperhatikan jenis, ukuran dan komplikasi pada luka.

Tujuan perawatan luka:

1. Meningkatkan hemoestasis
2. Mencegah infeksi
3. Mencegah cedera jaringan lebih lanjut
4. Meningkatkan penyembuhan luka
5. Mempertahankan integritas kulit
6. Mendapatkan kembali fungsi normal kulit
7. Memperoleh rasa nyaman

# Rencana Asuhan Keperawatan

DK: Kerusakan integritas kulit b.d. luka yg terkontaminasi

Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Integritas kulit pada area operasi meningkat pada 20 Maret	Luka bersih & utuh tanpa inflamasi pada 18 Maret  Tepi luka saling berdekatan	Jaga agar luka tetap bersih & kering  Ganti balutan sesuai program termasuk debridemen & pemberian obat-obatan  Instrusikan klien / org yg penting bagi klien utk mengkaji & merawat luka  Minta klien mendemonstrasikan kembali	Penyembuhan luka bergantung pd keadaan yg bersih & lembab utk proses epitelisasi & deposisi jaringan granulasi (Atwater, 1989; Cooper, 1992)  Pengkajian luka & kulit disekitarnya scr teratur & akurat merupakan hal penting dlm manajemen luka