



STANDARD PRAKTIK MANAJEMEN PERAWATAN LUKA

BIDANG PELAYANAN DAN MUTU

**INDONESIAN WOUND OSTOMY CONTINENCE
NURSES ASSOCIATION**

KATA PENGANTAR

The Indonesian Wound Ostomy Continence Nurses Association adalah himpunan Perawat Luka, stoma dan inkontinen Indonesia dan perawat-perawat yang mempunyai minat dalam bidang penyembuhan luka dan manajemen luka atau perawatan luka. Tujuan dari pembuatan standard praktik manajemen keperawatan luka dari InWOCNA adalah untuk meningkatkan kesadaran akan ilmu pengetahuan dan seni penyembuhan luka dan meningkatkan praktik perawatan luka dengan bukti ilmiah atau basis bukti.

Standar Praktik Keperawatan Luka ini yang disajikan dalam edisi pertama untuk menyediakan kerangka kerja dalam mempromosikan praktik yang terbaik dalam perawatan luka dengan mencerminkan bukti bukti saat ini. Standar perawatan luka ini akan menjadi alat yang sangat berharga untuk mengarahkan perawat klinik dan pengembangan kebijakan, protokol/prosedur dan program pendidikan. Secara umum tujuan dari standar perawatan luka ini adalah untuk memfasilitasi hasil perawatan luka yang berkualitas bagi klien yang mengalami luka atau potensial mengalami luka.

Diharapkan standard ini akan diadopsi oleh para perawat profesional kesehatan dan penyedia layanan di seluruh Indonesia untuk dijadikan pedoman atau acuan dalam perawatan luka. Kemudian akan menjadi tantangan bagi pemberi pelayanan untuk memberikan pelayanan perawatan luka yang berkualitas dan mendorong perawat berantusias untuk melakukan evaluasi dan pembaharuan.

Daftar Isi

Daftar isi	Halaman
Kata Pengantar	2
Daftar isi	3
Pendahuluan	4
Standard I Pengkajian	6
Standard II Diagnosa Keperawatan	12
Standard III Perencanaan	13
Satdard IV Implementasi	19
Standard V Evaluasi	21
Standard VI Pendokumentasian	22
Standard VII Pendidikan	24
Standard VIII Penelitian	25
Standard X Kerja sama Pemerintahan	26

PENDAHULUAN

Standard Praktik Manajemen Keperawatan luka disusun sebagai refleksi praktik perawat yang terbaik dalam perawatan luka sesuai dengan basis bukti dan kode etik perawat. Standar ini disajikan sebagai panduan bagi perawat vokasi dan professional sesuai dengan Undang-Undang Keperawatan, pendidik dan peneliti, mahasiswa kesehatan dan penyedia layanan kesehatan yang ingin mempromosikan hasil yang optimal dalam perawatan luka atau mereka yang berisiko mengalami luka. Standar ini disusun adalah merupakan standard yang fleksibel dan memungkinkan untuk diaplikasikan secara dinamis sesuai dengan kebutuhan disiplin keilmuan individu dan pengaturan praktek di seting klinik.

Standard Praktik Manajemen Keperawatan luka ini disusun dengan berbasis bukti dengan ilmu dan teknologi untuk memberikan keunggulan dalam pencegahan, perawatan kesehatan, intervensi terapi, dan rehabilitatif asuhan keperawatan kepada masyarakat yang mengalami luka. Semua level perawat yang ada dalam semua level apakah sebagai penyedia perawatan langsung, manajer / administrator, pendidik, peneliti, dan konsultan, berupaya untuk mengoptimalkan pelayanan pada pasien yang optimal untuk meningkatkan kualitas hidup bagi klien yang mengalami, dan mencapai hasil yang sangat positif. Dengan kata lain tata kelola dalam pelayanan perawatan luka mereka bertanggung jawab untuk memberikan praktik terbaik dalam manajemen luka.

Penyembuhan luka dan pengembangan standar perawatan adalah kedua proses yang dinamis. Hal ini diantisipasi bahwa susunan Standar ini dibuat sebagai upaya ilmiah mempromosikan pemahaman yang lebih besar dari fenomena penyembuhan luka dan manajemen praktek terbaik.

Dalam Standar ini tidak mempromosikan atau mendukung produk tertentu, perangkat, obat-obatan atau terapi.

Tujuan

Adapun tujuan daripada disusunnya standard Praktik Manajemen Keperawatan luka ini dan kompetensi adalah sebagai:

1. Memberikan arahan standar praktek bagi perawat luka untuk memastikan kualitas pelayanan perawatan luka yang diberikan kepada klien.
2. Mempromosikan perawat luka dalam praktek keperawatan kepada masyarakat baik praktik mandiri maupun ditatanan pemerintah dan non pemerintah.
3. Memberikan dorongan dalam pendidikan berkelanjutan dalam bidang keperawatan untuk pengembangan profesional perawat luka secara khusus.
4. Mempromosikan pembangunan berkelanjutan bagi profesi dan asosiasi melalui kegiatan perencanaan penelitian
5. Memberikan arahan atau pedoman bagi perawat luka dalam melaksanakan sesuai dengan kompetensi yang dimiliki.

STANDARD I PENGKAJIAN

Hasil yang optimal bagi klien dengan difasilitasi oleh pemberi pelayanan melalui suatu proses penilaian yang berkesinambungan dan dinamis bagi klien yang mengalami luka, penilaian lingkungan yang menentukan risiko luka, menentukan jenis/tipe dan etiologi luka, potensial dalam penyembuhan

1. Melakukan pengkajian yang komprehensif yang mencerminkan riwayat kesehatan, faktor budaya dan lingkungan yang berdampak pada penyembuhan luka atau risiko luka
2. Dokumen bukti hasil pengkajian klien yang dapat mencakup: .
 - Alasan pelayan
 - Riwayat kesehatan
 - Umur dan spesifik perubahan terkait usia
 - Riwayat luka; sebelumnya dan hasilnya
 - Riwayat pengobatan
 - Jenis/tipe luka
 - Implikasi psikososial akibat mengalami luka
 - Status gizi
 - Sensitivitas dan alergi
 - Diagnostik yang relevan sebelumnya dan investigasi
 - Penilaian Nyeri dengan penggunaan alat penilaian nyeri
 - Tanda-tanda vital
3. Pengkajian persepsi individu dan tujuan penyembuhan luka dan kemampuan klien untuk berpartisipasi dalam perawatan diri.
4. Pengkajian kemungkinan akan diperluas dengan indikasi yang meliputi:
 - Penilaian risiko misalnya jatuh dan gangguan integritas kulit lain
 - Penilaian Vascular: pengamatan untuk hipoksia dan iskemia, sirkulasi, palpasi denyut nadi, tekanan indeks ankle/brachial, perfusi oksigen transkutan

- Penilaian sensorik: pengujian monofilamen atau pengujian sentuhan tumpul / tajam, tekanan, sensasi getaran - garpu tala atau biothesiometer, dan pengujian refleks.
 - Penilaian kelainan kondisi kulit dan kuku pada pasien – pasien tertentu
 - Penilaian motorik pada ekstremitas atas dan bawah struktur dan fungsinya
 - Penilaian jaringan sekitar luka menggunakan ultrasound untuk identifikasi adanya cairan, melihat lapisan, dan benda asing
5. Melakukan Pengkajian luka awal dan berkelanjutan yang menghasilkan bukti terdokumentasi mencakup:
- Tipe/jenis luka
 - Etiologi dan mekanisme luka
 - Durasi luka
 - Lokasi
 - Dimensi luka misalnya panjang, lebar, kedalaman, lingkaran
 - Karakteristik klinis dari dasar luka seperti: agranular, granulasi, epitel, slaf, nekrosis, eschar, tulang, tendon, fibrin, dan kehadiran benda asing
 - Tepi penampilan Luka: misalnya tidak jelas, terpisah, rolled, epibole, rusak, warna tidak normal
 - Peri luka penampilannya seperti: eritema, edema, indurasi, maserasi, kering, dermatitis/eksim, kalus, hiperkeratosis, pigmentasi, reaksi alergi
 - Eksudat: jenis dan warna misalnya serous, haemoserous, seropurulent, purulen, konsistensi - tebal atau tipis dan jumlah
 - Bau
 - Peradangan: bisa berhubungan dengan penyembuhan fisiologis atau perubahan inflamasi kronis, tanda dan gejala termasuk eritema, edema, nyeri dan panas
 - Infeksi: Tanda-tanda dan gejala klasik termasuk rasa sakit, panas, eritema, edema, demam dan cairan purulen. Dalam luka kronis dan terutama jika

respon host terganggu, tanda-tanda dan gejala mungkin akan berbeda dari setiap luka sesuai dengan jenis luka dan etiologi.

- Infeksi Terselubung: juga dikenal sebagai krtikal kolonisasi, infeksi lokal, infeksi topikal atau meningkat beban bakteri, tanda dan gejala mungkin termasuk penyembuhan statis, adanya rolled/gulungan pada tepi luka, epibole, perubahan jaringan granulasi (hypergranulation, gembur, warna merah terang dan adanya undermining), jaringan bridging, peningkatan eksudat atau ketidaknyamanan).
- Penyebaran infeksi: keterlibatan struktur yang berdekatan atau regional misalnya selulitis
- Infeksi sistemik: tanda dan gejala sistemik mungkin termasuk kehilangan nafsu makan, malaise umum, demam, sel darah putih meningkat, meningkatnya protein C-reaktif.
- Nyeri Luka: menilai intensitas nyeri dengan skala nyeri yang divalidasi dan menentukan etiologi dan presentasi misalnya; nyeri saat pengangkatan jahitan, mencuci dan debridemang, Nyeri luka kronis - tidak berhubungan dengan manipulasi intervensi
- Adanya benda asing misalnya jahitan, staples, implan ortopedi, saluran, kaca, kerikil, kotoran dan lain-lain
- Perawatan luka sebelumnya dan hasil terapi

6. Melakukan pengkajian lingkungan penyembuhan luka untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berdampak pada konfedensial, hal yang terkait keamanan prosedur kinerja, pengendalian infeksi atau penyembuhan luka, dan hal lain yang mungkin termasuk

- Faktor gaya hidup Individu
- Masalah kerahasiaan dan privasi
- Keamanan penyimpanan untuk catatan individu
- Status kebersihan lingkungan

- Gunakan pakaian pelindung pribadi dan perangkat oleh perawat jika ada risiko kontaminasi
 - Menghindari kontaminan udara selama prosedur
 - Pemeliharaan suhu lingkungan yang stabil untuk mengoptimalkan suhu luka
 - Penyimpanan yang aman dan aman dari luka produk, obat-obatan dan perangkat
 - Pembuangan yang tepat pada produk, obat-obatan dan perangkat
 - Individu dan tindakan pencegahan keselamatan klinisi.
- A. Penilaian berdasarkan Investigasi diagnostik akan dilakukan bila ada indikasi klinis untuk memastikan dan memantau etiologi luka, potensial penyembuhan, hasil penilaian, diagnosis terkait dan manajemen intervensi
- Pendekatan interprofessional dan atau perawat yang mahir dalam hal investigasi diagnostik dapat termasuk hal berikut:
1. Analisis biokimia:
 - Glukosa darah dan HbA1c
 - Hemoglobin
 - Albumin plasma
 - Lipid
 - Urea dan elektrolit
 - Faktor reumatoid
 - Auto Antibodi
 - Jumlah sel darah putih
 - Tingkat sedimentasi eritrosit
 - Protein C-reaktif
 - Tes fungsi hati
 - Tes fungsi ginjal
 2. Mikrobiologi:
 - Swab luka untuk bakteriologi semi-kuantitatif dan kuantitatif
 - Aspirasi jarum dan bakteriologi kuantitatif

- Biopsi luka untuk bakteriologi kuantitatif
 - Kulit dan kuku kerokan untuk kultur dan mikroskop
3. Histopatologi:
- Biopsi luka untuk mengidentifikasi perubahan patologis.
4. Gambaran diagnostik:
- x-ray misalnya; fraktur, osteomyelitis
 - Scan tulang misalnya osteomyelitis
 - Magnetic Resonance Imaging misalnya gas gangren gas, osteomyelitis
 - Tomografi misalnya Computed infeksi jaringan lunak, osteomyelitis
 - Sinogram dan fistulagram untuk mengidentifikasi pelacakan
5. Penilaian Vascular:
- Indeks tekanan Ankle / brakialis (ABPI) status vaskular ekstremitas bawah
 - USG Duplex untuk penyakit vena dan arteri
 - Photoplethysmography untuk penyakit vena
 - Oksigen transkutan untuk perfusi jaringan lokal
 - Angiografi untuk penyakit arteri.
6. Penilaian Neurologis kaki:
- Neuropati otonom : palpasi untuk menilai aliran nadi kaki dan peningkatan suhu kulit, observasi untuk kerusakan integritas kulit : kering dan kelainan bentuk kaki.
 - Sensori neuropati perifer: penggunaan 10gm / 5.07 Semmes-Weinstein monofilamen untuk penilaian sensasi, garpu tala (128C) atau biothesiometer untuk penilaian persepsi getaran
 - Motorik perifer neuropati: penggunaan palu patella untuk pemeriksaan refleksi patela dan achilles dan kelemahan otot.
7. Penilaian status Gizi:
- Makanan dan asupan cairan
 - Rambut dan kulit perubahan
 - Penilaian antropometri: pengukuran obyektif yang digunakan untuk memperkirakan lemak subkutan dan toko otot rangka. Rumus seperti

persamaan Harris-Benedict dapat digunakan mengukur dan mengevaluasi Basal Metabolic Rate (BMR) atau Pengeluaran Basal Energy (BEE), rasio pinggang pinggul

- Indeks massa tubuh dan penilaian gizi: tinggi badan, berat badan, massa tubuh
- Tes biokimia spesifik misalnya albumin, transferin, seng
- Mini Penilaian Gizi.

8. Penilaian Psikologis

- Penyakit Mini-mental kognisi dan Alzheimer
- Kecemasan Rumah Sakit dan Depresi Skala mis depresi, kecemasan
- Hamilton Rating Scale mis depresi
- Kualitas hidup skala untuk populasi kesehatan tertentu.

STANDARD II DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Membangkan diagnosa keperawatan melalui kerjasama dengan pasien dan / atau pemberi pelayan dan tim interprofessional
2. Menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan penilaian data pengkajian dan divalidasi secara konsisten dengan pengetahuan dan praktik saat ini
3. Membandingkan data yang diidentifikasi dengan norma-norma dan / atau individu dari kondisi sebelumnya untuk menentukan penyimpangan kesehatan
4. Berkomunikasi dan mendokumentasikan diagnose keperawatan berdasarkan standard diagnose keperawatan Indonesia

STANDARD III PERENCANAAN

1. Rencana yang akan didokumentasikan harus mempertimbangkan dan memasukkan:
 - a. Ada kriteria hasil yang diharapkan, menyatakan tujuan dalam hal hasil terukur yang dicapai dalam suatu periode yang diidentifikasi waktunya,
 - b. Memastikan bahwa tujuan mempertimbangkan risiko yang terkait, manfaat, biaya (pasien dan sistem kesehatan), bukti ilmiah saat ini, dan keahlian klinis
 - c. Set tujuan yang dirancang untuk memaksimalkan kesehatan pasien yang kongruen dan potensi kemampuan
 - d. Basis bukti praktik.
 - e. Individu atau wali klien preferensi, kemampuan dan kemauan untuk berpartisipasi dalam keputusan perawatan dan intervensi.
 - f. Sebuah catatan yang komprehensif dan kronologis perawatan.
 - g. Efektivitas dan komplikasi intervensi manajemen.
2. Perumusan perencanaan perawatan dan intervensi mencegah luka dan mengoptimalkan potensi penyembuhan luka. Perawat luka menunjukkan praktik :
 - a. Mematuhi praktik pengendalian infeksi.
 - b. Klein mengalami defisit nutrisi yang terdeteksi .
 - c. Pengajaran akan pemulihan dan pencegahan kekambuhan
 - d. Pengelolaan obat secara teratur.
 - e. Mengelola kondisi kesehatan lainnya.
 - f. Mempromosikan aktivitas dan mobilitas kegiatan.
 - g. Modifikasi risiko lingkungan.
 - h. Meningkatkan kesadaran pilihan gaya hidup yang sehat.
3. Perencanaan perawatan luka dipraktikkan sesuai dengan bukti terbaik yang tersedia untuk mengoptimalkan hasil pelayanan klien, luka klien dan lingkungan penyembuhan luka. Perawat luka akan memahami hal penting dan mampu :

Menentukan kapan teknik perawatan luka aseptik diperlukan apabila klien, luka klien dan lingkungan penyembuhan mengalami permasalahan pada kondisi yang memicu komplikasi. Perawat akan menunjukkan :

- a. Gunakan teknik aseptik perawatan luka dengan menggunakan bahan atau produk steril, obat-obatan dan perangkat lainnya:
 - Bila klien tersebut adalah immunosupresi
 - Bila luka berhubungan dengan bagian rongga tubuh steril misalnya nefrostomi atau jalur vena sentral
 - Selama periode peri-operatif
 - Bila lingkungan luka penyembuhan terganggu
 - Bila protokol penyedia layanan ditetapkan
- b. Menentukan kapan teknik perawatan luka bersih dapat diterima jika klien, luka pasien dan lingkungan penyembuhan pasien tidak bermasalah atau tidak akan menimbulkan risiko komplikasi.
 - Gunakan perawatan luka bersih pada saat prosedur teknik mencuci luka atau pencucian menggunakan shower.
 - Bila protokol penyedia layanan ditetapkan.
- c. Menjaga keseimbangan kelembaban luka yang optimal.
- d. Mempromosikan lingkungan penyembuhan luka lembab kecuali klinis kontraindikasi misalnya :
 - Adanya eskar kering dengan aliran darah ke bagian tubuh yang terkena untuk mendukung respon imun infeksi dan penyembuhan luka.
 - Luka pada ekstremitas bawah dalam keadaan iskemik atau vaskularisasinya buruk ditandai dengan suhu dingin, denyut nadi tidak teraba, kondisi tepi luka tidak berbatas jelas.
 - Dalam perawatan luka paliatif saat penyembuhan luka bukanlah tujuan yang realistis dan eskar melindungi struktur vaskular yang mendasari terhadap perdarahan atau infeksi.
- e. Menjaga suhu luka konstan dan konsisten untuk penyembuhan yang optimal.

- Hindari mengekspos luka dengan suhu dingin , produk, obat-obatan, terapi atau perangkat lainnya .
 - Meminimalkan luka terekspos .
 - Gunakan pencucian luka dengan larutan yang sesuai kondisi tubuh.
 - Menghindari suhu ekstrim pada kulit yang utuh dengan:
 - Memberikan saran atau intervensi, sesuai untuk mempertahankan suhu normal tubuh dan kulit
 - Menghindari overheating pada pakaian, spreng atau alat pemanas
 - Membatasi kontak kulit dengan penutup perlindungan tempat tidur yang memakai plastik atau bahan yang dapat merusak kulit seperti mudah terkena gesekan dan pergeseran.
 - Memastikan hidrasi yang memadai.
 - Mempertahankan suhu lingkungan yang stabil dan nyaman.
- f. Menjaga pH netral atau sedikit asam pada luka yang konsisten terhadap penyembuhan luka.
- Hindari penggunaan sabun yang sangat alkali, pembersih dan agen lainnya.
 - Hindari pengeringan pada dasar luka karena hal ini dapat meningkatkan alkalinitas.
- g. Mencegah dan mengelola infeksi
- Melakukan pencucian tangan yang memadai dan teratur.
 - Gunakan alat pelindung diri yang dianggap relevan untuk praktik ketika ada risiko kontaminasi terhadap klien atau pemberi pelayanan.
 - Melakukan pembersihan luka yang memadai dan debridemang untuk meminimalkan kontaminasi oleh mikro-organisme eksogen.
 - Gunakan produk yang tepat dan perangkat untuk melindungi luka dari infeksi.

- Merespon host yang optimal seperti: mengelola kondisi kesehatan lain dan defisit nutrisi.
 - Menilai tanda-tanda dan gejala luka atau infeksi local, kritikal kolonisasi, infeksi sistemik .
 - Investigasi diagnostik perilaku ketika ada indikasi klinis untuk menentukan diagnosis definitif infeksi luka.
 - Mengelola infeksi klinis.
 - Melakukan intervensi luka dengan frekuensi yang mengoptimalkan luka dalam rangka mempersiapkan dasar luka.
 - Dengan bijaksana menerapkan dan membedakan penggunaan yang aman pada topikal antimikroba misalnya cadexomer yodium, perak produk, madu untuk luka, untuk mengobati infeksi lokal luka atau kombinasi dengan antibiotik sistemik karena infeksi sistemik dengan kolaborasi.
 - Evaluasi kebutuhan antibiotik sistemik sebagai profilaksis untuk risiko tinggi.
 - Evaluasi kebutuhan untuk antibiotik sistemik ketika adanya penyebaran atau infeksi sistemik yang teridentifikasi. Investigasi patologis dan hasil penilaian klinis perlu dipertimbangkan bersama-sama dalam menentukan organisme penyebab infeksi luka atau osteomyelitis.
- h. Meminimalkan dampak aktual dan potensial dari nyeri
- Secara memadai mengidentifikasi faktor-faktor penyebab rasa sakit.
 - Memastikan tipe nyeri dan karakteristiknya.
 - Menerapkan strategi untuk mencegah, mengurangi dan mengelola rasa sakit.
- i. Melindungi lingkungan luka.
- Hindari pembersihan luka agresif kecuali tujuan perawatan adalah debridemang.

- Hindari penggunaan produk, obat-obatan, perangkat dan intervensi yang mengering atau trauma dasar luka atau kulit di sekitarnya.
 - Hindari sesuatu yang diketahui atau terduga adanya agen beracun atau alergen.
 - Melindungi luka dan area peri luka dari trauma dan maserasi.
 - Melindungi luka dan jaringan sekitarnya dari tekanan, geseran dan gesekan.
 - Buang benda asing dari luka yang dapat membahayakan.
 - Hindari irigasi pada sinus dimana sinus tidak dapat divisualisasikan tanpa penyelidikan lebih lanjut.
 - Hindari pembalutan yang ketat atau berlebihan yang mungkin mencegah drainase luka atau mengakibatkan kerusakan pada jaringan.
 - Memastikan bahwa setiap produk kemasan, selang drainase atau perangkat yang dimasukkan ke dalam sinus adalah dalam keadaan utuh terus menerus dan dapat divisualisasikan dan diamankan di permukaan luka.
 - Memastikan bahwa semua produk kemasan, selang drainase atau perangkat yang dimasukkan ke dalam luka didokumentasikan dan diangkat secara keseluruhan.
 - Mengurangi tekanan plantar bila adanya luka pada kaki .
 - Menghilangkan tekanan, geseran dan gesekan untuk pencegahan dan pengelolaan luka tekan.
- j. Rencana menjaga integritas produk manajemen luka, obat-obatan dan peralatan Produk pada pada perusahaan obat aman, obat-obatan dan perangkat sesuai dengan instruksi pabrik.
- k. Rencana melakukan penggantian balutan sesuai dengan rekomendasi pabrik dan indikasi klinis untuk perubahan misalnya produk, obat-obatan dan perangkat sesering yang diperlukan untuk secara efektif menghilangkan dan mengandung eksudat atau bahan yang terinfeksi berubah.

- l. Rencana menggunakan produk, obat-obatan dan alat-alat sesuai tindakan lisensi dan / atau badan pengawas dan pedoman dari produsen .
- m. Menggunakan produk perawatan luka , obat-obatan dan alat-alat untuk indikasi yang disetujui dan sesuai dengan instruksi pabrik kecuali mereka digunakan sebagai komponen protokol penelitian dengan persetujuan etika yang sesuai.

STANDARD IV IMPLEMENTASI

1. Menampilkan kinerja sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang mempengaruhi tanggung jawab profesional dan kode etik dari pada praktik.
 - Fungsi sesuai dengan kode praktik professional yang ditentukan oleh otoritas peraturan.
 - Bertanggung jawab untuk dan fungsi dalam lingkup praktik.
 - Menyadari keterbatasan ruang lingkup praktik dengan peraturan hal yang tidak diatur
2. Implementasi perawatan luka berdasarkan basis bukti dan pencegahan dan advokasi ketika adanya masalah penurunan.
 - Mencari akses ke basis bukti dari sumber terpercaya.
 - Memanfaatkan bukti terbaik yang tersedia untuk praktek langsung.
 - Advokasi untuk dan mempromosikan praktik berbasis bukti antara tim interprofessional.
3. Pengelolaan sumber daya dan negosiasi untuk akses yang adil terhadap produk yang tepat, obat-obatan, terapi, perangkat alat dan layanan untuk perawatan luka dan pencegahan luka.
 - Tetap diberitahu tentang ketersediaan, indikasi penggunaan dan biaya produk, obat-obatan, terapi, perangkat alat dan layanan yang relevan dengan ruang lingkup praktik .
 - Gunakan produk, obat-obatan, terapi dan perangkat alat sesuai dengan instruksi produsen 'dan Pedoman .
 - Gunakan produk, obat-obatan, terapi, perangkat alat canggih yang digunakan dan layanan dengan cara yang efisien dan terapi yang ditentukan dengan penilaian dan berbasis bukti .
 - Promosikan efektivitas biaya dalam perawatan luka, yang akan dipengaruhi oleh: Pengetahuan, preferensi Budaya, Ketersediaan dan proses pengadaan, Fiskal dan kendala sumber daya.

4. Pengelolaan penyembuhan yang optimal pada klien yang luka atau risiko luka yang dipromosikan oleh pendekatan kolaboratif dan interprofessional perawatan luka.
5. Mengakui peran sentral individu dan pemberi layanan pada klien dalam perawatan luka dan keputusan yang relevan dengan kesehatan.
 - Kebutuhan dan pilihan untuk penilaian tim komprehensif dan interprofessional.
 - Penilaian hasil-hasil yang diharapkan.
 - Peluang dan informasi untuk mendorong dan memfasilitasi partisipasi dalam perawatan luka dan pencegahan luka.
6. Menetapkan dan memelihara komunikasi yang memfasilitasi kolaborasi interprofessional dan koordinasi pelayanan.
 - Berhubungan dan memelihara komunikasi rutin dengan tim interprofessional.
 - Ketepatan dalam waktu dan komunikasi tambahan apabila ada perubahan yang berdampak pada klien, luka dan luka lingkungan penyembuhan.
7. Mengakui pengetahuan, keterampilan dan kontribusi yang diberikan oleh anggota tim interprofessional.
 - Memanfaatkan pendekatan kolaboratif dan interprofessional dalam perawatan luka dan pencegahan luka.
 - Lihat anggota lain dari tim interprofessional bila persyaratan perawatan luka berada di luar lingkup praktek.
 - Advokasi untuk layanan kolaborasi dan interprofessional.

STANDARD V EVALUASI

1. Menentukan tingkat efektivitas pelaksanaan / intervensi yang dimulai sebagai tanggapan terhadap penilaian dan diagnosis.
2. Memanfaatkan alat yang divalidasi untuk mengukur hasil manajemen perawatan luka
3. Evaluasi hasil pengukuran langsung berkaitan dengan rencana perawatan
4. Evaluasi sistem integumen pada kondisi luka akut, kronik , luka gangguan imun dan luka yang terkait dengan dermatologis yang mencakup lokasi, karakteristik dasar luka dan kondisi sekitarnya, faktor penghambat dan pendukung penyembuhan luka baik ekstermal maupun faktor internal.
5. Evaluasi kemajuan dan atau prognosis perkembangan luka menggunakan alat evaluasi yang valid.
6. Melibatkan pasien, pengasuh, dan tim interprofessional dalam seluruh proses evaluasi
7. Merubah rencana perawatan yang tidak sesuai, dan berkomunikasi rencana akan diubah
8. Dokumentasikan hasil evaluasi sesuai kebijakan dan standar profesional
9. Merekomendasikan perubahan kebijakan , prosedur dan pedoman jika diperlukan berdasarkan hasil evaluasi
10. Memastikan proses berada untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan melalui evaluasi

STANDRAD VI PENDOKUMENTASIAN

Pendokumentasi yang dilakukan adalah secara komprehensif, catatan kronologis luka berdasarkan penilaian, manajemen dan pencegahan rencana klien secara legal.

Perawat akan menunjukkan:

1. Memelihara dan menyimpan catatan sesuai dengan kebutuhan penyedia layanan, legislatif dan peraturan.
2. Dokumen catatan kronologis yang meliputi:
 - Riwayat kesehatan dalam kaitannya dengan luka dan melukai
 - Etiologi
 - Hasil Penilaian
 - Investigasi diagnostik dan hasil
 - Tujuan perawatan
 - Rencana perawatan
 - Evaluasi hasil
 - Harapan individu dan partisipasi dalam perawatan klien
 - Bukti komunikasi interprofessional dan perawatan.
3. Memelihara sistem dokumentasi dalam format yang memudahkan audit, penelitian dan evaluasi perawatan.
4. Konsultasi individu.
 - Memberikan informasi pada klien dan atau pemberi layanan yang berkaitan dengan hasil penilaian dan pilihan perawatan dengan cara yang mempertimbangkan usia, status kognitif, pendidikan, budaya dan yang akan memfasilitasi pemahaman akan informed consent untuk penilaian dan perawatan yang direncanakan.
 - Mendapatkan informed consent untuk intervensi klinis.
 - Mendapatkan informed consent sebelum rekaman dan penggunaan gambaran luka

5. Pelaksanaan dokumentasi perawatan klien dan luka yang akan diarahkan penilaiannya secara komprehensif dan memberikan bukti kemajuan penyembuhan luka atau komplikasi.

STANDAR VII PENDIDIKAN

Perawatan luka dengan memaksimalkan peluang untuk peningkatan pengetahuan diri dan keterampilan dalam pencegahan dan perawatan luka.

Perawat akan menunjukkan:

1. Perawat luka menentukan kebutuhan belajar klien dan memaksimalkan peluang untuk memajukan pengetahuan dan keterampilan dalam pencegahan luka dan perawatan.
 - Menilai kebutuhan belajar klien.
 - Mencari peluang dan sumber daya untuk memenuhi kebutuhan belajar.
 - Berpartisipasi dalam strategi pendidikan yang berdasarkan bukti dan relevan dengan kebutuhan belajar individu.
 - Menerapkan prinsip-prinsip berbasis bukti dan mampu menyatakan alasan untuk intervensi dan hasil yang diantisipasi.
2. Perawat luka akan mendukung kebutuhan belajar dari team interprofessional.
 - Bertindak sebagai model peran positif kepada anggota tim interprofessional.
 - Berbagi pengetahuan dan keterampilan dengan tim interprofessional.
 - Memulai dan / atau berkontribusi untuk kegiatan interprofessional untuk mempromosikan pencegahan dan perawatan luka.
3. Perawat akan mendukung kebutuhan belajar klien dan karier.

Memberikan informasi yang relevan dan kesempatan belajar dengan cara yang mempertimbangkan individu atau usia pemberi layanan klien, status kognitif, literasi dan budaya dalam rangka meningkatkan status kesehatan dan memfasilitasi kemampuan mereka untuk berpartisipasi dalam keputusan dan kegiatan perawatan.

STANDAR VIII PENELITIAN

Kemajuan hasil basis bukti pencegahan dan perawatan luka yang optimal bagi individu dan tim interprofessional.

Perawat akan menunjukkan :

1. Pelaksanaan praktik dengan berbasis bukti.
 - Kritik literatur dan penelitian temuan yang relevan.
 - Melaksanakan pencegahan luka dan praktek perawatan berdasarkan penelitian dan konsensus rekomendasi.
2. Kepatuhan terhadap pedoman penyedia layanan ketika berpartisipasi dalam penelitian.
3. Mematuhi pedoman kesehatan Nasional dan konsil penelitian keperawatan dengan perilaku etis dari penelitian yang melibatkan subyek manusia.
4. Mematuhi pedoman konsil penelitian keperawatan dan kebijakan nasional untuk mempromosikan kesejahteraan hewan digunakan untuk tujuan ilmiah.

STANDAR IX KERJA SAMA PEMERINTAHAN

Kerangka penyedia layanan di mana praktik perawat, mendukung perawatan luka yang berbasis bukti.

Penyedia layanan mendukung perawatan luka melalui:

1. Persetujuan praktik berbasis bukti.
 - Memastikan akses terhadap basis bukti, protokol didokumentasikan untuk memandu pencegahan dan perawatan luka dalam organisasi.
 - Memfasilitasi akses pembelajaran berbasis bukti untuk tim interprofessional.
 - Memberikan atau memfasilitasi akses sumber daya yang diperlukan untuk pelaksanaan praktik berbasis bukti biaya efektif dalam pencegahan dan pengelolaan individu dengan luka.
2. Penyediaan sumber daya untuk memastikan pengumpulan sistematis informasi.
 - Mengembangkan dan menerapkan proses yang sistematis untuk pengumpulan dan keamanan catatan kesehatan luka yang terkait.
 - Melakukan audit kegiatan kualitas untuk pengiriman praktek terbaik dalam pencegahan dan perawatan luka.
 - Mendukung dan memfasilitasi kegiatan penelitian jika diperlukan.

Peristilahan

Layanan kesehatan	Penyedia layanan setiap organisasi, lembaga, fasilitas, lembaga yang bertanggung jawab untuk penyediaan perawatan luka atau layanan terkait.
Interprofesional:	Praktisi kesehatan Interdisipliner dan multidisiplin interprofessional dan petugas tim kesehatan tim yang terlibat dalam perawatan klien dalam perawatan luka
Protokol	Setiap kebijakan, pedoman, instruksi kerja atau lainnya formal atau informal, dokumen yang memandu atau mengatur perawatan luka
Riwayat kesehatan	masa lalu atau bersamaan penyakit atau penyakit penyerta, trauma, bedah intervensi, rejimen pengobatan, atau faktor-faktor lain yang relevan status kesehatan saat ini dan perawatan
Produk	Dressing dan set balutan yang digunakan untuk perawatan luka
obat-obat :	Agen farmasi yang digunakan baik topikal atau sistemik dalam pengelolaan individu atau luka-luka mereka.
Perangkat Alat:	Perangkat alat yang digunakan dalam pengelolaan luka dan mungkin termasuk: peralatan ostomy dan manajemen luka peralatan, suksion atau VAC, tabung, kateter, saluran air, stent, sistem tekanan negatif topikal, orthotics, peralatan redistribusi tekanan.
Terafi	Tterapi ajuvan yang digunakan dalam pengelolaan individu dengan luka dan mungkin termasuk: oksigen hiperbarik, listrik faktor stimulasi, ultrasound, sinar laser, sitokin / pertumbuhan, hidroterapi, larva, suplemen makanan.

Referensi

AWMA (2010). Standard for wound management. 2nd, AWMA.

Australian Wound Management Association Inc. (August 2011). Bacterial impact on wound healing: From contamination to infection. Position Paper, Version 2.

Ashton J, Morton N, Beswick S, Barker V, Blackburn F, Wright C, Turner L, Morton K, Jennings A. BoltonNHS - Primary Care Trust. (March 2008) "Wound care Guidelines"

Butler. C. T. (2006) Paediatric Skin care: Guidelines for Assessment, prevention and Treatment. Paediatric Nursing, 32(5), 443-450.

Carville K, Keaton J, Rayner R, Prentice JL & Santamaria N. 'Wounds West education: taking the evidence on wounds to the clinician'. (August 2009) Wound Practice and Research. Volume 17 Number 3 Pages 114 - 120

Cooper, C. L., & Nolt, J. D. (2007). Development of an evidence-based paediatric fall prevention program. Journal of Nursing Care Quality, 22(2), 107-112

Dunk AM & Taylor J."A survey of clinicians' perceptions of, and product choices for, the infected wound" (February 2009) Wound practice and Research. Volume 17 Number 1. Page 5-11

Derbyshire A."Innovative solutions to daily challenges". (September 2010) British Journal of Community Nursing, Volume 15, Issue. 9 Pages S38 - S45

Dumville JC, Walter CJ, Sharp CA, Page T."Dressings for the prevention of surgical site infection" The Cochrane Library Issue 7 (2011)

Enoch S & Harding K. (2003) Wound bed preparation: the science behind the removal of barriers to healing. WOUNDS 2003; 15, 213-229.

Haryanto et al(2011), Tee effectiveness of Indonesian honey in *wound* healing . WOUNDS. 2012;24(4):110–119.

Ken J Farion, Kelly F Russell, Martin Hamond, Lisa Hartling, Terry P Klassen, Tamara Durec, Ben Vandermeer"Tissue adhesives for traumatic lacerations in children and adults" (January 2009) Cochrane wounds Group

Marja N Storm-Versloot, Cronelis G Vos, Dirk T Ubbink, Hester Vermeulen.(2010) "Topical silver for preventing wound infection". The Cochrane Wounds Group. Issue 3

Moore K. (2003) Wound physiology: from healing to chronicity. J Wound Care (Suppl):2-7.

Owens, p.L., Zodet, M.W., Berdahl, T., Dougherty, D., McCormick, M. C., & Simpson, L. A (2008) Annual report on health for children and youth in the United states: focus on

injury-related emergency department utilisation and expenditures. *Ambulatory Paediatrics*, 8(4), 219-240.

Suriadi (2012). *Manajemen luka*. Jakarta: Sagung Seto.

Suriadi (2007). Risk factors in the development of pressure ulcers in an intensive care unit in Pontianak, Indonesia. *Int Wound J*. 2007 Sep;4(3):208-15.

Suriadi (2008). **Development of a new risk assessment scale for predicting pressure ulcers in an intensive care unit.** *Nurs Crit Care*. 2008 Jan-Feb;13(1):34-43.

Templeton S. (2005) Management of chronic wounds: the role of silver-containing dressings. *Primary Intention*. 13(4), 170-179.

Vancouver Island health Authority (2007) *Wound and Skin Care clinical Guideline*

Vermeulen H, Ubbink D, Goossens A, De Vos R, Legemate D, Westerbos S J. "Dressings and topic agents for surgical wounds healing by secondary intention" (2009) *The Cochrane Wounds Group*