

**ANALISIS PENERAPAN PERAWATAN LUKA MENGGUNAKAN
CAIRAN NACL DENGAN DIAGNOSIS GANGGUAN INTEGRITAS
KULIT PADA KASUS ULKUS DIABETIKUM DIRUANGAN
MELATI 2 RSUD H. ANDI SULTHAN DAENG RADJA
BULUKUMBA TAHUN 2024**

KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS



Oleh:

MUHAMMAD REZA ASMADI, S.Kep

NIM. D2412029

**STIKES PANRITA HUSADA BULUKUMBA
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
2024**

**ANALISIS PENERAPAN PERAWATAN LUKA MENGGUNAKAN
CAIRAN NACL DENGAN DIAGNOSIS GANGGUAN INTEGRITAS
KULIT PADA KASUS ULKUS DIABETIKUM DI RUANGAN
MELATI 2 RSUD H. ANDI SULTHAN DAENG RADJA
BULUKUMBA TAHUN 2024**

KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Untuk Memenuhi Syarat Mencapai Gelar Ners (Ns) Pada Program Studi
Pendidikan Profesi Ners Stikes Panrita Husada Bulukumba



Disusun Oleh:

MUHAMMAD REZA ASMADI, S.Kep

NIM. D2412029

**STIKES PANRITA HUSADA BULUKUMBA
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
2024**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners dengan judul “ANALISIS PENERAPAN PERAWATAN LUKA MENGGUNAKAN CAIRAN NACL DENGAN DIAGNOSIS GANGGUAN INTEGRITAS KULIT PADA KASUS ULKUS DIABETIKUM DI RUANGAN MELATI 2 RSUD H. ANDI SULTHAN DAENG RADJA BULUKUMBA TAHUN 2024”

Ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 19 Maret 2025.



Pembimbing



Hamdana, S.Kep, Ns, M.Kep
NIDN. 0927108801

LEMBAR PENGESAHAN

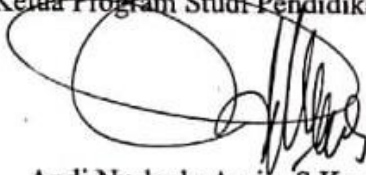
Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners dengan judul "ANALISIS PENERAPAN PERAWATAN LUKA MENGGUNAKAN CAIRAN NACL DENGAN DIAGNOSIS GANGGUAN INTEGRITAS KULIT PADA KASUS ULKUS DIABETIKUM DI RUANGAN MELATI 2 RSUD H. ANDI SULTHAN DAENG RADJA BULUKUMBA TAHUN 2024"

Oleh:
Muhammad Reza Asmadi, S.Kep
D2412029

Telah Di Ujikan Pada Ujian Sidang Dihadapan Tim Penguji Pada
Tanggal 21 Mei 2025

1. Penguji I
Nadia Alfira, S.Kep, Ns, M.Kep ()
NIDN. 0908068902
2. Penguji II
Dr. Andi Tenriola, S.Kep, Ns, M.Kes ()
NIDN. 0913068903
3. Pembimbing
Hamdana, S.Kep, Ns, M.Kep ()
NIDN.0927108801

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners


Andi Nurlaela Amin, S.Kep, Ns, M.Kes
NRK. 198411020110102028

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Muhammad Reza Amadi

NIM : D.24.12.029

Program Studi : Profesi Ners

Tahun Akademik : 2024/2025

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan KIAN saya yang berjudul: Analisis Penerepan Perawatan Luka Menggunakan Cairan NaCl Dengan Diagnosis Gangguan Integritas Kulit Pada Kasus Ulkus Diabetikum Di Ruang Melati 2 RSUD H. Andi Sulthan Daeng Radja Bulukumba Tahun 2024. Apabila suatu saat nanti terbukti bahwa saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah di tetapkan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Bulukumba, 19 Maret 2025



Muhammad Reza Asmadi, S.Kep

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Rabbil Alamin segala puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karuniayaNya sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah akhir ners (KIAN) dengan judul “Analisis Penerapan Perawatan Luka Menggunakan Cairan NaCl Dengan Diagnosis Gangguan Intagritas Kulit Pada Kasus Ulkus Diabetikum Di Ruang Melati 2 RSUD H. Andi Sulthan Daeng Radja Bulukumba Tahun 2024” dengan sebaik mungkin.

KIAN ini diajukan untuk memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ners (Ns) pada Program Studi Profesi Ners Stikes Panrita Husada Bulukumba.

Kelancaran dalam pengerjaan dan penyusunan skripsil ini tidak luput dari bantuan berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak H. Idris Amin, S.Sos, selaku Ketua Yayasan Panrita Husada Bulukumba yang telah menyiapkan sarana dan prasana sehingga proses belajar dan mengajar berjalan dengan lancar.
2. Ibu Dr. Muriyati, S.Kep, Ns, M.Kes selaku Ketua Stikes Panrita Husada Bulukumba yang telah merekomendasikan pelaksanaan penelitian.
3. Ibu Dr. Asnidar, S.Kep, Ns, M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Akademik, Riset dan Inovasi yang telah membantu merekomendasikan pelaksanaan penelitian.

4. Bapak Dr. Aszrul AB, S.Kep, Ns, M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi Umum, Kepegawaian, Keuangan dan Humas yang telah membantu merekomendasikan pelaksanaan penelitian.
5. Ibu Dr. Andi Suswani, SKM, S.Kep, Ns, M.Kes Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Kerjasama yang telah membantu merekomendasikan pelaksanaan penelitian.
6. Ibu Andi Nurlaela Amin, S.Kep, Ns, M.Kes selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Stikes Panrita Husada Bulukumba yang telah merekomendasikan pelaksanaan penelitian.
7. Ibu Hamdana S.Kep, Ns, M.Kep selaku Pembimbing yang telah menyempatkan waktu dan memberikan bimbingan serta masukan berupa saran kepada penulis dalam pengerjaan dan penyusunan KIAN ini sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
8. Ibu Nadia Alfira, S.Kep, Ns, M.Kep selaku Penguji 1 yang telah meluangkan waktunya untuk menguji serta memberikan masukan berupa saran dalam hasil penyusunan KIAN ini.
9. Ibu Dr. Andi Tenriola S.Kep, Ns, M.Kes selaku Penguji 2 yang telah meluangkan waktunya untuk menguji serta memberikan masukan berupa saran dalam hasil penyusunan KIAN ini.
10. Kepada seluruh Staf beserta Dosen Program Studi S1 Keperawatan Stikes Panrita Husada Bulukumba yang telah membantu saya selama ini, Dan juga pihak RSUD H. Andi Sulthan Daeng Radja Bulukumba yang telah membantu saya dalam proses penelitian dari KIAN saya, saya ucapkan terimakasih.

11. Kepada ayah handa tercinta Alm. Sunardi, S.Pd, saya ucapkan terima kasih yang tulus dari hati yang paling dalam karena telah menjadi panutan penulis, yang mengajarkan tentang kegigihan dalam berjuang. Seperti saat ayah berjuang untuk melawan penyakit ayah meskipun pada akhirnya ayah menyerah karena Tuhan lebih sayang pada ayah. Banyak hal yang menyakitkan yang penulis lalui, tanpa sosok ayah babak belur dihajar kenyataan yang terkadang tidak sejalan. Rasa iri dan rindu yang sering kali membuat penulis terjatuh tertampar realita karena penulis harus tumbuh dewasa tanpa ayah. Tak banyak waktu yang dapat kita habiskan bersama namun begitu banyak pembelajaran yang dapat saya petik dari setiap kenangan yang telah terlewatkan bersama dengan ayah. Untuk mama tercinta Asmawati, S.Pd terimakasih saya ucapakan karena telah menjadi sumber kekuatan penulis dan menjadi alasan satu-satunya penulis untuk tetap bertahan sampai detik ini meskipun didalam berproses kadang kala penulis ingin menyerah. Mustahil rasanya penulis mampu melewati permasalahan yang penulis alami selama ini tanpa doa mama yang seluas langit. Terimakasih karena telah menjalankan dua peran sekaligus yaitu sebagai ibu dan ayah untuk penulis yang telah mengantarkan penulis hingga sejauh ini meskipun hanya seorang diri tanpa didampingi oleh sosok ayah.

12. Kepada saudara dan saudari saya tersayang Erma Wahyuni, S.Pd, Dwi Astuti, S.Si, dan Muhammad Nur Asmadi S.Kep, Ns terima kasih saya ucapkan karena telah memberikan dukungan, semangat, dan kasih sayang yang begitu tulus sehingga kehadiran sosok ayah juga masih saya rasakan dari kalian bertiga.

13. Kepada diri saya sendiri, Muhammad Reza Asmadi si anak bungsu harapan terakhir orangtua terimakasih karena telah menjadi kuat dan bertahan sampai detik ini tetap semangat karena perjalanan kita masih panjang.
14. Kepada teman-teman penulis mahasiswa program studi Profesi Ners angkatan 2024, saya ucapkan terima kasih karena telah menemani proses penulis selama menimba ilmu di Kampus Stikes Panrita Husada Bulukumba.

Dalam penyusunan KIAN ini masih terdapat kekurangan dan kesalahan maka dari itu penulis mengharapkan sebuah kritik dan saran dari pembaca yang dapat membangun agar dapat menyempurnakan skripsi ini.

Bulukumba, 19 Maret 2025

Muhammad Reza Asmadi, S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR HALAMAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian.....	3
C. Ruang Lingkup.....	3
D. Manfaat Penulisan.....	3
E. Metode Penulisan.....	5
F. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Ulkus Diabetikum.....	6
1. Definisi.....	6
2. Patofisiologi.....	6
3. Manifestasi Klinis.....	7
4. Penatalaksanaan.....	7
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	8
1. Pengkajian.....	8
2. Diagnosis Keperawatan.....	11
3. Intervensi Keperawatan.....	11
4. Implementasi Keperawatan.....	12
5. Evaluasi Keperawatan.....	12
C. Konsep Perawatan Luka Menggunakan Cairan NaCl.....	12
1. Definisi.....	12
2. Tujuan dan manfaat.....	13
3. Standar operasional prosedur.....	14
4. Penelitian pendukung.....	16

BAB III METODE PENELITIAN	18
A. Rancangan penelitian.....	18
B. Populasi dan sampel.....	18
1. Populasi.....	18
2. Sampel.....	19
C. Tempat dan waktu penelitian.....	19
1. Tempat penelitian.....	19
2. Waktu penelitian.....	19
D. Studi outcome.....	19
1. Definisi.....	19
2. Kriteria objektif.....	20
3. Alat ukur/cara pengukuran.....	20
E. Etik penelitian.....	20
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	21
A. Data demografi pasien.....	21
B. Status Kesehatan saat ini.....	22
C. Diagnosis keperawatan.....	24
D. Intervensi keperawatan.....	24
E. Implementasi keperawatan.....	25
F. Evaluasi keperawatan.....	31
BAB V PENUTUP.....	35
A. Kesimpulan.....	35
B. Saran.....	37
DAFTAR PUSTAKA.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan.....	41
Lampiran 2 Surat Izin Permohonan Pengambilan Data Awal.....	73
Lampiran 3 Surat Keterangan Telah Melakukan Pengambilan Data Awal.....	74
Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Penelitian.....	75
Lampiran 5 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian.....	76
Lampiran 6 Etik Penelitian.....	77
Lampiran 7 Dokumentasi.....	78

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes mellitus bisa mengakibatkan berbagai komplikasi jika pengelolaannya tidak baik. Ulkus diabetikum adalah salah satu diantara beberapa komplikasi yang sangat sering terjadi pada penderita diabetes mellitus. Kondisi ini sering muncul pada area kaki, tangan, lutut, punggung dan bagian tubuh lainnya (Suryani et al., 2023).

Ulkus diabetikum dinamakan sebagai luka terbuka pada permukaan kulit diakibatkan oleh pembuluh darah dan saraf karena kadar gula darah tidak terkontrol (Hamka, 2024).

Di seluruh dunia, prevalensi ulkus diabetikum mencapai 4-10%, dengan kejadian amputasi non-trauma mencapai 40-70%. Amputasi pada pasien DM disebabkan oleh faktor iskemik 50-70% juga infeksi 30-50% (Simatupang et al., 2021).

Prevelensi ulkus diabetikum di Indonesia mencapai 15% dari semua penderita diabetes mellitus. Prevalensi amputasi yang disebabkan penyakit ulkus diabetikum sekitar 30% dan angka kematiannya 32%. Selain itu, ulkus diabetikum adalah penyebab utama penderita diabetes mellitus mengalami perawatan inap di rumah sakit, dengan prevalensi sekitar 80% (Trisnawati et al., 2023).

Berdasarkan data dari ruangan Melati 2 RSUD H. A. Sulthan Daeng Radja Bulukumba, mengenai jumlah pasien yang mengalami penyakit ulkus

diabetikum, didapatkan data pada 6 bulan terakhir yaitu dari bulan mei-november berjumlah 25 pasien.

Jika tidak dilakukan penanganan yang serius pada luka tersebut dapat menyebabkan gangguan integritas kulit (Setiawan & Musta'in, 2021). Perawatan luka merupakan hal penting dalam asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus yang mengalami gangguan integritas kulit dimana perawatan luka merupakan sebuah tindakan yang dapat mempercepat proses penyembuhan luka serta dapat mencegah terjadinya infeksi pada luka. (Syokumawena et al., 2023).

Penelitian Prayoga dan Andriani (2024), penerapan perawatan luka ulkus diabetik dengan NaCl 0.9% pada pasien diabetes melitus di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar, metode penelitian studi kasus, dengan sampel sebanyak 2 orang, menyimpulkan bahwa terdapat perubahan pada kondisi luka ulkus diabetikum dengan kondisi luka menjadi lebih baik setelah dilakukan perawatan luka dengan menggunakan cairan NaCl 0,9%.

NaCl adalah cairan pencuci luka yang fisiologi dengan cairan tubuh karena cairan ini mengandung natrium klorida atas Na dan Cl, yang komposisinya sama seperti plasma darah sehingga aman bagi tubuh. NaCl juga merupakan cairan pilihan yang digunakan pada hampir setiap luka. Normal Saline, atau NaCl adalah larutan isotonis yang aman bagi tubuh sehingga penggunaannya tidak menyebabkan iritasi, dapat melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban di sekitar luka, dan membantu proses penyembuhan luka. NaCl juga dapat menjaga kelembaban permukaan luka

serta membantu perkembangan dan migrasi jaringan epitel (Serlina et al., 2021). Selain itu juga, larutan NaCl ini mudah di dapatkan dan murah sehingga dapat bermanfaat dalam bidang medis misalnya dalam perawatan luka (Damayanti & Mulyowati, 2021).

Berdasarkan uraian di atas dan masih kurangnya penelitian perawatan luka ulkus diabetikum menggunakan cairan NaCl pada punggung, maka penulis tertarik melakukan studi kasus tentang “Analisis Penerapan Perawatan Luka Menggunakan Cairan NaCl Dengan Diagnosis Gangguan Integritas Kulit Pada Kasus Ulkus Diabetikum Di Ruang Melati 2 RSUD H. Andi Sulthan Daeng Radja Bulukumba”

B. Tujuan Penelitian

Menganalisis penerapan perawatan luka menggunakan cairan NaCl dengan diagnosis gangguan integritas kulit pada kasus ulkus diabetikum

C. Ruang Lingkup

Analisis penerapan perawatan luka menggunakan cairan NaCl dengan diagnosis gangguan integritas kulit pada kasus ulkus diabetikum di ruang Melati 2 RSUD H. A. Sulthan Daeng Radja Bulukumba dilaksanakan pada tanggal 19 sd 22 november 2024

D. Manfaat Penulisan

Manfaat yang ingin didapatkan melalui penulisan karya ilmiah akhir ners terdiri dari:

1. Mahasiswa

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat memperkaya pengetahuan juga wawasan tentang pengelolaan asuhan keperawatan dengan kasus ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit

2. Lahan praktek

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dipergunakan sebagai bahan masukan juga informasi yang bermanfaat mengenai cara mengatasi kasus ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit

3. Institusi Pendidikan

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat berkontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan dalam meningkatkan kualitas pembelajaran serta menjadi acuan sebagai sumber dalam penelitian selanjutnya.

4. Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan terhadap sesama profesi keperawatan dalam penerapan perawatan luka menggunakan NaCl terhadap asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, menentukan masalah, memberikan intervensi, memberikan implementasi dan mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan kepada pasien yang mengalami penyakit ulkus diabetikum

E. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan KIAN ini menggunakan metode deskriptif dan metode studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif, dengan pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dengan mengelola sebuah kasus dengan menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan.

F. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini terdiri dari 5 BAB yaitu:

1. BAB I Pendahuluan Pada BAB ini diuraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.
2. BAB II Tinjauan Pustaka pada BAB ini diuraikan tentang konsep meliputi, konsep dasar penyakit, konsep asuhan keperawatan, dan konsep intervensi serta pembahasan artikel yang mendukung penelitian ini yang terdiri dari artikel nasional dan artikel internasional kurang waktu 5 tahun terakhir.
3. BAB III Metodologi Penelitian pada BAB ini memuat pembahasan yaitu rancangan penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, studi outcome, serta etik penelitian.
4. BAB IV Hasil dan Diskusi Pada BAB ini mengemukakan juga menganalisis tentang hasil dari penemuan peneliti
5. BAB V Penutup Pada BAB ini berisi kesimpulan beserta saran

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Ulkus Diabetikum

1. Definisi

Ulkus diabetikum disebut sebagai luka terbuka pada permukaan kulit diakibat oleh kerusakan saraf juga pembuluh darah dikarenakan ketidakterkontrolannya kadar gula darah (Hamka, 2024).

Ulkus diabetikum adalah sebagian dari komplikasi yang sangat sering terjadi pada penderita diabetes mellitus. Kondisi ini sering muncul pada area kaki, tangan, lutut, punggung dan bagian tubuh lainnya (Suryani et al., 2023).

2. Patofisiologi

Ulkus bisa timbul karena cedera apa pun, baik oleh benturan, tusukan, dan gesekan sehingga mengakibatkan infeksi dan diperpara dengan tingginya kadar gula darah (Tandra, 2020).

Hiperglikemia dapat menghambat leukosit dalam melakukan fagositosis mengakibatkan rentan terhadap infeksi. Jika seseorang mengalami luka maka luka tersebut akan sulit sembuh hal ini disebabkan karena diabetes akan mempengaruhi kemampuan tubuh untuk menyembuhkan diri juga melawan infeksi (Harismayanti et al., 2024).

Ulkus pun bisa muncul sendiri karena kerusakan saraf yang menyebabkan kaki mati rasa, berubah bentuk, dan kemudian terjadilah

penebalan kulit yang keras dan rapuh. Keadaan ini menyebabkan kulit mudah pecah dan menjadi ulkus (Tandra, 2020).

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala ulkus diabetikum antara lain

- a. Kesemutan
- b. Muncul nyeri
- c. Sensasi rasa berkurang
- d. Kerusakan jaringan
- e. Denyut nadi arteri yang menurun
- f. Pada kaki biasanya menjadi atrofi
- g. Kuku menebal
- h. Kulit kering, dan lainnya (Panjaitan, 2024).

4. Penatalaksanaan

Perawatan luka adalah tindakan terapeutik yang dilakukan pada luka diabetik dengan cara membersihkan, merawat, dan menutup luka dengan memperhatikan teknik aseptik.

Perawatan luka pada ulkus diabetikum, antara lain:

- a. Debridemen dilakukan pada luka kronis untuk menghilangkan luka di permukaan dan jaringan nekrotik. Teknik ini dapat meningkatkan penyembuhan dengan menghasilkan jaringan granulasi.
- b. Dressing berfungsi untuk membantu penyembuhan luka dan membuat lingkungan luka menjadi lembab. Dressing melibatkan pemeliharaan

lingkungan luka seimbang atau lembab (tidak terlalu basah dan tidak terlalu kering).

- c. Terapi Antibiotik berdasar pada hasil kultur serta resistensi pasien terhadap antibiotik. Pemberian antibiotik harus berdasarkan tingkat keparahan infeksi untuk mencegah terjadinya resistensi selama terapi (Hamka, 2024).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah utama dan dasar utama proses keperawatan yang mempunyai dua kegiatan pokok yaitu:

Pengumpulan data dan analisis data.

- a. Identitas klien

Meliputi biodata seperti nama, usia, gender, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku, tanggal masuk rumah sakit juga diagnosis medis.

- b. Keluhan utama

Terdapatnya sensasi kesemutan, rasa raba yang menurun, luka tidak sembuh sembuh, berbau, terdapat eksudat, dan adanya nyeri pada luka.

- c. Riwayat kesehatan sekarang

Kapan luka terjadi, penyebab terjadinya luka dan upaya yang dilakukan orang tersebut untuk mengatasi luka tersebut.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Terdapatnya riwayat penyakit DM atau penyakit lain yang berkaitan dengan defisiensi insulin seperti penyakit pankreas. terdapatnya riwayat penyakit jantung, obesitas, aterosklerosis serta tindakan medis yang sudah didapat atau obat-obatan yang di konsumsi penderita.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Umumnya, salah satu anggota keluarga juga mungkin menderita diabetes mellitus (DM) atau penyakit keturunan lain yang dapat menyebabkan kekurangan insulin.

f. Riwayat psikososial

Mencakup informasi terkait perilaku, perasaan, dan emosi yang dialami oleh pasien, serta respons keluarga terhadap penyakit yang diderita

g. Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

Mencakup kondisi, kesadaran, berat badan, serta tanda-tanda vital pasien.

2) Pemeriksaan head to toe

Merupakan pengkajian yang dimulai dari kepala sampai dengan ujung kaki.

h. Pengkajian luka

1) Lokasi dan letak luka

Dapat berfungsi sebagai indikator untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab terjadinya luka.

2) Stadium luka dan warna luka

- Merah : luka bersih dengan banya vaskularisasi sehingga mudah berdarah. Tujuan perawatan adalah mempertahankan lingkungan lembab dan mencegah terjadinya trauma mencegah
- Kuning pucat, kecoklatan atau hijau adalah jaringan Nekrosis yang tidak terdapat vaskularisasi, luka terkontamitasi (belum tentu infeksi). Tujuan adalah luka berwarna merah.
- Hitam jaringan Nekrosis, avaskularisasi,. Tujuan perawatan seperti luka kuning.

3) Bentuk dan ukuran luka

- a) Pengukuran dilakukan tiga dimensi dengan mengukur panjang, lebar dan kedalaman
- b) Gunakan pinset atau lidi kapas untuk mengukur kedalaman goa atau undermining pada bagian dalam

i. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan sebagai berikut:

- a) Pemeriksaan darah meliputi kadar GDS yang lebih dari 200 mg/dl dan kadar gula darah puasa yang melebihi 120 mg/dl.
- b) Pemeriksaan urine. Didapatkan adanya glukosa dalam urine pemeriksaan dilakukan dengan cara Benedict (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna urine hijau (+), kuning (++), merah (+++) dan merah bata (++++).

c) Kultur pus

Mengetahui jenis kuman pada eksudat luka dan memberikan antibiotik yang sesuai jenis kuman (Maharani, 2021).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang riwayat atau respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan, risiko masalah kesehatan, atau proses kehidupan. Merupakan komponen penting untuk menentukan asuhan keperawatan yang tepat untuk menolong pasien mendapatkan kesembuhan. Beberapa diagnosis yang sering muncul pada kasus ulkus diabetikum, antara lain:

- a) Gangguan integritas kulit
- b) Nyeri akut
- c) Resiko infeksi
- d) Ansietas (PPNI, 2016).

3. Intervensi Keperawatan

Intrvensi keperawatan merupakan semua bentuk terapi yang dilaksanakan oleh perawat yang didasari pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Beberapa intervensi yang sering dilakukan pada pasien dengan penyakit ulkus diabetikum, antara lain:

- a) Perawatan luka
- b) Manajemen nyeri

- c) Pencegahan infeksi
- d) Reduksi ansietas (PPNI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disebut sebagai rangkaian tindakan yang dilaksanakan perawat dalam menolong pasien untuk mengatasi permasalahan status kesehatan yang dialami mengarah pada status kesehatan yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Suwignjo et al., 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tindakan terus menerus yang dilakukan untuk mengetahui apakah rencana keperawatan berfungsi dengan baik, apakah perlu diubah, atau dihentikan, dan apakah tujuan tercapai (Beba et al., 2023).

C. Konsep Perawatan Luka Menggunakan Cairan NaCl

1. Definisi

Perawatan luka merupakan hal penting dalam asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus yang mengalami gangguan integritas kulit dimana perawatan luka merupakan sebuah tindakan yang dapat mempercepat proses penyembuhan luka serta dapat mencegah terjadinya infeksi pada luka. (Syokumawena et al., 2023).

Perawatan luka dengan NaCl 0,9%. Cairan Normal salin (NS) atau Natrium klorida 0,9% (NaCl 0,9%) adalah cairan yang direkomendasi untuk membersihkan luka, hal ini dikarenakan cairan tersebut mempunyai komposisi yang sama seperti plasma darah sehingga aman bagi tubuh. Dengan hasil nyeri pada luka berkurang, kulit terlihat bersih dan lembab (Hidayah et al., 2019).

Perawatan Luka dilakukan dengan memonitor karakteristik luka (Drainase, warna, ukuran, bau), melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan luka menggunakan cairan NaCl (Setiawan & Musta'in, 2021).

2. Tujuan dan manfaat

NaCl adalah cairan pencuci luka yang fisiologi dengan cairan tubuh karena cairan ini mengandung natrium klorida atas Na dan Cl, yang komposisinya sama seperti plasma darah sehingga aman bagi tubuh. NaCl juga merupakan cairan pilihan yang digunakan pada hampir setiap luka. Normal Saline, atau NaCl adalah larutan isotonis yang aman bagi tubuh sehingga penggunaannya tidak menyebabkan iritasi, dapat melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban di sekitar luka, dan membantu proses penyembuhan luka. NaCl juga dapat menjaga kelembaban permukaan luka serta membantu perkembangan dan migrasi jaringan epitel (Serlina et al., 2021)

3. Standar operasional prosedur

Pengertian	Perawatan luka adalah suatu tindakan mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan lukan serta mencegah terjadinya komplikasi luka
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan lingkungan lembab yang memfasilitasi pertumbuhan jaringan granulasi dan proses epitelisasi 2. Melindungi trauma 3. Mencegah kontaminasi mikroorganism 4. Memberikan kenyamanan fisik dan psikologis kepada pasien
Prosedur	<p>A. Persiapan Alat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bak instrumen steril berisi: <ol style="list-style-type: none"> a. 1 buah pinset anatomis b. 1 buah gunting jaringan (jika perlu) c. Kom 2. Neerbeken 1 buah 3. Gloves/sarung tangan 2 pasang (steril dan bersih) 4. Normal saline (NaCl 0,9%) 500 ml dalam botol 5. Balutan penyerap exudate (absorbent dressing) sesuai dengan kondisi luka. Mis: Kassa segi empat (ukuran sesuai kebutuhan) 6. Alkohol swab 7. Underpad 8. Perekat balutan hipoalergenik (hipafix atau ultrfix atau micropore) 9. Gunting verband: 1 buah 10. Kantung sampah <p>B. Persiapan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam kepada pasien dan memperkenalkan diri 2. Melakukan identifikasi pasien dengan benar dan validasi kondisi pasien 3. Melakukan kontrak waktu

	<p>4. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan pada pasien dan keluarga</p> <p>C. Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mencuci tangan.2. Memberi salam dan memberi tahu pasien bahwa tindakan segera dimulai3. Membawa peralatan ke dekat pasien, tirai ditutup4. Memeriksa program perawatan luka yang direkomendasikan5. Meletakkan underpad di bawah area luka6. Mengatur posisi pasien sesuai lokasi luka dan memudahkan proses perawatan7. Mencuci tangan8. Memakai sarung tangan bersih9. Mengusap alkohol swab pada perekat balutan yang menempel di kulit klien10. Melepaskan/angkat perekat balutan secara hati-hati11. Membasahi kasa (balutan primer) dengan normal saline bila kasa lengket di atas luka12. Membuang kasa pembalut luka kedalam kantong sampah13. Mengganti sarung tangan bersih, dengan sarung tangan steril14. Mengambil kasa yang telah di basahi oleh NaCl 0,9% kemudian membersihkan luka. Kemudian, NaCl di alirkan di atas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap menggunakan kasa steril. Selanjutnya bersihkan kulit sekitar luka sampai radius kurang lebih 5 cm dari tepi luka dengan kasa yang telah diberi cairan NaCl 0,9%
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 15. Mengkaji jumlah, jenis konsistensi dan bau exudet; warna dasar luka; ukuran luka jaringan granulasi atau fibrous, dan tanda-tanda infeksi 16. Mengaplikasikan balutan penyerap exudate seperti kasa dipermukaan luka 17. Menutup luka dengan beberapa lapis kasa dan tutup seluruh permukaan kasa dengan plester <i>Non-woven</i> (misal Hipafix) 18. Memberitahu pasien bahwa tindakan selesai dilakukan 19. Merapikan pasien dan mengatur posisi senyaman mungkin, tirai dibuka Kembali 20. Membereskan peralatan dan merapikan kembali ditempatnya semula, buang sampah sesuai dengan tempatnya 21. Mencuci tangan
--	---

Sumber: RSUD H. A. Sulthan Daeng Radja Bulukumba

4. Penelitian pendukung

- a. Penelitian Prayoga dan Andriani (2024), penerapan perawatan luka ulkus diabetik dengan NaCl 0.9% pada pasien diabetes melitus di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar, metode penelitian studi kasus, dengan sampel sebanyak 2 orang, menyimpulkan bahwa terdapat perubahan pada kondisi luka ulkus diabetikum dengan kondisi luka menjadi lebih baik setelah dilakukan perawatan luka dengan menggunakan cairan NaCl 0,9%.
- b. Penelitian Alva Rizqullah Mahendra (2023), penerapan perawatan luka dengan NaCl pada pasien dengan ulkus diabetic di Puskesmas

Pucangsawit, metode penelitian studi kasus, dengan sampel sebanyak 2 orang, menyimpulkan bahwa penerapan perawatan luka dengan NaCl pada pasien ulkus diabetikum dapat mengurangi risiko infeksi pada luka pasien.

- c. Penelitian Suriani, Syahrudin, Samsul, dan Fardi (2023). penerapan pembersihan luka dengan menggunakan NaCl 0.9% untuk menghindari kerusakan integritas kulit pada pasien yang mengalami ulkus diabetik, metode penelitian studi kasus, dengan sampel sebanyak 1 orang, menyimpulkan penerapan perawatan luka dengan menggunakan NaCl 0,9% untuk mencegah kerusakan integritas kulit pada pasien ulkus diabetik efektif karena luka ulkus telah membentuk jaringan baru berwarna merah di bagian tengah pada luka borok, dan bekas jahitan amputasi yang berada di kelingking telah mengering.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan dan menginterpretasikan beberapa hal, seperti kondisi atau hubungan yang ada, pendapat yang berkembang, proses yang sedang berlangsung, akibat atau efek yang terjadi, atau kecenderungan yang Tengah berlangsung. Hasil penelitiannya diuraikan dengan jelas dan lugas, dan fenomena disajikan secara apa adanya. Dengan menggunakan metode studi kasus yang mempelajari satu subjek secara mendalam, seperti satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Mayasari, 2017). Dalam penelitian ini, penulis ingin menganalisis penerapan perawatan luka menggunakan cairan NaCl dengan diagnosis gangguan integritas kulit pada kasus ulkus dibetikum di ruangan Melati 2 RSUD H. A. Sulthan Daeng Radja Bulukumba.

B. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi merupakan sebagai wilayah generalisasi yang mencakup objek maupun subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditentukan oleh peneliti untuk diteliti sehingga dapat disimpulkan (Darmanah, 2019). Populasi dalam penelitian ini berjumlah 25 orang yang

merupakan semua pasien ulkus diabetikum di Ruang Melati 2 RSUD. H.

A. Sulthan Daeng Radja Bulukumba.

2. Sampel

Terdiri dari jumlah dan karakteristik populasi. Untuk populasi besar, dapat menggunakan sampel yang mewakili suatu populasi (Darmanah, 2019). Subjek dalam studi kasus ini berjumlah satu orang pasien ulkus diabetikum Di Ruang Melati 2 RSUD. H. A. Sulthan Daeng Radja Bulukumba. Fokus studi yang dibahas adalah pasien dengan penerapan perawatan luka menggunakan cairan NaCl dengan gangguan integritas kulit pada Ny. H.

C. Tempat dan waktu penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Mawar RSUD H. A. Sulthan Daeng Radja Bulumba

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 19- 22 November 2024

D. Studi outcome

1. Definisi

Perawatan luka merupakan suatu tindakan dalam asuhan keperawatan pasien diabetes mellitus yang mengalami gangguan integritas

kulit akibat penyakit ulkus diabetikum yang dapat mempercepat proses penyembuhan luka serta dapat mencegah terjadinya infeksi pada luka.

Perawatan luka dengan NaCl 0,9%. Cairan Normal salin (NS) atau Natrium klorida 0,9% (NaCl 0,9%) merupakan cairan yang memiliki komposisi yang sama seperti plasma darah sehingga aman bagi tubuh yang pada akhirnya mampu mengurangi rasa nyeri dan menyembuhkan luka ulkus diabetikum.

2. Kriteria objektif

- a. Pasien dengan diagnosis ulkus diabetikum
- b. Pasien yang tidak sedang dalam perencanaan tindakan amputasi

3. Alat ukur/cara pengukuran

- a. Penggaris untuk mengukur kedalam luka, panjang, dan lebar luka

E. Etik penelitian

Prinsip etik penelitian dalam penelitian ini telah mendapatkan kelayakan etik dari KEP Stikes panrita husada bulukumba dengan No:000926/KEP Stikes Panrita Husada Bulukumba/2025.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Data demografi pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 November 2024 pukul 09.00 WITA. Didapatkan data Ny. H usia 55 tahun, jenis kelamin perempuan, lahir pada tanggal 9 oktober 1969, Alamat Jl. Samratulangi Kecamatan Ujung Bulu Kabupaten Bulukumba, Pendidikan terakhir SMA, beragama islam, suku bugis. Pekerjaan wiraswasta. Ny. H masuk di Rumah Sakit H. A. Sulthan Daeng Radja Bulukumba pada tanggal 7 November 2024. Penanggung jawab yaitu suami klien yang bernama Tn. A usia 60 tahun, Pendidikan terakhir SMA, dan pekerjaan wiraswasta.

Pada saat pengkajian Ny. H terdapat luka terbuka pada punggung yang tidak kunjung sembuh, berbau, dan bernanah. Pasien mengatakan luka tersebut sudah dialami sejak \pm 3 minggu yang lalu dan baru dibawah kerumah sakit \pm 2 minggu yang lalu. Luka tersebut memiliki kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka. Adapun hasil pemeriksaan gula darah puasa didapatkan 247 mg/dl.

B. Status Kesehatan saat ini

1. Keluhan utama: Luka terbuka pada punggung yang bereksudat

2. Pemeriksaan fisik:

a. Keadaan umum:

1) Kehilangan BB :Tidak terjadi penurunan BB

2) Kelemahan : Ny. H tampak lemah

3) Vital sign :TD: 120/70 mmHg

N: 72 x/i

S: 36,7°c

P: 24 x/i

4) Kesadaran :Composmentis (E4V5M6)

b. Head to toe

Kepala Ny. H tampak bulat dan simetris tidak terdapat jejas serta pembengkakan pada kepala, rambut klien sedikit berwarna hitam dan beberapa helai sudah berubah tampak bersih dan tidak terdapat kotoran. Warna kulit pasien saomatang. Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka. Kuku pasien tampak merah muda dan bersih dengan CRT < 2 detik. Mata pasien lengkap dan simetris,

konjung tiva normal, sclera putih, pupil nampak isokor, dan tidak terdapat gangguan penglihatan. Bentuk hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada sekret, tidak terdapat suara nafas tambahan, pola nafas klien normal, dan tidak terdapat gangguan dalam penciuman bau dan wangi. Telinga tampak simetris sejajar dengan mata, pendengaran normal, ketajaman pendengaran baik, tidak ditemukan adanya serumen pada kedua lobang telinga. Bibir pasien lembap, keadaan gigi lengkap, tidak terdapat peradangan pada guzi, mulut simetris dan tidak terdapat pembengkakan, serta klien tidak memiliki gangguan dalam berbicara. Leher pasien tampak simetris, tidak nampak adanya peningkatan tekanan vena jugularis dan arteri carotis tidak terdapat adanya pembesaran kelenjar thyroid serta tidak terdapat nyeri tekan pada leher. Bentuk dada simetris dan pergerakan dada mengikut irama pernapasan. Tidak terdapat gangguan pada abdomen pasien, tidak ada bekas luka oprasi, tidak terdapat benjolan dan rasa nyeri di abdomen, tidak kembung, pergerakan pristaltik usus normal, serta tidak terdapat nyeri pada perut. Pasien tidak terpasang kateter. Pergerakan sendi pasien bebas, tidak terdapat nyeri otot dan sendi, kondisi tulang normal dan tidak terdapat fraktur.

c. Riwayat Kesehatan masa lalu

Ny. H mengatakan saat kecil/kanak-kanak hanya mengalami penyakit pilek saja. Pasien mengatakan saat kadar gula darahnya naik, pasien hanya berobat di klinik terdekat dari rumahnya.

C. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang didapatkan dalam kasus Ny. H sesuai dengan data yang didapatkan pada kasus, peneliti menetapkan 2 diagnosis yaitu diagnosis keperawatan nyeri akut dan diagnosis keperawatan utama yaitu diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan data subjektif yaitu Ny. H mengatakan masuk dengan keluhan luka terbuka pada punggung yang tidak kunjung sembuh, berbau, dan bernanah. Ny. H mengatakan luka tersebut sudah dialami sejak \pm 3 minggu yang lalu. Dengan data objektif yaitu terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka.

D. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang di angkat adalah berdasar pada diagnosa keperawatan utama yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi dengan intervensi yaitu perawatan luka dengan tindakan:

1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)
2. Monitor tanda-tanda infeksi
3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan

4. Bersihkan dengan cairan NaCl
5. Pasang balutan sesuai jenis luka
6. Pertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka
7. Kolaborasikan pemberian antibiotic

E. Implementasi keperawatan

Implementasi dilakukan pada tanggal 19-22 November 2024, adapun implementasi keperawatan sebagai berikut:

1. Implementasi hari pertama

Dilakukan pada hari selasa, tanggal 19 November 2024, pukul 09.00

WITA, adapun implementasi keperawatan sebagai berikut:

- a. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)

Hasil: Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka.

- b. Memonitor tanda-tanda infeksi

Hasil: Terdapat eksudat pada luka yang merembes keluar membasahi perban yang menutup luka disertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka

- c. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan

Hasil: Balutan dan plester yang menutupi luka dibuka secara perlahan

d. Membersihkan dengan cairan NaCl

Hasil: Mengambil kasa yang telah di basahi oleh NaCl 0,9% kemudian membersihkan luka. Kemudian, NaCl di alirkan di atas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap menggunakan kasa steril. Selanjutnya bersihkan kulit sekitar luka sampai radius kurang lebih 5 cm dari tepi luka dengan kasa yang telah diberi cairan NaCl 0,9%

e. Memasang balutan sesuai jenis luka

Hasil: Setelah luka di bersihkan, aplikasikan balutan penyerap exudate seperti kasa dipermukaan luka pasien. Kemudian tutup luka dengan beberapa lapis kasa dan tutup seluruh permukaan kasa dengan plester *Non-woven* (misal Hipafix)

f. Mempertahankan tehnik stereril saat melakukan perawatan luka

Hasil: Selama proses perawatan luka, mempertahankan tehnik steril dari penggunaan handscoon serta alat yang di gunakan dalam kondisi steril.

g. Mengkolaborasikan pemberian antibiotic

Hasil: Pasien diberi obat Cefoperazon/8 jam, Dexketoprofen/8 jam, dan Cepixime 100mg/12 jam/pagi dan malam

2. Implementasi hari kedua

Dilakukan pada hari rabu tanggal 20 November 2024, pukul 09.00 WITA, adapun implementasi keperawatan sebagai berikut:

a. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)

Hasil: Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 5cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah mudah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka disertai bercak darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka.

b. Memonitor tanda-tanda infeksi

Hasil: Terdapat eksudat pada luka yang merembes keluar membasahi perban yang menutup luka disertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka

c. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan

Hasil: Balutan dan plester yang menutupi luka dibuka secara perlahan

d. Membersihkan dengan cairan NaCl

Hasil: Mengambil kasa yang telah di basahi oleh NaCl 0,9% kemudian membersihkan luka. Kemudian, NaCl di alirkan di atas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap menggunakan kasa steril. Selanjutnya bersihkan kulit sekitar luka sampai radius kurang lebih 5 cm dari tepi luka dengan kasa yang telah diberi cairan NaCl 0,9%

e. Memasang balutan sesuai jenis luka

Hasil: Setelah luka di bersihkan, aplikasikan balutan penyerap exudate seperti kasa dipermukaan luka pasien. Kemudian tutup luka dengan

beberapa lapis kasa dan tutup seluruh permukaan kasa dengan plester *Non-woven* (misal Hipafix)

- f. Mempertahankan tehnik stereril saat melakukan perawatan luka

Hasil: Selama proses perawatan luka, mempertahankan tehnik steril dari penggunaan handscoon serta alat yang di gunakan dalam kondisi steril.

- g. Mengkolaborasikan pemberian antibiotic

Hasil: Pasien diberi obat Cefoperazon/8 jam, Dexketoprofen/8 jam, dan Cepixime 100mg/12 jam/pagi dan malam

3. Implementasi hari ketiga

Dilakukan pada hari kamis tanggal 21 November 2024, pukul 09.00 WITA, adapun implementasi keperawatan sebagai berikut:

- a. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)

Hasil: Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 3cm dengan ukuran panjang luka 6cm dan lebar 4cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* yang mulai berkurang pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah mudah. Terdapat eksudat pada luka di sertai dengan bercak darah yang sudah semakin berkurang dan berbau khas. Tampak jaringan granulasi pada luka

- b. Memonitor tanda-tanda infeksi

Hasil: Terdapat eksudat pada luka yang sudah semakin berkurang disertai dengan terdapatnya *slough* yang mulai berkurang pada dasar luka.

- c. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan

Hasil: Balutan dan plester yang menutupi luka dibuka secara perlahan

- d. Membersihkan dengan cairan NaCl

Hasil: Mengambil kasa yang telah di basahi oleh NaCl 0,9% kemudian membersihkan luka. Kemudian, NaCl di alirkan di atas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap menggunakan kasa steril. Selanjutnya bersihkan kulit sekitar luka sampai radius kurang lebih 5 cm dari tepi luka dengan kasa yang telah diberi cairan NaCl 0,9%

- e. Memasang balutan sesuai jenis luka

Hasil: Setelah luka di bersihkan, aplikasikan balutan penyerap exudate seperti kasa dipermukaan luka pasien. Kemudian tutup luka dengan beberapa lapis kasa dan tutup seluruh permukaan kasa dengan plester *Non-woven* (misal Hipafix)

- f. Mempertahankan tehnik stereril saat melakukan perawatan luka

Hasil: Selama proses perawatan luka, mempertahankan tehnik steril dari penggunaan handscoon serta alat yang di gunakan dalam kondisi steril.

- g. Mengkolaborasikan pemberian antibiotic

Hasil: Pasien diberi obat Cefoperazon/8 jam, Dexketoprofen/8 jam, dan Cepixime 100mg/12 jam/pagi dan malam

4. Implementasi hari keempat

Dilakukan pada hari kamis tanggal 22 November 2024, pukul 09.00

WITA, adapun implementasi keperawatan sebagai berikut:

a. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)

Hasil: Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 2 cm dengan ukuran panjang luka 5cm dan lebar 4cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* yang sudah berkurang dan menipis pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah mudah. Terdapat eksudat pada luka di sertai dengan bercak darah yang sudah semakin berkurang dan berbau khas serta sudah tampak jaringan granulasi pada luka yang semakin jelas dan banyak

b. Memonitor tanda-tanda infeksi

Hasil: Terdapat eksudat pada luka yang sudah semakin berkurang disertai dengan terdapatnya *slough* yang sudah berkurang dan menipis pada dasar luka

c. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan

Hasil: Balutan dan plester yang menutupi luka dibuka secara perlahan

d. Membersihkan dengan cairan NaCl

Hasil: Mengambil kasa yang telah di basahi oleh NaCl 0,9% kemudian membersihkan luka. Kemudian, NaCl di alirkan di atas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap menggunakan kasa steril. Selanjutnya bersihkan kulit sekitar luka sampai radius kurang lebih 5 cm dari tepi luka dengan kasa yang telah diberi cairan NaCl 0,9%

- e. Memasang balutan sesuai jenis luka

Hasil: Setelah luka di bersihkan, aplikasikan balutan penyerap exudate seperti kasa dipermukaan luka pasien. Kemudian tutup luka dengan beberapa lapis kasa dan tutup seluruh permukaan kasa dengan plester *Non-woven* (misal Hipafix)

- f. Mempertahankan tehnik streril saat melakukan perawatan luka

Hasil: Selama proses perawatan luka, mempertahankan tehnik steril dari penggunaan handscoon serta alat yang di gunakan dalam kondisi steril.

- g. Mengkolaborasikan pemberian antibiotic

Hasil: Pasien diberi obat Cefoperazon/8 jam, Dexketoprofen/8 jam, dan Cepixime 100mg/12 jam/pagi dan malam

F. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan selama 4 hari berturut-turut yang dimulai pada tanggal 19-22 november 2024

Evaluasi pertama pada hari selasa tanggal 19 november 2024, setelah dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosis gangguan integritas kulit didapatkan hasil terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka. Pada saat setelah dilakukan tindakan perawatan, luka pasien sudah tampak bersih dan lembab

namun masalah gangguan integritas kulit pasien belum tertasi, sehingga intervensi dilanjutkan.

Evaluasi kedua pada hari selasa tanggal 20 november 2024, setelah dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosis gangguan integritas kulit didapatkan hasil terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 5cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah mudah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka disertai bercak darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka. Pada saat setelah dilakukan tindakan perawatan, luka pasien sudah tampak bersih kembali dan lembab namun masalah gangguan integritas kulit pasien belum tertasi, sehingga intervensi dilanjutkan.

Evaluasi ketiga pada hari selasa tanggal 21 november 2024, setelah dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosis gangguan integritas kulit didapatkan hasil. Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 3cm dengan ukuran panjang luka 6cm dan lebar 4cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka yang mulai berkurang. Warna kulit sekitar luka berwarna merah mudah. Terdapat eksudat pada luka di serati dengan bercak darah yang sudah semakin berkurang dan berbau khas. Tampak jaringan granulasi pada luka. Pada saat setelah dilakukan tindakan perawatan, luka pasien sudah tampak bersih kembali dan lembab masalah gangguan integritas kulit pasien mulai menurun, sehingga intervensi dipertahankan.

Evaluasi keempat pada hari selasa tanggal 22 november 2024, setelah dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosis gangguan integritas kulit

didapatkan hasil terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 2 cm dengan ukuran panjang luka 5cm dan lebar 4cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* yang sudah berkurang dan menipis pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah mudah. Terdapat eksudat pada luka di sertai dengan bercak darah yang sudah semakin berkurang dan berbau khas serta sudah tampak jaringan granulasi pada luka yang semakin jelas dan banyak. Pada saat setelah dilakukan tindakan perawatan, luka pasien sudah tampak bersih kembali dan lembab masalah gangguan integritas kulit pasien menurun, sehingga intervensi dipertahankan.

Dari hasil evaluasi diatas menunjukkan bahwa terdapat perubahan ditandai dengan karakteristik luka yang awalnya memiliki ukuran panjang 7 cm dan lebar 6 cm menjadi panjang 5 cm dan lebar 4 cm. Kedalaman luka yang awalnya 4 cm menjadi 2 cm. Berdasarkan warna dasar luka yang awalnya berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* menjadi warna luka yang merah dengan kondisi *slough* yang sudah berkurang dan menipis. Berdasarkan jumlah eksudat yang awalnya merembes hingga membasahi perban yang menutupi luka menjadi berkurang sejalan juga dengan tidak terdapatnya bau khas eksudat. Dan pada akhirnya sudah tampak jaringan granulasi pada luka yang mulai muncul dari evaluasi hari ke 3 yang artinya telah terjadi proses peningkatan proses penyembuhan luka. Evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 4 hari berturut-turut, didapatkan adanya pengaruh penerapan perawatan luka menggunakan NaCl pada gangguan integritas kulit dengan kasus ulkus diabetikum yang dialami Ny.H di RSUD H. A. Sulthan Daeng Radja Bulukumba.

Hasil studi kasus ini sejalan dengan teori Serlina (2021), yang menyatakan bahwa NaCl adalah cairan pencuci luka yang fisiologi dengan cairan tubuh karena cairan ini mengandung natrium klorida atas Na dan Cl, yang komposisinya sama seperti plasma darah sehingga aman bagi tubuh. NaCl juga

merupakan larutan isotonis sehingga penggunaannya tidak menyebabkan iritasi, dapat melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban di sekitar luka, dan membantu proses penyembuhan luka. NaCl juga dapat menjaga kelembaban permukaan luka serta membantu perkembangan dan migrasi jaringan epitel

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Syokumawena , Mediarti , Ramadhani (2023) Judul perawatan luka metode *moist wound healing* pada pasien diabetes mellitus tipe II dengan masalah gangguan integritas kulit yang menggunakan cairan NaCl menyimpulkan bahwa terdapat perubahan sebelum dan sesudah dilakukan perawatan luka selama 3 hari berturut-turut dengan hasil luka tampak lembab serta pus berkurang.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Suriani, Syaharuddin, Samsul, dan Fardi (2023) judul penelitian penerapan pembersihan luka dengan menggunakan NaCl 0.9% untuk menghindari kerusakan integritas kulit pada pasien yang mengalami ulkus diabetik menyimpulkan bahwa penerapan perawatan luka dengan menggunakan NaCl 0,9% untuk mencegah kerusakan integritas kulit pada pasien ulkus diabetik selama 3 hari berturut-turut efektif dilakukan hal ini dikarenakan luka ulkus telah membentuk jaringan baru berwarna merah di bagian tengah pada luka borok, dan bekas jahitan amputasi yang berada di kelingking telah mengering.

Menurut asumsi peneliti penerapan perawatan luka menggunakan NaCl dapat menurunkan masalah gangguan integritas kulit yang dialami oleh pasien ulkus diabetikum. Hal ini dikarenakan perawatan luka dengan cairan NaCl dapat menjaga kelembaban dan kebersihan luka dari kondisi kering dan kotor sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan luka dikarenakan kuman yang terdapat pada luka akan hilang sehingga mengurangi infeksi yang ditandai dengan terdapatnya *slough* dan

eksudat yang semakin berkurang pada luka yang dapat menghambat pertumbuhan jaringan yang baru dan juga ketika muncul jaringan granulasi, jaringan tersebut akan terlindungi dari kondisi kering dan kotor sehingga pada akhirnya dapat mempercepat proses penyembuhan luka.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Adapun Kesimpulan yang didapatkan pada kasus tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 19 November 2024 di Ruang perawatan Mawar 2 RSUD H. Andi. Sulthan Daeng Radja Bulukumba ditemukan Ny. H berusia 55 tahun, mengeluh terdapat luka terbuka pada punggung yang tidak kunjung sembuh, berbau, dan bernanah. Luka tersebut memiliki kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka. Adapun hasil pemeriksaan gula darah puasa didapatkan 247 mg/dl.

2. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang didapatkan saat pengkajian pada Ny. H maka didapatkan diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang dilakukan yaitu perawatan luka dengan cara monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka, kolaborasikan pemberian antibiotik.

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan selama 4 hari berturut-turut terhitung dari tanggal 19 sampai 22 november 2024. Adapun tindakan-tindakan yang dilakukan yaitu memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau), memonitor tanda-tanda infeksi, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka, mengkolaborasikan pemberian antibiotik.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 4 hari berturut-turut, didapatkan hasil terjadinya peningkatan proses penyembuhan luka sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh penerapan perawatan luka menggunakan NaCl pada gangguan integritas kulit dengan kasus ulkus diabetikum yang dialami Ny.H di RSUD H. Andi. Sulthan Daeng Radja Bulukumba.

B. Saran

1. Bagi rumah sakit

Diharapkan agar senantiasa memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien serta mempertahankan hubungan kerjasama yang baik antara para tim medis yang lain agar dapat meningkatkan asuhan keperawatan dengan baik pada kasus ulkus diabetikum dan penelitian ini juga dapat bermanfaat dan dapat diterapkan pada pasien-pasien yang mengalami gangguan integritas kulit pada kasus ulkus diabetikum

2. Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan dapat lebih meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang berkualitas dan profesional yang pada akhirnya menghasilkan perawat-perawat yang terampil, inovatif dan profesional didalam memberikan asuhan keperawatan sesuai kode etik perawat.

3. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan selama proses pemberian asuhan keperawatan pasien dan keluarga ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan dalam upaya mempercepat proses penyembuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Beba, N. N., Matongka, Y., Tarigan, S., & Ningsih, N. K. A. (2023). PENERAPAN TERAPI DIVERSIONAL UNTUK MENURUNKAN KECEMASAN PADA LANSIA : STUDI KASUS. *Jurnal Kesehatan Dan Teknologi*, 1(1), 0–5.
- Damayanti, A. S., & Mulyowati, T. (2021). Identifikasi Telur Nematoda Usus Soil Transmitted Helminth Pada Feses dan Kotoran Kuku Petani Sawah di Desa Munggur Kecamatan Manyaran Wonogiri. *Klinikal Sains : Jurnal Analisis Kesehatan*, 9(2), 138–149. https://doi.org/10.36341/klinikal_sains.v9i2.1947
- Darmanah, G. (2019). *Metodologi Penelitian*. Lampung selatan: CV. HIRA TECH.
- Hamka. (2024). *Keperawatan Medikal Bedah 3*. Cilacap: Media Pustaka Indo.
- Harismayanti, Retni, A., Asnawati, R., & Umar, I. (2024). PENGARUH PERAWATAN LUKA FILM DRESSING TEHDAP PENYEMBUHAN LUKA. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 3560–3571.
- Hidayah, S. W., Astuti, D., & Kartika, U. (2019). Asuhan Keperawatan Dengan Perawatan Luka Menggunakan Nacl 0 , 9 Untuk Menurunkan Resiko Infeksi Ulkus Diabetik Pada Pasien Diabetes Melitus ”. *Journal of Nursing and Health (JNH)*, 4(2502–1524), 40–46.
- Maharani, P. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ULKUS DIABETIKUM*. Poltekkes kemenkes padang.
- Mahendra, A. R. (2023). Penerapan Perawatan Luka dengan NACL pada pasien dengan ulkus diabetik di Puskesmas Pucangsawit. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 2(9), 302–309.
- Mayasari, C. A. (2017). *METODE PENELITIAN KEPERAWATAN DAN STATISTIK*. Media Nusa Creative.
- Panjaitan, J. (2024). Pendekatan Psikososial Terapi Perawatan Madu pada Pasien Gangguan Diabetikum di Rumah Sakit Advent Medan. *Arus Jurnal Sosial Dan Humaniora*, 4(2), 1101–1107. <https://doi.org/10.57250/ajsh.v4i2.631>
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. DPP PPNI.
- Prayoga, S. P. R., & Andriyani, A. (2024). Penerapan Perawatan Luka Ulkus Diabetik dengan Nacl 0.9% pada Pasien Diabetes Melitus di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar. *Protein : Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan.*, 2(4), 179–187. <https://doi.org/10.61132/protein.v2i4.725>
- Serlina, Isa, W. M. La, & Hasnita. (2021). Pengaruh Perawatan Dengan Menggunakan Nacl 0 , 9 % Dan Minyak Lavender Terhadap Penyembuhan

- Luka Epsisiotomi. *JIMPK: Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian ...*, 1(4), 557–563.
<http://www.jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jimpk/article/download/630/617>
- Setiawan, D., & Musta'in, M. (2021). Pengelolaan Gangguan Integritas Kulit Pada Ulkus Diabetes. *Media Informasi Penelitian Kabupaten Semarang (SINOV)*, 4(2), 80–88.
- Simatupang, R., Mizwar Tarihoran, D., Fau, P., Kristina, D., Kristina, M., Zebua, F., Hia, E., Winda, A., & Pinang, M. (2021). Pelatihan Senam Kaki Cegah Ulkus Diabetikum. *Institute of Computer Science (IOCS)*, 4(2), 126–135.
<https://iocscience.org/ejournal/index.php/abdimas/article/download/2417/1959/7437>
- Suriani, A., Syaharuddin, S., Samsul, T. D., & Fardi. (2023). Penerapan Pembersihan Luka Dengan Menggunakan NaCl 0.9% Untuk Menghindari Kerusakan Integritas Kulit Pada Pasien yang Mengalami Ulkus Diabetik. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 459–466.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.1117>
- Suryani, H. P., Erikania, S., & Natawaskita, K. (2023). UJI AKTIVITAS ANTIBAKTERI GETAH JARAK PAGAR (*Jatropha curcas* L.) TERHADAP BAKTERI ISOLAT ULKUS DIABETIKUM MENGGUNAKAN METODE DIFUSI CAKRAM. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNAS)*, 168–173.
- Suwigno, P., Maidartati, Asmara, L. N., Saputra, A., & Khasanah, U. (2022). *Gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di instalasi rawat inap rsud kota bandung*. 10(2), 226–233.
- Syokumawena, Mediarti, D., & Ramadhani, P. (2023). Perawatan Luka Metode Moist Wound Healing Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe Ii Dengan Masalah Gangguan Integritas Jaringan: Studi Kasus. *Aisyiyah Medika*, 8(2), 312–320.
- Tandra, H. (2020). *Diabetes*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Trisnawati, Anggraini, R. B., & Nurvinanda, R. (2023). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TERJADINYA ULKUS DIABETIKUM PADA PENDERITA DIABETES MELITUS. *Indonesian Journal of Nursing and Health Sciences*, 4(2), 85–94.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

PENGAJIAN (ASSESSMENT)

No. RM : 029420
 Tanggal : 19/11/2024
 Ruangan : Melati 2

I. DATA UMUM

1. Identitas Klien

Nama : Ny. H Umur : 55 Tahun
 Tempat/Tanggal lahir : Bone, 09-10-1969 Jenis kelamin : L / **P**
 Status perkawinan : **M** / BM / J / D Agama : Islam
 Pendidikan terakhir : SMA Suku : Bugis
 Pekerjaan : Wiraswasta Alamat : Jl. Samratulangi
 Telp. : 081342578999 Tanggal MRS : 7/11/2024
 Golongan darah : O Sumber info : Pasien

2. Penanggung jawab / pengantar

Nama : Tn. A Umur : 60 Tahun
 Pendidikan terakhir : SMA Pekerjaan : Wiraswasta
 Hubungan dengan klien : Suami Pasien Alamat : Jl. Samratulangi
 Telp. : 081353668888

II. RIWAYAT KESEHATAN SAAT INI

1. Keluhan utama : Luka terbuka pada punggung yang bereksudat
2. Alasan masuk RS : Pasien mengatakan masuk dengan keluhan luka terbuka pada punggung yang tidak kunjung sembuh, berbau, dan bernanah. Pasien mengatakan luka tersebut sudah dialami sejak \pm 3 minggu yang lalu dan baru dibawah kerumah sakit \pm 2 minggu yang lalu
3. Riwayat Penyakit
 - Provocative/Palliative : Nyeri muncul saat dilakukan perawatan luka
 - Quality : Nyut-nyutan
 - Region : Luka ulkus yang terdapat di punggung pasien
 - Severity : Skala nyeri 7

Timing : 10 Menit

4. Data Medik

A. Dikirim oleh : UGD Dokter Praktek

B. Diagnosa Medik

o Saat masuk :

Ulkus Diabetikum

o Saat pengkajian :

Ulkus Diabetikum

III. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

1. Penyakit yang pernah dialami

Saat kecil / kanak-kanak : Pasien mengatakan saat kecil/kanak-kanak hanya mengalami penyakit pilek saja

Penyebab : Pasien mengatakan penyakit pileknya disebabkan karena sering mengonsumsi minuman dingin dan manis

Riwayat perawatan : Pasien mengatakan bahwa klien tidak pernah melakukan perawatan sebelumnya baik di Klinik, Puskesmas, maupun di Rumah sakit

Riwayat operasi : Pasien mengatakan tidak pernah mengalami tindakan operasi sebelumnya

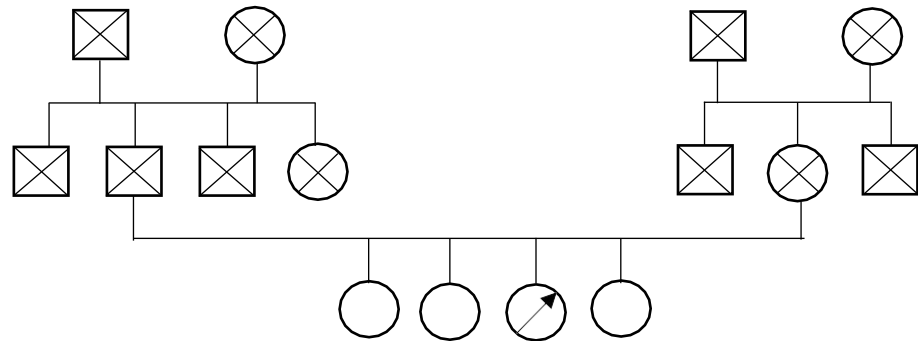
Riwayat pengobatan : Pasien mengatakan saat kadar gula darahnya naik, pasien hanya berobat di klinik terdekat dari rumahnya

Riwayat alergi : Pasien mengatakan bahwa dia tidak memiliki alergi apapun baik makanan, minuman, maupun obat-obatan lainnya

2. Riwayat imunisasi : Pasien mengatakan bahwa imunisasinya lengkap

3. Lain-lain : Tidak ada

IV. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA



Keterangan:

- : Laki-Laki
- : Perempuan
- : Menikah
- | : Melahirkan/Anak
- ↗ : Pasien
- X : Meninggal

G1: Kakek dan nenek pasien sudah meninggal dunia

G2: Ayah dan ibu pasien sudah meninggal dunia, Ayah pasien memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien yaitu diabetes mellitus namun ayah pasien tidak memiliki riwayat penyakit yang diderita oleh pasien sekarang yaitu ulkus diabetikum.

G3: Pasien merupakan anak ke 3 dari 4 bersaudara dan semua saudara pasien masih hidup

V. RIWAYAT PSIKO-SOSIO-SPIRITUAL

1. Pola koping : Pasien mengatakan awalnya tidak merasakan cemas yang berlebihan dengan penyakit yang ia derita sekarang namun seiring dengan berjalannya waktu rasa

cemas pasien mulai berkurang dan pasien mulai menerima dan Ikhlas dengan kondisi yang ia alami sekarang dan menyerahkan semuanya kepada Tuhan

2. Harapan klien thd keadaan peny.-nya : Pasien mengatakan yakin bahwa dia bisa sembuh dari penyakit yang ia alami sekarang dengan bantuan dari tenaga medis di Rumah Sakit
3. Faktor stressor : Pasien mengatakn sedikit mengalami ketakutan dan rasa cemas terhadap dampak yang ditimbulkan dari penyakit yang ia derita sekarang
4. Konsep diri : Pasien mengatakan semua keluarganya sangat memperhatikan dirinya. Pasien berharap bisa cepat sembuh
5. Pengetahuan klien ttg penyakitnya : Pasien mengatakan kurang tahu tentang penyakit yang dideritanya sekarang
6. Adaptasi : Pasien mengatakan sudah mampu beradaptasi dengan kondisi yang dialaminya sekarang
7. Hubungan dengan anggota keluarga : Pasien mengatakan bahwa hubungannya dengan keluarga harmonis dan baik-baik saja
8. Hubungan dengan masyarakat : Hubungan pasien dengan keluarga harmonis dan mampu beradaptasi dengan baik
9. Perhatian thd org lain & lawan bicara : Pasien memperhatikan dan menjaga

- kontak mata saat berinteraksi dengan lawan bicaranya dan selalu bersikap ramah
10. Aktifitas sosial : Aktifitas sosial pasien terhambat akibat perawatan
11. Bahasa yang sering digunakan : Pasien menggunakan Bahasa Bugis sebagai sehari-sehari-harinya namun pasien juga mampu berbahasa Indonesia
12. Keadaan lingkungan : Keadaan lingkungan pasien baik dan dapat dikatakan bersih
13. Kegiatan keagamaan / pola ibadah : Pasien mengatakan bahwa selama mendapatkan perawatan di Rumah Sakit klien mengalami gangguan dalam beribadah
14. Keyakinan tentang kesehatan : Pasien mengatakan yakin bahwa dirinya akan sembuh dengan ikhtiar kepada Allah SWT melalui perawatan di RS dan obat-obatan yang diberikan kepada dirinya

VI. KEBUTUHAN DASAR / POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

1. Makan
- Sebelum MRS : Pasien makan dengan frekuensi 3x dalam sehari dengan semua jenis makanan yang pasien suka.
- Saat Di RS : Pasien makan dengan frekuensi 3x dalam sehari, namun membatasi makanan yang mengandung gula atau pasien menjalani diet rendah gula.

2. Minum
 - Sebelum MRS : Pasien minum dengan frekuensi 6-7 gelas dalam sehari, dengan segelas air putih dan juga the dipagi hari.
 - Saat Di RS : Pasien minum dengan frekuensi 8-9 gelas dalam sehari karena klien sering merasa haus. Pasien hanya minum air putih saja tanpa meminum minuman yang mengandung gula dikarenakan pasien menjalani diet rendah gula.
3. Tidur
 - Sebelum MRS : Waktu tidur pasien teratur, pasien tidur selama 8 jam pada malam hari dan mulai tidur pada jam 21.00 WITA. Dan pada siang hari pasien tidur tidak teratur
 - Saat Di RS dalam : Saat di RS klien tidurnya tidak teratur, terkadang satu hari pasien hanya tidur sekitar 5-6 jam, dan sering terbangun pada malam hari karena pasien BAK
4. Eliminasi fekal/BAB
 - Sebelum MRS : Pasien BAB dengan frekuensi 2x dalam sehari, dengan konsistensi padat, warna kuning, bau khas, dan tidak ada keluhan nyeri atau penyulit lain ketika pasien BAB
 - Saat Di RS : Pasien BAB dengan frekuensi 2x dalam sehari, dengan konsistensi padat, warna kuning, bau khas, dan tidak ada keluhan nyeri atau penyulit lain ketika pasien BAB
5. Eliminasi urine/BAK
 - Sebelum MRS : Pasien BAK dengan frekuensi 6-7x sehari, warna kuning jernih, bau khas, perasaan setelah BAK puas dan tidak terdapat keluhan nyeri pada saat pasien BAK
 - Saat Di RS : Pasien BAK dengan frekuensi 7-9x sehari, warna kuning jernih, bau khas, perasaan setelah BAK puas dan tidak terdapat keluhan nyeri pada saat pasien BAK
6. Aktifitas dan Latihan
 - Sebelum MRS : Pasien melakukan aktifitas sehari-hari dengan mengerjakan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dan juga melakukan kegiatan di luar rumah seperti

- pengajian di masjid dengan tetangga di dekat rumahnya dan terkadang juga membantu suaminya dalam mengurus toko usahanya
- Saat Di RS : Pasien hanya menghabiskan kebanyakan waktunya dengan berbaring di bad rumah sakit dan hanya bergerak ketika pasien ke wc di bantu oleh anaknya karena klien merasa pusing saat berjalan
7. Personal hygiene
- Sebelum MRS : Pasien mandi 2x dalam sehari dan menggosok gigi setiap pagi dan pada malam hari yang dilakukan secara mandiri
- Saat Di RS : Pasien hanya di lap basah oleh keluarganya dengan frekuensi sekali dalam sehari

VII. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum
 - Kehilangan BB : Tidak terjadi penurunan BB
 - Kelemahan : Pasien tampak lemah
 - Vital sign : TD: 120/70 mmHg
N: 72 x/i
S: 36,7°C
P: 24 x/i
 - Tingkat kesadaran : Composmentis (E4V5M6)
2. Head to toe
 - a. Kulit/integumen : Warna kulit pasien saomatang. Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka. Pasien

mengeluh nyeri pada luka ulkus diabetikum yang berada di punggung saat dilakukan perawatan luka, pasien tampak meringis kesakitan sambil menutup mata dan berteriak.

- b. Kepala & rambut : Kepala pasien tampak bulat dan simetris tidak terdapat jejas serta pembengkakan pada kepala, rambut klien sedikit berwarna hitam dan beberapa helai sudah beruban tampak bersih dan tidak terdapat kotoran.
- c. Kuku : Kuku pasien tampak merah muda dan bersih dengan CRT < 2 detik
- d. Mata/penglihatan : Mata pasien lengkap dan simetris, konjung tiva normal, sclera putih, pupil nampak isokor, dan tidak terdapat gangguan penglihatan
- e. Hidung/penghiduan : Bentuk hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada sekret, tidak terdapat suara nafas tambahan, pola nafas klien normal, dan tidak terdapat gangguan dalam penciuman bau dan wangi
- f. Telinga/pendengaran : Telinga tampak simetris sejajar dengan mata, pendengaran normal, ketajaman pendengaran baik, tidak ditemukan adanya serumen pada kedua lobang telinga
- g. Mulut dan gigi : Bibir pasien lembap, keadaan gigi lengkap, tidak terdapat peradangan pada guzi, mulut simetris dan tidak terdapat pembengkakan, serta klien tidak memiliki gangguan dalam berbicara
- h. Leher : Leher pasien tampak simetris, tidak nampak adanya peningkatan tekanan vena jugularis dan arteri carotis tidak terdapat adanya pembesaran kelenjar thyroid serta tidak terdapat nyeri tekan pada leher
- i. Dada : Bentuk dada simetris dan pergerakan dada mengikut irama pernapasan
- j. Abdomen : Tidak terdapat gangguan pada abdomen pasien, tidak ada bekas luka operasi, tidak terdapat benjolan dan rasa

nyeri di abdomen, tidak kembung, pergerakan pristaltik usus normal, serta tidak terdapat nyeri pada perut

k. Perineum & genitalia : Pasien tidak terpasang kateter

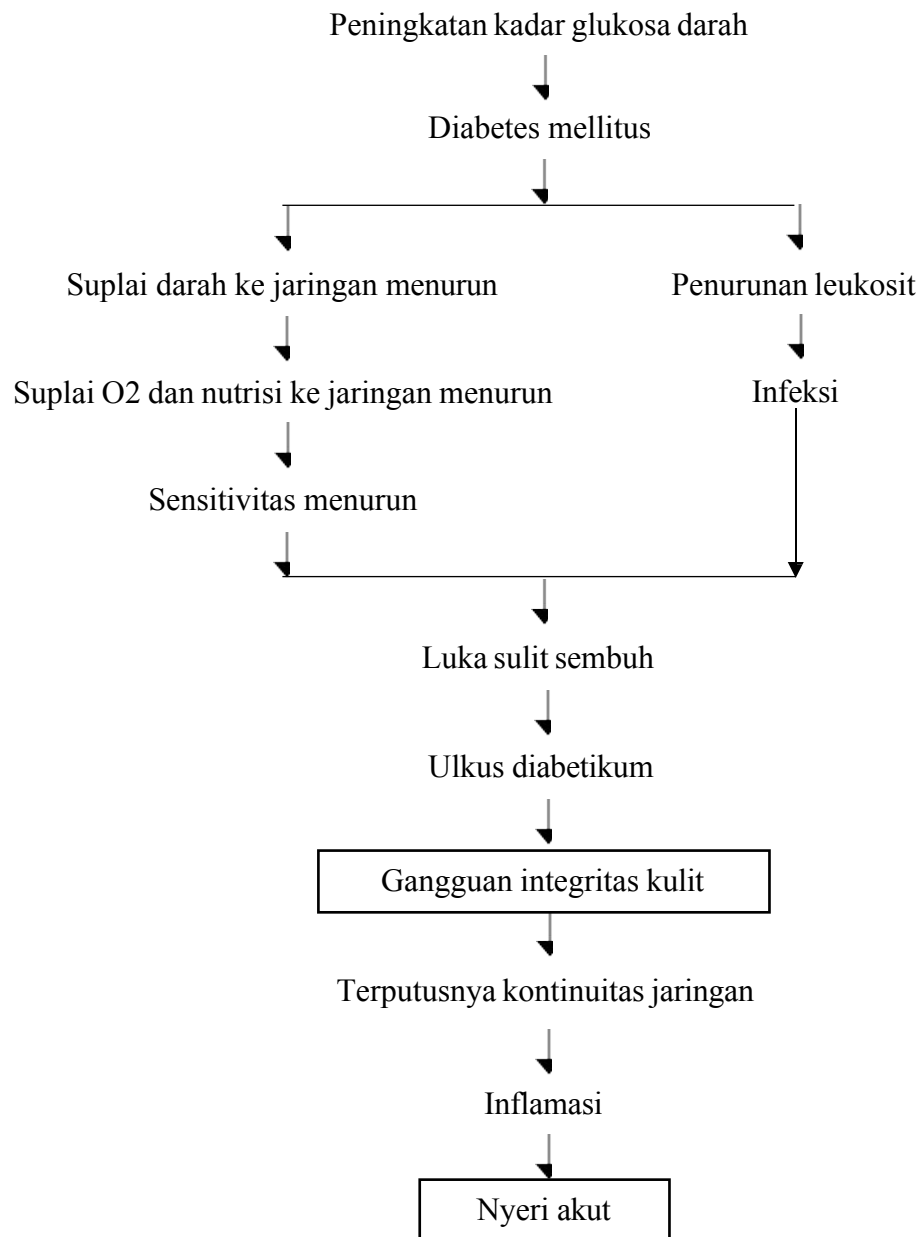
l. Extremitas atas & bawah : pergerakan sendi pasien bebas, tidak terdapat nyeri otot dan sendi, kondisi tulang normal dan tidak terdapat fraktur

3. Pemeriksaan diagnostik

No	Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
1.	7/11/2024	Hematologi rutin <ul style="list-style-type: none"> • Leukosit (WBC) • Eritrosit (RBC) • Hemoglobin (HGB) • Hematokrit (HCT) 	17,20 36,66 10,4 32,1	4,00-10,00 4,00-6,00 12,0-18,0 37,0-48,0	10 ³ /uL 10 ⁶ /uL g/dl %
2.	7/11/2024	Kimia darah Diabetes <ul style="list-style-type: none"> • GDS 	484	<140	mg/dl
3.	19/11/2024	Kimia darah Diabetes <ul style="list-style-type: none"> • GDS 	247	<140	mg/dl
4.	20-11-2024	Kimia darah Diabetes <ul style="list-style-type: none"> • GDS 	229	<140	mg/dl
5.	21-11-2024	Kimia darah Diabetes <ul style="list-style-type: none"> • GDS 	194	<140	mg/dl
6.	22-11-2024	Kimia darah- Diabetes <ul style="list-style-type: none"> • GDS 	182	<140	mg/dl

4. Penatalaksanaan Medis/Terapi

- Infus NaCl 20 tpm/menit
- Cefoperazon/8 jam
- Dexketoprofen/8 jam
- Cepixime 100mg/12 jam/pagi dan malam
- Vip albumin/12 jam/ pagi dan malam
- Ryzodeg/10-0-10 (10 unit)/12 jam/pagi dan malam

VIII. PATHWAY / PATOFLODIAGRAM

Bulukumba, 19-November-2024

Yang mengkaji,

Muhammad Reza Asmadi, S.Kep

NIM : D.24.12.029

DATA FOKUS

Nama / umur : Ny. H/55 tahun

Ruang / kamar : Melati 2/209

Data Fokus

DS:

- Pasien mengatakan masuk dengan keluhan luka terbuka pada punggung yang tidak kunjung sembuh, berbau, dan bernanah. Pasien mengatakan luka tersebut sudah dialami sejak \pm 3 minggu yang lalu
- Pasien mengeluh nyeri pada luka ulkus diabetikum yang berada di punggung saat dilakukan perawatan luka

DO:

- Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah di sertai dengan terdapatnya *slough* pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka
 - Pasien tampak meringis kesakitan sambil menutup mata dan berteriak
 - Provocative/Palliative: Nyeri muncul saat dilakukan perawatan luka
- Quality : Nyeri tertusuk-tusuk
- Region : Luka ulkus yang terdapat di punggung pasien
- Severity 7
- Timing : 10 Menit

KLASIFIKASI DATA

Nama / umur : Ny. H/55 tahun

Ruang / kamar : Melati 2/209

Kategori dan Subkategori		Data Subjektif dan Objektif
Fisiologis	Respirasi	
	Sirkulasi	
	Nutrisi dan Cairan	
	Eliminasi	
	Aktivitas dan Istiraha	
	Neorosensori	
	Reproduksi dan Seksualitas	
Psikologis	Nyeri dan Kenyamanan	<p>Nyeri Akut</p> <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh nyeri pada luka ulkus diabetikum yang berada di punggung saat dilakukan perawatan luka, <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis kesakitan sambil menutup mata. • Provocative/Palliative: Nyeri muncul saat dilakukan perawatan luka <p>Quality :Nyeri tertusuk-tusuk</p> <p>Region :Luka ulkus yang terdapat di punggung pasien</p>

		Severity : 7 Timing:10 Menit
	Integritas Ego	
	Pertumbuhan dan Perkembangan	
Perilaku	Kebersihan Diri	
	Penyuluhan dan Pembelajaran	
Relasional	Interaksi Sosial	
Lingkungan	Keamanan dan Proteksi	<p>Gangguan integritas kulit</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masuk dengan keluhan luka terbuka pada punggung yang tidak kunjung sembuh, berbau, dan bernanah. Pasien mengatakan luka tersebut sudah dialami sejak \pm 3 minggu yang lalu <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. Terdapat eksudat

		yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka.
--	--	--

ANALISA DATA

Nama / umur : Ny. H/55 tahun

Ruang / kamar : Melati 2/209

No.	Tanda dan Gejala	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masuk dengan keluhan luka terbuka pada punggung yang tidak kunjung sembuh, berbau, dan bernanah. Pasien mengatakan luka tersebut sudah dialami sejak ± 3 minggu yang lalu <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka. 	<p>Peningkatan kadar glukosa darah</p> <p>↓</p> <p>Diabetes mellitus</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>Suplai darah ke jaringan menurun</p> <p>↓</p> <p>Suplai O₂ dan nutrisi ke jaringan menurun</p> <p>↓</p> <p>Sensitivitas menurun</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Penurunan leukosit</p> <p>↓</p> <p>Infeksi</p> </div> </div> <p>↓</p> <p>Luka sulit sembuh</p> <p>↓</p> <p>Ulkus diabetikum</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Integritas Kulit</p>	Gangguan integritas kulit

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny. H/55 tahun

Ruang / kamar : Melati 2/209

No.	Diagnosa Keperawatan	Tgl Ditemukan	Tgl Teratasi
1.	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi	19-November-2024	
2.	Nyeri akut b.d agen pencedara fisiologis	19-November-2024	

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny. H/55 tahun

Ruang / kamar : Melati 2/209

No	Diagnosa keperawatan	Luaran Keperawatan					Intervensi Keperawatan				
		Integritas kulit dan jaringan (L.14125)	Ekspektasi : Meningkat					Perawatan luka (I.14564)			
		Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Observasi	Terapeutik	Edukasi	Kolaborasi
1.	<p>Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi (D.0129) ditandai dengan: DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masuk dengan keluhan luka terbuka pada punggung yang tidak kunjung sembuh, berbau, dan bernanah. Pasien mengatakan luka tersebut sudah dialami sejak \pm 3 minggu yang lalu <p>DO:</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kerusakan jaringan menurun Kerusakan lapisan kulit menurun 						<ul style="list-style-type: none"> Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) Monitor tanda-tanda infeksi 	<ul style="list-style-type: none"> Lepaskan balutan dan plester secara perlahan Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 	-	<ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian antibiotik

	<ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka. 								<ul style="list-style-type: none"> • Memasang balutan sesuai jenis luka • Mempertahankan teknik stereril saat melakukan perawatan luka 		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No	Diagnosa keperawatan	Luaran Keperawatan					Intervensi Keperawatan				
		Tingkat nyeri (L.08066)	Ekspektasi : Menurun					Manajemen nyeri (I.08238)			
		Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Observasi	Terapeutik	Edukasi	Kolaborasi
2.	<p>Nyeri akut b.d agen pencedara fisiologis (D.0077) ditandai dengan: DS</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh nyeri pada luka ulkus diabetikum yang berada di punggung saat dilakukan perawatan luka, <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak meringis kesakitan sambil menutup mata. Provocative/Palliative: Nyeri muncul saat dilakukan perawatan luka <p>Quality :Nyeri tertusuk-tusuk</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Meringis menurun 					√	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, dan kualitas nyeri Identifikasi skala nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgetik

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny. H/55 tahun

Ruang / kamar : Melati 2/209

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tgl	Waktu	Implementasi Tindakan Keperawatan
1.	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi	19-11-2024	09.00	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka.
			09.01	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: Terdapat eksudat pada luka yang merembes keluar membasahi perban yang menutup luka disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> pada dasar luka.
			09.02	<ul style="list-style-type: none"> • Melepaskan balutan dan plester secara perlahan Hasil: Balutan dan plester yang menutupi luka dibuka secara perlahan
			09.03	<ul style="list-style-type: none"> • Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan Hasil: Mengambil kasa yang telah di basahi oleh NaCl 0,9% kemudian membersihkan luka. Kemudian, NaCl di alirkan di atas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap menggunakan kasa steril. Selanjutnya bersihkan kulit sekitar luka sampai radius kurang lebih 5 cm dari tepi luka dengan kasa yang telah diberi cairan NaCl 0,9%

			09.13	<ul style="list-style-type: none"> Memasang balutan sesuai jenis luka <p>Hasil: Setelah luka di bersihkan, aplikasikan balutan penyerap exudate seperti kasa dipermukaan luka pasien. Kemudian tutup luka dengan beberapa lapis kasa dan tutup seluruh permukaan kasa dengan plester <i>Non-woven</i> (misal Hipafix)</p>
			09.15	<ul style="list-style-type: none"> Mempertahankan tekhnik streril saat melakukan perawatan luka <p>Hasil: Selama proses perawatan luka, mempertahankan tekhnik steril dari penggunaan handscoon serta alat yang di gunakan dalam kondisi steril.</p>
			13.00	<ul style="list-style-type: none"> Mengkolaborasi pemberian antibiotik <p>Hasil: Pasien diberi obat Cefoperazon/8 jam, Dexketoprofen/8 jam, dan Cepixime 100mg/12 jam/pagi dan malam</p>
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	19-11-2024	09.15	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, dan kualitas nyeri <p>Hasil: Pasien mengatakan mengeluh nyeri yang tertusuk-tusuk pada luka ulkus yang terdapat di punggung pasien dengan durasi 10 Menit</p>
			09.16	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi skala nyeri <p>Hasil: Skala nyeri 7</p>
			09.18	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Hasil: Pasien diberikan Teknik relaksasi nafas dalam</p>
			09.19	<ul style="list-style-type: none"> Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Hasil: Pasien memahami dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam</p>
			13.00	<ul style="list-style-type: none"> Mengkolaborasi pemberian analgetic <p>Hasil: Pasien diberi obat oral dexketoprofen/8 jam</p>
1.	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi	20-11-2024	09.00	<ul style="list-style-type: none"> Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) <p>Hasil: Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 5cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> pada dasar luka.. Warna kulit sekitar luka berwarna merah</p>

			09.02	<p>mudah. Terdapat eksudat yang banyak pada luka disertai bercak darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda infeksi <p>Hasil: Terdapat eksudat pada luka yang merembes keluar membasahi perban yang menutup luka disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> pada dasar luka.</p>
			09.03	<ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan balutan dan plester secara perlahan <p>Hasil: Balutan dan plester yang menutupi luka dibuka secara perlahan</p>
			09.04	<ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan <p>Hasil: Mengambil kasa yang telah di basahi oleh NaCl 0,9% kemudian membersihkan luka. Kemudian, NaCl di alirkan di atas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap menggunakan kasa steril. Selanjutnya bersihkan kulit sekitar luka sampai radius kurang lebih 5 cm dari tepi luka dengan kasa yang telah diberi cairan NaCl 0,9%</p>
			09.15	<ul style="list-style-type: none"> • Memasang balutan sesuai jenis luka <p>Hasil: Setelah luka di bersihkan, aplikasikan balutan penyerap exudate seperti kasa dipermukaan luka pasien. Kemudian tutup luka dengan beberapa lapis kasa dan tutup seluruh permukaan kasa dengan plester <i>Non-woven</i> (misal Hipafix)</p>
			09.18	<ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka <p>Hasil: Selama proses perawatan luka, mempertahankan tehnik steril dari penggunaan handscoon serta alat yang di gunakan dalam kondisi steril.</p>
			13.02	<ul style="list-style-type: none"> • Mengkolaborasikan pemberian antibiotic <p>Hasil: Pasien diberi obat Cefoperazon/8 jam, Dexketoprofen/8 jam, dan Cepixime 100mg/12 jam/pagi dan malam</p>
2.	Nyeri akut b.d agen pencedar fisiologis	20-11-2024	09.18	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, dan kualitas nyeri <p>Hasil: Pasien mengatakan mengeluh nyeri yang tertusuk-tusuk pada luka ulkus yang terdapat di punggung pasien dengan durasi 5-7 Menit</p>
			09.19	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri

			09.20	<p>Hasil: Skala nyeri 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Hasil: Pasien diberikan Teknik relaksasi nafas dalam</p>
			09.22	<ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Hasil: Pasien memahami dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam</p>
			13.02	<ul style="list-style-type: none"> • Mengkolaborasikn pemberian analgetic <p>Hasil: Pasien diberi obat oral dexketoprofen/8 jam</p>
1.	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi	21-11-2024	09.00	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) <p>Hasil: Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 3cm dengan ukuran panjang luka 6cm dan lebar 4cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> yang sudah mulai berkurang pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah mudah. Terdapat eksudat pada luka di serati dengan bercak darah yang sudah semakin berkurang dan berbau khas. Tampak jaringan granulasi pada luka</p>
			09.01	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda infeksi <p>Hasil: Terdapat eksudat pada luka yang sudah semakin berkurang disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> yang sudah mulai berkurang pada dasar luka.</p>
			09.02	<ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan balutan dan plester secara perlahan <p>Hasil: Balutan dan plester yang menutupi luka dibuka secara perlahan</p>
			09.04	<ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan <p>Hasil: Mengambil kasa yang telah di basahi oleh NaCl 0,9% kemudian mebersihkan luka. Kemudian, NaCl di alirkan di atas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap menggunakan kasa steril. Selanjutnya bersihkan kulit sekitar luka sampai radius kurang lebih 5 cm dari tepi luka dengan kasa yang telah diberi cairan NaCl 0,9%</p>
			09.16	<ul style="list-style-type: none"> • Memasang balutan sesuai jenis luka

			09.20	<p>Hasil: Setelah luka di bersihkan, aplikasikan balutan penyerap exudate seperti kasa dipermukaan luka pasien. Kemudian tutup luka dengan beberapa lapis kasa dan tutup seluruh permukaan kasa dengan plester <i>Non-woven</i> (misal Hipafix)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan tekhnik steril saat melakukan perawatan luka
			13.05	<p>Hasil: Selama proses perawatan luka, mempertahankan tekhnik steril dari penggunaan handscoon serta alat yang di gunakan dalam kondisi steril.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengkolaborasikan pemberian antibiotic <p>Hasil: Pasien diberi obat Cefoperazon/8 jam, Dexketoprofen/8 jam, dan Cepixime 100mg/12 jam/pagi dan malam</p>
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	21-11-2024	09.22	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, dan kualitas nyeri <p>Hasil: Pasien mengatakan mengeluh nyeri yang tertusuk-tusuk pada luka ulkus yang terdapat di punggung pasien dengan durasi 5 Menit</p>
			09.23	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri <p>Hasil: Skala 3</p>
			09.24	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Hasil: Pasien diberikan Teknik relaksasi nafas dalam</p>
			09.26	<ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Hasil: Pasien memahami dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam</p>
			13.05	<ul style="list-style-type: none"> • Mengkolaborasikn pemberian analgetic <p>Hasil: Pasien diberi obat oral dexketoprofen/8 jam</p>
1.	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi	22-11-2024	09.00	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) <p>Hasil: Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 2 cm dengan ukuran panjang luka 5cm dan lebar 4cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> yang sudah berkurang dan menipis pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah mudah. Terdapat eksudat pada luka di sertai dengan</p>

			09.04	<p>bercak darah yang sudah semakin berkurang dan berbau khas serta sudah tampak jaringan granulasi pada luka yang semakin jelas dan banyak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda infeksi
			09.05	<p>Hasil: Terdapat eksudat pada luka yang sudah semakin berkurang disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> yang sudah berkurang dan menipis pada dasar luka</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
			09.08	<p>Hasil: Balutan dan plester yang menutupi luka dibuka secara perlahan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
			09.20	<p>Hasil: Mengambil kasa yang telah di basahi oleh NaCl 0,9% kemudian membersihkan luka. Kemudian, NaCl di alirkan di atas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap menggunakan kasa steril. Selanjutnya bersihkan kulit sekitar luka sampai radius kurang lebih 5 cm dari tepi luka dengan kasa yang telah diberi cairan NaCl 0,9%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memasang balutan sesuai jenis luka
			09.21	<p>Hasil: Setelah luka di bersihkan, aplikasikan balutan penyerap exudate seperti kasa dipermukaan luka pasien. Kemudian tutup luka dengan beberapa lapis kasa dan tutup seluruh permukaan kasa dengan plester <i>Non-woven</i> (misal Hipafix)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan tehnik stereril saat melakukan perawatan luka
			13.00	<p>Hasil: Selama proses perawatan luka, mempertahankan tehnik steril dari penggunaan handscoon serta alat yang di gunakan dalam kondisi steril.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengkolaborasikan pemberian antibiotic <p>Hasil: Pasien diberi obat Cefoperazon/8 jam, Dexketoprofen/8 jam, dan Cepixime 100mg/12 jam/pagi dan malam</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny. H/55 tahun

Ruang / kamar : Melati 2/209




No.	Hari/tanggal Waktu	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	19-11-2024	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi	S: - O: <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 6 cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah. • Terdapat eksudat yang banyak pada luka bercampur dengan darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka • Pada saat setelah dilakukan tindakan perawatan, luka pasien sudah tampak bersih dan lembab A: Masalah gangguan integritas kulit pasien belum tertasi P: Intervensi dilanjutkan

2.	19-11-2024	Nyeri akut b.d agen pencedara fisiologis	<p>S: Pasien mengeluh nyeri tetapi pasien mengatakan rasa nyerihnya sudah menurun</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien masih tampak sesekali meringis • Skala nyeri 5 <p>A: Masalah nyeri akut pasien belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
1.	20-11-2024	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 4cm dengan ukuran panjang luka 7cm dan lebar 5cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah mudah • Terdapat eksudat yang banyak pada luka disertai bercak darah dan berbau khas eksudat yang merembes keluar membasahi perban yang menutupi luka. • Pada saat setelah dilakukan tindakan perawatan, luka pasien sudah tampak bersih kembali dan lembab <p>A: Masalah gangguan integritas kulit pasien belum tertasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>


2.	20-11-2024	Nyeri akut b.d agen pencedara fisiologis	<p>S: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya sudah menurun</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan meringis menurun • Sekala nyeri 3 <p>A: Masalah nyeri akut pasien belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
1.	21-11-2024	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 3cm dengan ukuran panjang luka 6cm dan lebar 4cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> yang sudah mulai berkurang pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah mudah • Terdapat eksudat pada luka di serati dengan bercak darah yang sudah semakin berkurang dan berbau khas • Tampak jaringan granulasi pada luka • Pada saat setelah dilakukan tindakan perawatan, luka pasien sudah tampak bersih kembali dan lembab <p>A: Masalah gangguan integritas kulit pasien belum tertasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>

2.	21-11-2024	Nyeri akut b.d agen pencedara fisiologis	<p>S: Pasien mengatakan bahwa rasa nyeri yang dirasakan sudah menghilang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sudah tidak meringis <p>A: Masalah nyeri akut pasien teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
1.	22-11-2024	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka terbuka pada area punggung dengan kedalaman 2 cm dengan ukuran panjang luka 5cm dan lebar 4cm. Dasar luka berwarna merah disertai dengan terdapatnya <i>slough</i> yang sudah berkurang dan menipis pada dasar luka. Warna kulit sekitar luka berwarna merah mudah • Terdapat eksudat pada luka di sertai dengan bercak darah yang sudah semakin berkurang dan berbau khas • Tampak jaringan granulasi pada luka yang semakin jelas dan banyak • Pada saat setelah dilakukan tindakan perawatan, luka pasien sudah tampak bersih kembali dan lembab, <p>A: Masalah gangguan integritas kulit pasien menurun</p> <p>P: Intervensi dipertahankan</p>

Lampiran 2 Surat Izin Permohonan Pengambilan Data Awal

	YAYASAN PANRITA HUSADA BULUKUMBA SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANRITA HUSADA BULUKUMBA TERAKREDITASI BAN-PT	
<i>Jln. Pendidikan Pangala Desa Taccorong Kec. Gantarang Kab. Bulukumba Tlp (0413) 2514721, e-mail : stikespanrihusedabulukumba@yahoo.co.id</i>		
Nomor : 070 /STIKES-PHB/06/01/XI/2024 Lampiran : - Perihal : <u>Permohonan Izin</u> <u>Pengambilan Data Awal</u>	Bulukumba, 12 November 2024 Kepada Yth, Direktur RSUD H. Andi Sulthan Daeng Radja Bulukumba di_ _____ Tempat	
<p>Dengan hormat,</p> <p>Dalam rangka penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners mahasiswa program studi Profesi Ners Stikes Panrita Husada Bulukumba Tahun Akademik 2024/2025, maka dengan ini kami menyampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut namanya dibawah ini akan melakukan pengambilan data awal dalam lingkup wilayah yang Bapak / Ibu pimpin. Mahasiswa yang dimaksud yaitu :</p> <p>Nama : Muhammad Reza Asmadi, S.Kep Nim : D2412029 Alamat : Hila – Hila RT 002 / RW 001, Kel. Ekatiro, Kec. Bontotiro, Kab. Bulukumba No. HP : 081 526 152 057 Judul Penelitian : Analisis Penerapan Perawatan Luka Menggunakan Cairan NaCl Dengan Diagnosis Gangguan Integritas Kulit pada Kasus Ulkus Diabetikum di Ruang Melati 2 RSUD Bulukumba 2024</p> <p>Berdasarkan hal tersebut diatas, maka dimohon kesediaan Bapak / Ibu untuk dapat memberikan izin pengambilan data awal kepada mahasiswa yang bersangkutan. Adapun data awal yang dimaksud adalah data penderita Ulkus Diabetikum, 3 s/d 6 Bulan terakhir.</p> <p>Demikian disampaikan atas kerjasama yang baik, kami ucapkan terima kasih.</p>		
<p>Mengetahui, An. Ketua Stikes Ka. Prodi Ners</p>  <p>An. Nurulhuda Amin, S.Kep. Ners., M.Kes NIK. 19841102 011010 2 028</p>		
<p><i>Tembusan :</i></p> <p>1. Arsip</p>		

Lampiran 3 Surat Keterangan Telah Melakukan Pengambilan Data Awal

**PEMERINTAH KABUPATEN BULUKUMBA**
DINAS KESEHATAN BULUKUMBA
UPT RSUD H.ANDI SULTHAN DAENG RADJA
Jalan Serikaya No. 17 Bulukumba 92512 Telepon (0413) 81290, 81292 FAX. 85030
Website: <https://rsud.bulukumbakab.go.id/>, E-mail : sulthandgradja@yahoo.com

SURAT KETERANGAN
Nomor : 009 /160/ RSUD-BLK/2024

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Andi Marlah Susyanti Akbar, M.Tr.Adm.Kes
Nip : 19840306 200902 2 005
Jabatan : Kabid Pengembangan SDM, Penelitian dan Pengembangan.


Dengan ini memberikan Surat Keterangan telah melaksanakan pengambilan data awal kepada :

Nama : Muhammad Reza Asmadi,S.Kep
Nim : D.2412029
Program Studi : Profesi Ners
Institusi : STIKES Panrita Husada Bulukumba

Pada tanggal 13 November s/d 20 November 2024 dengan Judul "*Analisis Penerapan Perawatan Luka Menggunakan Cairan NaCl Dengan Diagnosis Gangguan Integritas Kulit Pada Kasus Ulkus Diabetikum Di Ruang Melati 2 Di RSUD H . ANDI SULTHAN DAENG RADJA BULUKUMBA.*

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bulukumba, 20 September 2024.

An.Direktur
Kabid Pengembangan SDM
Penelitian dan Pengembangan,

dr. A. Marlah Susyanti Akbar, M.Tr.Adm.Kes
NIP.19840306 200902 2 005

Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Penelitian



YAYASAN PANRITA HUSADA BULUKUMBA
STIKES PANRITA HUSADA BULUKUMBA
AKREDITASI B LAM PT Kes



Jln Pendidikan Desa Taccorong Kec. Gantarang Kab. Bulukumba Telp. (0413) 84244. Email:stikespanritahusada@yahoo.com

Bulukumba, 19 November 2024

Nomor : 091 /STIKES-PHB/06/XI/2024
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada
 Yth, Direktur RSUD H. Andi Sulthan Daeng
 Radja Bulukumba
 Di -
 Tempat

Dengan Hormat

Dalam rangka penyusunan Kian pada program Studi Profesi Ners, Tahun akademik 2024/2025 , maka dengan ini kami memohon kepada bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa dalam melakukan penelitian, mahasiswa yang dimaksud yaitu :

Nama : Muhammad Reza Asmadi
 Nim : D2412029
 Prodi : Profesi Ners
 Alamat : Hila – Hila RT 002/ RW 001 , Kel. Ekatoro , Kcc.
 Bontotiro, Kab. Bulukumba
 Nomor Hp : 081 526 152 057
 Judul : Analisis Penerapan Perawatan Luka Menggunakan Cairan NaCl dengan Diagnosis Gangguan Integritas Kulit Pada Kasus Ulkus Diabetikum di Ruangannya Melati 2 RSUD H. Andi Sulthan Daeng Radja Bulukumba Tahun 2024
 Waktu Penelitian : 19 November 2024 s/d 19 Desember 2024

Demikian penyampaian kami atas kerjasamanya , diucapkan terima kasih

Mengetahui,
 An. Ketua Stikes
 Ka. Prodi Ners




 Nurhuda Amin, S.Kep. Ners., M.Kes
 NIK. 19841102 011010 2 028

Tembusan Kepada

1. Arsip

Lampiran 5 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

 **PEMERINTAH KABUPATEN BULUKUMBA**
DINAS KESEHATAN
UPT RSUD H. ANDI SULTHAN DAENG RADJA
Jl. Serikaya No. 17 Telp (0413) 81290, 81291, 81292 Fax. (0413) 83030
Web : <http://rsud.bulukumba.go.id/> , E-mail : sulthandgradja@yahoo.com

SURAT KETERANGAN
Nomor : 094/107/RSUD-BLK/2024

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. A. Marlah Susyanti Akbar, M.Tr, Adm. Kes
NIP : 19840306 200902 2 005
Jabatan : Kepala Bidang Pengembangan SDM, Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

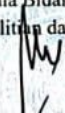
Nama : Muhammad Reza Asmadi
Nomor Pokok / NIM : D.2412029
Program Studi : Profesi Ners
Institusi : STIKES PANRITA HUSADA BULUKUMBA

Telah melakukan Penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 19 November s/d 19 Desember 2024 dengan judul "*Analisis Penerapan Perawatan Luka Menggunakan Cairan NaCl Dengan Diagnosis Gangguan Integritas Kulit Pada Kasus Ulkus Diabetikum di Ruang Melati 2 RSUD. H. Andi Sulthan Daeng Radja Bulukumba*".

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bulukumba, 27 Desember 2024

An.Direktur,
Kepala Bidang Pengembangan SDM,
Penelitian dan Pengembangan.

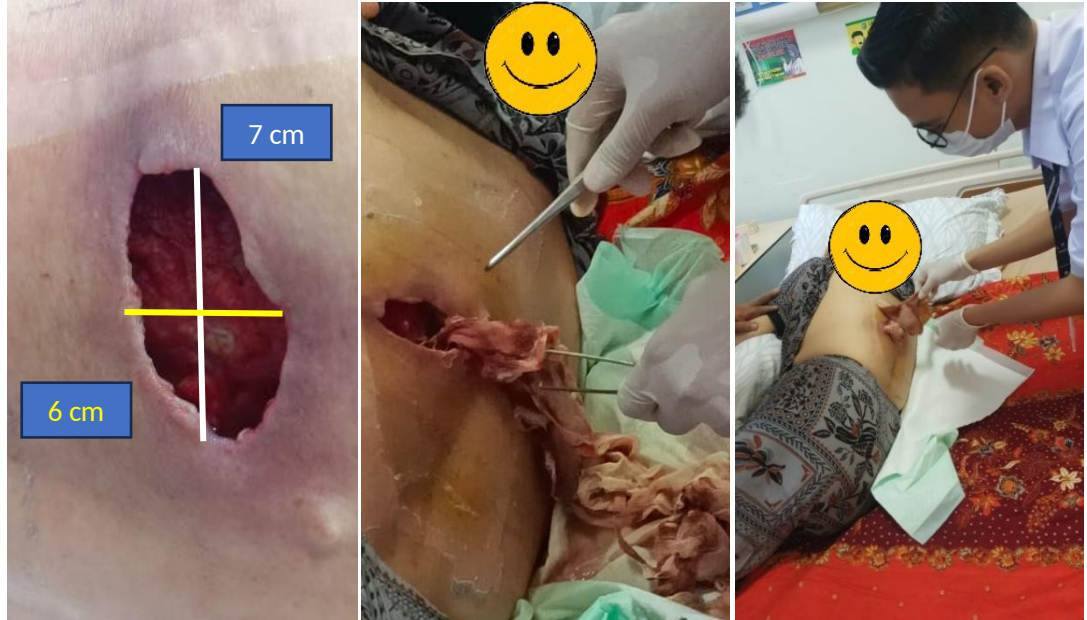

dr. A. Marlah Susyanti Akbar, M.Tr, Adm.Kes
NIP. 19840306 200902 2 005

Lampiran 6 Etik Penelitian

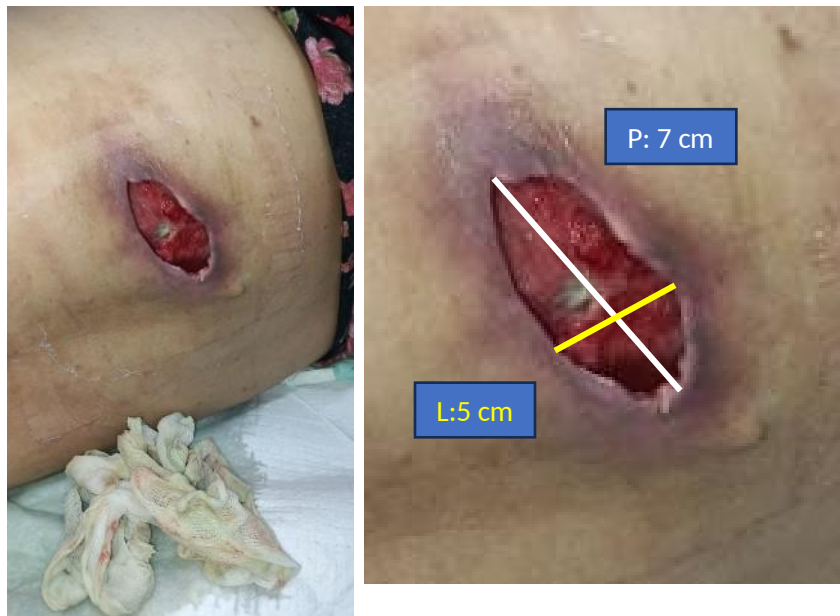
	Komite Etik Penelitian <i>Research Ethics Committee</i>	
Surat Layak Etik <i>Research Ethics Approval</i>		
No:000926/KEP Stikes Panrita Husada Bulukumba/2025		
Peneliti Utama <i>Principal Investigator</i>	:	Muhammad Reza Asmadi
Peneliti Anggota <i>Member Investigator</i>	:	-
Nama Lembaga <i>Name of The Institution</i>	:	STIKES Panrita Husada Bulukumba
Judul <i>Title</i>	:	Analisis Penerapan Perawatan Luka Menggunakan Cairan NaCl Dengan Diagnosis Gangguan Integritas Kulit Pada Kasus Ulkus Diabetikum Di Ruang Melati 2 RSUD H. Andi Sulthan Daeng Radja Bulukumba Tahun 2024 <i>Analysis of the application of wound care using NaCl liquid with a diagnosis of skin integrity disorders in diabetic ulcer cases in the Melati 2 Room at H. Andi Sulthan Daeng Radja Bulukumba Hospital in 2024</i>
<p>Atas nama Komite Etik Penelitian (KEP), dengan ini diberikan surat layak etik terhadap usulan protokol penelitian, yang didasarkan pada 7 (tujuh) Standar dan Pedoman WHO 2011, dengan mengacu pada pemenuhan Pedoman CIOMS 2016 (lihat lampiran). <i>On behalf of the Research Ethics Committee (REC), I hereby give ethical approval in respect of the undertakings contained in the above mention research protocol. The approval is based on 7 (seven) WHO 2011 Standard and Guidance part III, namely Ethical Basis for Decision-making with reference to the fulfilment of 2016 CIOMS Guideline (see enclosed).</i></p> <p>Kelayakan etik ini berlaku satu tahun efektif sejak tanggal penerbitan, dan usulan perpanjangan diajukan kembali jika penelitian tidak dapat diselesaikan sesuai masa berlaku surat kelayakan etik. Perkembangan kemajuan dan selesainya penelitian, agar dilaporkan. <i>The validity of this ethical clearance is one year effective from the approval date. You will be required to apply for renewal of ethical clearance on a yearly basis if the study is not completed at the end of this clearance. You will be expected to provide mid progress and final reports upon completion of your study. It is your responsibility to ensure that all researchers associated with this project are aware of the conditions of approval and which documents have been approved.</i></p> <p>Setiap perubahan dan alasannya, termasuk indikasi implikasi etis (jika ada), kejadian tidak diinginkan serius (KTD/KTDS) pada partisipan dan tindakan yang diambil untuk mengatasi efek tersebut; kejadian tak terduga lainnya atau perkembangan tak terduga yang perlu dibentahakan; ketidakmampuan untuk perubahan lain dalam personel penelitian yang terlibat dalam proyek, wajib dilaporkan. <i>You require to notify of any significant change and the reason for that change, including an indication of ethical implications (if any); serious adverse effects on participants and the action taken to address those effects; any other unforeseen events or unexpected developments that merit notification; the inability to any other change in research personnel involved in the project.</i></p>		
Masa berlaku: 09 April 2025 - 09 April 2026		09 April 2025 Chair Person  FATIMAH
generated by digITEPPIid 2025-04-09		

Lampiran 7 Dokumentasi

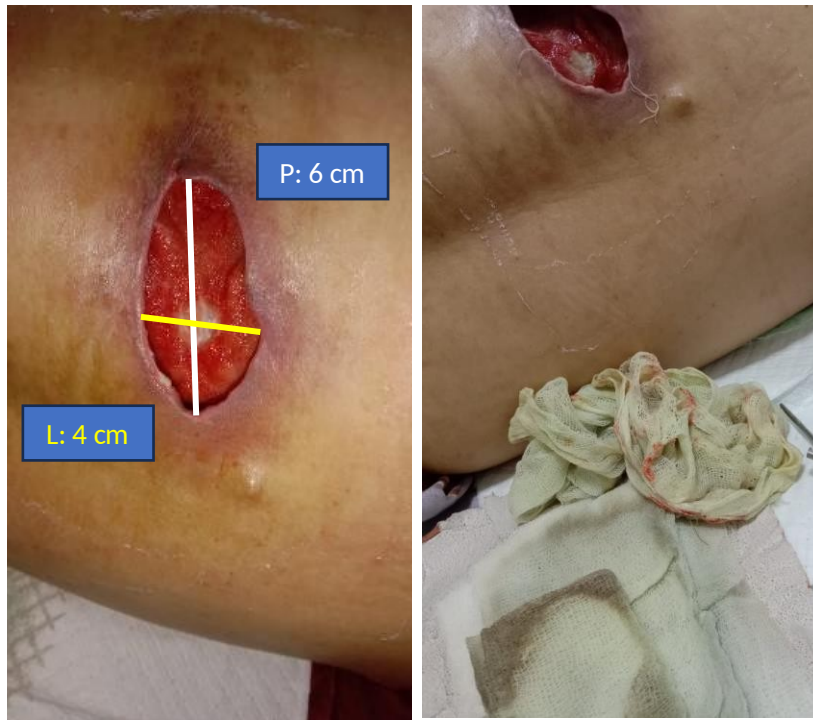
1. Dokumentasi hari pertama



2. Dokumentasi hari kedua



3. Dokumentasi hari ketiga



4. Hari keempat

