

LAMPIRAN

Lampiran 1

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Identitas Diri

Nama : Fayza Bintang Renito
Tempat/ Tanggal Lahir : Lampung, 9 Mei 2002
No telpon : 082281503118
Email : fayzarenito@gmail.com
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Status : Belum Menikah
Alamat : Ds. Talang Jawa, Kec. Merbau Mataram, Kab. Lampung Selatan, Lampung 35357
Nama ayah : Sunarto
Nama Ibu : Reni



Riwayat pendidikan

No	Nama Sekolah	Tahun
1	SDN 1 Talang Jawa	2007-2013
2	SMPN 1 Merbau Mataram	2013-2016
3	SMAN 1 Tanjung Bintang	2016-2019
4	Universitas Sultan Ageng Tirtayasa FK Prodi D3 Keperawatan	2019-2022

Lampiran 2

**LEMBAR PERSETUJUAN SEMINAR
KARYA TULIS ILMIAH**

Nama : Fayza Bintang Renito
NIM : 8801190052
Program Studi : D3 Keperawatan
Fakultas : Kedokteran
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Pada
Pasien Post Operasi Debridemen Ulkus Diabetes
Mleitus Dengan Tindakan Perawatan Luka Moderen
Dresing Di Rumah Sakit dr. Drajat Prawiranegara
Disetujui untuk Seminar Karya Tulis Ilmiah (KTI), pada :
Hari/ Tanggal : Minggu, 29 Mei 2022

Serang, 29 Mei 2022

Disetujui oleh,
Dosen pembimbing








Endi Suyatno, S.Kep., Ners., M.Kep






NIP. 202002032152








Lampiran 3

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
TAHUN AJARAN 2021/2022**

Nama : Fayza Bintang Renito
 NIM : 8801190052
 Program Studi : Diploma III Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa
 Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Pada Pasien Post Operasi Debridemen Ulkus Diabetes Mleitus Dengan Tindakan Perawatan Luka Moderen Dressing Di Rumah Sakit dr. Drajat Prawiranegara
 Pembimbing : Endi Suyatno, S.Kep., Ners., M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	HASIL	PARAF PEMBIMBING
1.	19 November 2021	Pengajuan Judul	Belum disetujui	
2.	22 November 2021	Pengajuan Judul	Telah disetujui	
4.	04 Desember 2021	Konsultasi BAB 1	Perbaiki BAB 1: 1. Perbaiki penulisan. 2. Tambahkan pengertian. 3. Cantumkan penelitian menurut siapa saja minimal 2-3 peneliti.	
5.	15 Desember 2021	Konsul BAB 1	Perbaiki BAB 1: 1. Tambahkan prevalensi siabetes melitus di Banten. 2. Tambahkan hasil penelitian. 3. Perbaiki rumusan masalah, tujuan umum dan tujuan khusus.	
6.	21 Desember 2021	Konsul BAB 1	Perbaiki BAB 1: 1. Perbaiki rangkaian kata-kata	

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	HASIL	PARAF PEMBIMBING
			dalam rumusan masalah. 2. Lanjut BAB 2	
7.	24 Desember 2021	Konsul BAB 2	Perbaiki BAB 2: 1. Perbaiki pengkajian. 2. Pebaiki pola fungsi kesehatan. 3. Perbaikan pemeriksaan fisik 4. Berikan tabel SOAP 5. Perbaiki urutan konsep penyakit beserta di cantumkan kutipannya 6. Perbaiki pathway. 7. Perbaikan pemeriksaan penunjang 8. Perbaiki standar operasional prosedur perawatan luka	
8.	27 Desember 2021	Konsul BAB 2	Perbaikan BAB 2 : 1. Perbaikan tabel perencanaan 2. Perbaikan penulisan standar operasional prosedur perawatan luka 3. Lanjut BAB 3	
9	1 Januari 2022	Konsul BAB 1, BAB 2, BAB 3	1. Perbaiki penulisan BAB 1-3 2. Perbaiki rangkaian kata-kata dalam pengkajian	
10	17 Januari 2022	Konsul BAB 1, BAB 2, BAB 3, Kata Pengantar	1. Perbaikan kata pengantar 2. Membuat daftar isi, membuat halaman, daftar pustaka	
11	24 Januari 2022	Konsul Daftar Pustaka, daftar isi, lembar persetujuan	1. Perbaikan kata pengantar 2. lembar pengesahan 3. Membuat abstrak	

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	HASIL	PARAF PEMBIMBING
12	26 Januari 2022	Konsul lembar pengesahan daftar tabel, gambar, lampiran, SPO	1. Perbaiki SPO sesuaikan judul 2. Buat daftar tabel, gambar, lampiran	
13	29 Januari 2022	Konsul keseluruhan proposal	ACC Proposal	
14	18 April 2022	Konsul bab 4 dan bab 5	1. perbaiki bab 4 2. perbaiki bab 5 3. penambahan gep antara teori dengan hasil penelitian	
15	20 April 2022	Konsul bab 4 dan bab 5	1. perbaiki bab 4 2. perbaiki bab 5 3. lengkapi gep antara teori dengan hasil penelitian	
16	22 April 2022	Konsul bab 4 dan bab 5	1. perbaiki penulisan bab 4 2. perbaiki penulisan bab 5	
17	24 April 2022	Konsul keseluruhan bab 4 dan 5	Perbaiki kerapihan	
18	26 mei 2022	Konsul keseluruhan bab 4 dan 5	ACC Bab 4 dan Bab 5	

Lampiran 4

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL - BEDAH

A. PENGKAJIAN

a) Biodata

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Status Mariental :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Suku Bangsa :

Alamat :

No. Medrec :

No. Rawat :

Dx. Medis :

Tgl. Masuk :

Tgl. Pengkajian :

Penanggung Jawab :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :





Hubungan dengan Pt:

b) Keluhan Utama :

Keluhan yang paling dirasakan pasien pada saat perawat mengkaji

- c) Riwayat Kesehatan Sekarang :
- Merupakan kronologis dari penyakit mulai dari awal masalah, datang ke Rumah Sakit sampai saat ini perawat mengkaji secara lengkap
 - Menggambarkan keluhan utama dalam konsep PQRST disertai faktor yang memperberat dan mengurangi masalah (obat-obatan istirahat dan lain-lain)
 - Keluhan lain yang menyertai keluhan utama
- d) Riwayat Kesehatan Masa Lalu :
- Penyakit masa lalu (jenis penyakit yang pernah diderita)
 - Perawatan di rumah sakit terakhir
 - Riwayat pengobatan
 - Riwayat alergi
- e) Riwayat Kesehatan Keluarga :
- Penyakit hereditas (asma, DM, anemia sel sabit)
 - Penyakit kecenderungan keluarga (kanker, HT, penyakit jantung_
 - Penyakit dari lingkungan yang menular (TBC, P. kulit dll.

Genogram dibuat : Bila terdapat faktor risiko heredeter atau lingkungan terhadap penyakit yang dialami pasien

-  : Laki-Laki
-  : Perempuan
-  : Meninggal
-  : Kembar
- ===== : Hubungan Terdekat
- : Tinggal Serumah
- =: Putus Hubungan
- X** : Klien

- f) Pemeriksaan fisik
1. Tanda-tanda vital

a. Kesadaran umum :

b. Kesadaran : *Kualitatif : CM s/d Coma
 *kuantitatif :Gunakan
 GCS=.....E.....V.....M....

c. Flapping Tremor / asterikia
 Saat dorsofleksi pasif ditandai dengan kembalinya pergelangan tangan tersendat-sendat, ditemukan kelainan persyaratan (tingkat kesadaran) pasien menuju koma.

d. Tekanan darah : sistol diastole
 - Nilai normal sistol adalah < 130 mmHg dan diastole < 85 mmHg
 - Nilai MAP (Mean atrial pressure)

$$\frac{\text{Sistole} + 2 \text{ diastole}}{3}$$

Kesimpulan : MAP Minimal 70 – 100 mmHg : perfusi ginjal yang memadai

e. Nadi : (N: 60x/mnt – 120x/mnt)
 f. Suhu : (N: 35 C – 37 C)
 g. RR : (16 – 20 x /mnt)

2. Antropometri

BB = Kg

TB = M

IMT = Indek masa tubuh = $\frac{BB (kg)}{TB (m)}$

Kesimpulan

IMT : < Pangan = < 17

Normal = < 18 - < 21

3. Pemeriksaan Sistemik / Persystem

A) Sistem pernafasan

1. Inspeksi :

- Bentuk hidung, ada tidaknya secret, ada tidaknya peradangan, warna mukosa hidung, kesimetrisan

septum hidung atau tidaknya PCH

- Bentuk dada (kesimetrisan) dan diameter antero-posterior terhadap lateral
- Pergerakan otot-otot aksesoris pernapasan (ada / tidak)

2. Palpasi

- Adanya masa dan lesi (ada/tidak)
- Vocal premitus (ada/tidak)
- Ekskusi pernapasan (ada/tidak)
- Ekskusi diaphragmatic

3. Perkusi

- batas atas dan bawah paru
- suara perkusi.....

4. Auskultasi

- Normal (vesikuler) atau ada suara tambahan (ronkhi/wheezing) *diarea.....

5. Pengukuran

- RR.....x/mt, Irama,kedalaman.....

B) Sistem Kardiovaskuler dan limfe

1. Inspeksi

- Mukosa bibir, clubbing finger, pembesaran kelenjar getah bening, distensi Vena jugularis, ictus cordis oedema.

2. Palpasi

- Penyebaran ictus cordis, akral dingin atau tidak, capillary refill time

3. Perkusi

- Batas-batas jantung, perkusi jantung

4. Auskultasi

- bunyi jantung 1, bunyi jantung 2, bunyi tambahan (sifat, lokasi, dan Irama)

5. Pengukuran

- HR : Irama dan kualitas
- Nadi : Irama, kualitas dan frekuensi.....

C) Sistem Pencernaan

1. Inspeksi

- Konjungtiva, stomatitis, kebersihan lidah, karies pada gigi, proporsi tubuh, bentuk abdomen, bayangan Vena pada abdomen, Asites atau tidak, turgor kulit abdomen, keadaan anus (hemoroid).

2. Auskultasi

- Bising usus : frekuensi dan tempat.....

3. Palpasi

- Nyeri tekan, nyeri lepas, ada tidaknya hepatomegaly, ada tidaknya splenomegali

4. Perkusi

- Perkusi Perut

D) Sistem persyarafan

Infeksi Palpasi dan perkusi

Tingkat kesadaran, GCS, flapping Tremor, tanda-tanda iritasi meninges (kaku Kuduk, burdzinski sign, kernig sign) reflek fisiologis (trisep, biseps, patella) reflek patologis (babinski) uji 12 saraf kranial, (lihat buku pemeriksaan fisik persyarafan).

E) Sistem penglihatan

1. Inspeksi

- bentuk mata (kesimetrisan/tidak), peradangan pada konjungtiva (ada/tidak/.....), warna sclera.....
- diameter pupil refleksi cahaya , isokor/anisokor, kelainan pada mata (ptosis
- strabismus nistagmus Exopthalmus) edema periorbital (ada/tidak), ketajaman penglihatandan lapang pandang

2. Palpasi

- Tekanan intraokuler

3. Pengukuran

- Tes

Snellen.....

F) Sistem pendengaran

1. Infeksi

- (Kesimetrisan/tidak) pinna kiri dan kanan, kebersihan dari kanalis, serumen refleks politzer kiri dan kanan.....

2. Palpasi

- Nyeri Post auricle ada/tidak

3. Tes kemampuan pendengaran

- Garputala

1) rinne test :

2) Weber test:

- Detak jam:

- Tes berbisik:

G) Sistem perkemihan

1. Infeksi

- Edema pada ekstremitas inferior, edema periorbital, keadaan meatus uretra,terpasang kateter urine atau tidak.

2. Palpasi

- Keadaan kandung kemih dan nyeri tekan

3. Perkusi

- Nyeri ketok pada ginjal (ada/tidak), area kanan/kiri

H) Sistem muskuloskeletal

1. Inspeksi

- Bentuk tubuh, keadaan umum (lemah, Tremor) bentuk ekstremitas atas dan bawah, adanya edema atau tidak, kemampuan dalam bergerak

2. Palpasi

- Uji kekuatan otot

3. Adakah tonus otot, Berapakah nilai kekuatan otot Kekuatan otot dimulai dengan skor 0 – 5 :

- 0 : Apabila sama sekali tidak mampu bergerak kontraktif tidak ada bila lengan atau tungkai dilepaskan akan jatuh 100% pasif
- 1 : Tidak ada gerakan teraba atau terlihat adanya kontraksi otot sedikit
- 2 : Gerakan otot penuh menentang gravitasi dengan sokongan
- 3 : Rentang gerak normal, menentang gravitasi
- 4 : Gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan sedikit tahanan
- 5 : Gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan penahanan penuh

L ka	L ki
T ka	T ki

4. ROM

- Rentang gerak :

ROM terganggu atau tidak, ada keterbatasan atau tidak, dll.

.....

I) Sistem endokrin

1. Inspeksi

- Ada pembesaran tiroid atau tidak, lemah atau lesu karena kekurangan energi metabolik, keringat, kelainan bentuk tubuh, polipagi, poliuri dan polidipsi, gangrene,

pertumbuhan organ seks sekunder, pertumbuhan rambut pada tubuh.

2. Palpasi

- kelenjar tiroid :bentuk, kesimetrisan dan kontinuitasnya

J) Sistem integumen

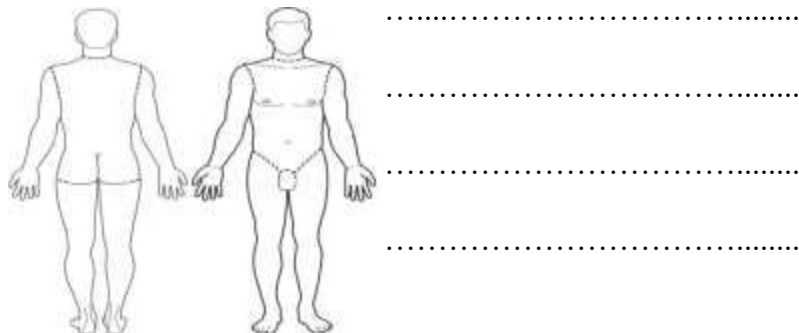
1. infeksi

- warna kulit, kebersihan dan kelemahan, kontinuitas, temperature, warna rambut, keutuhan kuku, Lesi, verunka sensitivitas

2. Palpasi

- Turgor kulit, edema

3. Jika ada luka, jelaskan area dan karakteristik luka dan gambarkan:



K) Pola kebiasaan sehari-hari :

No	Pola	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1	2	3	4
	Pola makan dan minum	Jenis dan jumlah serta frekuensi makan atau minum yang dikonsumsi tiap hari, adakah makanan tambahan, makanan pantangan, alergi, jenis diet yang sedang dilakukan, makanan yang disukai dan tidak	Jenis diet yang didapatkan di rumah sakit, frekuensi serta jumlahnya, selera menurun atau meningkat

No	Pola	Sebelum Sakit	Saat Sakit
2	Pola istirahat dan tidur	Kebiasaan tidur, lamanya tidur, kesulitan tidur, penyebab sulit tidur, yang mempermudah tidur	Bandingkan antara sebelum sakit dan saat Sakit, apakah ada gangguan yang terjadi
3	Personal hygiene	Pola mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, perawatan kuku, mengganti pakaian	Bandingkan apakah ada perubahan pola
4	Eliminasi BAB BAK	BAB : frekuensi konsistensi , warna, sering menggunakan obat pencahar atau tidak BAK : frekuensi, jumlah, warna, masalah	BAB : Bandingkan dengan sebelum Sakit, apakah ada perubahan masalah baru BAK : bandingkan dengan sebelum Sakit apakah dipasang polly cat, apakah ada perubahan. Dll
5	Pola Aktivitas	kebiasaan berolahraga, hobi, rekreasi, bekerja	bandingkan Apakah timbul permasalahan
6	Kebiasaan lain	Merokok: ya/tidak Jumlah:..... Alcoholic : ya/tidak Jumlahnya:.....

L) Data psikologis

A) status emosi

Apakah klien mampu mengontrol emosinya, apakah cepat tersinggung atau marah, bagaimana perasaannya saat ini, apa yang dilakukan saat marah / tersinggung.

B) Kecemasan

Tingkat kecemasan klien apakah ringan, sedang, berat atau panik

C) Konsep diri

a. Citra tubuh

Tanyakan persepsi klien terhadap citra tubuhnya, manakah bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai

b. Identitas diri

Tanyakan status dan posisi klien (sekolah, tempat kerja, kelompok) apakah klien merasa puas dengan posisi atau status tersebut dan apakah klien puas sebagai laki-laki atau perempuan.

c. Peran

Tugas dan peran klien dan kemampuan klien dalam menjalankan tugas tersebut (keluarga, masyarakat)

d. Ideal diri

Harapan terhadap tubuh, posisi dan lingkungan

e. Harga diri

Penilaian atau penghargaan terhadap orang lain terhadap diri dan kehidupannya

D) Koping mekanisme yang digunakan

Mekanisme pertahanan diri yang digunakan saat sebelum sakit dan sesudah sakit aktif atau maladaptif seperti bicara dengan orang lain, minuman alkohol, dll

E) Data sosial

1. Pola Komunikasi

Bagaimana gaya bicara cerewet, tenang, waspada. Apakah spontan dalam memberikan jawaban, menolak atau merespon

bahasa nonverbal, bahasa tubuh komunikasinya jelas, koperatif atau tidak

2. Pola interaksi

Respon apa yang ditimbulkan, interaksinya baik atau tidak. apakah ada perilaku agresif atau adakah masalah dalam interaksi

- a. Dengan perawat :
- b. Dengan keluarga :
- c. Dengan klien yang lain :

F) Data spiritual

1. Motivasi religi klien

Keyakinan atau kepercayaan terhadap penyakit yang dideritanya, Apakah ia percaya bahwa penyakitnya ini dapat sembuh dengan berdoa dan berusaha

2. Persepsi klien terhadap penyakitnya

Bagaimana persepsi klien terhadap penyakitnya apakah merupakan suatu cobaan hidup atau merupakan suatu peringatan kepada dirinya dari Tuhan Yang Maha Esa

3. Pelaksanaan Ibadah sebelum selama dirawat

Bagaimana pelaksanaan ibadah klien setiap hari sebelum sakit dan selama Sakit apakah ada perubahan pola apakah ada masalah baru dll.

G) Data Penunjang :

a. Data penunjang lab / pemeriksaan diagnostik

1. Hasil pemeriksaan lab :

No	Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilain Normal

2. Hasil pemeriksaan EKG :.....

3. Hasil pemeriksaan radiologi :.....
 4. Hasil pemeriksaan EEG, CT Scan :
- b. Program terapi
1. Obat-obatan yang diberikan : nama dosis

No	Nama Obat	Dosis	Keterangan

2. Diet : jenis diet, berapa kali

B. Analisa Data

No.	Tanggal	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
		DS : DO : Data Mayor Data Minor		(Masalah yang timbul sesuai segan data yang ada)

C. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Masalah

1.
2.
3.
4.
5.

Dst

D. Rencana Asuhan Keperawatan

NO	DIAGNOSA	LUARAN	INTERVENSI

E. Tindakan /Implementasi Keperawatan

No. Dx	Waktu	Tindakan keperawatan dan evaluasi tindakan keperawatan	Nama dan paraf Perawat

F. Catatan Perkembangan Keperawatan

No. Dx	Waktu	Perkembangan (SOAP)	Nama dan paraf Perawat

Lampiran 5

**LEMBAR OBSERVASI
PENYEMBUHAN LUKA
PASIEN 1**

No	Tanda Tanda Penyembuhan Luka	Post Hari Ke 1		Post Hari Ke 2		Post Hari Ke3	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	Menutup		0	1		1	
2.	Kering		0		0	1	
3.	Tidak Hangat lokal (kalor)	1		1		1	
4.	Tidak Nyeri lokal (dolor)		0		0		0
5.	Tidak Kemerahan (rubor)		0		0		0
6.	Tidak Bengkak total (tumor)	1		1		1	
7.	Suhu tubuh <38°C	1		1		1	
8.	Tidak ada Pus		0		0	1	
9.	Tidak ada Abses		0		0		0
10.	Pernyataan dokter baik	1		1		1	
	Total Skor						

Petunjuk :

Berilah skor 0 apabila tidak terjadi atau 1 apabila terjadi tanda-tanda penyembuhan luka.

KETERANGAN JAWABAN :

YA = 1 TIDAK = 0

**LEMBAR OBSERVASI
PENYEMBUHAN LUKA
PASIEN 2**

No	Tanda Tanda Penyembuhan Luka	Post Hari Ke 1		Post Hari Ke 2		Post Hari Ke3	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	Menutup		0		0		0
2.	Kering	1		1		1	
3.	Tidak Hangat lokal (kalor)		0		0		0
4.	Tidak Nyeri lokal (dolor)		0		0		0
5.	Tidak Kemerahan (rubor)	1		1		1	
6.	Tidak Bengkak total (tumor)		0		0		0
7.	Suhu tubuh <38°C	1		1		1	
8.	Tidak ada Pus		0		0	1	
9.	Tidak ada Abses		0		0		0
10.	Pernyataan dokter baik		0	1		1	
	Total Skor						

Petunjuk :

Berilah skor 0 apabila tidak terjadi atau 1 apabila terjadi tanda-tanda penyembuhan luka.


KETERANGAN JAWABAN :

YA = 1

TIDAK = 0

Lampiran 6

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL


	D III KEPERAWATAN UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN LUKA MODEREN DRESING
	PROSEDUR TINDAKAN/BUKTI
Pengertian	Suatu tindakan keperawatan yang dilakukan untuk membersihkan luka dengan tindakan steril
Kebijakan	Pasien dengan kerusakan integritas kulit/ jaringan
Menyiapkan peralatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bak instrumen steril berisi <ul style="list-style-type: none"> - Pinset anatomis (2) - Pinset cirurgis (1) - Gunting jaringan - Kasa steril - Kom kecil (2/cairan NaCl/bethadin) 2. Sarung tangan bersih 3. Sarung tangan steril 4. Apron 5. Masker, jika diperlukan 6. Gunting plester 7. Bengkok (2) 8. Pengalas 9. Plester 10. Larutan fisiologis (NaCl 0,9%) 11. Terapi topikal sesuai resep dokter/<i>modern dressing</i> 12. Alkohol swab 13. Form evaluasi luka 14. Selimut mandi
Pra Interaksi	Verifikasi/validasi pasien yang akan dilakukan perawatan Luka
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik 2. Menjelaskan kepada klien beserta keluarga mengenai tujuan & prosedur tindakan yg akan segera dilakukan. 3. Menjamin atas pemenuhan kebutuhan privacy klien.

	4. Mengatur ketinggian tempat tidur untuk memudahkan tindakan yang akan dilakukan.
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Letakkan peralatan dekat dengan klien 3. Ganti selimut mandi klien hanya pada area yang diperlukan 4. Buka selimut mandi klien hanya pada area yang diperlukan 5. Beri tahu klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril 6. Pasang pernak alas 7. Pakai sarung tangan bersih dan letakkan bengkok dekat dengan klien 8. Lepaskan plester dengan menariknya secara perlahan, searah arah tumbuh rambut, dan mengarah pada balutan. Jika masih terdapat plaster pada kulit, bersihkan dengan alcohol swab 9. Letakkan balutan kotor di bengkok 10. Jika balutan melekat pada balutan, lembabkan terlebih dahulu dengan memberi larutan normal salin (NaCl 0.9%) 11. Kaji karakteristik dan jumlah drainase pada balutan (jika ada) <i>Mengkaji kondisi luka</i> 12. Lepaskan sarung tangan bersih dengan menarik bagian luar kedalam, kemudian masukkan ke dalam bengkok 13. Buka bak instrument steril dan letakkan pada meja disamping tempat tidur klien. Selanjutnya, tuang normal salin ke dalam kom kecil 14. Cuci tangan 15. Kenakan handscon steril 16. Bersihkan luka dengan larutan normal salin (NaCl 0.9%). Pegang kasa yang sudah dibasahi larutan NaCl 0.9% dengan pinset anatomis, kemudian gunakan untuk membersihkan luka. 17. Observasi kondisi luka sambil ditekan. Apabila ada eksudat, keluarkan dengan kain kasa. Apabila ada jaringan mati, gunting dengan gunting steril 18. Gunakan satu kasa untuk setiap kali usapan. Bersihkan luka dari area steril ke area terkontaminasi. 19. Gunakan kasa baru untuk mengeringkan luka. Usap dari arah area steril ke area terkontaminasi. 20. Olehkan terapi topikal menggunakan lidi kapas dari arah atau area

	<p>steril ke area terkontaminasi. Perhatikan penampilan luka</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. Tutup luka menggunakan dengan kasa steril, jika luka terpasang drain sesuaikan bentuk kain kasa. 22. Pasang plester pada balutan jika perlu. <i>Memfiksasi balutan dan memastikan luka tertutup dengan sempurna sehingga meminimalkan pemajanan terhadap mikroorganisme</i> 23. Rapikan peralatan 24. Simpan pinset yang sudah digunakan dalam bengkok dan Lepaskan sarung tangan. 25. Bantu klien kembali keposisi nyaman 26. Evaluasi kenyamanan klien 27. Cuci tangan
Tahap Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi respon serta toleransi klien selama, & sesudah prosedur. 2. Mengevaluasi kebutuhan frekuensi ganti balut. 3. Mengevaluasi adanya tanda-tanda alergi terhadap plester. 4. Mengevaluasi adanya tanda-tanda infeksi & adanya cairan luka juga karakteristiknya.
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat penampilan luka dan karakteristik drainase. 2. Mencatat jenis balutan yang digunakan 3. Mencatat respon serta toleransi klien selama, & setelah prosedur.

Lampiran 7

Dokumentasi penelitian

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI**
UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA
FAKULTAS KEDOKTERAN
Jalan Raya Jakarta KM.4 Pakupatan Kota Serang Provinsi Banten
Telepon (0254) 280330Laman: fk.untirta.ac.id

21 Maret 2022

Nomor : 82/UN43.20/KM/2021
Lampiran : -
Hal : Permohonan Penelitian Tugas Akhir / Skripsi

Kepada Yth,
Direktur RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Serang
di
Kota Serang

Sehubungan dengan rencana Penyusunan Tugas Akhir/Skripsi bagi mahasiswa kami, dengan ini mengajukan permohonan tempat penelitian di Perusahaan/Lembaga yang Bapak/Ibu pimpin.



Adapun data mahasiswa yang bersangkutan adalah sebagai berikut :

Nama : Fayza Bintang Renito
NIM : 8801190052
Fakultas : KEDOKTERAN
Jurusan/Program Studi : Keperawatan
Semester : Ganjil
Telepon / HP : 082281503118
Durasi (Lama Penelitian) : 1 Bulan

Rencana Topik : "Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Pada Pasien Post Operasi Debridemen Ulkus Diabetes Melitus Dengan Tindakan Perawatan Luka Moderen Dressing Di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara"

Demikian permohonan kami sampaikan atas kerjasamanya dan perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.

Wakil Dekan I Bidang Akademik
Pengembangan Inovasi Pengabdian dan
Hirilisasi Riset



Dr. dr. Desdiani, M.K.K., Sp.P.
NIP. 197205062002122002

Tembusan :
• Ketua Program Studi :

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN
INFORMED CONSENT**

Setelah menerima penjelasan dan memahami maksud dan tujuan dari studi kasus yang telah dijelaskan, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai klien dalam studi kasus yang dilakukan oleh mahasiswa Diploma III Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa..

Nama : Fayza Bintang Renito

NIM : 8801190052

Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Pada Pasien Post Operasi Debridemen Ulkus Diabetes Melitus Dengan Tindakan Perawatan Luka Moderen Dressing Di Rumah Sakit Dr. Dradjat Prawiranegara

Klien : HAWILAH

Penanggung Jawab : FIRMAN (ANAK)


Saya memahami bahwa studi kasus ini tidak akan berakibat negative pada saya dan keluarga saya. Oleh karena itu, saya bersedia menjadi pasien pada studi kasus ini.

Disetujui :

Mahasiswa Program Studi
D3 Keperawatan UNTIRTA


Fayza Bintang Renito
NIM 8801190052

Serang, 4 APRIL 2022
Klien


FIRMAN
Tid & Nama Jelas

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN

INFORMED CONSENT

Setelah menerima penjelasan dan memahami maksud dan tujuan dari studi kasus yang telah dijelaskan, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai klien dalam studi kasus yang dilakukan oleh mahasiswa Diploma III Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa..

Nama : Fayza Bintang Renito

NIM : 8801190052

Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Pada Pasien Post Operasi Debridemen Ulkus Diabetes Melitus Dengan Tindakan Perawatan Luka Moderen Dressing Di Rumah Sakit Dr. Dradjat Prawiranegara

Klien : M. SANIM

Penanggung Jawab : Nur Arifin

Saya memahami bahwa studi kasus ini tidak akan berakibat negative pada saya dan keluarga saya. Oleh karena itu, saya bersedia menjadi pasien pada studi kasus ini.


Disetujui :

Mahasiswa Program Studi
D3 Keperawatan UNTIRTA


Fayza Bintang Renito
NIM 8801190052

Serang,

Klien


NURARIFIN
Tid & Nama Jelas

LEMBAR KEHADIRAN PENELITIAN

Nama Mahasiswa : **FAYZA BINTANG RENDO**
 Nama CI : **AYU HURIPATI, S.Kep., Ners**
 Nama Pasien : **M. SAMIM**
 Ruangan : **ANGGREK**

NO	TANGGAL	DATANG	PARAF	PULANG	PARAF	PARAF PEMBIMBING	PARAF CI
1	9 April 2022	08.00	<i>Fayza</i>	09.00	<i>Fayza</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	10 April 22	08.	<i>Fayza</i>	09.00	<i>Fayza</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	11 April 22	08.	<i>Fayza</i>	09.00	<i>Fayza</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

LEMBAR KEHADIRAN PENELITIAN

Nama Mahasiswa : FATMA BINTARU RENTU
 Nama CI : Aty Huriyati - Skeg - post
 Nama Pasien : HANU LAH
 Ruang : AP6666K

NO	TANGGAL	DATANG	PARAF	PULANG	PARAF	PARAF PEMBIMBING	PARAF CI
1	4 April 22	08.00	<i>Fawst</i>	10.00	<i>Fawst</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	6 April 22	09.30	<i>Fawst</i>	10.30	<i>Fawst</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	8 April 22	09.30	<i>Fawst</i>	10.30	<i>Fawst</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

