

**PENERAPAN PERAWATAN LUKA DENGAN METODE WOUND
DRESSING UNTUK MENCEGAH INFEKSI LUKA FRUNKEL LUKA
FRUNKEL DI RSUD SELE BE SOLU KOTA SORONG**



OLEH :

NATALIA JITMAU

NIM.31440120034

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA
KESEHATAN POLTEKES KEMENKES SORONG PRODI D-III
KEPERAWATAN TAHUN 2024**

LEMBAR PENGESAHAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

Pengajuan Judul Karya Tulis Ilmiah oleh :

Nama : Natalia Jitmau

Nim : 31440120034

Prodi : Diploma III Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Sorong

Judul : Penerapan Perawatan Luka Dengan Metode Wound Dressing Untuk Mencegah infeksi Luka Furunkel Di RSUD SELE BE SOLU KOTA SORONG

Telah di periksa dan disetujui oleh pembimbing untuk di lanjutkan pada proses Karya Tulis Ilmiah.

Mengatahui ,

Tim Penguji :

1. Penguji I

Rolyn F Djamanmona, S.ST, M.Tr.Kep
NIP : 198907202014022002



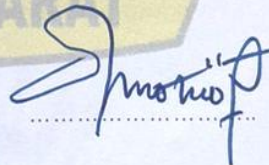
2. Penguji II

Yogik S Anggreini, Ners. M.MedEd
NIP : 19890128201922001

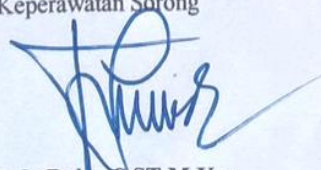


3. Penguji III

Simon. L. Momot, S.SiT. MPH
NIP : 196609261988031011



Mengetahui
Ketua Program Studi Diploma III
Keperawatan Sorong



I Made Raka, S.ST, M.Kes
NIP : 196813041989121001

LEMBAR PERSETUJUAN


Nama Mahasiswa : Natalia Jitmau
NIM : 31440120034
Judul KTI : Penerapan Perawatan Luka Menggunakan Metode Wound Dressing Untuk Mencegah Infeksi Luka Frunkel di RSUD SELE BE SOLU Kota Sorong


Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Tim Penguji Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya keperawatan Pada Program Studi D III keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong.

Menyetujui :

Pembimbing 1

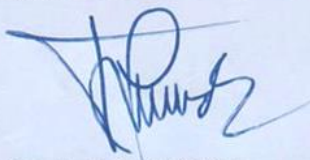
Pembimbing 2


Yogik S. Anggreini, Ners. M.MedEd
NIM :198901282019022001


S.L. Momot, S.SiT. MPH
NIM:196609261988031011

Mengetahui :

Ketua Program Studi D-III Keperawatan


I Made Raka, S.ST, M.Kes
NIP: 196813041989121001

LEMBARAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :


Nama : Natalia Jitmau
NIM : 31440120034
Program studi : D III Keperawatan
Institusi : Politeknik kesehatan Kementrian Kesehatan Sorong

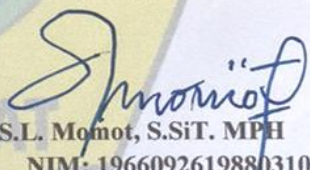
Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ni adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan saya sendiri.

Apabila di kemudian hari ditemukan bukti atau dapat di buktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil juplikan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut .

Pembimbing 1


Pembimbing 2


Yogik S. Anggreini, Ners. M.MedEd
NIM :198901282019022001


S.L. Momot, S.SiT. MPH
NIM: 196609261988031011

Mengetahui :

Ketua Program Studi D-III Keperawatan


I Made Raka, S.ST, M.Kes
NIP: 196813041989121001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Natalia Jitmau
NIM : 31440120034
Tempat, Tanggal Lahir : Sorong, 22 Desember 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestsn

Riwayat Pendidikan

SD : SD YPK IMANUEL JITMAU
SMP : SMP YPK 1 IMANUEL JITMAU
SMA : SMA YPK 2 KOTA SORONG

MOTTO

“ Jika Orang Lain Bisa Maka Aku Juga Bisa ”

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang memberikan berbagai kemudahan serta berkat yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang diajukan untuk memenuhi persyaratan untuk mencapai gelar Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Sorong.

Sehubungan dengan itu, penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Butet Agustarika, M.kep selaku Direktur Politik Kesehatan kementerian Kesehatan Sorong yang telah member izin dalam melakukan penelitian.
2. S.L. Momot, S.SiT, MPH selaku Ketua Jurusan keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Sorong dan selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk hingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.
3. E Samaran, S.ST, M Kes selaku Sekertaris Jurusan keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Sorong
4. I Made Raka, S.ST, M Kes selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Sorong .
5. Yogik S. Anggreini, Ners. M.MedEd selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk hingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh Dosen dan Staf pengajar di politeknik Kesehatan Kementrian Sorong yang telah membantu penulis dalam masa perkuliahan dan penyusunan Karya Tulis ilmiah.

7. Ny. S yang telah beresedia ikut berpartisipasi menjadi subyek dalam penulisan Karya Tulis ilmiah.
8. Bapa dan mama yang selalu memberikan dukungan moril, materil, semangat serta dorongan selama penulisan Karya Tulis Ilmiah.
9. Kaka dan adik yang juga selalu memberikan dukungan.
10. My Husband and children always supports me selama kuliah .

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya. Namun penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan. Hal ini dikarenakan keterbatasan yang ada pada penulis baik pengalaman, pengetahuan dan waktu. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan yang akan datang sangat diharapkan.

DAFTAR ISI

LEMBARAN PENGESAHAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH	i
LEMBAR PERSUTUJUAN	ii
LEMBARAN KEASLIAN PENELITIAN	iii
KATA PENGANTAR	V
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR LAMPIRAN	xii
ABSTRAK	xiii
<i>ABSTRACT</i>	xiv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH	3
C. TUJUAN PENELITIAN	3
D. MANFAAT PENELITIAN	3
BAB II.....	5
TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. TINJAUAN UMUM TENTANG MODERN WOUND DRESSING	5
a. PENGERTIAN MODERN WOUND DRESSING	5
b. JENIS JENIS PERBAN MODERN WOUND DRESSING.....	5

c.	TAHAPAN ATAU FASE MODERN WOUND DRESSING.....	7
d.	TUJUAN MOERN DRESSING.....	7
B.	TINJAUAN UMUM TEKNIK PERAWATAN LUKA.....	7
a.	LUKA	7
b.	TUJUAN PERAWATAN LUKA	8
c.	FAKTOR PENYEMBUHAN LUKA	8
d.	TANDA DAN GEJALA INFEKSI LUKA	8
e.	FAKTOR FAKTOR KEJADIAN INFEKSI.....	9
f.	PRINSIP PRINSIP DALAM PERAWATAN LUKA.....	9
BAB III	10
1.	METODE PENELITIAN	10
2.	JENIS PENELITIAN	10
a.	DATA PRIMER	10
b.	DATA SEKUNDER.....	10
3.	TEKNIK PENGUMPULAN DATA	11
a.	TEKNIK OBSERVASI	11
b.	TEKNIK INTERVIEW.....	11
c.	TEKNIK DOKUMENTASI	11
4.	ANALISA DATA	11
a.	REDUKSI DATA.....	12
b.	PENYAJIAN DATA	12
c.	VERIFIKASI (MENARIK SIMPULAN).....	12
BAB IV	16
HASIL DAN PEMBAHASAN.....		
A.	HASIL	16
B.	PEMBAHASAN	32

BAB V	38
PENUTUP	38
A. KESIMPULAN	38
B. SARAN.....	38

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Data Asuhan Keperawatan	16
Tabel 4.2 Analisa Data	22
Tabel 5.3 Intervensi Keperawatan	24
Tabel 6.4 Implementasi dan Evaluasi	26
Tabel 7.5 Catatan Perekembangan	29

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: SOP Perawatan Luka Modern Dressing	13
Lampiran 2	: Lembar Pengkajian Luka (Wound Assessment)	16
Lampiran 3	: Daftar Jenis Balutan Modern (Modern Dressing Material)	5.6
Lampiran 4	: Dokumentasi	39

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN METODE WOUND DRESSING DI RSUD SELE BE SOLU SORONG NATALIA JITMAU *POLTEKES KEMENKES SORONG*

ABSTRAK

Pendahuluan: *Modern wound dressing* adalah metode perawatan luka modern yang menerapkan prinsip *moist wound healing* (menjaga kelembaban) untuk mempercepat penyembuhan. Teknik ini menggunakan balutan khusus seperti hidrokoloid, alginat, atau *foam* untuk menjaga lingkungan luka tetap lembab, mengurangi nyeri, mencegah infeksi, dan meminimalkan jaringan parut.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk penerapan perawatan luka dengan *metode modern wound dressing* pada pasien ulkus diabetikum di RSUD SELE BE SOLU SORONG.

Metode : Jenis penelitian yang di gunakan yaitu penelitian *kualitatif* yang menghasilkan informasi dalam bentuk data *Deskriptif*. Dimana peneliti dapat menjeleaskan tentang pengaruh perawatan luka post operasi dengan *metode modern wound dressing* terhadap penyembuhan luka berdasarkan hasil penelitian dan teori yang telah ada

Hasil: Evaluasi Atau Peneliatian pada Ny.S di RSUD SELE BE SOLU SORONG Dengan furunkle setelah di lakukan implementasi selama 2 hari menunjukkan adanya perubahan pada luka yaitu luka tampak bersih, nanah berkurang, bau luka menurun, warna luka kemerahan, sikapa ,meringis menurun, sikapa gelisah menurun, sikapa protektif menurun dan skala nyeri menurun.

Kesimpulan : Penulis mendapatkan adanya perubahan pada luka pada klien.

kata kunci : berfokus pada teknik perawatan luka lembap (*moist healing*) untuk mempercepat penyembuhan, khususnya pada luka kronis.

SCIENTIFIC PAPER

NURSING CARE FOR Mrs. S USING THE WOUND DRESSING METHOD AT SELE BE SOLU SORONG REGIONAL HOSPITAL, NATALIA JITMAU *POLTEKES KEMENKES KESEHATAN SORONG*

ABSTRACT

Introduction: Modern wound dressing is a modern wound care method that applies the principles of moist wound healing to accelerate healing. This technique uses specialized dressings such as hydrocolloids, alginates, or foams to maintain a moist wound environment, reduce pain, prevent infection, and minimize scarring.

Objective: This study aims to apply wound care using the modern wound dressing method to diabetic ulcer patients at SELE BE SOLU SORONG Regional Hospital.

Method: This type of research is qualitative research, which produces information in the form of descriptive data. This research aims to explain the effect of post-operative wound care using modern wound dressing methods on wound healing based on existing research results and theories.

Results: Evaluation or Research on Mrs. S at SELE BE SOLU SORONG Regional Hospital With furuncles after implementation for 2 days showed changes in the wound, namely the wound looked clean, pus decreased, the smell of the wound decreased, the color of the wound was reddish, the attitude, grimacing decreased, the attitude of restlessness decreased, the protective attitude decreased and the pain scale decreased.

Conclusion: The author found changes in the client's wounds.

Keywords: focuses on moist healing wound care techniques to accelerate healing, especially in chronic wounds.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perawatan luka telah mengalami perkembangan sangat pesat terutama dalam 2 (dua) dekade terakhir, ditunjang dengan kemajuan teknologi kesehatan. Di samping itu, isu terkini manajemen perawatan luka berkaitan dengan perubahan profil pasien yang makin sering disertai dengan kondisi penyakit degeneratif dan kelainan metabolik. Kondisi tersebut biasanya memerlukan perawatan yang tepat agar proses penyembuhan bisa optimal. Manajemen perawatan luka modern sangat mengedepankan isu tersebut. Hal ini ditunjang dengan makin banyaknya inovasi terbaru produk-produk perawatan luka. Pada dasarnya, pemilihan produk yang tepat harus keamanan (safety).berdasarkan pertimbangan biaya (cost), kenyamanan (comfort), dan

Luka merupakan kerusakan jaringan pada kulit yang terjadi ketika kontak dengan sumber panas (seperti : bahan kimia, air panas, api, radiasi, dan listrik), hasil tindakan medis, maupun ketika terjadi perubahan kondisi fisiologis. Masing-masing luka memiliki proses penyembuhan yang rumit karena adanya kegiatan biosekuler dan biokimia yang terjadi secara berkesinambungan (Suhada, et al., 2019).

Pelaksanaan prosedur perawatan merupakan tindakan keperawatan yang sering dilakukan di rumah sakit, apabila tidak dilakukan dengan standar operasional pelayanan maka kemungkinan terjadi infeksi klinis. Pelaksanaan prosedur perawatan luka yang tepat akan mempercepat penyembuhan luka operasi (Rahman, et al., 2018).

Perawatan luka adalah tindakan yang dilakukan untuk membersihkan luka dengan menggunakan teknik steril. Tujuannya adalah untuk membersihkan luka dari kotoran, membantu mempercepat timbulnya sel-sel epitel atau proses penyembuhan serta mencegah kemungkinan cacat atau jaringan parut dan mencegah terjadinya infeksi (Roganda S & Siringorongo, 2017).

Angka kejadian infeksi luka di rumah sakit di seluruh dunia mencapai 9% atau kurang lebih 1,40 juta pasien yang dirawat inap terkena infeksi nosokomial. Hasil penelitian yang dilakukan oleh WHO mengenai infeksi nosokomial diperoleh sekitar 8,70 % dari 55 rumah sakit di 14 negara di Eropa, Timut Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik. Prevalensi infeksi luka banyak ditemui di Mediterania Timur dan Asia Tenggara sebesar 11,80% dan 10. Sedangkan di bagian Eropa dan Pasifik Barat masing-masing sebesar 7,70% dan 9% (Situmorang, 2020).

Negara-negara berkembang termasuk Indonesia, rata-rata prevalensi infeksi luka adalah sekitar 9,1 % dengan variasi 6,1%-16,0%. Di Indonesia infeksi luka mencapai 15,74% jauh diatas negara maju yang berkisar 4,8 – 15,5% angka kejadian infeksi di rumah sakit sekitar 3 –21% (rata-rata 9%) atau lebih 1,4 juta pasien rawat inap di rumah sakit seluruh dunia (Sinulingga & Malinti, 2021).

Kegiatan pencegahan infeksi akan melibatkan berbagai disiplin dan tingkatan personil rumah sakit sehingga diperlukan adanya prosedur baku untuk setiap tindakan yang berkaitan dengan pengendalian infeksi sehingga dalam tata laksana pengendalian infeksi, prosedur akan berjalan dengan maksimal agar apa yang diupayakan untuk dilaksanakan seluruhnya sesuai dengan situasi pada saat dan tempat pelaksanaannya.

Proses penyembuhan luka pasca operasi akan memiliki resiko terkena infeksi pada luka, jika perawatan luka operasi yang diterapkan tidak sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP). Resiko tersebut mengharuskan perawat untuk melakukan tindakan perawatan luka post operasi sesuai dengan SOP. Dari hasil supervisi yang dilakukan kepada 11 orang perawat. Dinyatakan bahwa ada beberapa tindakan dalam SOP yang belum dilakukan, seperti tidak menayakan nama, tidak melakukan pendokumentasian (Suhada, et al., 2019).

Infeksi Luka Operasi adalah suatu keadaan terjadinya komplikasi pasca operasi yang dapat meningkatkan lama perawatan dan akan menambah biaya perawatan. Infeksi luka operasi dapat mengakibatkan cacat hingga kematian (Rahman, et al., 2018).

Berdasarkan data diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Penerapan perawatan luka menggunakan metode modern wound Dressing untuk mencegah infeksi luka Tentang Teknik Post Operasi Di RSUD Sele Be Solu”.

B. Rumusan Masalah

Bagimanakah Penerapan perawatan luka menggunakan metode modern wound dressing untuk mencegah infeksi Post Operasi Di RSUD Sele Be Solu kota sorong ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk membersihkan luka dari sel-sel mati dan juga melindungi luka dari infeksi Di RSUD Sele Be Solu.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui penerapan standar operasional post operasi terhadap infeksi.
- b. Mengetahui gambaran pengaruh prosedur perawatan perawatan

luka post operasi terhadap infeksi.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi ilmu yang bermanfaat bagi pengembang ilmu pengetahuan khususnya terkait Penerapan Perawatan Luka Menggunakan Metode Modern Wound Dressing Untuk Mencegah Infeksi Luka Post Operasi

2. Manfaat Institusi

Penelitian ini dapat dijadikan tambahan referensi untuk memperluas wawasan pengetahuan bagi mahasiswa/i Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Sorong khususnya Program Studi D-III Keperawatan.

3. Manfaat Tenaga Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan yang bermanfaat kepada semua tenaga kesehatan dan menambah pengetahuan tentang pentingnya pelaksanaan standar operasional prosedur perawatan luka yang baik, sehingga dapat melaksanakan asuhan keperawatan khususnya perawatan luka secara tepat.

4. Bagi Keluarga

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan terhadap keluarga pasien cara merawat luka dengan baik agar tidak ada infeksi pada luka post op.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Modern Wound Dressing

a. pengertian Modern Wound Dressing

wound dressing adalah *Modern dressing* adalah perawatan luka yang berfokus menjaga luka dari dehidrasi. Teknik ini menggunakan metode '*moist wound healing*' untuk memfasilitasi penyembuhan luka di lingkungan yang lembab.

Modern dressing bisa bersifat semi-oklusif atau oklusif. Biasanya, teknik ini menggunakan balutan semipermeabel yang dapat ditembus oleh oksigen dan karbondioksida, serta uap air, tetapi tidak memungkinkan bakteri dan air untuk melewatinya.

Adapun beberapa keuntungan dari permukaan luka yang lembab yaitu:

- dapat memicu pertumbuhan jaringan secara alami;
- mengurangi pembentukan jaringan parut;
- mengangkat jaringan yang mati dengan mengaktivasi protease permukaan luka.

Saat ini tersedia berbagai macam perban untuk *modern dressing* yang bisa digunakan. Setiap tipe balutan luka modern ditujukan untuk kondisi luka tertentu, serta memiliki bentuk yang bervariasi dengan manfaatnya masing-masing.

b. Jenis Jenis Perban Untuk Modern Wound Dressing

1. Hydrogel Dressing

Hidrogel adalah bahan balutan luka yang terbuat dari polimer sintetik. Perban ini memiliki kandungan air yang tinggi, yakni 70-90% yang dapat membantu granulasi dan epitelisasi luka dalam lingkungan yang lembab.

Perban ini juga dapat memberikan efek menenangkan dan mendinginkan suhu luka kulit serta bertekstur lembut dan elastis sehingga mudah dipasang dan dilepas setelah luka sembuh.

Jenis *modern dressing* ini digunakan sebagai balutan primer dan memerlukan balutan sekunder seperti pad atau kasa dan *transparent film*. *Hydrogel dressing* tepat diaplikasikan pada luka nekrotik atau berwarna hitam atau kuning dengan eksudat minimal.

2. Hydrocolloid Dressing

Hydrocolloid dressing (pembalut luka hidrokoloid) adalah salah satu balutan luka modern yang paling banyak digunakan, sebagai dressing primer atau sekunder. Dressing ini terdiri dari kombinasi bahan pembentuk gel seperti gelatin, karboksimetil selulosa (CMC), dan pektin dengan bahan lain seperti elastomer dan perekat.

Pembalut luka jenis ini umum digunakan pada luka berwarna kemerahan dengan epitelisasi atau luka dengan eksudat ringan hingga sedang. Di samping itu, hydrocolloid dressing juga direkomendasikan dalam manajemen perawatan luka pediatrik karena tidak menimbulkan rasa sakit saat dilepas.

3. Foam Dressing

Foam dressing adalah pembalut luka bersifat semipermeabel yang terdiri dari busa hidrofobik dan hidrofilik. Balutan ini bisa disertai maupun tanpa perekat. Sifat hidrofobik lapisan luar mampu melindungi luka dari cairan sambil memastikan pertukaran gas dan uap air terjaga.

Balutan ini memiliki kemampuan untuk menyerap drainase luka dalam jumlah yang bervariasi tergantung pada ketebalan luka dan cocok digunakan untuk ulkus kaki bagian bawah dan luka dengan eksudat sedang hingga tinggi.

4. Alginate Dressing

Alginate (alginat) merupakan pembalut hidrokoloid alami yang berasal dari rumput laut. Ketika dipasang di permukaan luka, bahan ini akan berubah menjadi gel hidrofilik yang kuat, yang membatasi eksudat luka dan meminimalkan kontaminasi bakteri.

Pembalut luka alginat digunakan sebagai *dressing* primer dan masih memerlukan balutan sekunder. Ini cocok untuk merawat luka dengan drainase luka sedang sampai berat

karena kemampuannya dalam menyerap cairan luka yang berlebihan dan menstimulasi pembekuan darah.

c) Tahapan Atau Fase Dalam Modern Wound Dressing

Fase penyembuhan luka dibagi menjadi tiga fase, yaitu :

1. Fase inflamasi
2. Fase proliferasi atau epitelisasi
3. Fase maturasi atau remodeling

d) Tujuan Modern Wound Dressing

modern dressing adalah mempercepat migrasi sel epitel yang mempercepat penutupan luka, meningkatkan proses granulasi,

B. Tinjauan Umum Teknik Perawatan Luka Post Operasi

a) Luka

Luka adalah suatu kondisi rusaknya kontinuitas jaringan, struktur dan fungsi anatomis kulit normal akibat adanya proses patologis yang berasal dari lingkungan internal ataupun eksternal dan mengenai organ tertentu. Perawatan dan pengelolaan terhadap luka dalam hal ini menjadi salah satu faktor yang menentukan hasil akhir dari proses penyembuhan luka.

Infeksi luka operasi ternyata bisa memicu terjadinya komplikasi. Luka post operasi atau luka pasca operasi biasa juga disebut dengan luka operasi adalah luka yang sengaja dibuat dengan prosedur pembedahan / operatif. Perawatan luka post operasi adalah tindakan untuk merawat luka dan melakukan pembalutan untuk menjadikan luka kotor menjadi luka bersih. Perawatan luka post operasi ini diperlukan demi mencapai proses penyembuhan luka yang optimal serta mencegah supaya tidak terjadi infeksi pada luka.

b.Tujuan Dari Perawatan Luka Post Operasi

- 1) Untuk mencegah dan melindungi luka dari infeksi.
- 2) Untuk mencegah masuknya kuman dan kotoran ke dalam luka.
- 3) Agar luka tetap bersih.
- 4) Untuk menyerap eksudat.
- 5) Untuk melindungi luka dari trauma.
- 6) Untuk memberikan pengobatan pada luka.
- 7) Untuk mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut.
- 8) Untuk meningkatkan dan mempercepat proses penyembuhan luka dan mengurangi rasa nyeri.
- 9) Untuk memberikan rasa aman dan nyaman.
- 10) Untuk mengevaluasi tingkat kesembuhan luka.

c) Faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka Post Operasi

1. Faktor Intrinsik : Usia, status nutrisi dan hidrasi, oksigenasi dan perfusi jaringan, status imunologi, penyakit penyerta, seperti DM, arteriosclerosis).
2. Faktor Ekstrinsik : Pengobatan, stres psikologi, infeksi, iskemia, trauma jaringan, istirahat dan perawatan luka yang dilakukan.

d) Tanda dan Gejala Infeksi Luka Post Operasi

1. Dolor (nyeri) Dolor adalah rasa nyeri. Nyeri akan terasa pada jaringan yang mengalami infeksi. Ini terjadi karena sel yang mengalami infeksi bereaksi mengeluarkan zat tertentu sehingga menimbulkan nyeri . Rasa nyeri mengisyaratkan bahwa terjadi gangguan atau sesuatu yang tidak normal (patologis) jadi jangan abaikan rasa nyeri karena mungkin saja itu sesuatu yang berbahaya.

2. Kalor (panas)

Kalor adalah rasa panas, pada daerah yang mengalami infeksi akan terasa panas. Ini terjadi karena tubuh mengkompensasi aliran darah lebih banyak ke area yang mengalami infeksi untuk mengirim lebih banyak antibodi dalam memerangi antigen atau penyebab infeksi.

3. Tumor (bengkak)

Tumor dalam konteks gejala infeksi bukanlah sel kanker seperti yang umum dibicarakan tapi pembengkakan. Pada area yang mengalami infeksi akan mengalami pembengkakan karena peningkatan permeabilitas sel dan peningkatan aliran darah.

4 . Rubor (kemerahan)

Rubor adalah kemerahan, ini terjadi pada area yang mengalami infeksi karena peningkatan aliran darah ke area tersebut sehingga menimbulkan warna kemerahan.

e) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Infeksi Pasca Operasi

1.Usia

2.Nutrisi

3.penyakit

4.Obat – obatan

f) Prinsip-Prinsip yang Harus Diperhatikan dalam Perawatan Luka Post Operasi

1. Ganti balutan pagi atau sore, sewaktu-waktu bila diperlukan.
2. Bersihkan jika keluar darah dan langsung ganti kasa.
3. Jaga luka agar tak lembab.
4. Gunakan teknik aseptik.
5. Awasi adanya tanda-tanda infeksi (gatal, panas, bengkak, kemerahan, penurunan fungsi)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

1. Metode Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan desain studi literature review. Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian kuantitatif bersifat survey analitik berdasarkan literature review. Peneliti dapat menjelaskan tentang pengaruh perawatan luka post operasi dengan metode modern dressing terhadap penyembuhan luka berdasarkan hasil penelitian dan teori yang telah ada.

2. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian kualitatif yang menghasilkan informasi dalam bentuk data deskriptif. Desain penelitian ini adalah review literatur atau tinjauan pustaka. Studi literature adalah cara yang dipakai untuk mengumpulkan data atau sumber yang berhubungan dengan sebuah topik tertentu yang bisa didapat dari berbagai sumber seperti jurnal, buku, internet, dan pustaka lain. Literature yang direview dalam penelitian ini adalah semua jenis penelitian mengenai penerapan perawatan luka dengan modern dressing pada pasien ulkus diabetikum.

a. Data Primer

Sebagian jaringan hilang, proses penyembuhan berlangsung mulai dari pembentukan jaringan granulasi di dasar luka dan sekitarnya.

b.Data Sekunder

Tepi luka bisa menyatu kembali, permukaan bersih, tidak ada jaringan yang hilang. Biasanya terjadi setelah suatu insisi, berlangsung dari internal ke eksternal.

3.Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan. Dilihat dari segi teknik pengumpulan data, maka teknik pengumpulan data dapat dilakukan dengan observasi (pengamatan), interview (wawancara), kuesioner (angket), dokumentasi.

Teknik pengambilan data dalam penelitian ini dengan cara dokumentasi dan wawancara.

1) Teknik observasi

Teknik observasi yaitu teknik pengamatan yang langsung dilakukan dengan pasien

2) Teknik interview atau wawancara

Teknik wawancara yang diambil ini secara langsung terhadap pasien guna mengetahui perkembangan luka untuk mengatasi infeksi luka.

3) Teknik dokumentasi

Teknik dokumentasi ini juga supaya menjadi dokumen dalam penelitian yang diambil.

4. Analisa Data

Analisis data kualitatif adalah upaya dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain. Jadi, teknik analisis data dalam penelitian ini digunakan untuk meneliti langsung permasalahan yang terkandung dalam data.

Proses analisis data kualitatif dilakukan dengan tahap sebagai berikut:

a. Reduksi Data

Reduksi data merupakan proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, mengabstrakkan, dan transformasi kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan

b. Penyajian Data

Penyajian data dibatasi sebagai sekumpulan informasi tersusun yang disesuaikan dan diklarifikasi untuk mempermudah peneliti menguasai data dan tidak terbenam dalam setumpuk data.

Selanjutnya dari data yang sudah diperoleh, peneliti akan menganalisisnya dan diklarifikasi sesuai dengan data yang diinginkan.

c. Verifikasi (menarik simpulan)

Kesimpulan selama penelitian berlangsung makna-makna yang muncul dari data yang diuji kebenarannya sehingga akan diperoleh kesimpulan yang jelas.

4. Tahap Tahap Penelitian

Sesuai tahap penelitian ini terdiri dari tahap pralapangan, tahap pekerjaan lapangan, tahap analisis data dan tahap pelaporan hasil penelitian. Tahap-tahap dalam penelitian ini dirinci sebagai berikut.

1. Tahap Pralapangan

- a. Mengadakan observasi
- b. Mengurus surat izin penelitian dari ketua Direktur kampus
- c. Membuat rancangan penelitian
- d. Membuat daftar pertanyaan berupa garis-garis besar permasalahan sebagai pedoman wawancara.

2. Tahap Pekerjaan Lapangan


Tahap ini adalah tahap inti dari penelitian yang dilakukan. Peneliti terlebih dahulu melakukan wawancara dengan pasien.

3. Tahap Analisis data

Tahap ini peneliti berusaha mereduksi data, menyajikan data serta penarikan simpulan atau verifikasi sehingga sesuai dengan prosedur penelitian.

4. Tahap Pelaporan Hasil Penelitian

Tahap ini merupakan tahap akhir dalam sebuah penelitian. Peneliti menyusun data yang telah dianalisis dan disimpulkan dalam bentuk karya ilmiah berupa laporan penelitian dengan mengacu pada peraturan penulisan yang berlaku, konsultasi hasil penelitian kepada pembimbing dan perbaikan hasil konsultasi.

 <p>KEMENKES RI</p>	<p>STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) RAWAT LUKA <i>POST OPERASI</i></p>
<p>Pengertian</p>	<p>Perawatan <i>pasca</i> operasi adalah perawatan yang dilakukan untuk meningkatkan proses penyembuhan luka, mengurangi rasa nyeri dan meminimalisir terjadinya infeksi</p>
<p>Tujuan</p>	<p>Meningkatkan proses penyembuhan luka</p>
<p>Persiapan Alat/Bahan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kasa steril 2. Lidi waten 3. Kapas alkohol 4. Betadine 5. Plester dan gunting plester 6. Cucing 7. Waskom 8. Pinset anatomis 2 buah 9. Pinset sirurgi 10. Larutan Chlorine 11. Sarung tangan
<p>Prosedur Tindakan</p>	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis) 2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan

3. Lakukan cuci tangan

Komunikasi Terapeutik:

1. Perkenalkan diri
2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan
3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien
4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin

Tahap Kerja

1. Cuci tangan menggunakan sabun di air mengalir sebelum melakukan perawatan luka operasi (SC)
2. Tuang betadine secukupnya didalam cacing
3. Siapkan plester yang akan digunakan untuk menutup luka
4. Gunakan sarung tangan
5. Lepas plester yang merekat, bila lengket pakai kapas alkohol. Kemudian buka kasa luka op dan buang
6. Amati daerah luka (periksa apakah ada tanda-tanda infeksi)

7. Basahi lidi waten dengan betadine
8. Bersihkan luka dengan menggunakan lidi waten yang sudah dibasahi dengan betadine dari arah ujung ke ujung lainnya untuk sekali usap lalu buang
9. Tekan samping kanan dan kiri luka dengan tangan kiri dan tangan kanan menekan luka dengan menggunakan pinset anatomi yang menjepit kasa untuk melihat apakah ada nanah yang keluar dari luka lalu buang
10. Lakukan ulang tindakan no 7 dan no 8
11. Tutup luka dengan kasa luka op dan rekatkan dengan plester yang sudah disediakan
12. Rapikan klien dan bereskan alat
13. Lepaskan sarung tangan

Tahap Terminasi

- 1) Lakukan cuci tangan
- 2) Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan

Dokumentasi

1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan
2. Catat respon klien
3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien
4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya

BAB IV

PEMBAHASAN

Nama Mahasiswa : Natalia jitmau

Nim : 31440120034

Tanggal pengkajian : 30- juli 2024 / 01 – agustus 2024

Ruangan rawat : ruang Bedah

Diagnosa Medik : furunkel

A. HASIL PENGKAJIAN

1) IDENTITAS KLIEN

- | | |
|----------------------|---------------------|
| a. Nama | : SALMA INEIKA |
| b. Jenis kelamin | : Perempuan |
| c. Usia | : 19 tahun |
| d. Status perkawinan | : Belum Berkeluarga |
| e. Agama | : Islam |
| f. Suku bangsa | : Indonesia |

- g. Pendidikan : Mahasiswa
- h. Pekerjaan : -
- i. Alamat : Jl Pendidikan
- j. Diagnosa medis : Furunkel

2) PENANGGUNG JAWAB

- a. Nama : Namsira (ibu)
- b. Jenis Kelamin : Perempuan
- c. Usia : 47 Tahun
- d. Hubungan dengan klien : IBU
- e. Pendidikan : SMA
- f. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- g. Alamat : Jl Pendidikan

3) RIWAYAT KESEHATAN

- a. Riwayat kesehatan sekarang : Ny S Datang ke RS Dengan keluhan Benjolan dibagian leher kiri
- b. Riwayat kesehatan masa lalu : Ny S tidak mengalami penyakit Apapun di masa lalu.
- c. Riwayat kesehatan keluarga : ibu dari Ny S pernah mengalami Penyakit Mag

4) DATA FISILOGIS- PSIKOLOGIS –PERILAKU-RELASIONAL LINGKUNGAN

a. Data fisiologis

1. Respirasi
Pasien mengatakan ia mengalami kesulitan dalam bernapas RR 20X/ Menit Pasien.
2. Sirkulasi
Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit jantung .
3. Nutrisi dan cairan
Pasien mengatakan tidak bisa makan frekuensi tiga kali dalam sehari , karena kesulitan dalam menelan makanan .
4. Eliminasi
Pasien mengatakan BAB dalam sehari satu kali tidak ada kesulitan dalam BAB tidak ada kesulitan dalam BAK .
5. Aktivitas dan istirahat
Pasien mengatakan merasa kesulitan dalam beraktivitas, pasien mengatakan merasa kesulitan pada saat tidur .
6. Neurosensori

Pasien tidak mengalami gangguan dalam ingatannya.

7. Reproduksi dan seksualitas : TIDAK TERKAJI

b. Data psikologis

1. Nyeri dan kenyamanan

Pasien mengeluh nyeri pada seluruh bagian leher hingga kepala nyeri seperti tertindih skala 6 nyeri terasa hilang timbul.

2. Citra Diri dan Harga Diri

Pasien mungkin merasa malu atau tidak nyaman dengan penampilan mereka, terutama jika furunkel terjadi di area yang terlihat. Ini dapat mempengaruhi harga diri mereka.

c. Data relasional

1. Interaksi Sosial

Tingkat isolasi yang dialami pasien karena rasa malu atau takut diejek oleh teman atau orang lain.

d. Data lingkungan

1. Keamanan dan proteksi

Terlihatnya luka atau kerusakan jaringan kulit pasien.

5. PENGKAJIAN FISIK

a. Umum keadaan umum kesadaran GCS

1. TB/BB IMT

: 154 cm / 55,6 kg

2. Postur tubuh

: Tegak

3. Warna kulit

: Hitam

4. Turgor kulit

: Elastis

b. Gejala cardinal Nadi Suhu Respirasi tekanan darah :

TD : 120/ 10

S : 36,7

N : 97 – 100 per menit

RR : 20x menit

c. Pemeriksaan fisik

1. Kepala dan leher

: A. inspeksi : bentuk kepala

Simetris , hitam kulit kepala kering

2. Hidung

: baik tidak mengalami masalah

3. Telinga

: pendegaraan Normal

4. Mulut

: Baik

5. Thorak

: Baik

6. Abdomen

: berwarna merah, pembengkakan ,

Dan bernanah.

7. Muskuloskeletal

Inspeksi

Pembengkakan: Amati adanya pembengkakan di area sekitar furunkel yang mungkin memengaruhi mobilitas atau menyebabkan ketidaknyamanan.

Kemerahan dan Iritasi: Periksa apakah ada kemerahan atau iritasi yang meluas ke area muskuloskeletal sekitar furunkel.

8. Terapi medis

:

Obat – obatan yang di terima oleh klien:

1. Liposin salep 10g (1x1) / sehabis mandi
2. Amoxiclin 250g (2x1) sesudah makan
3. Ibuprofen 400g (3x1) sesudah makan

9. Analisa data

:

No	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
1.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengeluh nyeri pada seluruh bagian leher hingga kepala, pasien mengeluh susah tidur</p> <p>DO :</p> <p>Pasien merasakan Tekanan Dara : 120/ 10 Suhu : 36,7 Nadi: 97 – 100 per menit RR : 20x / menit</p>	<p>Pasien mengeluh nyeri</p> <p>Sulit tidur</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut</p> <p>Gangguan pola tidur</p> <p>Pola nafas tidak efektif</p>

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. **Nyeri Akut** berhubungan dengan peradangan jaringan akibat infeksi.
2. **Gangguan Integritas Kulit** berhubungan dengan adanya luka atau lesi pada kulit.
3. **Risiko Penyebaran Infeksi** berhubungan dengan adanya bakteri yang dapat menyebar ke area lain.
4. **Kecemasan** berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik atau kekhawatiran tentang kondisi kulit.
5. **Kurangnya Pengetahuan** berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan furunkel dan pencegahan infeksi.

C. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Nama : Ny. S

Dx :

FURUNKEL

UMUR : 19 Th

RUANG :

BEDAH

JENIS KELAMIN : PEREMPUAN

Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Evaluasi
----------	--------	------------	----------

<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri Akut berhubungan dengan peradangan jaringan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skala nyeri berkurang menjadi 3/10 atau lebih rendah. • Ekspresi wajah menunjukkan berkurangnya ketegangan. • Pasien dapat beristirahat dengan lebih nyaman. <p>(Kode SLKI 01114)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observasi skala nyeri secara berkala. • Berikan analgesik sesuai dengan resep dokter. • Ajarkan teknik relaksasi seperti pernapasan dalam untuk mengurangi nyeri. • Lakukan kompres hangat pada area furunkel untuk membantu mengurangi nyeri. <p>(Kode SIKI 1490)</p>	<p>Evaluasi skala nyeri pasien setelah intervensi. Jika nyeri berkurang, intervensi dianggap berhasil.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan adanya furunkel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Luka furunkel menunjukkan tanda-tanda penyembuhan (berkurangnya 	<ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan luka dengan teknik aseptik untuk mencegah infeksi. • Ganti balutan sesuai kebutuhan 	<p>Periksa kondisi kulit apakah ada tanda-tanda perbaikan seperti berkurangnya pembengkakan dan</p>

	<p>kemerahan, pembengkakan, dan tidak adanya nanah baru).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada tanda-tanda infeksi sekunder. <p>(Kode SLKI 03010)</p>	<p>dan instruksikan pasien untuk tidak memencet furunkel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Kode SIKI 1650) 	<p>kemerahan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Risiko Penyebaran Infeksi berhubungan dengan adanya infeksi bakteri 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada tanda-tanda penyebaran infeksi (misalnya, demam atau abses baru). • Pasien menunjukkan pemahaman tentang pencegahan infeksi. <p>(Kode SLKI 03014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda vital pasien untuk mendeteksi adanya infeksi yang menyebar. • Ajarkan pasien dan keluarganya tentang pentingnya menjaga kebersihan area luka dan mencuci tangan (Kode SIKI 2550) 	<p>Monitor apakah tidak ada tanda-tanda infeksi yang menyebar, dan suhu tubuh tetap stabil.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kecemasan berhubungan dengan kekhawatiran tentang kondisi 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien melaporkan penurunan tingkat kecemasan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan dukungan emosional dan dengarkan 	<p>Tanyakan kepada pasien apakah</p>

<p>kesehatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih tenang dan mampu berbicara • tentang kondisi kesehatan mereka dengan lebih percaya diri. <p>(Kode SLKI 01102)</p>	<p>kekhawatiran pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan informasi yang jelas mengenai proses penyembuhan dan prognosis furunkel. <p>(Kode SIKI 1450)</p>	<p>mereka merasa lebih tenang setelah diberikan edukasi dan dukungan.</p>
------------------	--	--	---

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

HARI / TANG GAL	NO.DX KEP/ SP	TINDAKAN KEPERAA WATAN	EVALUASI	NAMA/ PARAF
30-1 / HARI KAMI S DAN JUMA T	FURUNK EL NYERI AKUT	<ul style="list-style-type: none"> • Penilaian Awal • Identifikasi dan Anamnesis: Tanyakan riwayat kesehatan pasien, gejala yang dirasakan, dan durasi infeksi. • Pemeriksaan Fisik: Evaluasi lokasi, ukuran, dan tingkat kemerahan serta pembengkakan furunkel. • Pengelolaan Infeksi • Kompres Hangat: Berikan 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi Klinis • Penurunan Gejala: Evaluasi apakah nyeri, kemerahan, dan pembengkakan berkurang setelah perawatan. • Penyembuhan Luka: Periksa apakah luka sembuh dengan baik dan tanpa tanda-tanda infeksi sekunder. • Kepatuhan Terhadap Pengobatan • Patuhi Resep: Evaluasi apakah pasien mematuhi pengobatan yang diresepkan dan petunjuk perawatan di rumah. • Efek Samping: Tanyakan tentang efek samping dari obat yang mungkin memerlukan penyesuaian. • Edukasi dan Dukungan • Pemahaman Pasien: Pastikan pasien memahami informasi yang diberikan tentang perawatan 	NATAL IA

		<p>kompres hangat pada area furunkel untuk mempercepat pematangan dan pemecahan abses.</p> <ul style="list-style-type: none">• Perawatan Luka: Setelah pecah, bersihkan area tersebut dengan antiseptik untuk mencegah infeksi lebih lanjut. Gantilah perban secara teratur.• Obat-obatan: Berikan antibiotik jika diindikasikan oleh dokter untuk mengatasi infeksi, dan berikan analgesik untuk mengurangi	<p>dan tanda-tanda komplikasi.</p> <ul style="list-style-type: none">• Dukungan: Berikan dukungan dan motivasi untuk memastikan kepatuhan dan perawatan yang efektif.	
--	--	---	--	--

nyeri.

- **Edukasi Pasien**

- **Higiene:**
Ajarkan pasien pentingnya menjaga kebersihan area yang terkena dan mencuci tangan secara teratur.

- **Perawatan Mandiri:**
Berikan petunjuk tentang cara merawat luka dan tanda-tanda infeksi yang perlu diperhatikan, seperti peningkatan kemerahan, pembengkakan, atau nanah yang banyak.

- **Tindak Lanjut**

- **Monitoring:**

Lakukan evaluasi berkala untuk memantau perkembangan furunkel dan respon terhadap pengobatan.

- **Rujukan:** Jika furunkel tidak menunjukkan perbaikan atau terjadi komplikasi, rujuk pasien ke spesialis kulit atau dokter bedah.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Furunkel adalah infeksi kulit yang disebabkan oleh bakteri, seringkali memerlukan perawatan medis dan perhatian khusus untuk menghindari komplikasi. Dari penanganan dan evaluasi pasien furunkel, dapat disimpulkan bahwa:

1. Perawatan yang Tepat:

- Penggunaan kompres hangat, perawatan luka yang benar, dan antibiotik (jika diperlukan) adalah kunci untuk mengatasi infeksi dan mempercepat penyembuhan.
- Edukasi mengenai higiene dan perawatan diri dapat mengurangi risiko infeksi sekunder dan mempercepat pemulihan.

2. Evaluasi dan Monitoring:

- Evaluasi kemajuan penyembuhan, pemantauan tanda-tanda infeksi, dan kepatuhan terhadap pengobatan sangat penting untuk memastikan hasil perawatan yang baik.
- Pemeriksaan lanjutan diperlukan untuk mengatasi masalah atau komplikasi yang mungkin muncul.

B. SARAN

1. Perawatan Diri dan Edukasi:

- **Higiene:** Pastikan pasien menjaga kebersihan area yang terkena dengan baik. Anjurkan untuk mencuci tangan secara rutin dan menghindari memencet atau menggaruk furunkel.
- **Perawatan Luka:** Berikan instruksi yang jelas tentang cara merawat luka dan mengganti perban secara rutin.

2. **Pengelolaan Pengobatan:**

- **Kepatuhan Pengobatan:** Tekankan pentingnya mengikuti regimen pengobatan yang diresepkan dan menyelesaikan kursus antibiotik jika diberikan.
- **Pantau Efek Samping:** Tanyakan tentang efek samping obat dan lakukan penyesuaian jika diperlukan.

3. **Tindak Lanjut dan Rujukan:**

- **Jadwalkan Tindak Lanjut:** Rencanakan kunjungan tindak lanjut untuk mengevaluasi kemajuan penyembuhan dan melakukan penyesuaian perawatan jika diperlukan.
- **Rujukan:** Jika furunkel tidak menunjukkan perbaikan atau terdapat komplikasi, rujuk pasien ke spesialis dermatologi atau dokter bedah.

Dengan mengikuti kesimpulan dan saran ini, perawatan furunkel dapat dilakukan secara efektif, meminimalkan risiko komplikasi, dan mempercepat proses penyembuhan pasien.