

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN GANGGUAN SISTEM
INTEGUMEN: POST DEBRIDEMENT a/i SELULITIS e.c DIABETES
MELITUS TIPE II a/r FEMUR DAN FIBULA DEXTRA POD 0
DI RUANG TOPAS RUMAH SAKIT UMUM dr. SLAMET
GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:
RIAN
NIM : KHGA20134



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN: POST DEBRIDEMEN a/i SELULITIS e.c DIABETES MELITUS TIPE II a/r FEMUR DAN FIBULA DEXTRA POD 0 DI RUANG TOPAS RUMAH SAKIT UMUM dr. SLAMET GARUT

NAMA : RIAN

NIM : KHGA20134

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Disetujui untuk Disidangkan Dihadapan

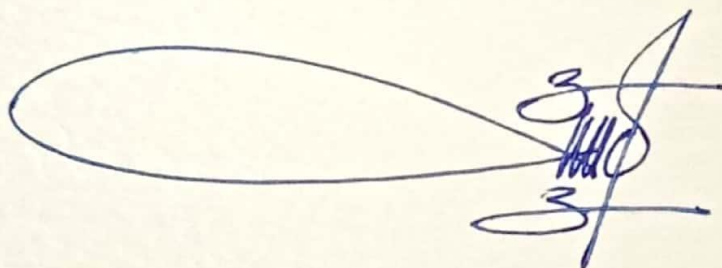
Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Pembimbing

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, sweeping loop on the left and a more complex, stylized set of strokes on the right.

H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN: POST DEBRIDEMEN a/i SELULITIS e.c DIABETES MELITUS TIPE II a/r FEMUR DAN FIBULA DEXTRA POD 0 DI RUANG TOPAS RUMAH SAKIT UMUM dr. SLAMET GARUT

NAMA : RIAN

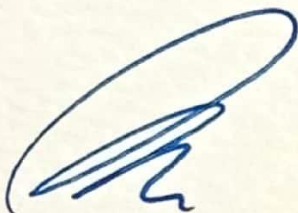
NIM : KHGA20134

Garut, Juli 2023

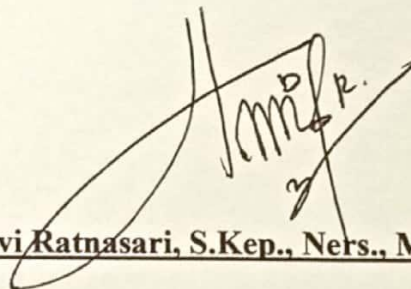
Menyetujui,

Penguji 1

Penguji 2



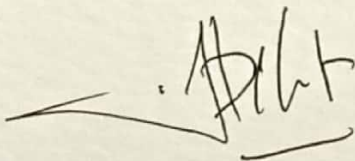
Elang M. Atoilah, S.Sos., M.Kes.



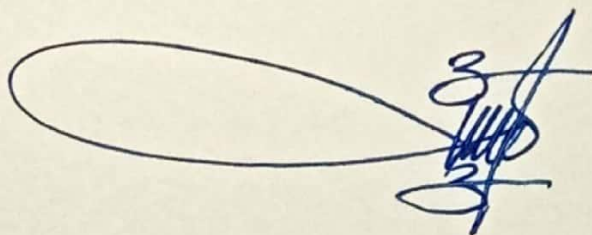
Devi Ratnasari, S.Kep., Ners., M.Kep.

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep.



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep.

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Gangguan Sistem Integumen: Post Debridement a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II a.r Femur Dan Fibula Dekstra POD 0 Di Ruang Topas Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut

Oleh: Rian

IV Bab, 96 Halaman, 9 Tabel, 4 Lampiran

Pembuatan karya tulis ilmiah ini di latar belakang oleh tingginya penderita diabetes melitus di Indonesia pada tahun 2021 yang mencapai 19,5 juta jiwa menurut IDF serta seriusnya komplikasi yang ditimbulkan oleh diabetes melitus. Selulitis merupakan peradangan yang terjadi pada jaringan subkutan yang disebabkan bakteri *Staphylococcus aureus* dan *Streptococcus pyogenes*. Tujuan dibuatnya karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada klien dengan gangguan sistem integumen melalui pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Metode penulisan yang digunakan adalah deskriptif berupa studi kasus. Adapun masalah yang ditemukan pada kasus tersebut yaitu nyeri akut, defisit nutrisi, gangguan integritas jaringan kulit, dan gangguan mobilitas fisik. Perencanaan yang dibuat dalam penelitian ini ditujukan pada masalah kesehatan setiap orang dengan mengacu pada sasaran dan tujuan yang telah di tetapkan. Dalam melakukan asuhan keperawatan tersebut di fokuskan dalam mengatasi penyebab dari gangguan sistem integumen yang di alami. Hasil evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S menunjukkan perkembangan dengan 3 masalah keperawatan teratasi dan 1 masalah keperawatan teratasi sebagian. Simpulan dalam karya tulis ilmiah ini adalah sesuai dengan perencanaan yang telah disusun sebelumnya. Hal ini tidak terlepas dari peran keluarga yang mendukung, bimbingan dari *Clinical Instructure* dan pembimbing akademik serta adanya setiap tahapan implementasi asuhan keperawatan pada Tn.S dengan gangguan sistem integumen.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Melitus, Selulitis, Debridement

Daftar Pustaka : 26 Buah (2012-2022) (Buku dan jurnal)

ABSTRACT

Nursing Care for Mr. S With Integumentary System Disorders: Post Debridement a/i Cellulitis e.c Diabetes Mellitus Type II a.r Femur And Fibula Dextra POD 0 In Topas Room dr. Slamet Garut General Hospital

By: Rian

IV Chapter, 96 Pages, 9 Tables, 4 Attachments

The making of this scientific writing is motivated by the high number of people with diabetes mellitus in Indonesia in 2021, which reached 19.5 million according to IDF and the serious complications caused by diabetes mellitus. Cellulitis is an inflammation that occurs in the subcutaneous tissue caused by Staphylococcus aureus and Streptococcus pyogenes bacteria. The purpose of making this Scientific Writing is to gain real experience in carrying out the nursing care process directly and comprehensively in clients with integumentary system disorders through assessment, diagnostic enforcement, planning, implementation and evaluation. The writing method used is descriptive in the form of a case study. The problems found in these cases are acute pain, nutritional deficits, impaired skin tissue integrity, and impaired physical mobility. The planning made in this study is aimed at the health problems of each person by referring to the goals and objectives that have been set. In carrying out nursing care, the focus is on overcoming the causes of integumentary system disorders experienced. The results of the evaluation of the nursing care process carried out on Mr. S showed progress with 3 nursing problems. Mr. S showed progress with 3 resolved nursing problems and 1 partially resolved nursing problem. The conclusion in this scientific paper is in accordance with the previously prepared plan. This is inseparable from the role of a supportive family, guidance from clinical instructors and academic supervisors and each stage of the implementation of nursing care for Mr. S with integumentary system disorders.

Keywords: Nursing Care, Diabetes Mellitus, Cellulitis, Debridement

Bibliography: 26 Pieces (2012-2022) (Books and journals)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT. yang telah mencurahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat serta salam semoga selalu terlimpah curahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, para sahabat hingga kepada kita selaku umatnya hingga akhir zaman.

Alhamdulillah, atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Gangguan Sistem Integumen: Post Debridemen a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Femur dan Fibula Dextra POD 0 Di Ruang Topas Rumah Sakit Umum Dr. Slamet Garut Tahun 2023”** dengan tepat waktu. Karya tulis ilmiah ini ajukan sebagai salah satu syarat dalam menempuh program pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, saran serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya terutama kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep, selaku ketua program studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah mencurahkan banyak waktu untuk senantiasa memberikan arahan, saran dan motivasi kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Elang M. Atoilah, S.Sos., M.Kes, selaku Penguji I dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ibu Devi Ratnasari, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Penguji II dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini
8. Seluruh Dosen dan Staff D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat selama penulis menempuh pendidikan.
9. Bapak Asep Sopian, S.Kep., Ners, selaku pembimbing di Rumah Sakit Umum Dr. Slamet Garut yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, motivasi serta kesempatan kepada penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
10. Kepada klien Tn. S dan keluarga yang telah kooperatif dan bersedia memberikan informasi kepada penulis selama melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu.

11. Kepada orang tua tercinta, Bapak Enjang dan Ibu Euis yang telah membesarkan serta mengasuh penulis dengan penuh cinta dan kasih sayang, senantiasa memberikan bantuan moril dan materil serta untaian do'a yang tidak pernah putus untuk penulis selama menempuh pendidikan. Semoga setiap do'a, tetes keringat dan air mata ayah dan ibu dibalas dengan kebahagiaan dunia dan akhirat oleh Allah SWT.
12. Kepada orang tercinta penulis, Widi Herlina yang selalu memberikan do'a, support, dan motivasi kepada penulis serta selalu ada dalam suka maupun duka selama penulis menempuh pendidikan.
13. Sahabat terdekat, Insan Padilah, Rindi Septian, Riko Fauji Salim, dan Resi Subagja yang saat ini sedang berjuang bersama untuk menempuh gelar A.Md.Kep, terimakasih telah menjadi teman bertukar pikiran serta selalu memberikan support dan motivasi kepada penulis.
14. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/i angkatan XXVII program studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut khususnya kelas 3C yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, terimakasih selama 3 tahun ini kalian sudah menjadi teman seperjuangan, banyak cerita, canda tawa serta suka dan duka yang akan menjadi kenangan yang tidak terlupakan.
15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.

Penulis menyadari sepenuhnya begitu banyak keterbatasan yang penulis miliki baik dari segi ilmu pengetahuan serta kemampuan. Oleh karena itu, dalam pembuatan karya tulis ini masih banyak kekurangan dan kesalahan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta selalu mendapatkan ridho-Nya. Semoga Allah SWT. membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Garut, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Metode Penulisan.....	6
D. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II KAJIAN TEORI	9
A. Konsep Dasar Selulitis	9
1. Pengertian.....	9
2. Etiologi	10
3. Klasifikasi.....	11
4. Patofisiologi.....	13
5. Manifestasi Klinis.....	16
6. Komplikasi	16
7. Pemeriksaan Penunjang.....	17
8. Penatalaksanaan.....	18
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	20
1. Pengkajian	20
2. Diagnosa Keperawatan.....	30
3. Perencanaan Keperawatan.....	30
4. Implementasi Keperawatan	35
5. Evaluasi Keperawatan	35
BAB III TINJAUAN PUSTAKA DAN PEMBAHASAN.....	37
A. Tinjauan Kasus.....	37
1. Pengkajian	37
2. Diagnosa Keperawatan.....	53
3. Perencanaan Keperawatan.....	56

4. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan.....	61
5. Catatan Perkembangan	72
B. Pembahasan.....	74
1. Pengkajian	74
2. Diagnosa Keperawatan.....	79
3. Perencanaan Keperawatan.....	81
4. Implementasi Keperawatan	84
5. Evaluasi Keperawatan	88
BAB IV SIMPULAN DAN REKOMENDASI	90
A. Simpulan	90
B. Rekomendasi.....	94
DAFTAR PUSTAKA.....	97
LAMPIRAN.....	99

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1: Analisa data	27
Tabel 2.2: Perencanaan Keperawatan	30
Table 3.1: Pola Aktivitas Sehari-Hari.....	39
Tabel 3.2: Hasil Pemeriksaan Laboratorium	50
Tabel 3.3: Program Terapi.....	50
Table 3.4: Analisa Data	50
Tabel 3.5: Perencanaan Keperawatan	56
Tabel 3.6: Implementasi Keperawatan.....	61
Tabel 3.7: Catatan Perkembangan.....	72

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I SAP Pencegahan Infeksi Pasca Operasi	99
Lampiran II Leaflet Pencegahan Infeksi Pasca Operasi.....	107
Lampiran III Lembar Bimbingan	108
Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup.....	111

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kondisi terjadinya peningkatan kadar gula darah (*hiperglikemia*) yang disebabkan oleh menurunnya produksi insulin yang dihasilkan sel β (*beta*) pankreas atau berkurangnya sensitivitas reseptor insulin di tingkat seluler. Diabetes melitus (DM) sering disebut sebagai "*The Silent Killer*" karena dapat menyebabkan berbagai komplikasi pada berbagai organ tubuh (IDF, 2021).

International Diabetes Federation (IDF) tahun 2021, mengungkapkan bahwa angka kejadian diabetes melitus di seluruh dunia pada rentang usia 20-79 tahun mencapai 537 juta jiwa, dimana proporsi DM tipe 2 mencapai 95% dari jumlah total penderita DM di dunia dan hanya 5% dari jumlah tersebut yang menderita DM tipe 1. Indonesia merupakan negara dengan penderita DM terbesar ke-5 di dunia setelah China, India, Pakistan, dan Amerika Serikat dengan 19,5 juta jiwa. *International Diabetes Federation* (IDF) memperkirakan jumlah ini akan terus bertambah hingga 29 juta jiwa pada tahun 2045. *World Health Organization* (WHO) tahun 2016, mengungkapkan bahwa terdapat 422 juta kasus diabetes melitus di dunia. Jumlah ini diperkirakan akan meningkat pada tahun 2025, sebagian besar diakibatkan oleh diabetes melitus tipe II dengan prevalensi 90% dari total kasus diabetes di seluruh dunia.

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2018, prevalensi diabetes melitus di Indonesia mengalami peningkatan dari 1,5% menjadi 2%, hal ini berbanding lurus dengan prevalensi diabetes melitus di Jawa Barat yang mengalami peningkatan dari 1,3% menjadi 1,7%, atau bisa di perkirakan sebanyak 570.611 jiwa penduduk Jawa Barat menderita diabetes. Menurut Dinas Kesehatan Jawa Barat tahun 2020, Kabupaten Garut menempati urutan ke 15 dari 33 kabupaten/kota dengan jumlah penderita diabetes melitus sebanyak 17.732 kasus.

Diabetes Melitus yang tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan komplikasi berupa mikroangiopati dan makroangiopati. Salah satu komplikasi dari mikroangiopati adalah neuropati diabetikum pada bagian kaki yaitu selulitis. Selulitis biasanya disebabkan oleh bakteri *Streptococcus aureus* dan *Streptococcus pyogenes* (Julaeha & Farisma, 2022).

Selulitis merupakan inflamasi yang terjadi pada jaringan subkutan umumnya disebabkan oleh invasi bakteri *Streptococcus aureus* dan *Streptococcus pyogenes* atau bakteri lainnya. Selulitis dapat terjadi di seluruh bagian tubuh, namun bagian tersering yang terkena selulitis adalah kulit di wajah dan kaki (Hasliani, 2021).

Menurut Hadzovic-Cengic, M, et.al, dalam jurnal *Celulitis Epidemiological and Clinical Characteristic* (2012) mengungkapkan bahwa Persentasi laki-laki lebih sering yaitu 56,09 %, dengan usia rata-rata 50,22 tahun. Prevalensi lokasi selulitis yaitu tungkai (71, 56%), lengan (12,19%),

kepala dan leher (13,08%), tubuh (3,25%). Menurut data dari Unit Rekam Medis RSUD Dr. Slamet Garut tahun 2022, jumlah pasien selulitis periode Januari 2022 sampai Desember 2022 mencapai 152 kasus, dengan persentasi laki laki 48% dan perempuan 52%, dengan rata-rata usia penderita 50 tahun.

Dampak dari selulitis akibat komplikasi diabetes melitus dapat mengganggu kebutuhan dasar manusia pada aspek fisiologi, dimana klien akan mengalami perubahan nutrisi dan gangguan rasa nyaman berupa nyeri akut dan edema yang dapat mengganggu mobilisasi pasien, terjadi kekakuan otot dan kekuatan otot pasien menurun sehingga mengganggu pergerakan. (Susanto & Made, 2013). Selulitis sebagai komplikasi dari diabetes melitus dapat berakibat fatal bahkan mengancam nyawa pasien bila tidak segera di tangani. beberapa komplikasi yang diakibatkan selulitis diantaranya limfangitis, elephantiasis, rekurensi, abses subkutan, gangren, sepsis, bahkan komplikasi yang fatal berupa kematian. (Julaeha & Farisma, 2022).

Pasien yang mengalami selulitis perlu mendapatkan perawatan untuk mengurangi rasa sakit dan mengurangi pembengkakan. Hal ini bertujuan untuk mencegah penyebaran infeksi ke dalam darah dan organ tubuh lainnya. Selulitis merupakan penyakit yang serius, terutama jika infeksinya berat pada kulit, sehingga sering membutuhkan tindakan pembedahan yang disebut debridement (Susanto & Made, 2013).

Debridement adalah proses mengangkat jaringan mati dan benda asing dari dalam luka untuk memaparkan jaringan sehat di bawahnya. Jaringan mati bisa berupa pus, krusta, eschar (pada luka bakar), atau bekuan darah.

Pengangkatan jaringan mati dan slough dapat meningkatkan penyembuhan, memastikan migrasi sel melintasi luka yang lembab tanpa dihalangi tingkat eksudat yang tinggi dan semua resiko infeksi yang berhubungan dengan slough dan jaringan mati (Lumbers, 2018).

Peran perawat sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan post debridemen atas indikasi selulitis yang diakibatkan diabetes melitus seperti melakukan perawatan luka untuk mencegah terjadinya infeksi dan komplikasi lain, memberikan edukasi yang efektif kepada pasien mengenai personal hygiene dan pencegahan infeksi, serta berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian terapi farmakologi dan merencanakan program diet yang tepat agar mempercepat proses penyembuhan (Bernard, 2018).

Kasus selulitis akibat komplikasi dari diabetes melitus termasuk kasus yang jarang dibahas karena masih jarang penelitian-penelitian mengenai selulitis akibat komplikasi diabetes melitus dan penanganannya dengan tindakan debridement, serta masih jarang karya tulis ilmiah yang membahas asuhan keperawatan pada klien selulitis akibat komplikasi diabetes melitus dengan tindakan debridement.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dan membuat laporan studi kasus dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Gangguan Sistem Integumen: Post Debridement a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Femur dan Fibula Dextra POD 0 di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman yang nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada Tn. S dengan Gangguan Sistem Integumen: Post Debridement a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Femur dan Fibula Dextra POD 0 di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini agar penulis mampu menerapkan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien diantaranya:

- a. Mampu melaksanakan pengkajian secara komprehensif pada Tn. S dengan post Debridement a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Mampu menegakan diagnosa keperawatan sesuai dengan respon pasien terhadap adanya gangguan pada pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) pada Tn. S dengan post Debridement a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakan pada Tn. S dengan post Debridement a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut.

- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan pada Tn. S dengan post Debridement a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang di tetapkan pada Tn. S dengan post Debridement a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut.

C. Metode Penulisan

Karya Tulis ilmiah ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Wawancara

Penulis menggunakan metode wawancara untuk mengumpulkan data subjektif dari keluarga dan klien melalui proses tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang di hadapi oleh klien. Proses ini juga disebut dengan anamnesa.

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan secara langsung meliputi perilaku dan keadaan umum klien untuk memperoleh data objektif mengenai masalah kesehatan dan masalah keperawatan klien.

3. Studi Dokumentasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status, hasil laboratorium dan hasil pemeriksaan penunjang lain untuk melengkapi data objektif yang di perlukan selama proses asuhan keperawatan

4. Studi Kepustakaan

Penulis membaca berbagai literatur untuk mendapatkan data dasar yang berhubungan dengan kasus yang di alami klien yaitu post debridemen atas indikasi selulitis et causa diabetes melitus tipe 2.

5. Partisipasi Aktif

Penulis memperoleh data melalui partisipasi aktif klien selama proses pengkajian, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan, meliputi; latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

Bab II Kajian Teoritis, meliputi; konsep dasar penyakit dan pendekatan dasar asuhan keperawatan. Konsep dasar penyakit terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjaang dan penatalaksanaan. Pendekatan dasar asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan secara teoritis.

Bab III Tinjauan Kasus, meliputi; tinjauan kasus dan pembahasan. Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan catatan perkembangan. Pembahasan berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara tinjauan teoritis dengan fakta di lapangan pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan catatan perkembangan.

Bab IV Kesimpulan dan rekomendasi; berisi kesimpulan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk perawat dan pihak rumah sakit, institusi pendidikan, keluarga dan klien, serta untuk perbaikan karya tulis ilmiah yang penulis susun.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Selulitis

1. Pengertian

Selulitis merupakan inflamasi yang terjadi pada jaringan subkutan umumnya disebabkan oleh invasi bakteri *Staphylococcus aureus* dan *Streptococcus pyogenes* atau bakteri lainnya dan dapat terjadi di seluruh bagian tubuh, namun bagian tersering yang terkena selulitis adalah kulit di wajah dan kaki (Hasliani, 2021).

Selulitis merupakan inflamasi jaringan subkutan dimana proses inflamasi, yang disebabkan oleh bakteri bakteri *Staphylococcus aureus* dan *Streptococcus pyogenes* dengan gejala kemerahan atau peradangan pada ekstermitas juga biasa pada wajah, kulit menjadi bengkak, licin disertai nyeri yang terasa panas, demam, merasa tidak enak badan, bisa terjadi kekakuan (Susanto & Made, 2013).

Selulitis adalah infeksi yang terjadi pada lapisan dermis dan jaringan subkutan akut yang menyebabkan inflamasi sel, dapat mengakibatkan kerusakan kulit seperti gigitan atau luka. Diabetes dapat meningkatkan resiko terjadinya Selulitis atau penyebaran selulitis. Infeksi dapat segera menyebar dan dapat masuk ke dalam pembuluh

getah bening dan aliran darah. Jika hal ini terjadi, infeksi bisa menyebar ke seluruh tubuh. (Kimberly, 2014)

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa selulitis merupakan suatu kondisi dimana jaringan subkutan kulit mengalami peradangan (*inflamasi*) yang disebabkan akibat infeksi *Staphylococcus aureus* dan *Streptococcus pyogenes* dengan gejala nyeri, demam, edema dan bisa mengakibatkan kekakuan jika terjadi pada ekstremitas.

2. Etiologi

Menurut Kimberly (2012), selulitis dapat di sebabkan oleh beberapa faktor pencetus, antara lain:

- 1) Infeksi bakteri dan jamur :
 - a) Disebabkan oleh *Streptococcus* grup A dan *Staphylococcus aureus*
 - b) Pada bayi yang terkena penyakit ini disebabkan oleh *Streptococcus* grup B
 - c) Infeksi dari jamur,
 - d) *Aeromonas Hydrophila*.
 - e) *S. Pneumoniae* (*Pneumococcus*)
- 2) Penyebab lain
 - a) Gigitan binatang, serangga, atau bahkan gigitan manusia.
 - b) Kulit kering
 - c) Kulit yang terbakar atau melepuh
 - d) Diabetes Mellitus
 - e) Pembekakan yang kronis pada kaki

f) Cacar air

Menurut Muttaqin & Sari (2013), terdapat beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya selulitis, diantaranya:

- 1) Memiliki riwayat selulitis sebelumnya
- 2) Memiliki berat badan berlebih atau obesitas
- 3) Memiliki sirkulasi yang buruk di lengan, tangan, tungkai, dan kaki
- 4) Menderita diabetes mellitus
- 5) Memiliki daya tahan tubuh yang lemah akibat penyakit HIV/AIDS atau leukimia
- 6) Mengonsumsi obat-obatan immunosuppressan
- 7) Menjalani kemoterapi untuk pengobatan kanker
- 8) Mengalami limfedema
- 9) Menderita penyakit kulit lain, seperti tinea pedis, eksim, atau psoriasis.

3. Klasifikasi

Susanto & Made (2013), mengklasifikasikan selulitis menjadi beberapa bagian, diantaranya:

- 1) Selulitis sirkumsripta serous akut

Selulitis yang terbatas pada daerah tertentu yaitu satu atau dua spasia fasial, yang tidak jelas batasnya. Infeksi bakteri mengandung serous, konsistensinya sangat lunak dan spongius. Penamaannya berdasarkan ruang anatomi atau spasia yang terlibat.

2) Selulitis sirkumsripta supuratif akut

Prosesnya hampir sama dengan selulitis sirkumsripta serous akut, hanya infeksi bakteri tersebut juga mengandung suppurasi yang purulen. Penamaan berdasarkan spasia yang dikenainya. Jika terbentuk eksudat yang purulen, mengindikasikan tubuh bertendesi membatasi penyebaran infeksi dan mekanisme resistensi lokal tubuh dalam mengontrol infeksi.

3) Selulitis difus akut

Pada selulitis ini yang paling sering dijumpai adalah Phlegmone / Angina Ludwig's. Dibagi lagi menjadi beberapa kelas, yaitu:

- a) *Ludwig's Angina* merupakan selulitis difus yang potensial mengancam nyawa yang mengenai dasar mulut dan region *submandibular bilateral* dan menyebabkan obstruksi progresif dari jalan nafas. Penyakit ini termasuk dalam grup penyakit infeksi odontogen.
- b) Selulitis yang berasal dari *inframylohyoid*
- c) Selulitis *Senator's Difus Peripharingeal*; disifatkan oleh serangan ganas secara tiba-tiba dengan disfagia, hiperemia, edema dan penyusupan peradangan semua dinding pharynx
- d) Selulitis Fasialis Difus merupakan infeksi bakteri pada wajah yang dapat cepat meluas dengan komplikasi serius, penyebabnya adalah infeksi odontogenik yang berasal dari pulpa periodontal
- e) *Fascitis Necrotizing* dan gambaran atypical lainnya adalah infeksi langka jaringan lunak yang mengancam jiwa. *Necrotizing fascitis* umumnya dikenal sebagai penyakit pemakan daging atau sindrom

bakteri pemakan daging. Infeksi ini sangat langka pada lapisan lebih dalam dari kulit dan jaringan subkutan yang dengan mudah menyebar di fasia dalam jaringan subkutan.

- f) Selulitis Kronis adalah suatu proses infeksi yang berjalan lambat karena terbatasnya virulensi bakteri yang berasal dari fokus gigi. Biasanya terjadi pada pasien dengan selulitis sirkumskripta yang tidak mendapatkan perawatan yang adekuat atau tanpa drainase.

4. Patofisiologi

Kerusakan integritas kulit menjadi faktor utama penyebab infeksi pada selulitis, karena organisme invasif menyerang area yang terganggu, kejadian ini membuat sel pertahanan kewalahan. Seiring berkembangnya kerusakan integritas kulit, organisme menyerang jaringan disekitar lokasi luka awal (Kimberly, 2014).

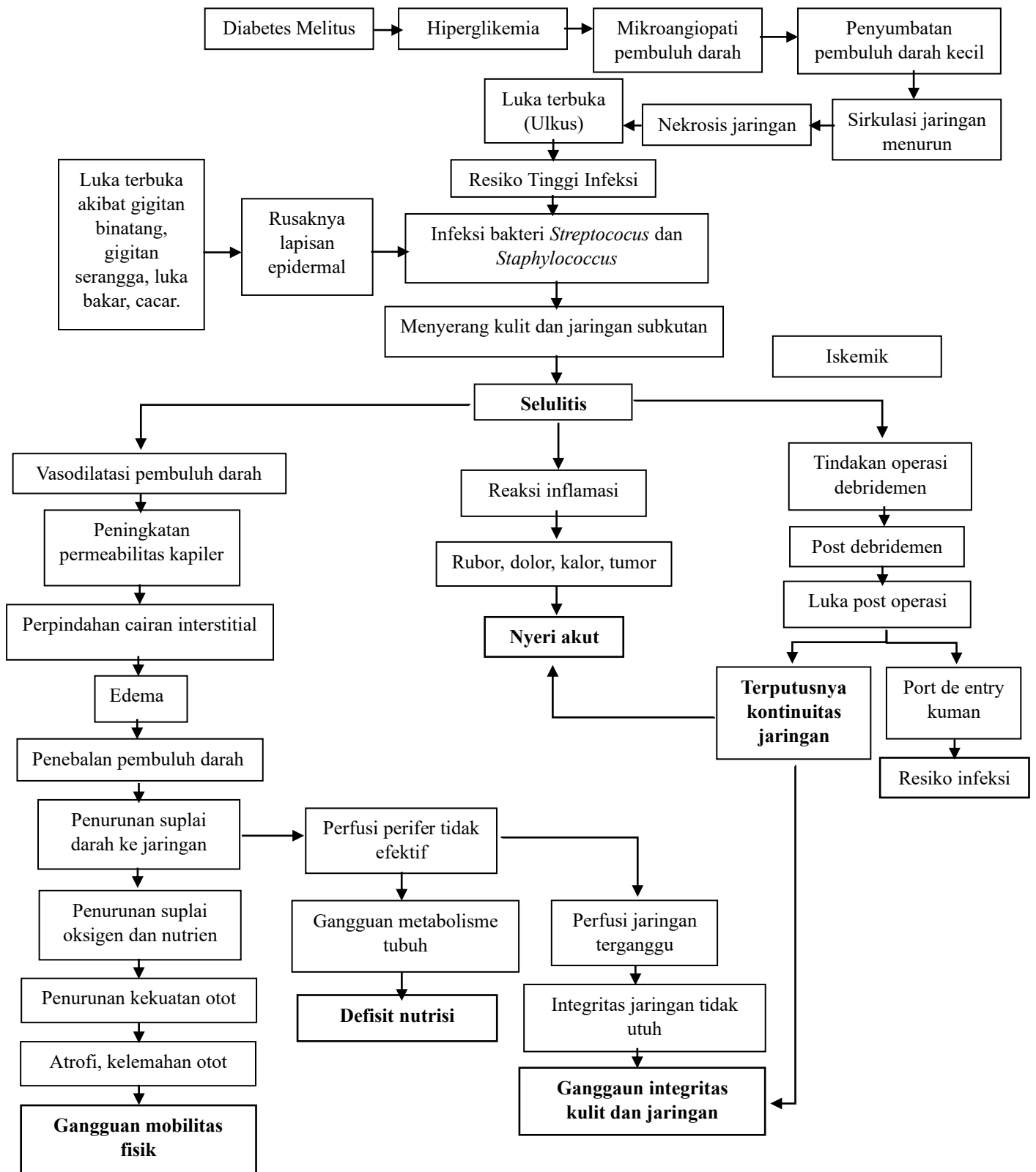
Selulitis terjadi akibat adanya invasi bakteri patogen yang menembus lapisan kulit sehingga menimbulkan infeksi atau peradangan. Selulitis umumnya sering terjadi pada orang yang mengalami obesitas, orang yang mengalami kekurangan gizi, serta orang dengan diabetes melitus yang pengobatannya tidak adekuat (Hasliani, 2021).

Gambaran klinis berupa eritema lokal pada kulit, sistem vena dan limfatik pada ektrimitas atas dan bawah. Pada pemeriksaan fisik biasanya ditemukan adanya kemerahan, kulit teraba hangat hangat, nyeri tekan, demam dan bakterimia. (Hasliani, 2021).

Selulitis yang disebabkan oleh *Streptococcus* grup A, *Streptococcus* lain atau *Staphylococcus aureus* sering kali tidak mengakibatkan komplikasi, kecuali jika luka yang terkait berkembang dan mengalami bakterimia. Etiologi microbial yang pasti sulit ditentukan, untuk abses lokalisata yang mempunyai gejala sebagai laesi kultur pus atau bahan yang diaspirasi diperlukan. Meskipun etiologi abses ini biasanya adalah *Staphylococcus*, abses ini kadang disebabkan oleh campuran bakteri aerob dan anaerob yang lebih kompleks. Bau busuk dan pewamaan gram pus memunjukkan adanya organisme campuran. Ulkus kulit yang tidak nyeri sering terjadi. Lesi ini dangkal dan berindurasi dan dapat mengalami super infeksi. Etiologinya tidak jelas, tetapi mungkin merupakan hasil perubahan peradangan benda asing, nekrosis dan infeksi derajat rendah (Hasliani, 2021).

Untuk melihat lebih jelas dampak dari selulitis dapat melihat bagan dibawah ini.

Pathway Selulitis Akibat Komplikasi Diabetes Melitus



(Isselbacher *et al*, 2012, Dimodifikasi dalam Hasliani, 2021)

5. Manifestasi Klinis

Menurut Hasliani (2021), infeksi paling sering di tungkai dan sering kali berawal dari kerusakan kulit akibat cedera ringan, luka terbuka pada kulit dan infeksi jamur diantara jari-jari kaki. Tanda dan gejala umum yang muncul pada pasien dengan selulitis antara lain:

- 1) Demam
- 2) Menggigil
- 3) Sakit kepala
- 4) Nyeri otot
- 5) Tidak enak badan
- 6) Kemerahan atau peradangan yang terlokalisasi
- 7) Kulit bengkak (edema), licin disertai nyeri,
- 8) Ruam kulit muncul secara tiba-tiba dengan batas yang tegas
- 9) Bisa disertai memar dan lepuhan-lepuhan kecil.

6. Komplikasi

Menurut Kimberly (2012), beberapa komplikasi yang dapat di timbulkan selulitis antara lain:

- 1) Sepsis merupakan kondisi medis serius dimana terjadi peradangan seluruh tubuh akibat infeksi
- 2) Thrombosis Vena Profunda atau peradangan pada dinding vena serta tertariknya trombosit dan leukosit pada dinding yang mengalami radang

- 3) Myonecrosis, fasciitis, carpal tunnel syndrome akut (pada selulitis ekstremitas atas), dan osteomyelitis
- 4) Abses Lokal berupa pengumpulan nanah akibat infeksi bakteri
- 5) Tromboflebitis yaitu kondisi dimana terbentuknya bekuan dalam vena sekunder akibat inflamasi atau trauma dinding vena karena obstruksi vena sebagian
- 6) Limfangitis atau infeksi pada pembuluh limfa.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Hasliani (2021), pemeriksaan penunjang pada pasien dengan selulitis meliputi:

- 1) Hitung Darah Lengkap, menunjukkan kenaikan jumlah leukosit dan rata-rata sedimentasi eritrosit. Sehingga mengindikasikan adanya infeksi bakteri.
- 2) Tes kultur darah : Pemeriksaan ini dilakukan dengan mendeteksi adanya mikroorganisme yang ada di dalam darah, seperti bakteri, jamur, atau parasit. Ada atau tidaknya infeksi akan ditentukan dari sampel cairan luka pada pengidap.
- 3) Pewarnaan Gram : Pemeriksaan pewarnaan diferensial yang dapat membedakan jenis bakteri berdasarkan reaksi yang timbul pada struktur dinding sel selama prosedur pewarnaan.
- 4) Rontgen : Pemeriksaan ini dilakukan dengan bantuan sinar radiasi untuk memperoleh gambaran pada bagian tubuh tertentu. Pada pengidap

selulitis, rontgen dibutuhkan untuk melihat adanya infeksi pada jaringan di bawah kulit.

- 5) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) : sangat membantu pada diagnosis infeksi selulitis akut dan parah, untuk mengidentifikasi keparahan, mengidentifikasi pyomyositis, necrotizing fasciitis, dan infeksi selulitis dengan atau tanpa pembentukan abses pada subkutan.

8. Penatalaksanaan

Menurut Hidayati (2019), penatalaksanaan pada pasien dengan selulitis antara lain:

- 1) Selulitis pasca trauma, khususnya setelah gigitan hewan, berikan antibiotik untuk mengatasi basil gram negatif dan gram positif. Jika perlu berikan analgesik dan NSAID untuk mengontrol nyeri dan demam.
- 2) Insisi dan drainase pada keadaan terbentuk abses. Insisi drainase merupakan salah satu tindakan dalam ilmu bedah yang bertujuan untuk mengeluarkan abses atau pus dari jaringan lunak akibat proses infeksi. Tindakan ini dilakukan pertama dengan melakukan tindakan anestesi lokal, aspirasi pus pada daerah pembengkakan kemudian dilakukan tindakan insisi drainase dan pemasangan drain.
- 3) Debridement merupakan tindakan pembedahan pada kasus Selulitis. Debridement dengan pembedahan harus dilakukan secepatnya pada pasien dengan necrotizing fasciitis, debridement juga harus dilakukan bersamaan dengan drainase yang benar. Eksplorasi ulang dan debridement baiknya dilakukan kembali untuk memastikan seluruh

jaringan nekrotik telah dibersihkan serta pus telah dikeluarkan. Debridement dengan pembedahan juga diindikasikan pada selulitis anaerobik

- 4) Perawatan lebih lanjut bagi pasien rawat inap
 - a) Beberapa pasien membutuhkan terapi antibiotik intravena. Diberikan penicillin atau obat sejenis penicillin, misalnya cloxacillin.
 - b) Jika infeksi ringannya, diberikan sediaan per-oral
 - c) Biasanya sebelum diberikan sediaan per-oral, terlebih dahulu diberikan suntikan antibiotik jika penderita berusia lanjut, selulitis menyebar dengan segera ke bagian tubuh lainnya, dan dapat menyebabkan demam tinggi.
 - d) Jika selulitis menyerang tungkai, sebaiknya tungkai dibiarkan dalam posisi terangkat dan dikompres dingin untuk mengurangi nyeri dan pembengkakan.
 - e) Pelepasan antibiotik parenteral pada pasien rawat jalan menunjukkan bahwa dia telah sembuh dari infeksi.
 - f) Perawatan lebih lanjut bagi pasien rawat jalan : perlindungan penyakit selulitis bagi pasien rawat jalan dapat dilakukan dengan cara memberikan erythromycin atau oral penicillin dua kali sehari atau intramuscular benzathine penicillin.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Menurut Hasliani (2021), Arsa (2020), Fitzpatrick (2018) dan Muttaqin (2013) proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien/klien, di mulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisa data, dan penentuan masalah), diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan dan nilai tindakan keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal dalam proses asuhan keperawatan. Pengkajian bertujuan untuk mengumpulkan informasi pasien di rumah sakit. Data yang didapatkan berupa data subjektif (data yang didapatkan melalui wawancara perawat kepada pasien, keluarga pasien atau orang-orang terdekat pasien) dan data objektif (data yang ditemukan secara nyata pada pasien. Data ini didapat melalui observasi atau pemeriksaan langsung perawat kepada pasien).

a. Anamnesa

1) Biodata pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir, agama, suku bangsa, alamat, nomor rekam medis, diagnosa medis, dan tanggal masuk rumah sakit. Selulitis dapat menyerang segala usia dan gender. Namun, biasanya sering terjadi pada klien dengan

jenis kelamin laki-laki dengan rata-rata usia diatas 50 tahun (usia lanjut).

2) Keluhan Utama

Adanya keluhan nyeri pada luka infeksi, bengkak, kesemutan pada ekstremitas, luka yang sukar sembuh, sakit kepala, menyatakan seperti mau muntah, kesemutan, dan kelemahan pada otot. Setelah dilakukan debridemen umumnya klien akan mengeluh nyeri pada luka post debridement, kelemahan otot, keluhan mual dan muntah akibat efek obat anestesi, serta adanya luka post debridement.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Berisi tentang riwayat dan kronologi terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta upaya yang telah dilakukan oleh pasien dalam mengatasi luka.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat mengalami penyakit serupa atau riwayat penyakit terdahulu yang berkaitan dengan selulitis seperti riwayat cedera yang mengakibatkan luka terbuka baik karena gigitan serangga, hewan maupun serangga, riwayat penyakit imun, cacar, dan lain-lain. Riwayat diabetes melitus dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi pada pasien dengan selulitis.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami penyakit serupa atau riwayat penyakit keturunan yang berkaitan dengan selulitis seperti diabetes melitus.

6) Riwayat Psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang pasien sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit pasien.

b. Pola Aktivitas Sehari-hari (pola Gordon)

1) Pola Persepsi

Pada pasien dengan selulitis terjadi perubahan persepsi dan tatalaksana hidup sehat karena kurangnya pengetahuan tentang dampak selulitis, sehingga menimbulkan persepsi negatif terhadap diri dan kecenderungan untuk tidak mematuhi prosedur pengobatan dan perawatan yang lama.

2) Pola Nutrisi Metabolik

Akibat produksi insulin yang tidak adekuat atau adanya defisiensi insulin maka kadar gula darah tidak dapat dipertahankan sehingga menimbulkan keluhan sering kencing, banyak makan, banyak minum, berat badan menurun dan mudah lelah. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan terjadinya gangguan nutrisi dan metabolisme yang dapat mempengaruhi status kesehatan penderita. Nausea, vomitus, berat badan menurun, turgor kulit jelek, mual muntah.

3) Pola Eliminasi

Adanya hiperglikemia menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang menyebabkan pasien sering kencing(poliuri) dan pengeluaran glukosa pada urine(glukosuria). Pada eliminasi alvi relatif tidak ada gangguan.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Kelemahan, susah berjalan dan bergerak, kram otot, gangguan istirahat dan tidur, tachicardi/tachipnea saat melakukan aktivitas dan bahkan sampai terjadi koma. Adanya luka akibat selultis atau luka post debridement dan kelemahan otot otot pada tungkai bawah menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari hari secara maksimal, pasien juga biasanya mudah mengalami kelelahan.

5) Pola Istirahat Tidur

Istirahat tidak efektif adanya poliuri, nyeri pada kaki yang luka, sehingga klien mengalami kesulitan tidur.

6) Kognitif dan Persepsi

Pasien dengan yang mengalami komplikasi diabetes melitus cenderung mengalami neuropati/ mati rasa pada luka sehingga tidak peka terhadap adanya nyeri. Pengecapan mengalami penurunan, gangguan penglihatan.

7) Persepsi dan Konsep Diri

Adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri. Luka yang

sukar sembuh , lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga (self esteem).

8) Peran Hubungan

Luka selulitis akibat komplikasi diabetes melitus cenderung sukar sembuh dan berbau menyebabkan penderita malu dan menarik diri dari pergaulan.

9) Seksualitas

Angiopati dapat terjadi pada pembuluh darah di organ reproduksi sehingga menyebabkan gangguan potensi sex, gangguan kualitas maupun ereksi serta memberi dampak dalam proses ejakulasi serta orgasme. Adanya peradangan pada genitalia, serta orgasme menurun dan terjadi impoten pada pria. Risiko lebih tinggi terkena kanker prostat berhubungan dengan nefropati.

10) Koping Toleransi

Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reasi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung, sehingga dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif/adaptif.

11) Kepercayaan

Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh serta luka pada kaki tidak menghambat penderita dalam melaksanakan ibadah tetapi mempengaruhi pola ibadah penderita.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda – tanda vital. Tanda-tanda vital pada pasien selulitis dengan post debridemen kemungkinan mengalami peningkatan pada tekanan darah, frekuensi nadi dan pasien dengan infeksi kemungkinan mengalami peningkatan suhu tubuh, dimana suhunya $>37,5^{\circ}\text{C}$.

2) Sistem Pernafasan

Adanya gangguan dalam pola nafas pasien, biasanya pada pasien selulitis post debridement, pernafasan sedikit terganggu akibat efek anestesi yang diberikan di ruang bedah.

3) Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, pemeriksaan meliputi inspeksi, palpasi perkusi dan auskultasi pada permukaan jantung, tekanan darah dan nadi meningkat.

4) Sistem Pencernaan

Pada pasien selulitis post debridemen biasanya menderita mual akibat efek anestesi, setelahnya normal dan dilakukan pengkajian nafsu makan, bising usus, berat badan.

5) Sistem Muskuloskeletal

Pada pasien selulitis post debridement biasanya ada penurunan kekuatan otot akibat efek anestesi, atau karena respon inflamasi sehingga menurunkan kekuatan otot.

6) Sistem Integumen

Terdapat luka pada sampai jaringan subkutan dengan gejala berupa kemerahan, edema, dan nyeri tekan yang terasa di suatu daerah yang kecil di kulit. Kulit yang terinfeksi menjadi panas, tampak bengkak, dan tampak seperti kulit jeruk yang mengelupas. Pada kulit yang terinfeksi bisa ditemukan lepuhan kecil berisi cairan atau lepuhan besar berisi cairan (bula) yang bisa pecah. pada luka post debridement kulit dikelupas untuk membuka jaringan mati yang bersembunyi dibawah kulit tersebut.

d. Pemeriksaan Penunjang

Adanya peningkatan kadar leukosit meningkat atau $>10.800\text{sel/cm}$. Pada pasien dengan riwayat diabetes mellitus : GDS $> 200\text{mg/dl}$. Pada pemeriksaan kultur luka : ditemukan adanya mikroorganisme misalnya bakteri pada luka tersebut yang menandakan adanya infeksi.

e. Analisa Data

Tabel 2.1: Analisa data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1	<p>DS: Pada umumnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh nyeri b. Nyeri bertambah saat bergerak c. Nyeri terasa perih dan seperti di tusuk tusuk <p>DO: Biasanya:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Terdapat luka akibat selulitis atau tindakan post debridemen b. Pasien tampak meringis c. Bersikap protektif d. Gelisah e. Peningkatan frekuensi tanda-tanda vital 	<p>Agen pencedera fisik tindakan debridemen</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Mengeluarkan zat-zat proteolitik (bradikinin, histmain, prostaglandin dan substansi P)</p> <p>↓</p> <p>Diterima oleh noer reseptor (reseptor nyeri perifer)</p> <p>↓</p> <p>Dihantarkan oleh reseptor nyeri delta A</p> <p>↓</p> <p>Dorsal horn (medula spinalis)</p> <p>↓</p> <p>Dihantarkan melalui traktus spinothalamus</p> <p>↓</p> <p>Thalamus</p> <p>↓</p> <p>Di interpretasikan ke cortex cerebri</p> <p>↓</p> <p>Dihantarkan melalui tracktus corticospinalis</p> <p>↓</p> <p>Nyeri di persepsikan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri akut
2	<p>DS: Pada umumnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh tidak nafsu makan b. Pasien mengeluh mual dan muntah 	<p>Nyeri akut</p> <p>↓</p> <p>Menstimulasi aktivitas saraf otonom (parasimpatis)</p> <p>↓</p>	Defisit Nutrisi

	<p>c. Pasien mengeluh lemas dan mudah lelah</p> <p>DO: Biasanya:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal Bising usus hiperaktif Membran mukosa pucat Diare Lemas dan lemah Mudah lelah 	<p>Menstimulasi produksi dan sekresi sel parietal mukosa lambung</p> <p>↓</p> <p>Hipersekresi asam lambung (HCL)</p> <p>↓</p> <p>Hiperasiditas lambung</p> <p>↓</p> <p>Mual</p> <p>↓</p> <p>Muntah</p> <p>↓</p> <p>Defisit nutrisi</p>	
3	<p>DS: Pada umumnya:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada paha dan betis kanannya Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya pada area luka operasi <p>DO: Biasanya:</p> <ol style="list-style-type: none"> Terdapat luka/kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit Nyeri Perdarahan Kemerahan Hematoma 	<p>Hiperglikemi</p> <p>↓</p> <p>Viskositas darah meningkat</p> <p>↓</p> <p>Penurunan aliran darah</p> <p>↓</p> <p>Penurunan suplai O₂</p> <p>↓</p> <p>Iskemik seluler</p> <p>↓</p> <p>Infark jaringan</p> <p>↓</p> <p>Nekrosis</p> <p>↓</p> <p>Integritas jaringan terganggu</p>	Gangguan integritas jaringan kulit
4	<p>DS: Pada umumnya:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh tidak bisa menggerakkan ekstremitasnya Pasien mengeluh nyeri saat menggerakkan ekstremitasnya <p>DO: Biasanya:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kekuatan otot menurun 	<p>Cedera jaringan kulit (selulitis)</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Mengeluarkan zat-zat proteolitik (bradikinin dan prostaglandin dan substansi P)</p> <p>↓</p> <p>Vasodilatasi pembuluh darah</p>	Gangguan mobilitas fisik

<ul style="list-style-type: none"> b. Rentang gerak (ROM) menurun c. Sendi kaku d. Gerakan tidak terkoordinasi e. Gerakan terbatas f. Fisik lemah 	<p>↓</p> <p>Peningkatan permeabilitas kapiler</p> <p>↓</p> <p>Perpindahan cairan interstitial</p> <p>↓</p> <p>Cairan kapiler bocor dan membentuk eksudat</p> <p>↓</p> <p>Edema dan nyeri akut</p> <p>↓</p> <p>Penekanan pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Penurunan suplai darah yang mengangkut O₂ dan nutrisi ke jaringan</p> <p>↓</p> <p>Penurunan kekuatan otot</p> <p>↓</p> <p>Atrofi dan kelemahan otot</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	
<p>5 DS:</p> <p>-</p> <p>DO:</p> <p>Biasanya:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Terdapat luka terbuka akibat akibat gigitan serangga, hewan luka akibat selulitis ataupun tindakan invasif prosedur pembedahan b. Peningkatan suhu tubuh diatas 37,5°C c. Peningkatan leukosit 10.800sel/cm d. Adanya tanda tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor dan fungsi olaesa) 	<p>Luka akibat gigitan serangga, hewan, luka selulitis atau trauma fisik (prosedur pembedahan)</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Trauma jaringan</p> <p>↓</p> <p>Terdapat luka terbuka (<i>Port de Entry</i> bakteri, jamur dan virus)</p> <p>↓</p> <p>Imunitas tubuh tidak adekuat</p> <p>↓</p> <p>Invasi bakteri, jamur dan virus kedalam tubuh</p> <p>↓</p> <p>Resiko infeksi</p>	<p>Resiko Infeksi</p>

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan pada pasien selulitis dengan post debridemen adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung
- c. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.2: Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa (SDKI)	Keperawatan	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	D.0077) Nyeri akut		L.08066 Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Keluhan sulit tidur menurun f. Mual menurun g. Muntah menurun h. Nafsu makan meningkat i. Pola tidur meningkat	(I.0828) Manajemen nyeri Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

			(mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing.
			b. Kompres hangat/dingin, terapi bermain)
			c. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
			d. Fasilitasi istirahat dan tidur
			e. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
			Edukasi
			a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
			b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
			c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
			d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
			e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
			Kolaborasi
			a. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
2	(D.0019) Defisit nutrisi	(L.03030) Status nutrisi Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi klien meningkat dengan kriteria hasil: a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat b. Bising usus membaik c. Membran mukosa membaik d. Nafsu makan meningkat e. Berat badan meningkat f. Indeks masa tubuh (IMT) membaik	(I. 03119) Manajemen nutrisi Observasi a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. Identifikasi makanan yang disukai d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e. Monitor asupan makanan f. Monitor berat badan g. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Berikan suplemen makanan, jika perlu Anjurkan posisi duduk, jika mampu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang jika perlu dibutuhkan
3	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik	L.05042 Mobilitas fisik Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> Pergerakan ekstremitas meningkat Kekuatan otot meningkat Rentang gerak (ROM) meningkat Nyeri menurun Kaku sendi menurun Gerakan terbatas menurun 	(I.05173) Dukungan mobilisasi Observasi <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)

			<ul style="list-style-type: none"> b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
			<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
4	(D.0129) Gangguan integritas kulit dan jaringan	L.14125 Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: a. Kerusakan jaringan menurun b. Kerusakan lapisan kulit menurun c. Nyeri menurun d. Perdarahan menurun e. Kemerahan menurun f. Nekrosis menurun	(I. 14564) Perawatan luka Observasi a. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) b. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan . Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu b. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan c. Bersihkan jaringan nekrotik d. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu Pasang balutan sesuai jenis luka e. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase f. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan

		protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari	
		g. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi	
		h. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu Edukasi	
		i. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	
		j. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	
		Kolaborasi	
		a. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu	
		b. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu	
5	(D.0142) Risiko infeksi	L.14137 Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: a. Demam menurun b. Nyeri menurun c. Kemerahan menurun d. Bengkak menurun e. Kadar sel darah putih membaik	(I. 14539) Pencegahan Infeksi Observasi a. Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien c. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan etika batuk

-
- d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
 - e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 - f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu
-

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi, sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya (Hidayat, 2021).

Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan (Nursalam, 2013).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dibagi menjadi:

- a. Evaluasi formatif : hasil observasi dan analisis perawat terhadap respon segera pada saat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- b. Evaluasi sumatif : rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisis status kesehatan sesuai waktu pada tujuan ditulis pada catatan perkembangan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai berikut:

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

I : Implementasi

E : Evaluasi

R : Reassessment atau pengkajian ulang.

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhanklien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Hidayat,2021).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

Nama	: Tn. S
Umur	: 53 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Driver ojek online
Pendidikan terakhir	: SMP/Sederajat
Agama	: Islam
Suku bangsa	: Betawi
Alamat	: Kp. Cimaragas, Kec. Wanaraja
No. RM	: 01355311
Diagnosa medis	: Post debridement a/i selulitis
Tanggal masuk	: 31 Maret 2023
Tanggal operasi	: 3 April 2023
Tanggal pengkajian	: 3 April 2023

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. S
Umur	: 40 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Pendidikan terakhir	: SMP/Sederajat
Suku bangsa	: Sunda
Alamat	: Kp. Cimaragas, Kec. Wanaraja.
Hubungan dengan pasien	: Istri

b. Riwayat Kesehatan**1) Keluhan Utama**

Pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian hari Senin tanggal 3 April 2023 pukul 16.00, pasien mengeluh nyeri pada paha dan betis kanan pada area luka post operasi, nyeri bertambah ketika digerakan dan berkurang saat di istirahatkan. Nyeri terasa perih dan berdenyut, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri terasa pada paha dan betis kanan pada area luka post operasi. Pasien tampak meringis, skala nyeri 8 (0-10). Pasien mengeluh tidak bisa menggerakkan kaki kanannya dan aktivitasnya terbatas. Pasien mengatakan tidak nafsu makan, selain itu pasien juga mengeluh mual disertai muntah dengan frekuensi 6-8x/hari, jumlah sedikit dan konsistensi cair.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan pasien dan keluarga, 1 bulan yang lalu pasien memiliki benjolan pada paha kanan bawah bagian belakang yang bengkak kemudian pasien mengkopeknya, sehingga terjadi luka dan kaki kanannya semakin bengkak. Pasien dan keluarga menuturkan sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit serupa. Pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus sejak 10 tahun yang lalu. Pasien dan keluarga menuturkan tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, hepatitis dll.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien menuturkan bahwa dikeluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang serupa dengan pasien. Namun, keluarga pasien menuturkan kedua orangtua pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus tipe 2. Keluarga pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular atau riwayat penyakit keturunan lainnya.

e. Pola Aktivitas Sehari Hari

Table 3.1: Pola Aktivitas Sehari-Hari

No	Jenis aktivitas	Saat sehat	Saat sakit
1	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	2x/hari	2x/hari
	Jenis	Kentang & lauk pauk	Bubur sumsum
	Porsi	1 porsi	2-3 sendok makan
	Keluhan	-	Mual dan muntah
	Cara	Mandiri	Dibantu
	Pantangan	Makanan manis dan pedas	Makanan manis dan pedas
	b. Minum		
	Frekuensi	Sering	Sering
	Jumlah	10-12 gelas/hari	8-10 gelas/hari
	Jenis	Air mineral	Air mineral
	Cara	Mandiri	Dibantu
	Keluhan	Sering haus	Sering haus
	Pantangan	Minuman manis	Minuman manis
2	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1-2x/hari	-
	Konsistensi	Lembek	-
	Warna	Khas feses	-
	Bau	Khas feses	-
	Keluhan	-	Tidak ingin BAB
	b. BAK		
	Frekuensi	6-7x/hari	5-6x/hari
	Warna	Kuning bening	Kuning bening
	Bau	Khas urine	Khas urine
	Keluhan	Sering BAK	Sering BAK

3	Pola istirahat tidur		
	a. Tidur siang		
	Waktu	2 jam/hari	1 jam/hari
	Kualitas	Nyenyak	Kurang nyenyak
	Keluhan	-	Nyeri pada luka post op
	b. Tidur malam		
	Waktu	8-9 jam/hari	3-4 jam/hari
	Kualitas	Nyenyak	Kurang
	Keluhan	-	Nyeri pada luka operasi
4	Personal hygiene		
	a. Mandi	1-2x/hari	Washlap 2x/hari
	b. Gosok gigi	2x/hari	-
	c. Keramas	1x/ 2 hari	-
	d. Ganti pakaian	2x/hari	1x/hari
	e. Cara	mandiri	dibantu
5	Aktivitas sehari-hari	Selama sehat pasien beraktivitas secara normal dan bekerja sebagai driver ojek online	Selama sakit aktivitas pasien terganggu dan hanya bisa <i>bedrest</i> dan melakukan aktivitas di tempat tidur dengan di bantu oleh keluarga

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

- a) Tingkat kesadaran : *Compos Mentis*
- b) GCS : 15 (E=4, V=,5 M=6)
- c) Penampilan : Lemas
- d) Antropometri : BB Sehat : 56 Kg (BMI= 21,8)
 (BB 1 bulan terakhir) BB Sakit : 50 Kg (BMI= 19,5)
 TB : 160 Cm
- e) Tanda-tanda vital : TD :130/60 mmHg
 N : 112x/menit
 R : 23x/menit
 S : 38,2° C
 SPO₂ : 94%

2) Pemeriksaan Fisik Per Sistem

a) Sistem Endokrin

Pergerakan leher baik dibuktikan dengan pasien dapat menengok ke kiri dan kanan, tidak teraba adanya pembesaran kelenjar tiroid maupun kelenjar getah bening, tidak ada nyeri tekan pada leher.

b) Sistem Pernapasan

Lubang hidung pasien simetris antara lubang kiri dan kanan, lubang hidung tampak sedikit kotor, tidak ada lesi, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, tidak terdapat sianosis, pengembangan dada simetris, tidak ada nyeri tekan pada hidung dan dada, bunyi toraks sonor, bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat suara napas tambahan seperti ronchi maupun wheezing pada semua lapang paru.

c) Sistem Kardiovaskuler

Konjungtiva tidak anemis, bibir tidak sianosis, tidak ada pembesaran vena jugularis, ictus cordis tidak tampak dan tidak teraba pada permukaan dinding dada di ICS 5 midklavikula sinistra, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis maupun radialis teraba kuat, akral hangat, CRT <2 detik, bunyi jantung murni regular (S1-S2).

d) Sistem Pencernaan

Bibir pasien tampak simetris, mukosa bibir kering, warna bibir pasien kecoklatan dan gelap rongga mulut dan lidah kotor, gigi tidak lengkap tampak 28 dari normalnya 32 buah, pasien tidak menggunakan gigi palsu, gigi tampak kekuningan dan kotor, tidak ada lesi pada rongga mulut, pasien tampak mual. abdomen datar, bising usus 16x/menit, saat di perkusi suara abdomen timpani, tidak teraba massa atau benjolan, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan di sekitar abdomen.

e) Sistem Perkemihan

Kandung kemih teraba kosong, tidak terpasang kateter tidak teraba adanya masa lunak dan tidak ada nyeri tekan di sekitar kandung kemih, tidak terdapat nyeri ketuk pada area costae vertebrae angeli (CVA), saat di auskultasi arteri renalis tidak terdengar bruit sign.

f) Sistem Neurologis

(1) Nervus I (*Olfactorius*)

Pasien dapat membedakan bau minyak kayu putih, alkohol dan kopi.

(2) Nervus II (*Opticus*)

Fungsi penglihatan menurun, dibuktikan dengan pasien dapat membaca papan nama perawat pada jarak kurang lebih 50 cm.

(3) Nervus III (*Oculomotoris*)

Pupil isokor dibuktikan dengan saat diberi rangsangan cahaya pupil *miosis* dengan diameter pupil 3 mm.

(4) Nervus IV (*Troclearis*)

Pasien dapat menggerakkan bola matanya ke atas dan kebawah.

(5) Nervus V (*Abdusen*)

Pasien dapat menggerakkan matanya ke samping kiri dan kanan.

(6) Nervus VI (*Trigeminus*)

Sensori pada kulit wajah pasien baik, pasien dapat merasakan gesekan kapas pada pipi, pasien bisa mengunyah dan menelan dengan baik

(7) Nervus VII (*Facialis*)

Nervus dan otot wajah pasien baik, pasien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi. Pasien bisa merasakan sensasi rasa asin, manis dan pahit pada 2/3 anterior lidah.

(8) Nervus VIII (*Vestibulococlear*)

Fungsi pendengaran pasien menurun, dibuktikan dengan pasien meminta pengulangan dan mengencangkan suara ketika di beri pertanyaan pada jarak 1 meter. Fungsi

keseimbangan pasien sedikit terganggu karena luka post debridemennya.

(9) Nervus IX (*Glosopharingeus*)

Refleks menelan pasien baik

(10) Nervus X (*Vagus*)

Refleks muntah (*gag reflex*) pasien baik, pasien bisa merasakan sensasi rasa pahit pada 1/3 pangkal lidah.

(11) Nervus XI (*Accesorius*)

Pasien dapat menggerakkan kepalanya dengan mengangguk, menoleh ke kiri dan ke kanan serta menggerakkan bahunya

(12) Nervus XII (*Hipoglossus*)

Pasien mampu menggerakkan lidahnya ke samping kiri dan kanan.

g) Sistem Penglihatan

Bentuk dan letak mata simetris, konjungtiva merah muda, mata cekung, sklera putih, reflex pupil baik, pupil isokor dengan diameter 2-3 mm, lensa mata sedikit keruh, tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan pada sekitar mata.

h) Sistem Pendengaran

Bentuk dan letak telinga kiri dan kanan simetris, telinga tampak sedikit kotor, tampak terdapat serumen dalam rongga telinga, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran tulang mastoid, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada

peradangan pada telinga bagian tengah, tidak ada nyeri tekan dan pembesaran pada tulang mastoid.

i) Sistem Integumen

Kulit pasien berwarna sawo matang, kulit teraba hangat, kulit berminyak dan sedikit kotor, turgor kulit <1 detik, terdapat luka post debridemen pada ekstremitas bawah tepatnya pada femur dan fibula dekstra. Luka pada femur dengan panjang luka 12 cm, lebar 10 cm, dan kedalaman 0,5 cm. luka pada fibula dengan panjang 13 cm, lebar 10 cm dan kedalaman 0,5 cm. luka pasien kemerahan dan sedikit kekuningan, terdapat perdarahan dan balutan luka rembes. Tepian sekitar luka tidak beraturan, kulit sekitar luka tampak kemerahan dan teraba hangat, sensori sekitar luka positif.

j) Sistem Muskuloskeletal

Pada ekstremitas atas tangan tampak simetris, tidak terdapat lesi, tangan sebelah kiri terpasang infus Ringer Lactate 20 tetes/menit, jumlah jari lengkap, ekstremitas atas dapat di gerakan secara normal dan mengikuti perintah, tonus otot baik, tidak ada kontraktur, tidak ada deformitas, tidak ada krepitasi, tidak terdapat atrofi/pengecilan otot pada esktremitas atas, kekuatan otot ekstremitas atas kiri dan kanan 5, tidak terdapat nyeri tekan maupun edema pada kedua ekstremitas atas.

Pada ekstremitas bawah terdapat luka post debridement pada femur dan fibula dekstra, terdapat nyeri tekan, hasil pemeriksaan kekuatan otot didapatkan hasil 1 yaitu tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat diraba, rentang gerak ekstremitas kanan bawah pasien mengalami keterbatasan. Pada kaki kiri tonus otot baik dan dapat digerakan secara normal mengikuti perintah, tidak ada kontraktur, tidak ada deformitas, tidak terdapat atrofi/pengecilan otot, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat edema, kekuatan otot 5. Skala kekuatan otot:

5	5
1	5

g. Data Psikologis

1) Status Emosi

Saat dikaji status emosi Tn. S stabil dan kooperatif ketika di ajak bicara.

2) Konsep Diri

a) Citra Tubuh/ Body Image

Saat di kaji pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya meskipun terdapat terdapat luka post debridemen akibat selulitis pada kaki kanannya. Saat sehat, pasien dapat beraktivitas secara normal dan bekerja sebagai driver ojek online. Namun ketika kondisi kesehatannya mulai menurun dan

memiliki selulitis pada kaki kanannya, aktivitas pasien terganggu dan hanya bisa beristirahat di rumah.

b) Identitas dan Peran Diri

Saat di kaji pasien mengatakan dirinya bernama Tn. S, berjenis kelamin laki-laki yang berumur 53 tahun, pasien memiliki seorang istri bernama Ny. S dan memiliki 3 orang anak. Dalam keluarganya, Tn. S berperan sebagai suami, ayah dan sekaligus tulang punggung bagi keluarganya.

c) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakit yang di deritanya sekarang agar bisa beraktivitas dan bekerja seperti sebelumnya. Pasien mengatakan sangat yakin bisa sembuh dan melewati fase hidupnya sekarang.

d) Harga Diri

Pasien mengatakan merasa malu dan minder dengan kondisinya sekarang, namun pasien berusaha untuk tabah dan menganggap kondisinya sekarang sebagai ujian dalam hidupnya.

3) Mekanisme Koping

Pasien terbuka ketika memiliki masalah dan biasa menceritakan masalahnya kepada istrinya. Istri dan anak pasien merupakan orang terdekat yang selalu memberikan dukungan emosional untuk kesembuhannya.

4) Tingkat Kecemasan

Pada saat dikaji pasien merasa cemas dengan kondisinya sekarang. Semenjak sakit pasien sering mengeluh dan khawatir karena tidak dapat bekerja untuk menafkahi keluarganya

h. Data Sosial

1) Pola Interaksi

Pasien berinteraksi dengan baik dengan keluarga, dokter, perawat dan pasien yang lain. Selama pengkajian pasien kooperatif dan dapat menjawab setiap pertanyaan dengan baik

2) Gaya Komunikasi

Pasien berasal dari suku Betawi dan berkomunikasi menggunakan bahasa indonesia. Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarga, dokter, perawat dan pasien lain.

i. Data Spiritual

1) Konsep Ketuhanan

Pasien mengatakan dirinya beragama Islam dan meyakini adanya Tuhan dalam agamanya yaitu Allah SWT. Pasien mengatakan bahwa kondisinya sekarang merupakan ujian dari Allah karena masih lalai dalam melaksanakan kewajibannya sebagai seorang muslim. Pasien yakin bahwa setiap ujian pasti akan berakhir.

2) Sense of Transendence

Pasien mengatakan melalui penyakitnya sekarang, Tn. S semakin sadar bahwa Allah maha kuasa. Pasien mengatakan hanya kepada

Allah pasien berdo'a untuk memohon kesembuhan atas penyakitnya sekarang. Pasien mengatakan hanya bisa berikhtiar dan berdoa untuk kesembuhannya dan selebihnya menyerahkan kepada Sang Maha Kuasa.

3) Falsafah Hidup

Pasien mengatakan selama sehat masih lalai dalam melaksanakan shalat 5 waktu. Selama dirawat di rumah sakit aktivitas ibadah pasien terganggu, pasien selalu berdoa agar di beri kesembuhan dan kekuatan untuk menghadapi penyakitnya sekarang, selain itu selama di rawat pasien selalu mendengarkan lantunan ayat suci Al-Qur'an .

j. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

No. Lab : 2304035037

Nama : Tn. S

Umur : 53 Tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Alamat : Kp. Babakan Cimaragas

No. RM : 1355311

Ruang : Topas

Tanggal : 3 April 2023

Tabel 3.2: Hasil Pemeriksaan Laboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
1	a. Hematologi			
	Hemoglobin	11,9	g/dl	13-16
	Hematokrit	34	%	40-52
	Jumlah leukosit	14.500	/mm ³	3.800-10.600
	Jumlah trombosit	340.000	/mm ³	150.000-440.000
	Jumlah eritrosit	3,92	Juta/mm ³	4,5-6,5
2	a. Imunoserologi			
	Antigen covid-19	Negatif		Negatif
3	a. Kimia klinik			
	GDS	190	mg/dl	<140
	Ureum	158	mg/dl	20-40
	Kreatinin	1,96	mg/dl	0,7-1,3

k. Program Terapi**Tabel 3.3: Program Terapi**

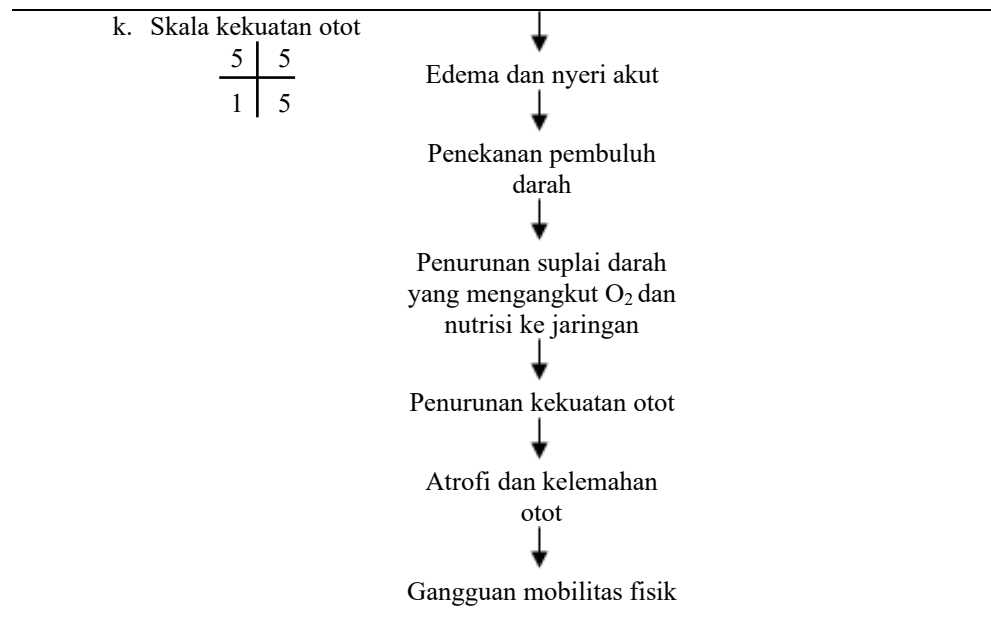
No	Jenis terapi	Dosis	Cara Pemberian	Efek Farmakologi
1	Ringer Lactate IV	1500cc/24 jam	Intra vena	Cairan parenteral
2	Meropenem	3x1 gram	Intra vena	Antibiotik
3	Omeprazole	2x40 mg	Intra vena	Proton Pump Inhibitor (PPI)
4	Ketorolac	3x30 mg	Intra vena	Analgetik
5	Metformin	2x500 mg	Per oral	Antidiabetes

l. Analisa Data**Table 3.4: Analisa Data**

No	Symptom	Etiologi	Problem
1	DS:	Agen pencedera fisik	Nyeri akut
	d. Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi	tindakan debridemen	
	e. Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak	↓	
	f. Nyeri terasa perih dan berdenyut	Terputusnya kontinuitas jaringan	
	g. Nyeri terasa pada paha dan betis kanan	↓	
	h. Nyeri dirasakan hilang timbul	Mengeluarkan zat-zat proteolitik (bradikinin, histmain, prostaglandin dan substansi P)	
	DO:	↓	
	f. Terdapat luka debridemen a.i	Diterima oleh noer reseptor (reseptor nyeri perifer)	
		↓	

<p>selulitis pada femur dan fibula dekstra</p> <p>g. Pasien tampak meringis</p> <p>h. Skala nyeri 8 (0-10)</p> <p>i. Nadi; 112x/menit</p>	<p>Dihantarkan oleh reseptor nyeri delta A</p> <p>↓</p> <p>Dorsal horn (medula spinalis)</p> <p>↓</p> <p>Dihantarkan melalui traktus spinothalamus</p> <p>↓</p> <p>Thalamus</p> <p>↓</p> <p>Di interpretasikan ke cortex cerebri</p> <p>↓</p> <p>Dihantarkan melalui tractus corticospinalis</p> <p>↓</p> <p>Nyeri di persepsikan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	
<p>2 DS:</p> <p>d. Pasien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>e. Pasien mengeluh mual disertai muntah</p> <p>DO:</p> <p>g. Berat badan pasien 1 bulan terakhir saat sehat 56 kg dan saat sakit 50 kg</p> <p>h. Nafsu makan pasien menurun</p> <p>i. Pasien makan habis 2-3 sendok makan</p> <p>j. Bising usus 16x/menit</p> <p>k. Pasien tampak mual</p> <p>l. Pasien muntah dengan frekuensi 6-8x/hari jumlah sedikit dan cair</p>	<p>Nyeri akut</p> <p>↓</p> <p>Menstimulasi aktivitas saraf otonom (parasimpatis)</p> <p>↓</p> <p>Menstimulasi produksi dan sekresi sel parietal mukosa lambung</p> <p>↓</p> <p>Hipersekresi asam lambung (HCL)</p> <p>↓</p> <p>Hiperasiditas lambung</p> <p>↓</p> <p>Mual</p> <p>↓</p> <p>Muntah</p> <p>↓</p> <p>Defisit nutrisi</p>	Defisit nutrisi
<p>3 DS:</p> <p>c. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada paha dan betis kanannya</p>	<p>Hiperglikemi</p> <p>↓</p> <p>Viskositas darah meningkat</p>	Gangguan integritas jaringan kulit

<p>d. Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya pada area luka operasi</p> <p>DO:</p> <p>f. Terdapat luka post debridemen a.i selulitis pada femur dan fibula dekstra pasien</p> <p>g. Ukuran luka pada femur (Panjang= 12 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman luka= 0,5 cm)</p> <p>h. Ukuran luka pada fibula (Panjang= 13 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman= 0,5 cm)</p> <p>i. Luka mengeluarkan bau</p> <p>j. Terdapat perdarahan dan balutan luka rembes</p> <p>k. Kulit sekitar luka teraba hangat dan tampak kemerahan</p>	<p>↓</p> <p>Penurunan aliran darah</p> <p>↓</p> <p>Penurunan suplai O₂</p> <p>↓</p> <p>Iskemik seluler</p> <p>↓</p> <p>Infark jaringan</p> <p>↓</p> <p>Nekrosis</p> <p>↓</p> <p>Integritas jaringan terganggu</p>	
<p>4 DS:</p> <p>c. Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kanannya dan aktivitasnya terbatas</p> <p>d. Pasien mengatakan nyeri ketika mencoba menggerakkan kakinya</p> <p>DO:</p> <p>g. Terdapat luka post debridemen pada ekstremitas bawah pasien tepatnya pada femur dan fibula dekstra</p> <p>h. Terdapat nyeri tekan</p> <p>i. Kekuatan otot kaki kanan= 1: tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di raba</p> <p>j. Rentang gerak kaki kanan pasien terbatas</p>	<p>Cedera jaringan kulit (selulitis)</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Mengeluarkan zat-zat proteolitik (bradikinin dan prostaglandin dan substansi P)</p> <p>↓</p> <p>Vasodilatasi pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan permeabilitas kapiler</p> <p>↓</p> <p>Perpindahan cairan interstitial</p> <p>↓</p> <p>Cairan kapiler bocor dan membentuk eksudat</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>



2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan
- 1) DS
 - a) Pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi
 - b) Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak
 - c) Nyeri terasa perih dan berdenyut
 - d) Nyeri terasa pada paha dan betis kanan
 - e) Nyeri terasa hilang timbul
 - 2) DO
 - a) Terdapat luka post debridemen pada femur dan fibula dekstra
 - b) Pasien tampak meringis
 - c) Skala nyeri 8 (0-10)
 - d) Nadi 112x/ menit

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung di tandai dengan:

1) DS

- a) Pasien mengatakan tidak nafsu makan
- b) Pasien mengeluh mual disertai muntah

2) DO

- a) Berat badan pasien saat sehat 56 kg dan saat sakit 50 kg
- b) Nafsu makan pasien menurun
- c) Pasien makan habis 2-3 sendok makan
- d) Bising usus 16x/menit
- e) Pasien tampak mual
- f) Pasien muntah dengan frekuensi 6-8x/hari jumlah sedikit dan cair

c. Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan:

1) DS

- a) Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada paha dan betis kanannya
- b) Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya pada area luka operasi

2) DO

- a) Terdapat luka post debridemen a.i selulitis pada femur dan fibula dekstra pasien

- b) Ukuran luka pada femur (Panjang= 12 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman luka= 0,5 cm)
 - c) Ukuran luka pada fibula (Panjang= 13 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman= 0,5 cm)
 - d) Luka mengeluarkan bau
 - e) Terdapat perdarahan dan balutan luka rembes
 - f) Kulit sekitar luka teraba hangat dan tampak kemerahan
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan di tandai dengan:
- 1) DS
 - a) Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kanannya dan aktivitasnya terbatas
 - b) Pasien mengatakan nyeri ketika mencoba menggerakkan kakinya
 - 2) DO
 - a) Terdapat luka post debridemen pada ekstremitas bawah pasien tepatnya pada femur dan fibula dekstra
 - b) Terdapat nyeri tekan
 - c) Kekuatan otot kaki kanan= 1: tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di raba
 - d) Rentang gerak kaki kanan pasien terbatas
 - e) Skala kekuatan otot

5	5
1	5

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.5: Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan</p> <p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi 2. Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak 3. Nyeri terasa perih dan berdenyut 4. Nyeri terasa pada paha dan betis kanan 5. Nyeri terasa hilang timbul <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka post debridemen pada femur dan fibula dekstra 2. Pasien tampak meringis 3. Skala nyeri 8 (0-10) 4. Nadi 112x/ menit 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang ditandai dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri berkurang 2. Skala nyeri menurun dari 8 menjadi 5 3. Meringis berkurang 4. Frekuensi nadi pada rentang 60-100x/ menit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor skala nyeri pada pasien 2. Monitor frekuensi nadi pasien 3. Lakukan kompres hangat pada area sekitar luka untuk mengurangi nyeri 4. Lakukan pemijatan pada lumbal 3-4 untuk mengurangi nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai evaluasi awal untuk mengetahui kemajuan proses intervensi keperawatan 2. Nyeri dapat mengaktifasi sistem saraf simpatis yang dapat meningkatkan kebutuhan oksigen sehingga meningkatkan laju jantung 3. Kompres hangat dapat meningkatkan aliran darah, dan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi, seperti bradikinin, histamin dan prostaglandin yang menimbulkan nyeri lokal. 4. Pemijatan lumbal 3-4 dapat merangsang pengeluaran hormon endorfin sebagai neurotransmitter yang dapat menghambat pengiriman rangsang nyeri ke saraf pusat

			5. Kontrol lingkungan dengan mengurangi kebisingan di ruangan	5. Kebisingan pada ruangan dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi
			6. Ajarkan teknik distraksi dengan menonton film atau mendengarkan musik untuk mengurangi nyeri	6. Teknik distraksi dapat meningkatkan sekresi hormon endorfin yang akan menghambat pengiriman impuls saraf ke otak
			7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat dan penekanan lumbal 3-4)	7. Agar pasien dapat mengatasi nyeri yang tanpa terapi farmakologi
			8. Berikan analgetik ketorolac injeksi sesuai program terapi dokter	8. Analgetik ketorolac dapat menghambat kerja dari enzim siklooksigenasi (COX) sehingga prostaglandin tidak terbentuk
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung ditandai dengan DS 1. Pasien mengatakan tidak nafsu makan 2. Pasien mengeluh mual disertai muntah DO 1. Berat badan pasien saat sehat 56 kg dan saat sakit 50 kg 2. Nafsu makan pasien menurun 3. Pasien makan habis 2-3 sendok makan 4. Bising usus 16x/menit	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan asupan nutrisi pasien meningkat ditandai dengan kriteria hasil : 1. Nafsu makan meningkat 2. Pasien makan habis ½ porsi 3. Keluhan mual berkurang 4. Frekuensi muntah berkurang dari 8x/hari menjadi 4x/ hari	1. Monitor asupan nutrisi pasien setiap hari 2. Monitor berat badan pasien 3. Monitor keluhan mual dan muntah	1. Sebagai evaluasi awal untuk mengetahui kemajuan proses intervensi 2. Kenaikan berat badan sebagai salah satu kriteria hasil adekuatnya intake nutrisi pasien 3. Agar mengetahui frekuensi keluhan mual dan muntah pada pasien sebagai bahan evaluasi kemajuan intervensi

	<p>5. Pasien tampak mual</p> <p>6. Pasien muntah dengan frekuensi 6-8x/hari jumlah sedikit dan cair</p>		<p>4. Berikan makanan dalam kondisi hangat dan menarik</p> <p>5. Anjurkan pasien makan dengan porsi sedikit tapi sering setiap 1 jam sekali</p> <p>6. Anjurkan makan dalam posisi duduk</p> <p>7. Ajarkan diet yang sudah di programkan</p> <p>8. Berikan terapi farmakologi omeprazole injeksi sesuai program terapi dokter</p>	<p>4. Diharapkan dapat meningkatkan nafsu makan pasien untuk makan</p> <p>5. Makan dengan porsi sedikit dapat mengurangi sekresi asam lambung yang digunakan untuk mencerna makanan</p> <p>6. Posisi duduk dapat mempermudah proses menelan makanan akibat adanya bantuan gravitasi.</p> <p>7. Agar pasien dapat mematuhi dan mengikuti program diet yang di rencanakan</p> <p>8. Omeprazole bekerja sebagai penghambat pompa proton sehingga dapat menghambat produksi asam lambung</p>
3	<p>Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan:</p> <p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada paha dan betis kanannya 2. Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya pada area luka operasi <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka post debridemen a.i selulitis pada femur dan fibula dekstra pasien 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas jaringan kulit meningkat ditandai dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan integritas jaringan kulit menurun 2. Keluhan nyeri menurun 3. Bau pada luka berkurang 4. Perdarahan pada luka berkurang 5. Suhu kulit sekitar luka menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau) 2. Monitor adanya tanda tanda infeksi (rubo, dolor, calor, tumor) 3. Lakukan perawatan luka dengan prinsip steril 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kondisi luka yang dialami pasien dan untuk memantau kemajuan intervensi yang diberikan 2. Untuk mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi pada pasien 3. Agar menjaga luka tetap bersih, mencegah infeksi, memberikan rasa nyaman pada luka, mencegah kerusakan luka lebih lanjut

<ol style="list-style-type: none"> 2. Ukuran luka pada femur (Panjang= 12 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman luka= 0,5 cm) 3. Ukuran luka pada fibula (Panjang= 13 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman= 0,5 cm) 4. Luka mengeluarkan bau 5. Terdapat perdarahan dan balutan luka rembes 6. Kulit sekitar luka teraba hangat dan tampak kemerahan 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Kemerahan pada kulit sekitar luka berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan tanda-tanda infeksi pada luka 5. Ajarkan cara merawat luka di rumah 6. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein 	<p>dan mempercepat proses penyembuhan luka</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Agar pasien dan keluarga dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi pada luka 5. Agar pasien dan keluarga dapat melakukan perawatan luka secara mandiri dirumah 6. Makanan tinggi kalori dan tinggi protein dapat mempercepat proses pembentukan jaringan baru dan mempercepat penyembuhan luka
<ol style="list-style-type: none"> 4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan di tandai dengan: DS <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kanannya dan aktivitasnya terbatas 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat menggerakkan kaki kanannya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi din 2. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini pada keluarga dan pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Membatasi jumlah pengunjung agar menurunkan resiko terjadinya infeksi nosokomial 8. Pemberian antibiotik meropenem dapat menghambat sintesis dinding sel bakteri sehingga pertumbuhan bakteri terhambat. <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien saat melakukan mobilisasi dini 2. Agar pasien dan keluarga mengetahui tujuan dan

	<p>2. Pasien mengatakan nyeri ketika mencoba menggerakkan kakinya</p>	<p>2. Kekuatan otot kaki kanan pasien meningkat dari 1 menjadi 2</p>		<p>prosedur dilakukannya mobilisasi dini</p>
DO	<p>1. Terdapat luka post debridemen pada ekstremitas bawah pasien tepatnya pada femur dan fibula dekstra</p> <p>2. Terdapat nyeri tekan</p> <p>3. Kekuatan otot kaki kanan= 1: tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di raba</p> <p>4. Rentang gerak kaki kanan pasien terbatas</p>	<p>3. Nyeri saat menggerakkan kaki kanan berkurang</p>	<p>3. Lakukan latihan rentang gerak ROM pasif dan aktif di tempat tidur</p>	<p>3. Latihan rentang gerak bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot, mencegah atrofi, mencegah kekakuan pada sendi serta mempercepat proses penyembuhan</p>
			<p>4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur, miring ke kanan dan ke kiri,)</p>	<p>4. Agar pasien dapat melakukan mobilisasi dini secara mandiri dengan bantuan keluarga</p>
			<p>5. Ajarkan pasien dan keluarga latihan ROM aktif</p>	<p>5. Agar pasien dan keluarga dapat mempraktekan latihan rentang gerak ROM.</p>

4. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6: Implementasi Keperawatan

No.Dx	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
1	POD I 4/4/2023 07.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor skala nyeri pada pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Didapatkan hasil skala nyeri 7 (0-10) 2. Memonitor frekuensi nadi pasien <ol style="list-style-type: none"> b. Didapatkan hasil frekuensi nadi 96x/menit 3. Memberikan kompres hangat pada area luka untuk mengurangi nyeri <ol style="list-style-type: none"> c. Pasien mengatakan merasa nyaman dan nyeri sedikit berkurang 4. Melakukan pemijatan pada lumbal 3-4 pasien untuk mengurangi nyeri <ol style="list-style-type: none"> d. Pasien mengatakan setelah di pijat nyeri yang dirasakan sedikit berkurang 5. Mengurangi kebisingan di ruangan dengan meminta keluarga dan pasien agar tidak berisik dan membatasi pengunjung 6. Mengajarkan teknik distraksi dengan menonton film atau mendengarkan musik untuk mengurangi nyeri <ol style="list-style-type: none"> e. Pasien mengatakan sudah mengerti dengan teknik yang di ajarkan dan akan mencobanya saat nyeri dirasakan 7. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat dan pemijatan lumbal 3-4) <ol style="list-style-type: none"> f. Setelah di ajarkan pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan cara meredakan nyeri dengan kompres hangat 	08.30 WIB S : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sedikit berkurang dari sebelumnya 2. Pasien mengatakan sudah mengerti dengan teknik distraksi, kompres hangat dan pemijatan lumbal yang sudah di ajarkan dna sudah mencobanya O : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. N : 90 x/menit 3. Skala nyeri 6 (0-10) A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutan intervensi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor skala nyeri 2. Monitor frekuensi nadi 3. Berikan kompres hangat dan pemijatan lumbal untuk mengurangi nyeri 4. Anjurkan untuk melakukan teknik non farmakologis yang sudah di ajarkan 5. Berikan analgetik ketorolac 3x30 mg IV 	Rian

		dan pemijatan lumbal 3-4 dan akan mencobanya		
		8. Memberikan analgetik ketorolac injeksi sesuai program terapi dokter g. Obat masuk diberikan secara intravena: ketorolac 3x30 mg IV		
2	POD I 4/4/2023 08.40 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor asupan nutrisi pasien setiap hari <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan makan pagi habis 2 sendok makan 2. Memonitor keluhan mual dan muntah <ol style="list-style-type: none"> b. Pasien mengatakan masih merasa mual, dan pagi ini pasien sudah muntah 2x konsistensi cair dan jumlah sedikit 3. Memberikan makanan dalam kondisi hangat dan menarik 4. Menganjurkan pasien makan dengan porsi sedikit tapi sering setiap 1 jam sekali <ol style="list-style-type: none"> c. Pasien mengatakan sudah mengerti dengan anjuran yang diberikan dan akan mencobanya 5. Menganjurkan makan dalam posisi duduk <ol style="list-style-type: none"> d. Pasien makan dalam posisi duduk dari sebelumnya dalam posisi tidur semi fowler 6. Mengajarkan diet yang sudah di programkan <ol style="list-style-type: none"> e. Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan mengenai diet yang di programkan 7. Memberikan terapi farmakologi omeprazole injeksi sesuai program terapi dokter <ol style="list-style-type: none"> f. Obat masuk omeprazole 2x40 mg IV 	09.30 WIB	Rian
			<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih merasa mual dan pagi ini pasien sudah muntah 3x dengan jumlah sedikit dan konsistensi cair 2. Pasien mengatakan masih tidak nafsu makan 3. Pasien mengatakan sudah mengerti dengan anjuran untuk makan sedikit tapi sering dan akan mencobanya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan pasien belum ada peningkatan 2. Pasien makan habis 2 sendok makan 3. Frekuensi muntah pasien pagi hari 3x dengan konsistensi cair dan jumlah sedikit <p>A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan nutrisi pasien setiap hari 2. Monitor keluhan mual dan muntah pasien 3. Selalu berikan makanan dalam kondisi hangat dan menarik 4. Berikan terapi omeprazole 2x40 mg IV untuk mengurangi sekresi asam lambung 	

3	POD I 4/4/2023 09.40 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau), didapatkan hasil <ol style="list-style-type: none"> a. Balutan luka rembes b. Perdarahan (+) c. Kemerahan sekitar luka (+) d. Ukuran luka pada femur dekstra (Panjang= 12 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman luka= 0,5 cm) e. Ukuran luka pada fibula dekstra(Panjang= 13 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman= 0,5 cm) f. Bau pada luka (+) g. Kondisi luka kotor, warna dasar luka kemerahan terdapat jaringan berwarna kuning 2. Memonitor adanya tanda tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor) didapatkan hasil: <ol style="list-style-type: none"> a. Kemerahan sekitar luka (+) b. Nyeri pada luka (+) c. Area sekitar luka teraba hangat d. Bengkak (-) 3. Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril, dengan hasil: Membuka balutan luka, membersihkan luka dengan cairan NaCl 5%, membersihkan jaringan nekrotik pada luka, mengeringkan luka, menutup luka menggunakan kasa dengan media madu, membalut luka dengan kasa steril dan perban elastis 4. Menjelaskan tanda-tanda infeksi pada luka <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi pada luka 	10.00 WIB S : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada kaki kanannya 2. Pasien mengatakan luka operasi pada kaki kanannya masih terasa nyeri O : <ol style="list-style-type: none"> 1. Balutan luka rembes 2. Perdarahan (+) 3. Kemerahan sekitar luka (+) 4. Area sekitar luka teraba hangat 5. Nyeri pada luka (+) 6. Ukuran luka pada femur dekstra (Panjang= 12 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman luka= 0,5 cm) 7. Ukuran luka pada fibula dekstra(Panjang= 13 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman= 0,5 cm) 8. Bau pada luka (+) 9. Kondisi luka kotor, warna dasar luka kemerahan terdapat jaringan berwarna kuning A : Masalah gangguan integritas jaringan kulit belum teratasi P : Lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda gejala infeksi 3. Berikan perawatan luka dengan prinsip steril 4. Batasi jumlah pengunjung 5. Berikan antibiotik meropenem 3x1 gram IV 	Rian
---	--------------------------------	--	--	------

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Mengajarkan cara merawat luka di rumah <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan cara perawatan luka di rumah yang di ajarkan perawat 6. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan anjuran yang di berikan 7. Membatasi jumlah pengunjung <ol style="list-style-type: none"> a. Pengunjung pasien maksimal 1 orang dan penunggu pasien maksimal 1 orang 8. Memberikan antibiotik meropenem sesuai program terapi dokter <ol style="list-style-type: none"> a. Obat masuk meropenem 3x1 gram IV 		
4	<p>POD I 4/4/2023 10.30 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi dini, didapatkan hasil <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak lemas b. Pasien tampak meringis ketika menggerakkan kaki kanannya c. Pasien mengatakan nyeri ketika menggerakkan kaki kanannya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini pada keluarga dan pasien <ol style="list-style-type: none"> d. Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan dengan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi dini yang diberikan 3. Melakukan latihan rentang gerak ROM pasif dan aktif di tempat tidur <ol style="list-style-type: none"> e. Pasien mengatakan kaku pada persendiannya berkurang, namun masih merasa nyeri ketika menggerakkan kaki kananya 	<p>12.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan belum bisa menggerakkan kaki kanannya karena nyeri 2. Pasien mengatakan akan mencoba latihan rentang gerak dan mobilisasi dini yang di ajarkan 3. Pasien mengatakan kaku pada persendian berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien belum bisa mengerakan kaki kanannya 2. Pasien tampak meringis saat menggerakkan kaki kanannya 3. Pasien tampak lemas 4. Skala kekuatan otot kaki kanan 1 <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi 	Rian

		<p>4. Mengajarkan pasien dan keluarga cara mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur, miring ke kanan dan ke kiri,) didapatkan hasil</p> <p>f. Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan cara mobilisasi dini yang di ajarkan dan akan mencobanya</p> <p>5. Mengajarkan pasien dan keluarga latihan rentang gerak ROM aktif dan pasif</p> <p>g. Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan latihan rentang gerak ROM yang di ajarkan dan akan mencobanya</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kekuatan otot kaki kanan pasien - Lakukan latihan ROM pasif dan aktif - Anjurkan keluarga untuk membantu mobilisasi dini pasien (duduk, miring kekiri dan kekanan) 	
1	<p>POD II</p> <p>5/4/2023</p> <p>07.30IB</p>	<p>1. Memonitor skala nyeri pada pasien</p> <p>a. Didapatkan hasil skala nyeri 6 (0-10)</p> <p>2. Memonitor frekuensi nadi pasien</p> <p>b. Didapatkan hasil frekuensi nadi 90x/menit</p> <p>3. Memberikan kompres hangat pada area luka untuk mengurangi nyeri</p> <p>c. Pasien mengatakan merasa nyaman dan nyeri sedikit berkurang</p> <p>4. Melakukan pemijatan pada lumbal 3-4 pasien untuk mengurangi nyeri</p> <p>d. Pasien mengatakan setelah di pijat nyeri yang dirasakan sedikit berkurang</p> <p>5. Mengurangi kebisingan di ruangan dengan meminta keluarga dan pasien agar tidak berisik dan membatasi pengunjung</p> <p>6. Menganjurkan pasien melakukan teknik mengatasi nyeri non farmakologi yang sudah di ajarkan</p> <p>e. Pasien mengatakan akan melakukan teknik mengatasi nyeri non farmakologi sesuai yang di ajarkan</p>	<p>08.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang dari sebelumnya 2. Pasien mengatakan selalu menggunakan teknik non farmakologi jika nyeri terasa <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tamak sesekali meringis (meringis berkurang) 2. N : 92 x/menit 3. Skala nyeri 5 (0-10) <p>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor skala nyeri 2. Monitor frekuensi nadi 3. Berikan kompres hangat dan pemijatan lumbal untuk mengurangi nyeri 4. Anjurkan untuk melakukan teknik non farmakologis yang sudah di ajarkan 5. Berikan analgetik ketorolac 3x30 mg IV 	Rian

		7. Memberikan analgetik ketorolac injeksi sesuai program terapi dokter f. Obat masuk diberikan secara intravena: ketorolac 3x30 mg IV		
2	POD II 5/4/2023 08.30IB	1. Memonitor asupan nutrisi pasien setiap hari a. Pasien mengatakan makan pagi habis 7 sendok makan 2. Memonitor keluhan mual dan muntah b. Pasien mengatakan masih merasa mual namun sudah berkurang, dan pagi ini pasien sudah muntah 1x konsistensi cair dan jumlah sedikit, pasien mengatakan kemarin muntah sebanyak 6x 3. Memberikan makanan dalam kondisi hangat dan menarik 4. Menganjurkan pasien makan dengan porsi sedikit tapi sering setiap 1 jam sekali c. Pasien mengatakan sudah mengerti dengan anjuran yang diberikan dan akan mencobanya 5. Memberikan terapi farmakologi omeprazole injeksi sesuai program terapi dokter d. Obat masuk omeprazole 2x40 mg IV	09.30 WIB S : 1. Pasien mengatakan mual yang dirasakan sudah berkurang dan pagi ini pasien sudah muntah 1x dengan jumlah sedikit dan konsistensi cair, kemarin pasien muntah 6x 2. Pasien mengatakan nafsu makannya mulai meningkat O : 1. Nafsu makan pasien meningkat dari 2 sendok menjadi 7 sendok makan 2. Pasien makan habis 7 sendok makan 3. Frekuensi muntah pasien pagi hari 1x dengan konsistensi cair dan jumlah sedikit A : Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor asupan nutrisi pasien setiap hari 2. Monitor keluhan mual dan muntah pasien 3. Selalu berikan makanan dalam kondisi hangat dan menarik 4. Berikan terapi omeprazole 2x40 mg IV untuk mengurangi sekresi asam lambung	Rian
3	POD II 5/4/2023 09.40 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau), didapatkan hasil a. Balutan sedikit rembes b. Perdarahan berkurang c. Kemerahan sekitar luka berkurang	10.00 WIB S : 1. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada kaki kanannya	Rian

-
- d. Ukuran luka pada femur dekstra (Panjang= 12 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman luka= 0,5 cm)
 - e. Ukuran luka pada fibula dekstra(Panjang= 13 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman= 0,5 cm)
 - f. Bau pada luka (-)
 - g. Kondisi luka sedikit kotor, warna dasar luka kemerahan, jaringan berwarna kuning berkurang
2. Memonitor adanya tanda tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor) didapatkan hasil:
 - a. Kemerahan sekitar luka berkurang
 - b. Nyeri pada luka berkurang
 - c. Area sekitar luka teraba hangat
 - d. Bengkak (-)
 3. Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril, dengan hasil:
 - e. Membuka balutan luka, membersihkan luka dengan cairan NaCl 5%, membersihkan jaringan nekrotik pada luka, mengeringkan luka, menutup luka menggunakan kasa dengan media madu, membalut luka dengan kasa steril dan perban elastis
 4. Mengajarkan kembali cara merawat luka di rumah
 - f. Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan cara perawatan luka di rumah yang di ajarkan perawat
 5. Membatasi jumlah pengunjung
 - g. Pengunjung pasien maksimal 1 orang dan penunggu pasien maksimal 1 orang
2. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi pada kaki kanannya sudah berkurang dari sebelumnya
- O :**
1. Balutan luka sedikit rembes
 2. Perdarahan berkurang
 3. Kemerahan sekitar luka berkurang
 4. Area sekitar luka teraba hangat
 5. Nyeri pada luka berkurang
 6. Ukuran luka pada femur dekstra (Panjang= 12 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman luka= 0,5 cm)
 7. Ukuran luka pada fibula dekstra(Panjang= 13 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman= 0,5 cm)
 8. Bau pada luka (-)
 9. Kondisi luka sedikit kotor, warna dasar luka kemerahan jaringan berwarna kuning berkurang
- A :** Masalah gangguan integritas jaringan kulit teratasi sebagian
- P :** Lanjutkan intervensi
1. Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau)
 2. Monitor tanda gejala infeksi
 3. Berikan perawatan luka dengan prinsip steril
 4. Batasi jumlah pengunjung
 5. Berikan antibiotik meropenem 3x1 gram IV
-

		6. Memberikan antibiotik meropenem sesuai program terapi dokter h. Obat masuk meropenem 3x1 gram IV		
4	POD II 5/4/2023 10.30 IB	1. Memonitor kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi dini, didapatkan hasil a. Pasien tampak lemas b. Pasien tampak meringis ketika menggerakkan kaki kanannya c. Pasien mengatakan nyeri ketika menggerakkan kaki kanannya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini pada keluarga dan pasien d. Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi dini yang diberikan 3. Melakukan latihan rentang gerak ROM pasif dan aktif di tempat tidur e. Pasien mengatakan kaku pada persendiannya berkurang, namun masih merasa nyeri ketika menggerakkan kaki kananya 4. Mengajarkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini (duduk, miring kanan dan kiri) secara mandiri f. Pasien mengatakan akan mencoba mobilisasi dini secara mandiri	12.00 WIB S : 1. Pasien mengatakan belum bisa menggerakkan kaki kanannya karena nyeri 2. Pasien mengatakan kaku pada persendian berkurang O : 1. Pasien belum bisa menggerakkan kaki kanannya 2. Pasien tampak meringis saat menggerakkan kaki kanannya 3. Pasien tampak lemas 4. Skala kekuatan otot kaki kanan 1 A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi 2. Monitor kekuatan otot kaki kanan pasien 3. Lakukan latihan ROM pasif dan aktif 4. Anjurkan pasien untuk mobilisasi dini secara mandiri (duduk, miring ke kiri dan ke kanan)	Rian
1	POD III 6/4/2023 07.30 WIB	1. Memonitor skala nyeri pada pasien a. Didapatkan hasil skala nyeri 5 (0-10) 2. Memonitor frekuensi nadi pasien b. Didapatkan hasil frekuensi nadi 85x/menit 3. Memberikan kompres hangat pada area luka untuk mengurangi nyeri c. Pasien mengatakan merasa nyaman dan nyeri sedikit berkurang	08.30 WIB S : 1. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang dari sebelumnya 2. Pasien mengatakan selalu menggunakan teknik non farmakologi jika nyeri terasa O : 1. Pasien tampak meringis 2. N : 90 x/menit	Rian

		<p>4. Melakukan pijatan pada lumbal 3-4 pasien untuk mengurangi nyeri</p> <p>d. Pasien mengatakan setelah di pijat nyeri yang dirasakan sedikit berkurang</p> <p>5. Mengurangi kebisingan di ruangan dengan meminta keluarga dan pasien agar tidak berisik dan membatasi pengunjung</p> <p>6. Memberikan analgetik ketorolac injeksi sesuai program terapi dokter</p> <p>e. Obat masuk diberikan secara intravena: ketorolac 3x30 mg IV</p>	<p>3. Skala nyeri 5 (0-10)</p> <p>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor skala nyeri 2. Monitor frekuensi nadi 3. Berikan kompres hangat dan pijatan lumbal untuk mengurangi nyeri 4. Anjurkan untuk melakukan teknik non farmakologis yang sudah di ajarkan 5. Berikan analgetik ketorolac 3x30 mg IV 	
2	<p>POD III</p> <p>6/4/2023</p> <p>08.40 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor asupan nutrisi pasien setiap hari <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan makan pagi habis ½ porsi 2. Memonitor keluhan mual dan muntah <ol style="list-style-type: none"> b. Pasien mengatakan masih merasa mual, dan pagi ini pasien sudah muntah 1x konsistensi cair dan jumlah sedikit, pasien mengatakan kemari pasien muntah sebanyak 5 kali 3. Memberikan makanan dalam kondisi hangat dan menarik 4. Menganjurkan pasien makan dengan porsi sedikit tapi sering setiap 1 jam sekali <ol style="list-style-type: none"> c. Pasien mengatakan sudah mengerti dengan anjuran yang diberikan dan akan mencobanya 5. Menganjurkan makan dalam posisi duduk <ol style="list-style-type: none"> d. Pasien makan dalam posisi duduk dari sebelumnya dalam posisi tidur semi fowler 6. Memberikan terapi farmakologi omeprazole injeksi sesuai program terapi dokter <ol style="list-style-type: none"> e. Obat masuk omeprazole 2x40 mg IV 	<p>09.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan mual yang dirasakan sudah berkurang dan pagi ini pasien sudah muntah 1x dengan jumlah sedikit dan konsistensi cair, pasien mengatakan kemarin pasien muntah sebanyak 5 kali 2. Pasien mengatakan nafsu makannya mulai meningkat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan pasien meningkat 2. Pasien makan habis ½ porsi 3. Frekuensi muntah pasien pagi hari 1x dengan konsistensi cair dan jumlah sedikit 4. Frekuensi muntah pasien hari sebelumnya 5x dengan konsistensi cair dan jumlah sedikit <p>A : Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan nutrisi pasien setiap hari 2. Monitor keluhan mual dan muntah pasien 3. Selalu berikan makanan dalam kondisi hangat dan menarik 	Rian

			4. Berikan terapi omeprazole 2x40 mg IV untuk mengurangi sekresi asam lambung	
3	POD III 6/4/2023 09.41 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau), didapatkan hasil <ol style="list-style-type: none"> a. Balutan luka tidak rembes b. Perdarahan (-) c. Kemerahan sekitar luka (-) d. Ukuran luka pada femur dekstra (Panjang= 12 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman luka= 0,5 cm) e. Ukuran luka pada fibula dekstra(Panjang= 13 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman= 0,5 cm) f. Bau pada luka (-) g. Kondisi bersih, warna dasar luka kemerahan jaringan berwarna kuning berkurang 2. Memonitor adanya tanda tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor) didapatkan hasil: <ol style="list-style-type: none"> a. Kemerahan sekitar luka (-) b. Nyeri pada luka berkurang c. Area sekitar luka teraba hangat d. Bengkak (-) 3. Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril, dengan hasil: <ol style="list-style-type: none"> e. Membuka balutan luka, membersihkan luka dengan cairan NaCl 5%, membersihkan jaringan nekrotik pada luka, mengeringkan luka, menutup luka menggunakan kasa dengan media madu, membalut luka dengan kasa steril dan perban elastis 4. Mengajarkan kembali cara merawat luka di rumah 	<p>10.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada kaki kanannya 2. Pasien mengatakan luka operasi pada kaki kanannya masih terasa nyeri namun sudah berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Balutan luka rembes (-) 2. Perdarahan (-) 3. Kemerahan sekitar luka (-) 4. Area sekitar luka teraba hangat 5. Nyeri pada luka berkurang 6. Ukuran luka pada femur dekstra (Panjang= 12 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman luka= 0,5 cm) 7. Ukuran luka pada fibula dekstra(Panjang= 13 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman= 0,5 cm) 8. Bau pada luka (-) 9. Kondisi luka bersih, warna dasar luka kemerahan, jaringan berwarna kuning berkurang <p>A : Masalah gangguan integritas jaringan kulit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda gejala infeksi 3. Berikan perawatan luka dengan prinsip steril 4. Batasi jumlah pengunjung 5. Berikan antibiotik meropenem 3x1 gram IV 	Rian

		<p>f. Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan cara perawatan luka di rumah yang di ajarkan perawat</p> <p>5. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>g. Pengunjung pasien maksimal 1 orang dan penunggu pasien maksimal 1 orang</p> <p>6. Memberikan antibiotik meropenem sesuai program terapi dokter</p> <p>h. Obat masuk meropenem 3x1 gram IV</p>		
4	<p>POD III 6/4/2023 10.30 WIB</p>	<p>1. Memonitor kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi dini, didapatkan hasil</p> <p>a. Meringis ketika menggerakkan kaki kanannya berkurang</p> <p>b. Pasien mengatakan nyeri ketika menggerakkan kaki sudah berkurang dan mulai bisa menggeserkan kakinya</p> <p>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini pada keluarga dan pasien</p> <p>c. Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan dengan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi dini yang diberikan</p> <p>3. Melakukan latihan rentang gerak ROM pasif dan aktif di tempat tidur</p> <p>d. Pasien mengatakan kaku pada persendiannya berkurang, namun masih merasa nyeri ketika menggerakkan kaki kananya</p>	<p>12.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan mulai bisa menggeserkan kaki kanannya namun msaih merasa nyeri 2. Pasien mengatakan kaku pada persendian berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien bisa menggeser kaki kananya 2. Meringis saat menggerakkan kaki kanan berkurang 3. Skala kekuatan otot kaki kanan 2 <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi 2. Monitor kekuatan otot kaki kanan pasien 3. Lakukan latihan ROM pasif dan aktif 4. Anjurkan keluarga untuk membantu mobilisasi dini pasien (duduk, miring ke kiri dan ke kanan) 	Rian

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3.7: Catatan Perkembangan

No. Dx	Tanggal	Catatan perkembangan	TTD
1	7/4/2023 09.00 WIB	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang Pasien mengatakan selalu melakukan teknik non farmakologis yang diajarkan untuk mengurangi nyeri <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri pada pasien berkurang Meringis pada pasien berkurang N : 90 x/menit Skala nyeri 4 (0-10) <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi di hentikan</p>	Rian
2	7/4/2023 09.30 WIB	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan mual yang dirasakan sudah berkurang dan pagi ini pasien belum muntah pasien mengatakan kemarin pasien muntah sebanyak 4 kali Pasien mengatakan nafsu makannya mulai meningkat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Nafsu makan pasien meningkat Pasien makan habis ½ porsi Frekuensi mual dan muntah pasien berkurang Frekuensi muntah pasien hari sebelumnya 4x dengan konsistensi cair dan jumlah sedikit <p>A : Masalah defisit nutrisi teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	Rian
3	7/4/2023 10.00 WIB	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada kaki kanannya Pasien mengatakan luka operasi pada kaki kanannya masih terasa nyeri namun sudah berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Balutan luka rembes (-) Perdarahan (-) Kemerahan sekitar luka (-) Area sekitar luka teraba hangat Nyeri pada luka berkurang Ukuran luka pada femur dekstra (Panjang= 12 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman luka= 0,5 cm) Ukuran luka pada fibula dekstra(Panjang= 13 cm, Lebar= 10 cm, kedalaman= 0,5 cm) Bau pada luka (-) Kondisi luka bersih, warna dasar luka kemerahan, jaringan berwarna kuning (-) 	Rian

		<p>A : Masalah gangguan integritas jaringan kulit teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda gejala infeksi 3. Berikan perawatan luka di rumah 4. Berikan antibiotik bila perlu 5. Lanjutkan kontrol ke poliklinik bedah <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Karakteristik luka 2. Tanda dan gejala infeksi 	
4	7/4/2023 10.30 WIB	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan mulai bisa menggeserkan kaki kanannya namun masih merasa nyeri 2. Pasien mengatakan kaku pada persendian berkurang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien bisa menggeser kaki kananya 2. Meringis saat menggerakkan kaki kanan berkurang 3. Skala kekuatan otot kaki kanan 2 <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	Rian

B. Pembahasan

Dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. S Dengan Kasus Post Debridement a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Femur dan Fibula Dextra di Ruang Topas Rumah Sakit Umum Dr. Slamet Garut selama 3 (tiga) hari, yaitu dari tanggal 04 April 2023 s/d 06 April 2023 penulis berusaha menerapkan langkah-langkah mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi sesuai dengan tujuan teoritis dan memperhatikan kebutuhan pasien. Pada bagian ini penulis akan membandingkan antara kajian teoritis dengan tinjauan kasus. Dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan antara kajian teoritis dengan fakta di lapangan, maka perlu beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. dimana hasil yang di peroleh adalah:

1. Pengkajian

Tahap ini merupakan langkah awal dimulainya proses asuhan keperawatan dimana penulis melakukan suatu pendekatan terlebih dahulu kepada keluarga dan pasien dengan menjelaskan maksud dan tujuan dilakukannya asuhan keperawatan. Pada tahap pengkajian, penulis menggunakan metode wawancara secara langsung kepada pasien dan keluarga untuk memperoleh data subjektif dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data objektif dari pasien. Penulis melakukan anamnesa mengenai identitas pasien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan, riwayat kesehatan keluarga, pola aktivitas sehari-hari, serta melakukan pemeriksaan fisik pada saat

pengkajian. Dalam melakukan pengkajian ini, penulis dapat mengumpulkan data berkat adanya kerja sama yang baik, bimbingan dan arahan serta dukungan penuh dari berbagai pihak serta kesediaan keluarga dan pasien itu sendiri.

Berdasarkan hasil pengkajian Tn. S dengan usia 53 tahun mengeluh nyeri setelah dilakukannya prosedur debridement, nyeri bertambah Ketika Tn. S bergerak dan berkurang ketika di istirahatkan, nyeri terasa perih, nyeri terasa pada paha dan betis di area luka post operasi debridemen dengan skala nyeri 8 (0-10) dan nyeri di rasakan hilang timbul. Selain itu pasien mengeluh kehilangan nafsu makan karena mual dan muntah dengan frekuensi 6-8x/hari dan konsistensi cair jumlah sedikit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital pasien mengalami peningkatan suhu tubuh yaitu 38,2°C, nadi 112x/menit (takikardi) tekanan darah 130/80 mmHg dan nafas 23x/menit. Pada pemeriksaan fisik didapatkan luka post debridemen pada femur dextra dengan panjang 12 cm, lebar 10 cm, kedalaman 0,5 cm, panjang luka pada fibula dekstra 13 cm, lebar 10 cm, kedalaman 0,5 cm, luka rembes pada balutan, dan terjadi penurunan skala kekuatan otot pada kaki kanan dengan skala 1 yaitu tidak dapat menggerakkan ekstremitas namun kontraksi otot dapat teraba.

Nyeri yang dirasakan pada pasien dengan post debridemen merupakan respon inflamasi akibat adanya cedera pada jaringan kulit yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan. Dalam hal ini cedera di akibatkan oleh trauma pembedahan yaitu tindakan debridemen.

Terputusnya kontinuitas jaringan ini mengakibatkan pelepasan zat-zat proteolitik yaitu bradikinin, histamin, dan prostaglandin. Ketiga zat tersebut akan merangsang nosiseptor yang akan melepaskan substansi peptida (SP). Reseptor nyeri ini akan dihantarkan oleh reseptor nyeri delta A yang kemudian di hantarkan melalui traktus spinothalamus ke thalamus yang kemudia di interpretasikan nyeri di cortex cerebri sehingga nyeri di persepsikan (Silbernagl & Lang, 2000 dalam Bahrudin, 2017).

Penurunan nafsu makan akibat mual muntah pada Tn. S diakibatkan oleh nyeri akut yang menstimulasi aktivitas saraf otonom (parasimpatis). Hal ini dapat menstimulasi produksi dan sekresi sel parietal mukosa lambung yang mengakibatkan terjadinya hipersekresi asam lambung sehingga terjadilah hiperasiditas. Kondisi ini menyebabkan Tn S mengalami mual dan muntah hingga mengalami penurunan nafsu makan (Hoesny & Nurcahya, 2019)

Kerusakan integritas jaringan kulit pada Tn. S di akibatkan oleh kondisi hiperglikemi akibat komplikasi dari diabetes melitus tipe 2, kondisi hiperglikemi ini mengakibatkan viskositas darah meningkat sehingga aliran darah ke perifer menurun dan suplai oksigen ke perifer berkurang. Kondisi ini akan mengakibatkan iskemik seluler hingga terjadi nekrosis pada jaringan. (Smeltzer & Bare, 2013).

Penurunan kekuatan otot menyebabkan Tn. S tidak bisa menggerakkan kaki kanannya. dalam hal ini penurunan kekuatan otot terjadi akibat terputusnya kontinuitas jaringan sehingga tubuh mengeluarkan zat-

zat proteolitik (bradikinin, histamin, prostaglandin dan substansi P). Zat-zat proteolitik ini akan mengakibatkan vasodilatasi pembuluh darah sehingga permeabilitas kapiler meningkat dan terjadi perpindahan cairan interstitial, hal ini mengakibatkan cairan kapiler bocor dan membentuk eksudat sehingga terjadinya edema. Kondisi edema ini dapat menekan pembuluh darah sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan berkurang dan mengakibatkan penurunan kekuatan otot (Farhan & Ratnasari, 2019).

Menurut Handayani (2016), pada pasien post operasi debridement biasanya akan timbul nyeri akibat prosedur pembedahan, luka yang kemungkinan rembes pada balutan, perubahan tanda-tanda vital (peningkatan tekanan darah, takikardi, peningkatan suhu tubuh), gangguan pola nafas akibat pemberian anestesi di ruang pembedahan, penurunan nafsu makan disertai keluhan mual akibat efek anestesi, penurunan kekuatan otot akibat efek anestesi. Pada pasien post operasi debridement akan di temukan adanya kerusakan pada sistem integument, dimana pada luka debridement kulit dikelupas untuk membukan jaringan nekrotik yang bersembunyi dibawah jaringan kulit tersebut.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis menemukan adanya kesesuaian antara teori dengan data yang penulis temukan pada pasien saat pengkajian, yaitu adanya keluhan nyeri, penurunan nafsu makan di sertai mual, peningkatan tanda-tanda vital, balutan luka yang rembes, penurunan kekuatan otot pada ekstremitas serta kerusakan integritas jaringan kulit.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Handayani (2016), pada pasien post operasi debridement biasanya akan timbul nyeri akibat prosedur pembedahan, luka yang kemungkinan rembes pada balutan, perubahan tanda tanda vital (peningkatan tekanan darah, takikardi, peningkatan suhu tubuh), gangguan pola nafas akibat pemberian anestesi di ruang pembedahan, penurunan nafsu makan disertai keluhan mual, dan penurunan kekuatan otot.

Setelah dilalukan pengkajian didapatkan hasil analisa data masalah yang muncul pada Tn. S antara lain:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 8 (0-10).
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung di tandai dengan pasien mengatakan tidak nafsu makan disertai keluhan mual dan muntah.
- c. Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan pasien mengatakan terdapat luka post operasi pada kaki kanannya dan luka terasa nyeri.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan di tandai dengan pasien mengeluh tidak bisa menggerakkan kaki kanannya.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI,2017)

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post operasi adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan.
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung.
- c. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.S berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 8 (0-10).

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung di tandai dengan pasien mengatakan tidak nafsu makan disertai keluhan mual dan muntah.
- c. Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan pasien mengatakan terdapat luka post operasi pada kaki kanannya dan luka terasa nyeri.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan di tandai dengan pasien mengeluh tidak bisa menggerakkan kaki kanannya.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), ada lima masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post operasi. Disini penulis menemukan empat masalah keperawatan yang muncul dan sesuai dengan teori dan satu masalah keperawatan yang tidak penulis temukan pada Tn. S yaitu resiko infeksi berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.

Masalah keperawatan tersebut muncul berkaitan dengan adanya keluhan nyeri, penurunan nafsu makan disertai mual dan muntah, adanya luka pada kaki kanan pasien dan pasien tidak bisa menggerakkan kaki kanannya. Secara garis besar diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. S sesuai dengan teori dan ketentuan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu terpenuhinya 80-100% data mayor pada setiap diagnosa.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Perencanaan keperawatan ini penulis susun melalui beberapa Langkah yaitu menentukan masalah keperawatan, tujuan keperawatan dan rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien. Adapun perencanaan yang penulis susun diantaranya:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan

Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil keluhan nyeri berkurang, skala nyeri menurun dari 8 menjadi 5 pada rentang 0-10, meringis berkurang dan frekuensi nadi pada rentang 60-100x/ menit. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:

- 1) Monitor skala nyeri pada pasien
- 2) Monitor frekuensi nadi pasien
- 3) Lakukan kompres hangat pada area luka untuk mengurangi nyeri
- 4) Lakukan pemijatan pada lumbal 3-4 untuk mengurangi nyeri
- 5) Kontrol lingkungan dengan mengurangi kebisingan di ruangan

- 6) Ajarkan teknik distraksi dengan menonton film atau mendengarkan musik untuk mengurangi nyeri
 - 7) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat dan penekanan lumbal 3-4)
 - 8) Berikan analgetik ketorolac injeksi sesuai program terapi dokter
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung

Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan asupan nutrisi pasien meningkat dengan kriteria hasil nafsu makan meningkat, pasien makan habis ½ porsi, frekuensi keluhan mual dan muntah berkurang. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:

- 1) Monitor asupan nutrisi pasien setiap hari
- 2) Monitor berat badan pasien
- 3) Monitor keluhan mual dan muntah
- 4) Berikan makanan dalam kondisi hangat dan menarik
- 5) Anjurkan pasien makan dengan porsi sedikit tapi sering setiap 1 jam sekali
- 6) Anjurkan makan dalam posisi duduk
- 7) Ajarkan diet yang sudah di programkan
- 8) Berikan terapi farmakologi omeprazole injeksi sesuai program terapi dokter

- c. Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas jaringan kulit meningkat dengan kriteria hasil kerusakan integritas jaringan kulit menurun, keluhan nyeri menurun, bau pada luka berkurang, perdarahan pada luka berkurang, suhu kulit sekitar luka menurun, kemerahan pada kulit sekitar luka berkurang. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:

- 1) Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau)
- 2) Monitor adanya tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor)
- 3) Lakukan perawatan luka dengan prinsip steril
- 4) Jelaskan tanda-tanda infeksi pada luka
- 5) Ajarkan cara merawat luka di rumah
- 6) Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 7) Batasi jumlah pengunjung
- 8) Berikan antibiotik meropenem sesuai program terapi dokter

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan

Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil pasien dapat menggerakkan kaki kanannya, kekuatan otot kaki kanan pasien meningkat dari 1 menjadi 2, nyeri saat

menggerakkan kaki kanan berkurang. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:

- 1) Monitor kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi dini
- 2) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini pada keluarga dan pasien
- 3) Lakukan latihan rentang gerak ROM pasif dan aktif di tempat tidur
- 4) Ajarkan pasien dan keluarga cara mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur, miring ke kanan dan ke kiri,)
- 5) Ajarkan pasien dan keluarga latihan ROM aktif

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan di laksanakan pada tanggal 4-5 April 2023. Pada tahap ini, penulis berusaha mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Tn.S berdasarkan perencanaan yang telah di susun yang mengacu pada buku pedoman SLKI dan SIKI, walaupun demikian ada beberapa intervensi yang tidak dilaksanakan. Hal ini karena intervensi yang di susun di sesuaikan kembali berdasarkan kebutuhan, keadaan dan kondisi pasien.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan

Implementasi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan cara monitor skala nyeri pada pasien, monitor frekuensi nadi pasien, lakukan kompres hangat pada area luka untuk mengurangi nyeri, lakukan pemijatan pada lumbal 3-4 untuk mengurangi nyeri, kontrol lingkungan dengan mengurangi kebisingan di ruangan, ajarkan teknik distraksi dengan menonton film atau mendengarkan musik untuk mengurangi nyeri, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat dan penekanan lumbal 3-4), berikan analgetik ketorolac injeksi sesuai program terapi dokter

Setelah di lakukan implementasi tersebut keluhan nyeri pada pasien berkurang meringis berkurang dan skala nyeri yang di rasakan oleh pasien menurun dari skala 8 menjadi 4 pada rentang 0-10. Pasien juga dapat mengatasi nyeri yang di rasakannya menggunakan teknik non farmaklogi seperti teknik distraksi, kompres hangat dan pemijatan lumbal 3-4 untuk mengurangi nyeri. Implementasi tersbeut merupakan tindakan fokus untuk mengurangi nyeri pada pasien.

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung

Implementasi yang di lakukan yaitu manajemen nutrisi dengan cara monitor asupan nutrisi pasien setiap hari, monitor berat badan pasien, monitor keluhan mual dan muntah, berikan makanan dalam kondisi hangat dan menarik, anjurkan pasien makan dengan porsi

sedikit tapi sering setiap 1 jam sekali, anjurkan makan dalam posisi duduk, ajarkan diet yang sudah di programkan, berikan terapi farmakologi omeprazole injeksi sesuai program terapi dokter

Setelah dilakukan implementasi tersebut nafsu makan pasien meningkat dari 2 sendok menjadi $\frac{1}{2}$ porsi, keluhan mual berkurang dan frekuensi mual muntah pasien berkurang dari 8x/ hari menjadi tidak muntah. Selain itu pasien dapat mengetahui program terapi dan diet yang baik untuk dirinya mempercepat proses penyembuhannya. Implementasi tersebut bertujuan untuk meningkatkan asupan nutrisi pada pasien

- c. Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

Implementasi yang dilakukan yaitu memberikan perawatan luka dengan cara monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau), monitor adanya tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor), lakukan perawatan luka dengan prinsip steril, jelaskan tanda-tanda infeksi pada luka, ajarkan cara merawat luka di rumah, anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein, batasi jumlah pengunjung, berikan antibiotik meropenem sesuai program terapi dokter

Setelah dilakukan implementasi tersebut keluhan nyeri pada luka berkurang, bau pada luka tidak ada, perdarahan pada luka tidak ada dan balutan tidak rembes, suhu sekitar kulit menurun dari awalnya teraba hangat, kemerahan pada kulit sekitar luka berkurang. Selain itu pasien

dan keluarga mendapatkan penjelasan mengenai tanda dan gejala infeksi dan cara perawatan luka di rumah secara mandiri sehingga pasien dan keluarga dapat memantau kondisi lukanya di rumah. implementasi tersebut merupakan tindakan utama untuk meningkatkan integritas kulit dan jaringan serta mencegah infeksi pada luka pasien.

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan

Implementasi yang dilakukan yaitu dukungan mobilisasi dengan cara monitor kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi dini, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini pada keluarga dan pasien, lakukan latihan rentang gerak ROM pasif dan aktif di tempat tidur, ajarkan pasien dan keluarga cara mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur, miring ke kanan dan ke kiri,) ajarkan pasien dan keluarga latihan ROM aktif dan pasif.

Setelah dilakukan implementasi ini pasien dapat menggerakkan kakinya, nyeri saat menggerakkan kaki berkurang, dan kekuatan otot kaki pasien meningkat. Selain itu kekakuan sendi pasien berkurang dan pasien dapat mempraktekan mobilisasi dan latihan rentang gerak yang sudah di ajarkan untuk meningkatkan mobilisasi dan mempercepat proses penyembuhan. Implementasi tersebut dapat membantu meningkatkan mobilitas pasien dan kekuatan otot pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan setiap selesai memberikan tindakan keperawatan. Hasil dari evaluasi formatif menunjukkan bahwa semua tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dapat mengurangi atau mengatasi masalah pasien, sedangkan untuk evaluasi sumatif, penulis melakukan pada hari ke empat setelah tiga hari memberikan asuhan keperawatan pada Tn.S.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan terhadap empat masalah keperawatan yang muncul pada Tn. S didapatkan hasil:

1. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi pada hari ketiga, karena keluhan nyeri pada Tn. S berkurang, skala nyeri berkurang dari 8 menjadi 4 dan meringis berkurang, selain itu keluarga dan Tn. S kooperatif selama proses asuhan keperawatan sehingga penulis dapat dengan mudah melakukan intervensi keperawatan sehingga nyeri akut dapat teratasi.
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung dapat teratasi pada hari ketiga, karena nafsu makan pasien meningkat dari 2 sendok makan menjadi $\frac{1}{2}$ porsi, keluhan mual dan frekuensi muntah hilang. Hal ini karena keluarga dan Tn. S kooperatif selama proses asuhan keperawatan dan mengikuti setiap anjuran serta program terapi yang diberikan sehingga masalah dapat teratasi. Namun karena

keterbatasan mobilitas pasien, penulis tidak dapat melakukan pengukuran berat badan pasien sehingga penulis tidak dapat melakukan pemantauan berat badan pasien.

3. Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan teratasi sebagian. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari keadaan luka pasien semakin membaik dilihat dari luka yang tampak bersih, pendarahan yang sudah tidak ada, bau tidak sedap pada luka tidak ada, tanda-tanda infeksi yang berkurang, dan nyeri pada luka yang berkurang, namun belum ada pembentukan jaringan baru. Hal ini karena proses penyembuhan luka membutuhkan waktu yang relatif lama selain itu keterbatasan waktu dalam penerapan asuhan keperawatan sehingga masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian.
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi pada hari ketiga dilihat dari skala kekuatan otot kaki kanan pasien yang meningkat dari 1 menjadi 2, keluhan nyeri dan meringis saat menggerakkan ekstremitas berkurang. Hal ini didukung oleh pihak keluarga dan pasien sendiri yang kooperatif dan mengikuti setiap anjuran yang diberikan serta pasien aktif dalam melakukan mobilisasi dini dan latihan rentang gerak sehingga masalah dapat teratasi.

BAB IV

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Simpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Gangguan Sistem Integumen : Post Debridement a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Femur Dan Fibula Dextra POD 0 Di Ruang Topas Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut mulai tanggal 03 April 2023 s/d 07 April 2023 dengan menggunakan 5 tahap proses keperawatan terdiri dari : pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang mencakup berbagai aspek bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk karya tulis. Maka penulis menarik simpulan sebagai berikut

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian penulis mampu melaksanakan pengkajian secara komprehensif pada Tn. S dengan post debridement a/i selulitis e.c diabetes melitus tipe II. Penulis menemukan data-data: klien mengeluh nyeri pada luka post debridement, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika di istirahatkan, nyeri terasa perih, nyeri terasa pada paha dan betis di area luka post operasi debridemen dengan skala nyeri 8 (0-10) dan nyeri di rasakan hilang timbul. Selain itu pasien mengeluh kehilangan nafsu makan karena mual dan muntah. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital pasien mengalami peningkatan suhu tubuh yaitu 38,2°C, nadi 112x/menit (takikardi) tekanan darah 130/80 mmHg dan nafas 23x/menit. Pada

pemeriksaan fisik didapatkan luka post debridemen pada femur dextra dengan panjang 12 cm, lebar 10 cm, kedalaman 0,5 cm, panjang luka pada fibula dekstra 13 cm, lebar 10 cm, kedalaman 0,5 cm, luka rembes pada balutan, dan terjadi penurunan skala kekuatan otot pada kaki kanan dengan skala 1 yaitu tidak dapat menggerakkan ekstemitas namun kontraksi otot dapat teraba.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada tahap diagnosa keperawatan penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan sesuai dengan respon pasien terhadap adanya gangguan pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada Tn. S dengan post debridemen a/i selulitis e.c diabetes melitus tipe 2 , diantaranya:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 8 (0-10)
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung di tandai dengan pasien mengatakan tidak nafsu makan disertai keluhan mual dan muntah
- c. Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan pasien mengatakan terdapat luka post operasi pada kaki kanannya dan luka terasa nyeri
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan di tandai dengan pasien mengeluh tidak bisa menggerakkan kaki kanannya

3. Perencanaan Keperawatan

Pada tahap ini penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakan pada Tn. S dengan post Debridemen a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II. Adapun intervensi utama yang penulis susun untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan yaitu: monitor skala nyeri pada pasien, monitor frekuensi nadi pasien, lakukan kompres hangat pada area luka untuk mengurangi nyeri, lakukan pemijatan pada lumbal 3-4 untuk mengurangi nyeri, kontrol lingkungan dengan mengurangi kebisingan di ruangan, ajarkan teknik distraksi dengan menonton film atau mendengarkan musik untuk mengurangi nyeri, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat dan penekanan lumbal 3-4), berikan analgetik ketorolac 3x30 mg IV sesuai program terapi dokter.

Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung, intervensi utama yang di berikan yaitu: monitor asupan nutrisi pasien setiap hari, monitor berat badan pasien, monitor keluhan mual dan muntah, berikan makanan dalam kondisi hangat dan menarik, anjurkan pasien makan dengan porsi sedikit tapi sering setiap 1 jam sekali, anjurkan makan dalam posisi duduk, ajarkan diet yang sudah di programkan, berikan terapi farmakologi omeprazole 2x40 mg IV sesuai program terapi dokter

Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan, intervensi utama yang diberikan yaitu: monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau), monitor adanya tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor), lakukan perawatan luka dengan prinsip steril, jelaskan tanda-tanda infeksi pada luka, ajarkan cara merawat luka di rumah, anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein, batasi jumlah pengunjung, berikan antibiotik meropenem 3x1 gram IV sesuai program terapi dokter

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan, intervensi utama yang diberikan yaitu: monitor kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi dini, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini pada keluarga dan pasien, lakukan latihan rentang gerak ROM pasif dan aktif di tempat tidur, ajarkan pasien dan keluarga cara mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur, miring ke kanan dan ke kiri), ajarkan pasien dan keluarga latihan ROM aktif.

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan pada Tn. S dengan post Debridemen a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) .

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan pada Tn. S dengan post Debridemen a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II. Dalam melaksanakan evaluasi dengan melihat perkembangan kondisi klien dihubungkan dengan kriteria yang telah ditetapkan, dari 4 masalah keperawatan, terdapat 3 masalah keperawatan yang teratasi dan 1 masalah keperawatan teratasi sebagian, yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi pada hari ketiga
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan sekresi asam lambung dapat teratasi pada hari ketiga
- c. Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan teratasi sebagian
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi pada hari ketiga

B. Rekomendasi

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Gangguan Sistem Integumen: Post Debridemen a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II, maka penulis dapat memberikan rekomendasi diantaranya:

1. Untuk Perawat dan Institusi Rumah Sakit

- a. Dapat memberikan pelayanan pada klien dengan optimal dan meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dengan baik.
- b. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Hendaknya mampu berinteraksi secara terapeutik dan bukan hanya memusatkan pada aspek fisik dan keterampilan saja agar pelayanan yang diberikan optimal
- c. Hendaknya setiap prosedur yang dilakukan terhadap klien terlebih dahulu diberikan penjelasan secara benar dan cermat sehingga lebih dapat meningkatkan hubungan interpersonal antara perawat dan klien atau keluarga yang dapat menunjang kelancaran proses keperawatan dan mempercepat tujuan dari asuhan keperawatan.
- d. Dalam melaksanakan implementasi keperawatan, hendaknya dapat meningkatkan aspek prosedural sesuai standar prosedur operasional baik dalam bentuk tindakan maupun peralatan, mengingat komplikasi dari selulitis akibat diabetes melitus yang dapat berakibat fatal apabila tidak di tangani dengan baik dan benar.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis cukup kesulitan dalam mencari sumber pustaka baik berupa jurnal maupun buku sumber terbaru, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan, penulis berharap perpustakaan dapat melengkapi sumber pustaka sebagai

bahan ajar dan perbandingan antara fakta di lapangan dengan teori secara literatur.

3. Untuk Pasien dan Keluarga

Setelah diberikan asuhan keperawatan, diharapkan klien dan keluarga dapat lebih memperhatikan dan mencegah terjadinya kembali selulitis terutama pada klien dengan riwayat penyakit diabetes melitus dan mempelajari kembali cara perawatan luka pada selulitis akibat diabetes melitus untuk mempercepat proses penyembuhan dan mencegah infeksi serta komplikasi yang lebih buruk.

DAFTAR PUSTAKA

- Atinyagrika Adugbire, B., & Aziato, L. (2018). *Surgical patients' perspectives on nurses' education on post-operative care and follow up in Northern Ghana*. BMC Nursing, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0299-6>
- Bahrudin, M. (2018). *Patofisiologi Nyeri (Pain)*. Saintika Medika, 13(1), 7. <https://doi.org/10.22219/sm.v13i1.5449>
- Brunner & Suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth, Edisi 12* (Devi Yulianti ; Amelia Kimin ; Eka Anisa Mardella (ed.); 12 ed.). EGC.
- Damayanti. (2015). *Diabetes Melitus dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Nuha Medika.
- Isselbacher, dkk. (2012). *Harrison Prinsip-prinsip Ilmu Penyakit Dalam*. Alih bahasa Asdie Ahmad H., (13 ed.). EGC.
- Fitzpatrick, Freedeberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, K. S. (2018). *Dermatology in General Medicine*. (6 ed.). The Mc Graw-Hill Companies Inc.
- Furlan, F. (2016). *Upaya Penurunan Nyeri Pada Pasien Osteoarthritis Post Total Knee Replacement Di Rsop Dr. Soeharso Surakarta*. Jurnal Kesehatan. <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/44562>
- Hadzovic-Cengic, M., Sejtarija-Memisevic, A., Koluder-Cimic, N., Lukovac, E., Mehanic, S., Hadzic, A., & Hasimbegovic-Ibrahimovic, S. (2012). *Cellulitis--epidemiological and clinical characteristics*. Medicinski arhiv, 66(3 Suppl 1), 51–53. <https://doi.org/10.5455/medarh.2012.66.s51-s53>
- Handayani. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Post Debridemen*. Universitas Muhammadiyah surakarta.
- Hasliani. (2021). *Sistem Integumen*. Makassar. CV. Tohar Media.
- Health, P. (2018). *Standards of Medical Care in Diabetes—2018 Abridged for Primary Care Providers*. Clinical Diabetes, 36(1), 14–37. <https://doi.org/10.2337/cd17-0119>
- Hidayati, A, dkkk. (2019). *Infeksi Bakteri Di Kulit*. Surabaya. Universitas Airlangga Press
- International Diabetes Federation (IDF). (2021). *IDF Diabetes Atlas 10th edition (10th ed.)*. IDF.

- Julaeha, J., & Farisma, N. (2022). *Laporan kasus selulitis pedis pada diabetes melitus tipe 2 dengan terapi antibiotik dan insulin*. Journal Borneo, 2(1), 20–25. <https://doi.org/10.57174/jborn.v2i1.18>
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). *Laporan Nasional RISKESDAS 2018*. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (hal. 674)*. http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Laporan Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2018*. In Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kimberly, B. (2014). *Kapita Selekta Penyakit dengan Implikasi Keperawatan*. (2 ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Lumbers, M. (2018). *Wound debridement: choices and practice*. Br J Nurs, 9;27(15). <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.15.S16>
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Tindakan Keperawatan*. DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kreteria Hasil Keperawatan*. DPP PPNI.
- R. Clevere Susanto, M. G.A. Made Ari. (2013). *Penyakit kulit dan Kelamin*. Yogyakarta. Nuha Medika.
- Farhan, Zahara & Ratnasari, Devi. (2018). *Patofisiologi Keperawatan (1 ed.)*. Bandung. Manggu Makmur Tanjung Lestari.
- Sari, A. M. & K. (2013). *Asuhan Keperawatan Perioperatif; Konsep, Proses, dan Aplikasi (3 ed.)*. Salemba Medika.
- WHO. (2016). *Global Report on Diabetes*. Isbn, 978(April), 6–86. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>

LAMPIRAN

Lampiran I SAP Pencegahan Infeksi Pasca Operasi

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) PENCEGAHAN INFEKSI PASCA OPERASI

Pokok Pembahasan	: Pencegahan Infeksi Pasca Operasi
Sub Pokok Pembahasan	: a. Pengertian infeksi b. Penyebab infeksi c. Tanda dan gejala infeksi e. Pencegahan infeksi f. Pemenuhan nutrisi pasca operasi
Sasaran	: Tn. S dan Keluarga
Hari/Tanggal	: Rabu, 05 April 2023
Waktu	: 08.00 WIB s/d selesai
Tempat	: Ruang Topat RSUD Dr. Slamet Garut
Penyuluh	: Rian (KHGA20134)

A. Tujuan

1. Tujuan umum

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan keluarga klien dapat mengetahui pengertian infeksi, penyebab infeksi, tanda dan gejala infeksi, cara pencegahan infeksi serta cara perawatan infeksi di rumah dan pemenuhan nutrisi pasca operasi.

2. Tujuan khusus

Setelah mengikuti penyuluhan pencegahan infeksi selama 30 menit diharapkan Tn. S dan keluarga mampu:

- a. Menjelaskan pengertian infeksi
- b. Menyebutkan penyebab infeksi
- c. Menyebutkan tanda dan gejala infeksi
- d. Menyebutkan cara pencegahan infeksi serta cara perawatan infeksi di rumah
- e. Menyebutkan pemenuhan nutrisi di rumah

B. Materi

Terlampir

C. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

D. Media

1. Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

No.	Waktu	Materi	Kegiatan	
			Penyuluh	Sasaran
1	5 menit pertama	Pendahuluan	Pembukaan: 1. Perkenalan 2. Menjelaskan tujuan 3. Melakukan kontrak waktu 4. Menyebutkan Materi yang akan diberikan	Menyambut salam dan mendengarkan
2	25 menit kedua	Pelaksanaan	Menjelaskan: 1. Menggali pengetahuan audien tentang infeksi 2. Memberikan apresiasi positif 3. Menjelaskan pengertian infeksi 4. Menjelaskan penyebab infeksi 5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Menjelaskan cara pencegahan infeksi serta cara perawatan luka di rumah 7. Menjelaskan pemenuhan nutrisi yang baik pasca operasi 8. Memberi kesempatan audien untuk bertanya	Mendengarkan

3	10 menit	Penutup terakhir	Evaluasi: 1. menanyakan kepada sasaran tentang materi yang telah di berikan 2. beri pujian kepada sasaran bila dapat menjawab 3. mengucapkan terimakasih kepada sasaran dan mengucapkan salam	- menjawab pertanyaan yang di ajukan oleh penyaji - merasa senang jika diberi pujian - menjawab salam
---	----------	------------------	--	---

F. Evaluasi

Pada tahap evaluasi ini diberikan tanya jawab secara lisan kepada keluarga:

1. Jelaskan pengertian infeksi
2. Jelaskan tentang penyebab infeksi
3. Sebutkan tanda dan gejala infeksi
4. Sebutkan cara pencegahan infeksi
5. Sebutkan jenis makanan yang menjadi pantangan dan makanan yang baik bagi pasien pasca operasi

LAMPIRAN MATERI

A. Pengertian Infeksi

Infeksi adalah masuknya bakteri atau kuman ke dalam tubuh dan jaringan yang terjadi pada individu.

B. Penyebab Infeksi

1. adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati di dalam tubuh
2. Luka terbuka dan kotor
3. Gizi buruk
4. Daya tahan tubuh lemah
5. Mobilisasi terbatas atau kurang gerak

C. Tanda dan Gejala Infeksi

1. Merasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas
2. Merasa sakit atau nyeri pada daerah luka
3. Ada kemeraha pada kulit didaerah luka
4. Terjadi bengkak pada daerah luka
5. Gangguan fungsi gerak pada daerah luka
6. Luka berbau tidak sedap
7. Terdapat cairan nanah pada luka

D. Pencegahan Infeksi di Rumah

1. Mandi 2 kali sehari, daerah ya , daerah yang terbalut luka jangan sampai terkena air atau basah karena dapat meningkatkan kelembaban pada kulit yang terbungkus sehingga dapat menjadi tempat berkembang biak kuman dan bakteri.
2. Makanan yang dibutuhkan makanan yang mengandung protein atau tinggi kalori tinggi protein (TKTP) Makanan yang mengandung protein misalnya : susu, telur, madu, roti, kacang-kacangan.
3. Ganti balutan minimal satu kali sehari, mencuci tangan sebelum dan sesudah mengganti balutan, alat dan bahan yang akan digunakan untuk mengganti balutan harus dalam keadaan steril atau bersih, minum obat se obat sesuai anjuran misalnya obat antibiotic untuk mencegah infeksi!

E. Pemenuhan Nutrisi Bagi Pasien Pasca Operasi

1. Definisi Nutrisi

Nutrisi adalah makanan yang mengandung cukup nilai gizi dan tenaga untuk perkembangan dan pemeliharaan kesehatan secara optimal. (Indah, 2013).

2. Jenis Makanan Yang di Perlukan untuk Penyembuhan Luka

a. Karbohidrat

Karbohidrat memiliki berbagai fungsi dalam tubuh makhluk hidup, terutama sebagai bahan bakar dalam melakukan metabolisme. Contoh makanan yang termasuk karbohidrat di antaranya: Nasi, gandum, umbi umbian seperti singkong, kentang, ubi dll.

b. Protein

Fungsi protein :

- 1) Protein menggantikan protein yang hilang selama proses metabolisme yang normal dan proses pengausan yang normal.
- 2) Protein menghasilkan jaringan baru.
- 3) Protein diperlukan dalam pembuatan protein-protein yang baru dengan fungsi khusus dalam tubuh yaitu enzim, hormon dan haemoglobin.
- 4) Protein sebagai sumber energi.

Protein sangat penting untuk pembentukan dan pemeliharaan jaringan tubuh. Beberapa sumber protein berkualitas tinggi adalah: ayam, ikan, daging merah, dan hati. Beberapa sumber protein nabati adalah: kelompok kacang polong (misalnya buncis, kapri, dan kedelai), kacang-kacangan, dan biji-bijian.

c. Lemak

Lemak merupakan sumber energi yang dipadatkan. lemak berfungsi sebagai sumber energi cadangan dalam tubuh, selain itu juga berperan dalam proses pembentukan jaringan baru.

d. Vitamin, Mineral dan air

Ketiga unsur ini tidak dapat dihasilkan oleh tubuh, ketika unsur ini diperlukan tubuh untuk membantu proses metabolisme di dalam tubuh

Diantara makanan yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air yang cukup, maka yang paling penting untuk penyembuhan luka adalah protein dan vitamin C. (Heri, 2013).

Alasannya adalah karena Protein dan vitamin C sangat penting perannya dalam proses penyembuhan luka. Selain itu vitamin C punya peranan penting untuk mencegah terjadinya infeksi dan perdarahan luka. (Heri, 2013)

Contoh makanan yang perlu diperhatikan untuk penyembuhan luka menurut menurut Heri (2013) : 1) Protein; terbagi menjadi: nabati dan hewani. Contoh nabati yaitu tempe, tahu, kacang-kacangan dan lain-lain. Contoh protein hewani, hati, telur, ayam, udang dan lain-lain. 2) Vitamin C adalah, jeruk, jambu, daun pepaya, bayam, tomat, daun singkong dan lain-lain.

3. Tips Perawatan Pasien Pasca Operasi

Tata cara pelaksanaan untuk memenuhi nutrisi yang perlu diperhatikan untuk penyembuhan luka menurut Rizky (2013):

- a. Tingkatkan konsumsi makanan yang mengandung protein dan vitamin C.
- b. Bila mau: a. Makanlah dengan porsi sedikit tapi sering b. Sajikan ketika masih hangat c. Sebelum makan, minum air hangat d. Hindari makanan dengan bumbu tajam

Secara umum untuk mempercepat proses penyembuhan dan pemulihan kondisi pasien pasca operasi, perlu kita perhatikan tips menurut Rizky (2013) di bawah ini:

- a. Makan makanan bergizi, misalnya: nasi, lauk pauk, sayur, susu, buah.
- b. Konsumsi makanan (lauk-pauk) berprotein tinggi, seperti: daging, ayam, ikan, telur dan sejenisnya.
- c. Minum sedikitnya 8-10 gelas per hari.
- d. Usahakan cukup istirahat.
- e. Mobilisasi bertahap hingga dapat beraktivitas seperti biasa. Makin cepat makin bagus.
- f. Mandi seperti biasa, yakni 2 kali dalam sehari.
- g. Kontrol secara teratur untuk evaluasi luka operasi dan pemeriksaan kondisi tubuh.
- h. Minum obat sesuai anjuran dokter.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S., 2012, *Penuntun Diet Edisi Baru*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Potter, P. A., dan Perry , A. G., 2010, *Buku Ajar Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Fundamental Keperawatan: Konsep, Konsep, Proses, dan Praktik* , EGC, Jakarta.
- Putri, M., dan Sari, R., 2014, *Gizi dan Terapi Diet* , Farmedia, Jakarta.
- Said, S., 2013, *Gizi dan Penyembuhan Luka*, Indonesia Academic Publishing, Makassar

Lampiran II Leaflet Pencegahan Infeksi Pasca Operasi

PENCEGAHAN INFEKSI PASCA OPERASI DI RUMAH RSUD DR. SLAMET GARUT



STIKES KARSA HUSADA GARUT
2023

Apa itu Infeksi?

Infeksi adalah masuknya bakteri atau kuman ke dalam tubuh dan jaringan yang terjadi pada individu.

PENYEBAB INFEKSI

1. Adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati di dalam tubuh
2. Luka terbuka dan kotor
3. Gizi buruk
4. Daya tahan tubuh lemah
5. Mobilitas terbatas atau kurang gerak

TANDA DAN GEJALA INFEKSI

1. Merasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas
2. Merasa sakit atau nyeri pada daerah luka
3. Ada kemerahan pada kulit di daerah luka
4. Terjadi bengkak pada daerah luka
5. Gangguan fungsi gerak pada daerah luka
6. Luka berbau tidak sedap
7. Terdapat cairan nanah pada luka



Pencegahan Infeksi Di Rumah

1. Mandi 2 kali sehari, daerah yang terbalut luka jangan sampai terkena air atau basah karena dapat meningkatkan kelembaban pada kulit yang terbungkus sehingga dapat menjadi tempat berkembang biak kuman dan bakteri.
2. Makanan yang dibutuhkan makanan yang mengandung protein atau tinggi kalori tinggi protein (TKTP) Makanan yang mengandung protein misalnya : susu, telur, madu, roti, kacang-kacangan.
3. Ganti balutan minimal satu kali sehari, minum sesuai anjuran dokter obat antibiotic untuk mencegah infeksi!

PEMENUHAN NUTRISI BAGI PASIEN PASCA OPERASI

Nutrisi adalah makanan yang mengandung cukup nilai gizi dan tenaga untuk perkembangan dan pemeliharaan kesehatan secara optimal. (Indah, 2013).

PEMENUHAN NUTRISI BAGI PASIEN PASCA OPERASI

1. Karbohidrat
Nasi, gandum, umbi umbian seperti singkong, kentang, ubi dll.
2. Protein
Protein hewani: ayam, ikan, daging merah, dan hati
Protein nabati: kacang polong seperti buncis, kapri, dan kedelai, kacang kacangan dan biji bijian
3. Lemak
4. Vitamin
5. Mineral
6. Air

CEGAH INFEKSI SEBELUM TERLAMBAT!!!



TIPS PERAWATAN PASIEN PASCA OPERASI

1. Tingkatkan konsumsi makanan yang mengandung protein dan vitamin C.
2. Bila mual: a. Makanlah dengan porsi sedikit tapi sering b. Sajikan ketika masih hangat c. Sebelum makan, minum air hangat d. Hindari makanan dengan berbau tajam.
3. Makan makanan bergizi, misalnya: nasi, lauk pauk, sayur, susu, buah.
4. Konsumsi makanan (lauk-pauk) berprotein tinggi, seperti: daging, ayam, ikan, telur dan sejenisnya.
5. Minum sedikitnya 8-10 gelas per hari.
6. Mobilisasi bertahap hingga dapat beraktivitas seperti biasa. Makin cepat makin bagus.
7. Mandi seperti biasa, yakni 2 kali dalam sehari.
8. Kontrol secara teratur untuk evaluasi luka operasi dan pemeriksaan kondisi tubuh.
9. Minum obat sesuai anjuran dokter.

STIKES KARSA HUSADA
GARUT
2023

RSUD DR.SLAMET GARUT

HIDUP SEHATT!!!
Garut, Jawa Barat, Indonesia



Lampiran III Lembar Bimbingan





LEMBAR BIMBINGAN




Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Gangguan Sistem Integumen:
Post Debridemen a/i Selulitis e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Femur dan
Fibula Dekstra POD 0 di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut

Nama : Rian

NIM : KHGA20134

No.	Hari/ Tanggal	Materi yang di Konsulkan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 05 Juni 2023	BAB III	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki teknik penulisan BAB III2. Tambahkan data-data spesifik dalam pemeriksaan fisik3. Perbaiki analisa data (harus menyertakan analisis sistem)	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
2.	Selasa, 06 Juni 2023	BAB III	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki redaksi kalimat diagnosa keperawatan dengan melihat analisis pathway2. Perbaiki redaksi kalimat dalam intervensi keperawatan (harus lenih operasional)3. Pembahasan harus memenuhi unsur FTO (Fakta Teori Opini)	 H. Zahara Farhan, M.Kep.

3.	Senin, 12 Juni 2023	BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1. BAB III ACC dengan sedikit perbaikan 2. Mulai susun BAB I 	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
4.	Kamis, 15 Juni 2023	BAB I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cari data-data terbaru yang terkait dengan prevalensi dan selulitis 2. Perbaiki cara pengutipan sumber/referensi 3. Perkuat latar belakang dengan teori yang mendasari judul dan dukung dengan hasil-hasil penelitian terkait dan jurnal 	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
5.	Senin, 19 Juni 2023	BAB I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perjelas dan pertegas justifikasi judul askep 2. Perbaiki tujuan penulisan 3. Perbaiki redaksi kalimat dan sistematika penulisan KTI 4. Perbaiki teknik penulisan BAB I secara keseluruhan 	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
6.	Rabu, 21 Juni 2023	BAB I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konten BAB I ACC 2. Parafrase kembali redaksi kalimat intra dan antar paragraf 3. Susun BAB II 	 H. Zahara Farhan, M.Kep.

7.	Senin, 26 Juni 2023	BAB II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konten BAB II ACC 2. Susun BAB IV 3. Susun abstrak 	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
8.	Selasa, 27 Juni 2023	BAB IV dan Abstrak	<ol style="list-style-type: none"> 1. BAB IV ACC 2. Abstrak ACC 3. Susun draf KTI lengkap 	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
9.	Senin, 03 Juli 2023	Draft KTI Lengkap	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACC ujian sidang KTI 	 H. Zahara Farhan, M.Kep.

Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

1. Nama : Rian
2. NIM : KHGA20134
3. Jenis kelamin : Laki-Laki
4. Tempat, Tanggal Lahir : Bandung, 7 Juli 2001
5. Agama : Islam
6. Pekerjaan : Mahasiswa
7. Alamat : Kp. Cigadog RT/RW 03/09, Desa
Tanjungwangi, Kecamatan Cicalengka,
Kabupaten Bandung
8. Email : rian7712443@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN Margasabar Tahun 2008-2014
2. SMPN 1 Cicalengka Tahun 2014-2017
3. SMK Guna Dharma Nusantara Tahun 2017-2020
4. Mahasiswa D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut Tahun 2020
sampai sekarang.