

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. G DENGAN
SELULITIS DAN INTERVENSI KOMPRES NACL 0,9%
DI RUANG ABDURRAHMAN BIN AUF II
RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Pada
Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

KAREEN SASI KIRANA

KHGD25018



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS TAHUN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT**

2026

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. G DENGAN SELULITIS DAN INTERVENSI KOMPRES NACL 0,9% DI RUANG ABDURRAHMAN BIN AUF II RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT

Disusun Oleh

**KAREEN SASI KIRANA
KHGD25018**

KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS

Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan Institute
Kesehatan Karsa Husada Garut

**Menyetujui,
Pembimbing**

Rudy Alfiyansah, S.Kep., Ners., M.Pd

Tugas akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar profesi keperawatan

**Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Dan Kebidanan**

Ka. Prodi Profesi Ners

Sulastini ,S.Kep.,Ners.,M.Kep

Sri Yekti Widadi,S.Kp.,M.Kep

**LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN**

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. G DENGAN
SELULITIS DAN INTERVENSI KOMPRES NACL 0,9% DI
RUANG ABDURRAHMAN BIN AUF II RSUD WELAS ASIH
PROVINSI JAWA BARAT**
NAMA : KAREEN SASI KIRANA
NIM : KHGD25018

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan
perbaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Garut, Juni 2026

Menyetujui,

Penelaah I

Penelaah II

Sri Yekti Widadi,S.Kp.,M.Kep

Eldesa Vava Rilla,S.Kep.,Ners.,M.Kep

Mengetahui,

Ka. Prodi Profesi Ners

**Menyetujui,
Pembimbing**

Sri Yekti Widadi,S.Kp.,M.Kep

Rudy Alfiyansah, S.Kep., Ners., M.Pd

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. G DENGAN
SELULITIS DAN INTERVENSI KOMPRES NaCl 0,9%
DI RUANG ABDURRAHMAN BIN AUF II
RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT**

KAREEN SASI KIRANA

ABSTRAK

Latar Belakang: Selulitis merupakan infeksi bakteri pada kulit dan jaringan subkutan yang ditandai dengan nyeri, kemerahan, edema, dan peningkatan suhu tubuh. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat digunakan untuk membantu mengurangi nyeri dan mendukung penyembuhan luka adalah kompres NaCl 0,9%.

Tujuan: Menganalisis asuhan keperawatan pada pasien selulitis melalui penerapan kompres NaCl 0,9% untuk mengurangi nyeri dan perbaikan kondisi luka.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan analisis *Evidence Based Practice* (EBP). Subjek penelitian adalah Tn. G dengan diagnosis medis selulitis yang dirawat di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat selama tiga hari. Pengkajian nyeri dilakukan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) dan kondisi luka dievaluasi menggunakan *Bates-Jensen Wound Assessment Tool* (BWAT).

Hasil: Diagnosis keperawatan yang ditegakkan meliputi nyeri akut, gangguan integritas kulit, dan hipertermia. Setelah dilakukan pemberian kompres NaCl 0,9% selama ± 15 menit disertai perawatan luka sesuai standar, setelah dilakukan intervensi selama 3x8 jam terjadi penurunan intensitas nyeri dari skala 5 menjadi skala 1, suhu tubuh kembali normal dari 37,8°C menjadi 36,5°C, serta kondisi luka menunjukkan perbaikan dengan penurunan skor BWAT dari 27 menjadi 17. Nyeri akut dan hipertermia teratasi, sedangkan gangguan integritas kulit menunjukkan perbaikan yang signifikan.

Kesimpulan: Penerapan kompres NaCl 0,9% sebagai intervensi berbasis bukti efektif membantu mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan pasien, serta mendukung proses penyembuhan luka pada pasien selulitis sehingga dapat digunakan sebagai terapi nonfarmakologis pendamping dalam asuhan keperawatan.

Kata kunci: Kompres NaCl 0,9%, Selulitis

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR Mr. G WITH CELLULITIS AND 0.9% NaCl COMPRESS INTERVENTION IN THE ABDURRAHMAN BIN AUF II WARD, WELAS ASIH REGIONAL GENERAL HOSPITAL, WEST JAVA PROVINCE

KAREEN SASI KIRANA

ABSTRACT

Background: Cellulitis is a bacterial infection of the skin and subcutaneous tissue characterized by pain, erythema, edema, and increased body temperature. One non-pharmacological intervention that can help reduce pain and promote wound healing is the application of a 0.9% sodium chloride (NaCl) compress.

Objective: To analyze nursing care for a patient with cellulitis through the application of a 0.9% NaCl compress to reduce pain intensity and improve wound condition.

Methods: This study employed a case study design using the nursing process approach, including assessment, nursing diagnosis, planning, implementation, evaluation, and analysis of Evidence-Based Practice (EBP). The subject was Mr. G, diagnosed with cellulitis and hospitalized in the Abdurrahman Bin Auf II Ward, Welas Asih Regional General Hospital, West Java Province, for three days. Pain intensity was assessed using the Numeric Rating Scale (NRS), while wound condition was evaluated using the Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT).

Results: The nursing diagnoses established were acute pain, impaired skin integrity, and hyperthermia. Following the application of a 0.9% NaCl compress for approximately 15 minutes combined with standard wound care, over three consecutive days (3×8 hours), the patient's pain intensity decreased from a score of 5 to 1, body temperature returned from 37.8°C to 36.5°C, and wound condition improved, as indicated by a reduction in the BWAT score from 27 to 17. Acute pain and hyperthermia were resolved, while impaired skin integrity showed significant improvement.

Conclusion: The application of a 0.9% NaCl compress as an evidence-based nursing intervention was effective in reducing pain, improving patient comfort, and promoting wound healing in patients with cellulitis. Therefore, it can be used as a complementary non-pharmacological intervention in nursing care for cellulitis.

Keywords: Cellulitis, 0.9% NaCl Compress.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat, hidayah, dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini yang berjudul "**Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. G Dengan Selulitis Dan Intervensi Kompres Nacl 0,9% Di Ruang Abdurrahman Bin Auf II Rsud Welas Asih Provinsi Jawa Barat**". Adapun karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan tugas akhir dalam Program Studi Profesi Ners di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Meskipun demikian penulis berusaha semaksimal mungkin agar penyusunan karya ilmiah akhir ini berhasil dengan sebaik-baiknya.

Selain itu penulis menyadari bahwa terselesaikannya karya ilmiah akhir ini tidak terlepas dari bantuan, dukungan, dan doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala ketulusan hati, penulis ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., M.Kes, selaku Rektor Institut Kesehatan Husada Garut.
3. Ibu Sulastini, S.Kep.,Ners., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan

4. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners.
5. Bapak Rudy Alfiyansah S.Kep.,M.Pd., selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar memberikan arahan, motivasi, serta ilmu yang sangat berharga dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Sri Yekti Widadi,S.Kp.,M.Kep dan Bapak Eldesa Vava fRilla,S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku dosen penelaah yang telah memberikan masukan, arahan, serta koreksi yang sangat berarti dalam meningkatkan kualitas karya ilmiah akhir ini.
7. Staf Dosen dan Karyawan di lingkungan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
8. Kedua orang tua penulis tersayang, Ayahanda Agus Supiadi,.S.E dan Ibunda Euis Hopipah yang telah menjadi orang tua terhebat. Terimakasih yang tidak terhingga atas limpahan kasih sayang dan cinta yang tulus,doa yang tak pernah putus, materi, motivasi,nasehat,perhatian dan pengorbanan yang diberikan selalu membuat penulis bersyukur memiliki kedua orang tua terhebat yang mengantarkan penulis ke jenjang sarjana berkat jerih payah keduanya.
9. Adik tercinta Khansa Agustia dan Raja Kaysan Triyadi yang menjadi salah satu alasan terbesar penulis untuk semangat menyelesaikan karya ilmiah ini agar bisa menjadi panutan kelak untuk adik-adik tersayang.
10. Sahabat tercinta, Nida Nurhidayah, S.Kep dan Indri Novilasari, S.Kep yang telah memberikan semangat, motivasi, nasehat serta berjuang

bersama menyelesaikan karya ilmiah akhir ini agar bisa lulus bersama-sama.

11. Rekan-rekan Angkatan 2025 Program Studi Profesi Ners, pihak lain yang telah membantu dan memberikan saran untuk kelancaran penulisan karya ilmiah ini.

12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu memberikan dorongan kepada penulis baik langsung maupun tidak langsung sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

13. Terima kasih kepada Kareen Sasi Kirana, S.Kep, diri saya sendiri yang telah bertahan, terus melangkah meski lelah dan ragu. Proses ini bukan hanya soal menyelesaikan tulisan, tapi juga tentang belajar dan tumbuh. Semoga langkah kecil ini menjadi awal dari pencapaian yang lebih besar.

Akhir kata, penulis berharap semoga karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca, khususnya dalam bidang keperawatan, serta dapat menjadi referensi bagi penulis selanjutnya. Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Hal ini tidak terlepas dari kekurangan dan terbatasnya kemampuan serta pengalaman yang penulis miliki.



Garut, Juni 2026

Penulis

Kareen Sasi Kirana

DAFTAR ISI

COVER	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
BAB 1	16
PENDAHULUAN.....	16
1.1. Latar Belakang	16
1.2. Tujuan Penulisan	20
1.1.1. Tujuan Umum	20
1.1.2. Tujuan Khusus.....	20
1.3.1. Manfaat Teoritis	21
1.3.2. Manfaat Praktis	21
BAB II	23
TINJAUAN TEORI	23
2.1. Konsep Penyakit Selulitis	23
2.1.1. Definisi.....	23
2.1.2. Klasifikasi	23
2.1.3. Etiologi.....	25
2.1.4. Manifestasi Klinis	26
2.1.5. Patofisiologi	26
2.1.6. Pathway.....	28
2.1.7. Komplikasi	28
2.1.9. Penatalaksanaan Medis.....	30
2.2. Konsep Nyeri Selulitis	31
2.5. Konsep <i>Evidence Based Practice</i> (EBP).....	43
2.5.1. Definisi EBP	43

2.5.2. Tujuan EBP	44
2.5.3. Hasil Analisis EBP	45
2.5.4. Analisis jurnal	48
2.6. Konsep Pengkajian Keperawatan	49
2.6.1. Pengkajian	49
2.6.3. Perencanaan Keperawatan	56
2.6.4. Implementasi Keperawatan	64
2.6.5. Evaluasi Keperawatan	64
BAB III	66
KAJIAN KASUS	66
3.1. Tinjauan Kasus	66
3.1.1. Pengkajian	66
3.2. Pembahasan	91
3.2.1. Pengkajian Data dan Analisa Data	91
3.2.2. Diagnosis Keperawatan	93
3.2.3. Perencanaan Keperawatan	96
3.2.4. Implementasi	98
3.2.5. Evaluasi	101
3.2.6. <i>Evidence Based Practice</i> (EBP)	102
BAB IV	105
KESIMPULAN DAN SARAN	105
4.1. Kesimpulan	105
4.2. Saran	107
4.2.1. Bagi Institusi Pendidikan	107
4.2.2. Bagi Rumah Sakit	108
4.2.3. Bagi Mahasiswa	108
DAFTAR PUSTAKA	109

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perencanaan	58
Tabel 2.2 Standar Operasional Prosedur	42
Tabel 2.3 Evidence Based Practice.....	45
Tabel 3.1 Activity Daily Living.....	70
Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Labolatorium	73
Tabel 3.3 Terapi	75
Tabel 3.4Analisa Data	75
Tabel 3.5 Perencanaan	78
Tabel 3.6 Implementasi	80
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan.....	87

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Genogram.....	58
--------------------------------	-----------

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	23
Gambar 2.2 Numeric Rating Scale	58

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sistem integumen merupakan sistem organ yang terdiri atas kulit, rambut, kuku, kelenjar keringat, dan kelenjar sebacea. Kulit sebagai organ terbesar tubuh berfungsi sebagai pelindung fisik yang melindungi tubuh dari trauma, kehilangan cairan, paparan zat berbahaya, serta invasi mikroorganisme. Selain itu, sistem integumen berperan dalam regulasi suhu tubuh, persepsi sensorik, sintesis vitamin D, dan menjaga homeostasis tubuh (Ii, 2022). Kerusakan integritas kulit dapat mengganggu fungsi protektif tersebut sehingga meningkatkan risiko terjadinya infeksi pada jaringan kulit dan jaringan di bawahnya (Mulyana & Haryeti, 2025).

Salah satu penyakit yang sering terjadi akibat gangguan pada sistem integumen adalah selulitis. Selulitis merupakan penyakit infeksi yang terjadi di kulit, baik itu dermis maupun jaringan subkutan. Sebesar 70-80% selulitis terjadi pada ekstremitas bawah atau kaki namun dapat juga mengenai bagian tubuh lainnya. Penyebab utama selulitis yaitu bakteri kokus gram positif seperti *Streptococcus spp* atau *Staphylococcus aureus* (Mulyana & Haryeti, 2025). Selulitis merupakan infeksi akut pada kulit dan jaringan subkutan yang dapat berkembang cepat apabila tidak ditangani secara tepat. Infeksi ini umumnya terjadi ketika bakteri masuk melalui luka, lecet, atau gangguan integritas kulit sehingga memicu proses inflamasi pada jaringan (April, 2024).

Kondisi selulitis ditandai oleh kemerahan, nyeri, pembengkakan, rasa hangat, dan terkadang disertai gejala sistemik seperti demam. Manifestasi tersebut tidak hanya menyebabkan ketidaknyamanan, tetapi juga dapat mengganggu aktivitas, mobilitas, dan kualitas hidup pasien (Mulyana & Haryeti, 2025). Apabila tidak ditangani secara tepat, selulitis dapat berkembang menjadi infeksi yang lebih berat, seperti abses, sepsis, hingga gangguan fungsi ekstremitas. Manifestasi klinis yang paling sering dikeluhkan pasien adalah nyeri akibat proses inflamasi yang terjadi pada jaringan, sehingga penatalaksanaan nyeri menjadi salah satu fokus utama dalam asuhan keperawatan. Karena itu, penatalaksanaan selulitis membutuhkan terapi medis yang adekuat serta asuhan keperawatan yang komprehensif untuk mencegah perburukan kondisi (Maulidina & Purwanto, 2025).

Prevalensi kejadian selulitis di Indonesia sendiri pada tahun 2022 ada 318.332 kejadian dengan prevalensi selulitis tiap tahun semakin meningkat dengan salah satu faktor penyebab yaitu penyakit diabetes melitus (Glenda, 2022). Walaupun informasi epidemiologi selulitis di Indonesia masih terbatas, namun beberapa penelitian epidemiologi selulitis di Indonesia telah dilakukan dengan angka kejadian berkisar antara 1,4% hingga 1,6% dan meningkat hingga 5,7%. dan terus meningkat tiap tahunnya (Subekti, 2015 dalam Dwi Putri 2022). Menurut hasil Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat (2021) jumlah kasus orang dengan penyakit selulitis yaitu sebanyak 1.184 kasus. Namun ini belum semua kasus yang terjadi di provinsi Jawa Barat karena data ini hanya mencakup data yang dilaporkan kepada BPS. Sedangkan Di RSUD Welas Asih sendiri menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kasus selulitis

dalam 3 tahun terakhir. Pada tahun 2023 tercatat sebanyak 247 kasus selulitis di rawat di Rumah Sakit ini, dengan rata-rata lama rawat 5-7 hari. Dari jumlah tersebut sebesar 15% diantaranya memerlukan tindakan debridemen akibat nekrosis jaringan yang luas (Nurul, 2023)

Pada pasien selulitis sering mengalami masalah nyeri akut dan gangguan integritas kulit. Kedua masalah ini muncul akibat proses inflamasi, kerusakan jaringan, dan adanya rangsangan nyeri pada area yang terinfeksi, sehingga perlu intervensi yang tepat (Ii, 2022). Nyeri dapat diatasi dengan terapi farmakologi dan non farmakologi. Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), salah satu intervensi yang dapat diberikan pada diagnosis keperawatan nyeri akut adalah Manajemen Nyeri. Pada komponen terapeutik, perawat dianjurkan memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri sesuai indikasi, salah satunya adalah kompres dingin. Terapi ini bekerja dengan menyebabkan vasokonstriksi pada pembuluh darah, menurunkan metabolisme jaringan, mengurangi pelepasan mediator inflamasi, memperlambat hantaran impuls saraf, serta menurunkan sensitivitas reseptor nyeri sehingga intensitas nyeri dapat berkurang. Selain itu, kompres dingin juga membantu mengurangi edema dan memberikan efek nyaman pada area yang mengalami inflamasi. (Andriyani, 2025).

Salah satu bentuk implementasi kompres dingin dalam praktik keperawatan luka adalah penggunaan larutan natrium klorida (NaCl) 0,9%. NaCl 0,9% merupakan larutan isotonik yang memiliki tekanan osmotik hampir sama dengan cairan tubuh sehingga aman digunakan pada jaringan luka tanpa menyebabkan kerusakan sel. Selain berfungsi sebagai cairan irigasi

dan pembersih luka, NaCl 0,9% yang diberikan dalam kondisi dingin dapat memberikan efek kompres dingin pada area yang mengalami inflamasi. Efek tersebut membantu mengurangi nyeri melalui mekanisme vasokonstriksi, menurunkan edema, mempertahankan kelembapan luka, serta menciptakan lingkungan yang mendukung proses penyembuhan jaringan. Oleh karena itu, kompres NaCl 0,9% tidak hanya berperan dalam perawatan luka, tetapi juga menjadi salah satu bentuk terapi nonfarmakologis dalam manajemen nyeri pada pasien selulitis. (Maulidina & Purwanto, 2025).

Beberapa penelitian menunjukkan penggunaan NaCl 0,9% dalam *wound care* dapat membantu proses pembersihan luka dan mendukung penyembuhan jaringan. Walaupun sebagian besar literatur menuliskan NaCl 0,9%, dalam praktik klinik terkadang digunakan konsentrasi NaCl tertentu sesuai kebutuhan pasien dan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, penggunaan NaCl 0,9% pada pasien selulitis menarik untuk dianalisis dari sisi keperawatan, terutama terkait respons nyeri, kondisi luka, dan hasil penyembuhan.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. G di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat, pasien mengalami selulitis pada ekstremitas bawah dengan keluhan nyeri, kemerahan, edema, peningkatan suhu tubuh, dan luka terbuka yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa nyeri menjadi masalah utama yang membutuhkan penanganan segera. Oleh karena itu, selain pemberian terapi medis, dilakukan implementasi intervensi keperawatan berupa kompres NaCl 0,9% sebagai bentuk terapi nonfarmakologis kompres dingin sesuai dengan

intervensi Manajemen Nyeri dalam SIKI. Berdasarkan kondisi tersebut, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Selulitis Dan Intervensi Kompres NaCl 0,9% terhadap penurunan tingkat nyeri di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.

1.2. Tujuan Penulisan

1.1.1. Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk menganalisis asuhan keperawatan Pada Tn. G dengan gangguan sistem integumen: Selulitis melalui Pemberian Kompres NaCl 0.9% Untuk mengurangi nyeri dan perbaikan kondisi luka di Ruang Abdurrahman Bin auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.

1.1.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan laporan ini meliputi:

1. Melakukan pengkajian pada Tn. G dengan Selulitis dan Intervensi Kompres NaCl 0,9% di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan yang tepat pada Tn. G dengan Selulitis dan Intervensi Kompres NaCl 0,9% di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pada Tn. G dengan Selulitis dan Intervensi Kompres NaCl 0,9% di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.

4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Tn. G dengan Selulitis dan Intervensi Kompres NaCl 0,9% di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.
5. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada Tn. G dengan Selulitis dan Intervensi Kompres NaCl 0,9% di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.
6. Menganalisis penerapan *evidence based practice* melalui intervensi kompres NaCl 0,9% dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn. G dengan Selulitis di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.
7. Mendokumentasikan asuhan keperawatan dan pemberian *evidence base practice* (EBP) kompres NaCl 0.9% pada pasien selulitis di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.

1.3. Manfaat Penulisan

1.3.1. Manfaat Teoritis

Hasil karya tulis ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya di bidang Keperawatan Medikal Bedah terutama mengenai intervensi kompres NaCl 0,9% pada pasien Selulitis.

1.3.2. Manfaat Praktis

1. Bagi Penulis

Karya Ilmiah Akhir Ners ini sebagai bahan masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan, pengalaman dan menambah keterampilan atau

kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan kompres NaCl 0,9% pada pasien selulitis.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan dapat dijadikan sebagai landasan untuk melakukan intervensi pada penderita selulitis serta diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pasien selulitis.

3. Bagi Institut Pendidikan

Diharapkan dapat menambah referensi dalam meningkatkan mutu pendidikan dan sebagai bahan pertimbangan untuk memperkaya pengetahuan dan bahan ajar intervensi kompres NaCl 0,9% pada pasien selulitis.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Konsep Penyakit Selulitis

2.1.1. Definisi

Selulitis merupakan infeksi akut pada kulit dan jaringan subkutan yang dapat berkembang cepat apabila tidak ditangani secara tepat. Infeksi ini umumnya terjadi ketika bakteri masuk melalui luka, lecet, atau gangguan integritas kulit sehingga memicu proses inflamasi pada jaringan (April, 2024). Selulitis adalah infeksi dermis dan jaringan subkutan akut yang menyebabkan inflamasi sel dan mengakibatkan kerusakan kulit seperti gigitan atau luka, prognosis biasanya baik dengan terapi yang teratur, dengan penyakit lainnya seperti diabetes meningkatkan resiko terbentuknya Selulitis atau penyebaran selulitis (Maulidina & Purwanto, 2025)

Selulitis merupakan infeksi bakteri akut pada kulit yang menyebar hingga ke dermis, dan lapisan subkutis yang disebabkan oleh bakteri *Streptococcus* beta-hemolitik dan *Staphylococcus aureus* serta lingkungan yang tidak sehat yang dapat meningkatkan trauma dan infeksi pada ekstermitas (Kusumawati, 2022). Dari ketiga pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa selulitis merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Streptococcus* beta hemolitikus dan *Staphylococcus aureus* yang menyerang jaringan dermis dan subkutis yang ditandai dengan lesi disertai tanda-tanda radang.

2.1.2. Klasifikasi

Menurut (Mulyana & Haryeti, 2025) klasifikasi selulitis antara lain:

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
- b. Selulitis yang berasal dari inframylohyoid
- c. Selulitis Senator's Difus Peripharingeal
- d. Selulitis Fasialis Difus
- e. Fascitis Necrotizing dan gambaran atypical lainnya

4. Selulitis kronis

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

2.1.3. Etiologi

Menurut (Ii, 2022) penyebab selulitis 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 termasuk jarang, biasanya disebabkan dari jamur *Aeromonas Hydrophila*.
 - d. *S. Pneumoniae* (Pneumococcus).
2. Faktor resiko yang berhubungan dengan proses terjadinya Selulitis, diantaranya adalah (Meidania and Pratiwi 2020) :
 - a. Faktor resiko terjadinya selulitis yang paling umum adalah edema, terutama lymphedema karena cairan limfatik dianggap memfasilitasi pertumbuhan bakteri.
 - b. Usia: Semakin tua usia, keefektifan sistem sirkulasi dalam menghantarkan darah berkurang pada bagian tubuh tertentu. Sehingga abrasi kulit berpotensi mengalami infeksi.
 - c. Melemahnya Sistem Imun: Dengan sistem imun yang melemah maka semakin mempermudah terjadinya infeksi
 - d. Diabetes Melitus: Tidak hanya kadar gula darah meningkat dalam darah namun juga mengurangi sistem imun tubuh dan menambah resiko terinfeksi. Diabetes mengurangi sirkulasi darah pada ekstremitas bawah

dan potensial membuat luka pada kaki dan menjadi jalan masuk bagi bakteri penginfeksi.

- e. Pembengkakan Kronis Pada Lengan dan Tungkai (Lymphedema):
Pembengkakan jaringan membuat kulit terbuka dan menjadi jalan masuk bagi bakteri penginfeksi.

2.1.4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada selulitis meliputi sebagai berikut (Ii, 2022):

- a. Demam
- b. Menggigil
- c. Sakit kepala
- d. Nyeiri otot
- e. Tidak enak badan
- f. Malaise
- g. Edema
- h. Lesi.
- i. Kulit tampak merah, bengkak, licin disertai nyeri tekan dan teraba hangat
- j. Ruam kulit muncul secara tiba-tiba dan meiliki batas yang tegas
- k. Kemerahan atau peradangan dapat disertai memar dan lepuhan-lepuhan kecil.

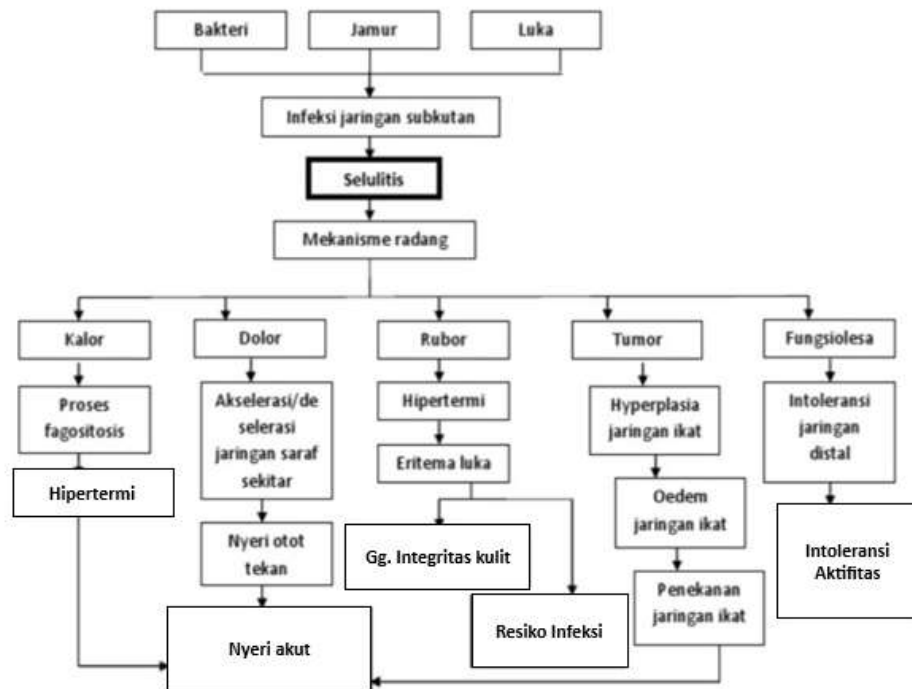
2.1.5. Patofisiologi

Selulitis terjadi akibat adanya bakteri, jamur, virus, yang disebabkan oleh infeksi bakteri streptokokus grup A, yaitu sterptokokus

dan staphylococcus aureus. Bakteri tersebut menyerang kulit dan subkutan infeksi akan menyebar ke jaringan-jaringan dan menghancurkannya, sehingga meluas ke jaringan yang lebih dalam dan menyebar secara sistemik menimbulkan infeksi pada permukaan kulit dan terjadi peradangan akut yang menyebabkan proses inflamasi yang dapat menimbulkan reaksi pada antigen dan antibody sehingga mengiritasi ujung saraf bebas dan menyebabkan nyeri akut. Perubahan status kesehatan dapat menyebabkan krisis situasional sehingga menjadi gelisah dan berujung ansietas. Adanya peradangan akut menyebabkan timbul eritema lokal pada kulit sehingga dapat menimbulkan resiko infeksi. Nyeri saat bergerak dapat menimbulkan cemas dan enggan bergerak sehingga mengalami gangguan mobilitas fisik (Eizra eit al. 2022).

2.1.6. Pathway

Pathway Selulitis



(sumber : Nurul et al., 2023, April, 2024, SDKI, 2017)

Gambar 2.1 Pathway

2.1.7. Komplikasi

Beberapa komplikasi yang dapat di timbulkan selulitis antara lain (Indrayati, 2025):

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.

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan selulitis meliputi (Mulyana, 2025):

1. Hitung Darah Lengkap, menunjukkan kenaikan jumlah leukosit dan ratarata 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.

2.1.9. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan pada pasien dengan selulitis antara lain (Maulidina, 2025):

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 ringan, 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.

2.2. Konsep Nyeri Selulitis

2.2.1. Definisi Nyeri Selulitis

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan atau menyerupai pengalaman yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial. Nyeri bersifat subjektif sehingga setiap individu dapat merasakan intensitas dan

respons yang berbeda terhadap stimulus yang sama.

Pada pasien selulitis, nyeri terjadi akibat proses inflamasi pada kulit dan jaringan subkutan yang disebabkan oleh infeksi bakteri. Proses inflamasi tersebut memicu pelepasan mediator inflamasi seperti prostaglandin, histamin, dan bradikinin yang merangsang nosiseptor sehingga menimbulkan sensasi nyeri. Nyeri pada selulitis umumnya disertai kemerahan, pembengkakan, peningkatan suhu lokal, dan keterbatasan mobilitas pada area yang terinfeksi. Intensitas nyeri dapat meningkat saat area yang mengalami selulitis digerakkan atau diberikan tekanan.

Menurut SDKI, nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat, berintensitas ringan hingga berat, dan berlangsung kurang dari tiga bulan. Pada kasus selulitis, nyeri yang dialami pasien termasuk dalam kategori nyeri akut karena muncul sebagai respons terhadap proses infeksi dan inflamasi yang sedang berlangsung.

2.2.2. Alat Ukur Skala Nyeri

Numeric Rating Scale (NRS) merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri berdasarkan penilaian subjektif pasien. Pada skala ini, pasien diminta memberikan nilai antara 0 sampai 10 sesuai dengan tingkat nyeri yang dirasakan, dimana angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 10 menunjukkan nyeri terberat

yang dapat dibayangkan. NRS merupakan salah satu alat ukur nyeri yang paling banyak digunakan dalam praktik klinis karena sederhana, mudah dipahami, cepat digunakan, serta memiliki validitas dan reliabilitas yang baik dalam menilai intensitas nyeri pada pasien dewasa.

Pengukuran nyeri menggunakan NRS dilakukan dengan meminta pasien memilih angka yang paling menggambarkan tingkat nyeri yang dirasakan saat pengkajian. Skala ini dapat digunakan untuk mengevaluasi perubahan intensitas nyeri sebelum dan sesudah pemberian intervensi keperawatan sehingga memudahkan tenaga kesehatan dalam menilai efektivitas tindakan yang diberikan.



Gambar 2.2 Numeric Rating Scale

Menurut McCaffery Margo dan Pasero Chris (1999), interpretasi NRS dibagi menjadi:

- 0 = tidak nyeri
- 1–3 = nyeri ringan



- 4–6 = nyeri sedang
- 7–10 = nyeri berat

2.2.3. Metode PQRST Nyeri

Menurut buku SDKI (2018):

- P (*Provocation*) : Apa yang sedang pasien lakukan saat nyeri muncul? Apakah sedang bergerak, diam, atau stres? Apakah aktivitas yang dapat membuat nyeri semakin parah? Apa aktivitas yang dapat membuat nyeri menghilang?
- Q (*Quality*) : Minta pasien untuk mendeskripsikan nyeri, apakah nyeri terasa seperti tertusuk benda tajam, tertimpa benda berat, seperti terbakar, dll?
- R (*Region and radiation*) :Dimana lokasi nyeri terjadi? Apakah nyeri menyebar ke bagian tubuh yang lain?
- S (*Severity*) :Minta pasien untuk mendeksripsikan skala nyeri 0-10, dimana 0 tidak ada nyeri dan 10 sangat nyeri.
- T (*Timing*) :Identifikasi kapan nyeri muncul, Berapa lama durasi nyeri muncul, 1 menit, 5 menit? Seberapa sering nyeri muncul? (dalam jam atau hari)

2.3. Konsep Luka Selulitis

2.3.1. Definisi Luka Selulitis

Luka selulitis merupakan kerusakan integritas kulit yang terjadi akibat proses infeksi bakteri pada lapisan dermis dan jaringan subkutan. Selulitis umumnya disebabkan oleh bakteri *Streptococcus pyogenes* dan

Staphylococcus aureus yang masuk melalui luka, lecet, gigitan serangga, atau kerusakan kulit lainnya. Kondisi ini ditandai dengan kemerahan (eritema), pembengkakan (edema), nyeri, peningkatan suhu lokal, serta dapat disertai keluarnya eksudat atau pus apabila infeksi semakin berat. Apabila tidak ditangani dengan baik, selulitis dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang lebih luas dan memperlambat proses penyembuhan luka.

Pada pasien selulitis, proses inflamasi yang berlangsung menyebabkan gangguan integritas kulit dan jaringan sehingga diperlukan pengkajian luka secara berkala untuk memantau perkembangan penyembuhan, mendeteksi komplikasi, dan mengevaluasi efektivitas intervensi yang diberikan.

2.3.2. Karakteristik Luka Selulitis

Karakteristik luka pada selulitis meliputi:

1. Kemerahan pada area kulit yang terinfeksi.
2. Pembengkakan akibat akumulasi cairan inflamasi.
3. Nyeri pada area yang mengalami infeksi.
4. Peningkatan suhu lokal.
5. Adanya eksudat atau cairan luka.
6. Kerusakan jaringan kulit dan jaringan subkutan.
7. Perubahan warna jaringan sekitar luka.
8. Terbentuknya jaringan granulasi selama proses penyembuhan.

2.3.3. Pengukuran Kondisi Luka Menggunakan *Bates-Jensen Wound*

Assessment Tool (BWAT)

Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT) merupakan instrumen yang digunakan untuk menilai kondisi dan perkembangan penyembuhan luka secara objektif. Instrumen ini awalnya dikenal sebagai *Pressure Sore Status Tool (PSST)*, kemudian dikembangkan menjadi BWAT agar dapat digunakan pada berbagai jenis luka, termasuk luka infeksi, luka kronis, ulkus, dan luka selulitis. BWAT digunakan untuk memantau perubahan kondisi luka dari waktu ke waktu serta mengevaluasi efektivitas tindakan perawatan luka yang diberikan.

BWAT terdiri dari 13 parameter yang dinilai, yaitu:

1. Ukuran luka (*size*)
2. Kedalaman luka (*depth*)
3. Tepi luka (*edges*)
4. Undermining
5. Jenis jaringan nekrotik (*necrotic tissue type*)
6. Jumlah jaringan nekrotik (*necrotic tissue amount*)
7. Jenis eksudat (*exudate type*)
8. Jumlah eksudat (*exudate amount*)
9. Warna kulit sekitar luka (*skin color surrounding wound*)
10. Edema jaringan sekitar luka (*peripheral tissue edema*)
11. Indurasi jaringan sekitar luka (*peripheral tissue induration*)
12. Jaringan granulasi (*granulation tissue*)
13. Epitelisasi (*epithelialization*)

Masing-masing parameter diberikan skor 1–5, dimana skor 1 menunjukkan kondisi jaringan yang paling sehat dan skor 5 menunjukkan kondisi luka yang paling berat. Total skor diperoleh dari penjumlahan seluruh item yang dinilai. Semakin tinggi skor BWAT, semakin buruk kondisi luka yang dialami pasien.

Tabel 1.2 *Bates-Jensen Wound Assessment Tool*

Item	Pengkajian	Score		
		Hari ke 1	Hari ke 2	Hari ke 3
Ukuran	1= Panjang X Lebar < 4Cm ² 2= Panjang X Lebar 4 sd < 16Cm ² 3= Panjang X Lebar 16,1 < 36 Cm ² 4= Panjang X Lebar			
Kedalaman	1= tidak ada eritema pada kulit yang utuh 2= hilangnya sebagian kulit termasuk epidermis dan atau dermis 3= hilangnya seluruh bagian kulit terjadi kerusakan atau nekrosis pada subkutan; dapat menembus kedalam tapi tidak melampaui fasia; dan atau campuran sebagian dan seluruh kulit hilang dan atau lapisan jaringan tidak dapat dibedakan dengan jaringan granulasi. 4= dikaburkan dengan nekrosis 5= kehilangan seluruh kulit dengan kerusakan yang luas, jaringan nekrosis atau otot yang rusak, tulang atau struktur penyokong			
Tepi Luka	1= tidak dapat dibedakan, bercampur, tidak dapat dilihat dengan jelas 2= dapat dibedakan, batas luka dapat dilihat dengan jelas, berdekatan dengan dasar luka 3= dapat dibedakan dengan jelas,			

	tidak berdekatan dengan batas luka, bergelombang kebawah, menebal 5= dapat dibedakan dengan jelas, fibrotic, berskar atau hyperkeratosis			
Terowongan (GOA)	1= tidak ada terowongan 2= terowongan <2cm dimana saja 3= terowongan 2-4 seluas <50% area luka 4= terowongan 2-4 seluas >50% area luka 5= terowongan >4cm dimana saja			
Tipe jaringan nekrosis	1= tidak ada 2= putih abu-abu jaringan mati atau slough yang lengket (mudah dihilangkan) 3= slough mudah dihilangkan 4= lengket lembut dan ada jaringan parut palsu berwarna hitam (black eschar) 5= lengket berbatas tegas, keras dan ada black eschar			
Jumlah Jaringan Nekrosis	1= tidak tampak 2= <25% dari dasar luka 3= 25-50% dari dasar luka 4= >50% hingga 75% dari dasar luka 5= 75% hingga 100% dari dasar luka			
Tipe Eksudat	1= tidak tampak 2= bloody (berdarah) 3= serosanguineous (berdarah dengan plasma darah) 4= serous= (bening) 5= purulent (pus/nanah)			
Jumlah Eksudat	1= kering 2= basah/lembab 3= sedikit 4= sedang 5= banyak			
Warna Sekitar Luka	1= pink atau normal 2= merah terang jika ditekan 3= putih atau pucat/ hipopigmentasi			

	4= merah gelap/abu-abu 5= hitam atau hyperpigmentasi			
Jaringan Yang Edema	1= no swelling atau edema 2= no pitting edema kurang dari 4mm di sekitar luka 3= no pitting edema lebih dari 4mm di sekitar luka 4= pitting edema kurang dari 4mm di sekitar luka 5= krepitasi atau pitting edema >4mm			
Pengeras Jaringan Tepi	1= tidak ada 2= pengerasan < 2cm disebagian kecil sekitar luka 3= pengerasan 2-4 cm menyebar 4= pengerasan 2-4 cm menyebar >/50% ditepi luka 5= pengerasan <4cm diseluruh tepi luka			
Jaringan Granulasi	1= Kulit utuh atau stage 2= terang 100% jaringan granulasi 3= terang 50% jaringan granulasi 4= granulasi 25% 5= tidak ada jaringan granulasi			
Epitelisasi	1= 100% epitelisasi 2= 75-100% epitelisasi 3= 50-75% epitelisasi 4= 25-50% epitelisasi 5= < 25% epitelisasi			
Total Score				

Interpretasi Skor BWAT

13–20 :Tingkat keparahan minimal

21–30 :Tingkat keparahan ringan

31–40 :Tingkat keparahan sedang

41–65 :Tingkat keparahan berat/kritis

2.4. Konsep Kompres NaCl 0.9%

2.4.1. Pengertian Kompres NaCl

Salah satu terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri adalah kompres dingin menggunakan NaCl 0.9% yang bekerja melalui vasokonstriksi, penurunan edema, dan

dan efek analgesik lokal (Maulidina, 2025). Kompres NaCl 0,9% adalah tindakan keperawatan dengan menggunakan kasa atau balutan yang dibasahi larutan natrium klorida (NaCl) 0,9% kemudian ditempelkan pada area tubuh atau luka tertentu. Larutan NaCl 0,9% bersifat isotonik (memiliki tekanan osmotik yang sama dengan cairan tubuh), sehingga aman digunakan untuk membersihkan luka, menjaga kelembapan jaringan, mengurangi inflamasi, membantu proses penyembuhan luka, dan mengurangi nyeri atau edema tanpa menyebabkan kerusakan sel jaringan (Heryanto, 2021).

2.4.2. Tujuan Kompres NaCl 0,9%

Kompres NaCl 0,9% (sering dikombinasikan dengan kompres dingin) pada selulitis bertujuan untuk meredakan nyeri, mengurangi bengkak, dan menurunkan rasa hangat pada kulit yang meradang. Cairan ini juga efektif membersihkan area infeksi dari kotoran atau sisa jaringan tanpa merusak sel kulit sehat .

Secara spesifik, berikut adalah beberapa tujuan utama dari kompres NaCl pada area selulitis:

1. Mengurangi Nyeri

Efek dingin membantu vasokonstriksi (menyempitkan pembuluh darah) yang dapat menurunkan sensitivitas saraf dan meringankan rasa nyeri.

2. Menurunkan Pembengkakan (Edema)

Efek osmotik dari cairan salin (NaCl) membantu menarik cairan berlebih dari jaringan yang bengkak.

3. Menurunkan Rasa Hangat & Kemerahan

Kompres membantu menurunkan aliran darah ke area yang meradang sehingga mengurangi sensasi panas.

4. Membersihkan Area Infeksi

Jika selulitis disertai luka, NaCl bertindak sebagai pembersih yang aman untuk mengangkat bakteri dan kotoran tanpa merusak jaringan sehat

2.4.3. Indikasi dan Kontraindikasi Kompres NaCl 0,9%

Kompres NaCl 0,9% diindikasikan pada pasien dengan flebitis, nyeri pasca tindakan invasif, dan berbagai jenis luka karena dapat membantu mengurangi inflamasi, mempertahankan kelembapan jaringan, serta mendukung proses penyembuhan. Kontraindikasi relatif meliputi adanya hipersensitivitas terhadap bahan yang digunakan dan kondisi luka tertentu yang memerlukan terapi khusus sesuai pertimbangan klinis.

2.4.4. Tindakan Kompres NaCl 0,9%

Berdasarkan implementasi yang dilakukan, pemberian kompres NaCl 0,9% setiap hari dapat membantu mengurangi nyeri, mengurangi inflamasi, membersihkan area luka, mempertahankan kelembapan luka, serta mempercepat proses penyembuhan jaringan pada pasien selulitis. Larutan NaCl 0,9% bersifat isotonis sehingga aman digunakan untuk membersihkan luka tanpa menyebabkan kerusakan sel atau iritasi pada jaringan sehat di sekitar luka. Selain itu, kompres NaCl 0,9% dapat membantu mengurangi edema lokal, mengangkat eksudat atau debris pada luka, serta memberikan rasa nyaman pada pasien. Tindakan ini dilakukan dengan prinsip aseptik untuk mencegah terjadinya infeksi lebih lanjut.

2.3.5 Standar Operasional Prosedur Kompres NaCl 0,9%

Tabel 2.3 Standar Operasional Prosedur

Pengertian	Kompres NaCl 0,9% adalah tindakan keperawatan menggunakan cairan natrium klorida isotonik untuk membersihkan luka, menurunkan inflamasi, mengurangi nyeri, dan menjaga kelembapan luka. NaCl 0,9% bersifat isotonik sehingga aman untuk jaringan dan tidak merusak sel luka.
Tujuan	1. Membersihkan luka dari debris dan eksudat 2. Menurunkan nyeri dan inflamasi 3. Mencegah infeksi 4. Mempercepat penyembuhan luka 5. Menjaga kelembapan wound bed
Indikasi	1. Luka terbuka (selulitis, ulkus, infeksi ringan–sedang) 2. Luka dengan eksudat 3. Luka post operasi tertentu 4. Edema atau inflamasi jaringan
Kontraindikasi	1. Luka dengan perdarahan aktif berat 2. Alergi terhadap balutan (jarang) 3. Luka yang memerlukan antiseptik khusus sesuai instruksi dokter
Alat dan	1. Handscoon steril & non-steril

Bahan	2. NaCl 0,9% steril 3. Kasa steril 4. Pinset steril (bila perlu) 5. Plester/verban 6. Bengkok 7. Perlak/pengalas 8. Wadah steril
Pra-Interaksi	1. Cuci tangan 6 langkah 2. Siapkan alat dan bahan 3. Jelaskan prosedur kepada pasien 4. Jaga privasi pasien
Tahap Kerja	1. Atur posisi pasien nyaman 2. Gunakan handscoon 3. Lepaskan balutan lama 4. Observasi luka (ukuran, warna, bau, eksudat, tanda infeksi) 5. Bersihkan luka dengan NaCl 0,9% (dari bersih ke kotor) 6. Gunakan kasa sekali usap 7. Kompres kasa NaCl 0,9% $\pm$ 10–20 menit 8. Keringkan area sekitar luka bila perlu 9. Tutup dengan kasa steril baru 10. Fiksasi balutan
Tahap Terminasi	1. Rapikan pasien 2. Evaluasi respon (nyeri & kenyamanan) 3. Cuci tangan 4. Dokumentasi tindakan
Evaluasi	1. Nyeri menurun 2. Luka lebih bersih 3. Eksudat berkurang 4. Tidak ada tanda infeksi baru 5. Penyembuhan jaringan meningkat

2.5. Konsep *Evidence Based Practice* (EBP)

2.5.1. Definisi EBP

Evidence Based Practice (EBP) dalam keperawatan merupakan metode yang menggabungkan hasil-hasil penelitian, pengalaman klinis perawat, serta nilai dan preferensi yang diyakini oleh pasien dan keluarganya dalam tindakan

keperawatan dengan tujuan meningkatkan hasil asuhan keperawatan dan mempercepat proses penyembuhan pasien (Pranata, 2023).

2.5.2. Tujuan EBP

Tujuan *Evidence Based Practice* (EBP) adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui penggunaan bukti ilmiah terbaik dalam pengambilan keputusan klinis sehingga dapat memberikan asuhan yang efektif, aman, dan berpusat pada pasien. Selain itu, EBP bertujuan meningkatkan luaran pasien, mengurangi variasi praktik klinis, serta mendukung profesionalisme tenaga kesehatan (Fajarini, 2021).

2.5.3. Hasil Analisis EBP

Tabel 2.2 Evidence Based Practice

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Sample	Hasil
1	Rossyana Amelia Maulidina & Edi Purwanto (2025) QUILT Journal	Terapi kompres dingin NaCl 0.9% dalam menurunkan intensitas nyeri: Studi kasus pada pasien selulitis	Studi kasus yang menggunakan pendekatan <i>Evidence Based Nursing Practice</i> pada satu pasien selulitis yang memenuhi kriteria inklusi. Intervensi berupa kompres dingin NaCl 0.9% diberikan selama 10-20 menit selama tiga hari berturut-turut. Pengukuran	1 pasien	Terdapat penurunan intensitas nyeri yang konsisten: hari pertama dari skala 7 menjadi 6, hari kedua dari 6 menjadi 5, dan hari ketiga dari 5 menjadi 4. Selain itu, pasien melaporkan berkurangnya rasa panas, pembengkakan, serta peningkatan kenyamanan setelah terapi.
2	Adinda Nurul Ridhah Marasabessy, Ahmad Wahid Magribi Hasyim, Audhina Anggraeni, Dian J Radjawane (2023)	INTERVENSI KEPERAWATAN PADA MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DENGAN PERAWATAN LUKA	Studi kasus pada pasien yang diberikan kompres NaCl 0,9% selama 2x8 jam	1 pasien	Hasil sebelum dilakukan intervensi kompres NaCL 0,9% selama 2x8 jam didapatkan hasil penurunan/ perubahan tanda-tanda inflamasi dengan skor pre-intervensi yaitu Moderate Severity Scores 31, dan post-intervensi yaitu Mild Severity Scores 22.

		MENGGUNAKAN TEHKNIK KOMPRES NaCL 0,9% PADA PASIEN SELULITIS DI RSUD KOTA BOGOR 2023			
3	Asna Amalia (2024) SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah	PERAWATAN LUKA DAN MANAJEMEN NYERI PADA PASIEN DENGAN SELULITIS	Laporan kasus ini menggunakan single case design melalui pemberian asuhan keperawatan. Manajemen nyeri dievaluasi dengan NRS dan perawatan luka selulitis dievaluasi menggunakan instrumen <i>Bates- Jensen Wound Assessment Tool</i> (BWAT).	1 pasien	Setelah diberikan intervensi ditemukan jika pasien mengalami penurunan nyeri NRS 4 (0-10) menjadi NRS 2 (0-10) dan penurunan skor BWAT dari 50 ke 49. Kesimpulan:
4	Andravita F. Mitaart Herry E. J. Pandaleke (2021) Jurnal Biomedik	KOMPRES NaCL 0,9% SELULITIS DENGAN ULKUS VARIKOSUM	kompres solusio NaCl 0,9% selama 30 menit 3 kali sehari	1 pasien	Hasil yang didapatkan setelah kompres dengan solusio NaCl 0,9% 3x30 menit per hari, dan natrium fusidat krim 2x oles per hari. Setelah 10 hari paska terapi, terdapat

	(JBM)				perbaikan klinis berupa luka yang mulai mengering sedangkan tanda-tanda selulitis tidak tampak lagi.
5	Mr. Jemu Rajendra Nayak, Prof. Varesh G Chilapur1, Mrs. Vanita U B1, Dr. Deelip S Natekar (2026) Scholars Journal of Applied Medical Sciences	<i>A Comparative Study to Assess the Effectiveness of Normal Saline-soaked Dressing Versus Magnesium Sulphate and Glycerin Dressing on Cellulitis</i>	<i>Research design selected for this study was True Experimental Pre-Test–Post-Test Control Group Design. selected using purposive sampling and randomized into two groups of 30 each. The experimental group received Normal Saline-soaked dressing, while the control group received Magnesium sulphate and Glycerine dressing.</i>	<i>60 patient</i>	<i>Findings of the study revealed that a significant reduction in cellulitis grades in both groups, but the experimental group (Normal Saline dressing) showed greater improvement (mean score reduction from 2.46 at pre-test to 1.33 at post-test 2) compared to the control group (2.53 at pre-test to 1.63 at post-test 2).</i>

2.5.4. Analisis jurnal

Berdasarkan telaah lima jurnal, penggunaan NaCl 0,9% terbukti efektif sebagai terapi pendukung pada pasien selulitis, baik dalam bentuk kompres dingin maupun dressing luka. Intervensi ini mampu membantu menurunkan intensitas nyeri, mengurangi tanda-tanda inflamasi seperti kemerahan dan edema, menjaga kelembapan luka, serta mempercepat proses penyembuhan jaringan.

Kompres dingin NaCl 0,9% bekerja melalui mekanisme vasokonstriksi yang mengurangi aliran darah ke area inflamasi dan memperlambat hantaran impuls saraf sehingga nyeri berkurang. Selain itu, sifat isotonis NaCl 0,9% membuatnya aman digunakan pada luka karena tidak menyebabkan iritasi jaringan, membantu membersihkan debris dan eksudat, serta mempertahankan kelembapan yang mendukung pembentukan jaringan granulasi dan epitelisasi.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penggunaan NaCl 0,9% dapat menurunkan skala nyeri, memperbaiki kondisi luka berdasarkan penilaian BWAT, serta memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan dressing lain dalam menurunkan derajat selulitis. Efektivitasnya juga meningkat ketika dikombinasikan dengan terapi farmakologis seperti antibiotik dan terapi nonfarmakologis lainnya.

Dari perspektif keperawatan, NaCl 0,9% memiliki keunggulan karena mudah diperoleh, biaya relatif rendah, aman digunakan, dan dapat diaplikasikan sesuai standar prosedur oleh perawat. Secara keseluruhan, bukti dari lima jurnal menunjukkan bahwa NaCl 0,9% merupakan

intervensi berbasis bukti yang efektif dalam penatalaksanaan pasien selulitis karena mampu mengurangi nyeri dan inflamasi, menjaga kondisi luka tetap optimal, serta mempercepat proses penyembuhan

2.6. Konsep Pengkajian Keperawatan

2.6.1. Pengkajian

1. Anamnesa

a) Identitas

Biodata pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir, agama, suku bangsa, alamat, nomor rekam medis, diagnosis 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).

b) 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.

c) Riwayat Kesehatan Sekarang

Berisi tentang riwayat dan kronologi terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta upaya yang telah dilakukan oleh

pasien dalam mengatasi luka.

d) 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

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

f) Riwayat Psikososial

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

2. Pola Aktivitas Sehari-hari (pola Gordon)

a) 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

b) 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.

c) 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.

d) 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 selulitis 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 Pola Istirahat Tidur. Istirahat tidak efektif adanya poliuri, nyeri pada kaki yang luka, sehingga klien mengalami kesulitan tidur.

e) 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.

f) Persepsi dan Konsep Diri

Adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri. Luka yang kelelahan, sukar sembuh, lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga (self esteem).

g) Peran Hubungan

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

h) 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.

i) Koping Toleransi

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

3. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Biasanya pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, TTV biasanya meningkat karena adanya proses infeksi.

b) Sistem pernafasan

Selulitis tidak mempengaruhi sistem pernafasan tetapi jika infeksi terjadi di area terdekat dengan saluran pernafasan, seperti leher atau wajah, dapat terjadi pembengkakan yang dapat memengaruhi pernafasan. Selain itu, jika pasien mengalami demam tinggi akibat infeksi, dapat mempengaruhi sistem pernafasan dengan menyebabkan peningkatan frekuensi pernafasan.

c) Sistem kardiovaskuler

Pada pasien dengan selulitis jika infeksi sudah menyebar ke aliran darah, menyebabkan kondisi yang dikenal sebagai bakterimia atau sepsis yang dapat menyebabkan gejala seperti tekanan darah rendah, detak jantung cepat, atau gangguan sirkulasi.

d) Sistem pencernaan

Pada pasien selulitis mendapatkan terapi antibiotik untuk mengobati selulitis hal ini dapat memengaruhi keseimbangan bakteri di saluran pencernaan, yang dapat menyebabkan masalah seperti diare atau gangguan pencernaan lainnya.

e) Sistem Genitourinaria

Jika selulitis terjadi di area dekat organ genitourinary seperti paha atau pangkal paha maka infeksi dapat menyebar ke sistem genitourinari.

f) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, kaji apakah ada tidaknya tanda-tanda peningkatan kadar gula darah seperti polidipsi, poliuri dan polipagi biasanya hal ini dapat terjadi Tidak hanya kadar gula darah meningkat dalam darah namun juga mengurangi sistem imun tubuh dan menambah resiko terinfeksi. Diabetes mengurangi sirkulasi darah pada ekstremitas bawah dan potensial membuat luka pada kaki dan menjadi jalan masuk bagi bakteri penginfeksi.

g) Sistem Persyarafan

Meskipun selulitis pada umumnya tidak langsung mempengaruhi sistem persyarafan, selulitis yang parah atau terlokalisasi di area yang penting secara neurologis, seperti pangkal paha atau lengan, dapat menyebabkan gejala seperti nyeri atau mati rasa yang mempengaruhi sistem persyarafan.

h) Sistem musculoskeletal

Apakah terdapat luka pada ekstremitas atas dan terutama paling sering terjadi pada ekstremitas bawah ditandai dengan luka edema dan kemerahan, serta di kaji nyeri, kekuatan dan tonus otot.

i) Sistem integument

Kaji keadaan kulit Kulit pada pasien dengan selulitis mungkin dapat dilihat dengan perubahan turgor kulit, warna, jaringan perut, lesi, atau CRT. Kemerahan dan nyeri tekan yang dirasakan pada sebagian kecil area kulit merupakan gejala awal. Kulit yang terinfeksi menjadi panas dan bengkak serta menyerupai kulit jeruk (peau d'orange). Vesikel, yaitu lepuh kecil berisi cairan, atau bula, yaitu lepuh berisi cairan yang lebih besar, dapat muncul pada kulit yang terinfeksi. Pada saat di palpasi ini lesi selulitis bersifat nyeri, dan hangat. Bila sudah terbentuk abses, akan ditemukan fluktuasi.

2.6.2. Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

DS :

1. Mengeluh nyeri

DO :

1. Tampak meringis

2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)

3. Gelisah

4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur
2. Gangguan integritas jaringan kulit b.d terputusnya kontinuitas jaringan
 - DS:
 - Tidak tersedia
 - DO:
 - 2. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
3. Hipertemi b.d adanya inflamasi penyakit
 - DS :
 - 1. Tidak tersedia
 - DO :
 - 1. Suhu tubuh diatas nilai normal
4. Intoleransi aktifitas b.d imobilitas
 - DS:
 - 1. Mengeluh lelah
 - DO:
 - 3. Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat
5. Resiko infeksi b.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

2.6.3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau perencanaan merupakan pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang di identifikasi dalam diagnosis keperawatan (Rohmah & Walid, 2012). Adapun perencanaan keperawatan menurut Tim Pokja SLKI, (2019) & Tim Pokja

SIKI DPP PPNI, (2017) adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3 Perencanaan

No	Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan keperawatan (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1	Nyeri akut (D.0077) Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab: 1. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan). Tanda & gejala mayor: Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. TTV dalam batas normal 2. Keluhan nyeri menurun 3 (7-10) 3. Meringis menurun	Manajemen nyeri (L.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri Terapeutik 4. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 7. Jelaskan Periode, penyebab, dan pemicu nyeri 8. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk

	6. Tampak meringis 7. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 8. Gelisah 9. Frekuensi nadi meningkat 10. Sulit tidur		mengurangi rasa nyeri . Kolaborasi: 9. Kolaborasi pemberian analgetik
2	Gangguan integritas kulit (D.0129) Definisi: Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen). Penyebab: 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrim 7. Faktor mekanis (mis: penekanan)	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan jam diharapkan masalah pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan cukup menurun 2. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun 3. Nyeri menurun 4. Penyatuan kulit cukup menurun 5. Edema pada sisi luka menurun	Perawatan Luka (L.14564) Observasi: 1. Monitor karakteristik luka(misal, drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik : 3. Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan Salep yang sesuai ke kulit/lesi 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan. 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi :

	pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi) 8. Efek samping terapi radiasi 9. Kelembaban 10. Proses penuaan 11. Neuropati perifer 12. Perubahan pigmentasi 13. Perubahan hormonal 14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan Tanda & gejala Mayor: Subjektif: Tidak tersedia Objektif: 2. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit		10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi: 12. Kolaborasi pemberian antibiotik
3	Hipertermia (D.0130) Definisi: Tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.	Termoregulasi (L.14134) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi dalam rentang normal	Manajemen hipertemia (I.15506) Observasi: 1. Monitor suhu sesering mungkin Terapeutik:

	Penyebab: 1. Dehidrasi 2. Terpapar lingkungan panas 3. Proses penyakit (mis: infeksi, kanker) 4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan 5. Peningkatan laju metabolisme 6. Respon trauma 7. Aktivitas berlebihan 8. Penggunaan incubator Tanda & gejala mayor: Subjektif 2. Tidak tersedia Objektif: 2. Suhu tubuh diatas nilai normal	dengan kriteria hasil: 1. Pernafasan normal: 12-20x/menit 2. Nadi normal 60- 100x/menit 3. Tekanan darah normal 100-140mm/Hg 4. Suhu normal :36,5 C -37,5C 5. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing ,merasa nyaman	2. Selimuti pasien 3. Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila Edukasi: 4. Anjurkan memakai pakain tipis kolaborasi 5. Kolaborasi pemberian obat penurun demam,bila perlu
	Intoleransi aktifitas (D.0056) Definisi : ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. DS:	Toleransi aktifitas (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi meningkat dengan kriteria hasil:	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional

	1. Mengeluh lelah DO: 1. Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat	1. Keluhan Lelah menurun 2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 4. Frekuensi nadi membaik	3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	---	--

6	Resiko infeksi (D.0142) Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor resiko: 1. Penyakit kronis (mis: diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh) 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; imunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat)	Kontrol resiko (L.14128) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko meningkat 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat 3. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat 4. Kemampuan modifikasi gaya hidup meningkat 5. Kemampuan mengenali perubahan status kesehatan meningkat Tingkat Infeksi (L.14137) 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kultur darah membaik	Pencegahan Infeksi (L.14539) Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik : 2. Berikan perawatan kulit pada area luka 3. Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik Edukasi: 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
---	---	---	--

2.6.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pengolahan dan perwujudan dari suatu rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap intervensi atau perencanaan. Fokus pada intervensi keperawatan antara lain menemukan perubahan sistem tubuh, mempertahankan daya tahan tubuh, menetapkan hubungan klien dengan lingkungan, mencegah komplikasi, implementasi pesan dokter.

2.6.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi atau tahap penilaian merupakan tindakan perbandingan yang sistematis dan terencana yang memiliki tujuan tentang kesehatan pasien. Dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Tujuan dari evaluasi yaitu untuk mengetahui kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang telah direncanakan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan .

1. Evaluasi Sumatif

Evaluasi formatif Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

2. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna yang berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu

yang ditetapkan, meliputi Subjek, Objek, Assessment, Planning (SOAP) atau Subjek, Objek, Assessment, Planning, Intervensi, Evaluasi-Revisi (SOAPIE-R).

.

BAB III

KAJIAN KASUS

3.1. Tinjauan Kasus

3.1.1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 9 April pukul 17.00 WIB di ruang Abdurrahman Bin Auf 2 RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat. Pengkajian dilakukan dengan teknik anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan Catatan Medis (CM) pasien.

Tanggal Masuk : 8 April
Ruang : Abdurrahman Bin Auf 2
No. Kamar : 202 B
No. CM : 00251431

1. Identitas Pasien Dan Keluarga

Nama/Inisial : Tn. G
Umur : 61 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Kp. Neglasari Pangalengan
Pendidikan : S1
Pekerjaan : Pensiunan
Agama : Islam
Status Perkawain : Menikah

Identitas Penanggung Jawab

Nama/Inisial : Ny. R
 Umur : 57 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Alamat : Kp. Neglasari Pangalengan
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Ibu rumah tangga
 Agama : Islam
 Status Perkawinan : Menikah

2. Riwayat Kesehatan

A. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri.

B. Riwayat kesehatan sekarang

Alasan pasien masuk rumah sakit

Pasien mengatakan keluhan bermula pada momen Idul Fitri pada tanggal 23 April 2026, ketika pasien mengonsumsi makanan tinggi purin, seperti jeroan. Kondisi tersebut diperberat oleh riwayat asam urat yang dimiliki pasien sehingga muncul nyeri dan pembengkakan pada sendi pergelangan kaki. Selama momen Idul Fitri, pasien melakukan kegiatan silaturahmi yang mengharuskannya banyak berjalan kaki dengan menggunakan celana panjang. Gesekan yang terus-menerus antara bagian bawah celana dengan area pergelangan kaki yang mengalami pembengkakan menyebabkan terjadinya lecet pada kulit hingga

menimbulkan luka. Selain itu, bagian bawah celana yang sering terpapar kotoran diduga menyebabkan kontaminasi pada luka sehingga kondisi luka semakin memburuk dan berkembang menjadi selulitis. Meskipun demikian, pasien tidak segera dibawa ke fasilitas kesehatan. Setelah kurang lebih satu minggu menjalani perawatan di rumah, pasien akhirnya dibawa ke RSUD Welas Asih dan menjalani perawatan di Ruang Abdurrahman Bin Auf 2.

Riwayat kesehatan sekarang

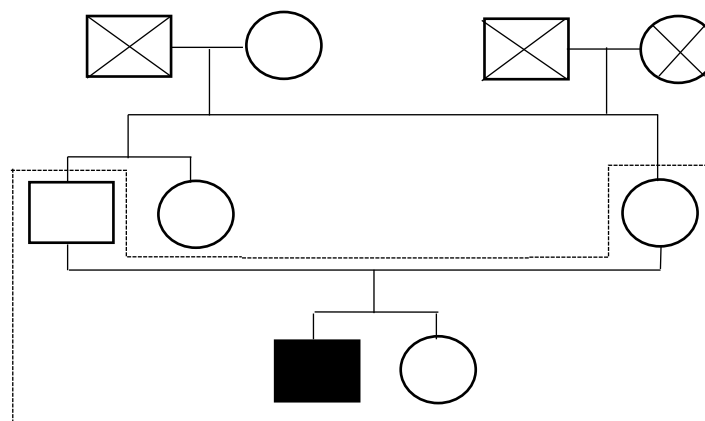
Pada saat dikaji pasien mengeluh nyeri. Nyeri bertambah saat kaki digerakkan dan berkurang saat kaki diistirahatkan atau tidak digerakkan. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dirasakan pada pergelangan kaki kiri dan tidak menyebar ke area lain. Nyeri dirasakan dengan skala nyeri 5 dan dirasakan hilang timbul.

Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan 2 tahun yang lalu pernah dirawat dengan penyakit yang sama. Dan pasien memiliki penyakit asam urat (Gout arthritis).

C. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan bahwa di dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien.



Bagan 3.1 Genogram

Keterangan:

-  = laki –laki
-  = perempuan
-  = pasien
- = Serumah

D. Riwayat psikososial spiritual

Persepsi pasien tentang penyakit

Pasien menyadari bahwa penyakit yang di deritanya adalah penyakit yang dapat disembuhkan asal diobati.

Konsep diri

1. Identitas diri : pasien merupakan seorang laki-laki
2. Harga diri : pasien menghargai dirinya
3. Peran diri : pasien menurapak seorang ayah untuk anak-anaknya, suami untuk istrinya dan kakek untuk cucu-cucunya.
4. Ideal diri: pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan segera pulang agar bisa melaukan aktivitas seperti biasanya.
5. Hubungan/komunikasi: pasien memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan masyarakat.

E. Riwayat ADL

Tabel 4.1 Activity Daily Living

ADL	Sebelum masuk rumah sakit	Di Rumah sakit
Makan	3x sehari, 1 porsi Nasi, lauk pauk, buah & sayur Tidak ada keluhan	3x sehari, 1 porsi Nasi, lauk pauk, buah & sayur Tidak ada keluhan
Minum	5-6 gelas sehari Air putih, kopi, teh Tidak ada keluhan	6-7 gelas sehari Air putih Tidak ada keluhan
Personal Hygiene, berpakaian	Mandi 2x sehari Gosok gigi 2x sehari Mandiri	Diseka Gosok gigi 1x sehari Dibantu oleh keluarga
Mobilisasi	Tidak ada hambatan/keluhan dalam mobilisasi	Selama di RS pasien lebih banyak berbaring
Eliminasi	BAK 4-5X sehari BAB 1x sehari Tidak ada hambatan	BAK 5-6X sehari Selama 1 hari dirawat di RS pasien belum BAB
Istirahat	Tidur siang 1-2 jam Tidur malam 6-7 jam Tidak ada keluhan	Pada saat di RS pasien lebih sering istirahat. Tidur siang >2 jam Tidur malam 6-7 jam Tidak ada keluhan

3. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD: 147/96 mmHg P: 67x/menit R: 20x/ menit

S: 37,9 °C SPO: 99%

BB: 72 KG

a. Sistem integument

Inspeksi:

Terdapat luka pada pergelangan kaki kiri. Area sekitar luka tampak kemerahan (eritema), edema, dan batas kemerahan tegas. Luka tampak terbuka dengan dasar luka berwarna kemerahan, terdapat eksudat atau pus dalam jumlah sedikit. Kulit di sekitar luka tampak mengkilap akibat pembengkakan.

Palpasi:

Terdapat nyeri tekan pada area luka dan jaringan di sekitarnya. Kulit sekitar luka terasa hangat atau panas dibandingkan area sekitarnya. Terasa edema pada pergelangan kaki kiri. Turgor kulit baik dan tidak terdapat krepitasi.

b. Sistem kardiovaskuler

Inspeksi:

Dada tampak simetris, tidak terdapat sianosis maupun edema perifer selain pada area yang mengalami selulitis.

Palpasi:

Tidak ada nyeri tekan, akral terasa hangat, CRT <3 detik, N: 67x/ menit terasa kuat dan teratur.

Perkusi:

Batas jantung dalam batas normal, tidak terdapat kardiomegali.

Auskultasi:

Bunyi jantung S1 dan S2 terdengar jelas, reguler, tidak terdapat bunyi jantung tambahan (murmur maupun gallop).

c. Sistem perkemihan

Inspeksi:

Pasien menggunakan pampers, tidak terdapat keluhan gangguan berkemih.

Palpasi:

Tidak terdapat distensi kandung kemih dan tidak ada nyeri tekan suprapubik.

d. Sistem endokrin

Inspeksi:

Tidak terdapat perubahan fisik yang mengarah pada gangguan endokrin, seperti pembesaran leher atau perubahan berat badan yang signifikan.

Palpasi:

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.

e. Sistem pencernaan

Inspeksi :

Abdomen tampak simetris, tidak terdapat lesi atau luka. Mulut tampak bersih, mukosa bibir sedikit kering.

Auskultasi:

Bising usus 12x/ menit

Palpasi:

Abdomen lunak, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat pembesaran hati (hepatomegali) maupun limpa (splenomegali).

Perkusi:

Terdengar suara timpani pada area abdomen.

f. Sistem respirasi

Inspeksi:

Dada tampak simetris, warna sama dengan warna kulit sekitarnya, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, maupun penggunaan otot bantu nafas.

Auskultasi:

Suara nafas vesikuler

Palpasi:

Tidak terdapat nyeri tekan, ekspansi paru kanan dan kiri simetris.

Perkusi:

Sonor pada seluruh lapang paru.

4. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK**a. Pemeriksaan laboratorium**

Hasil pemeriksaan tanggal 8 April 2026

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Interpretasi
Basofil	1	%	0-1	Normal
Eosinofil	4	%	2-4	Normal
Batang	0	%	2-6	Rendah
Segmen	63	%	50-70	Normal
Limfosit	26	%	24-40	Normal
Monosit	6	%	2-8	Normal
NLR	2.4			
Darah rutin				
Hemoglobin	15.7	g/dl	13.5-17.5	Normal
Lekosit	7.510	sel/uL	3.800-10.600	Normal
Eritrosit	5.28	Juta/uL	4.5-6.5	Normal
Hematokrit	46.4	%	40-52	Normal
Trombosit	391.000	Sel/uL	150.000-440.000	Normal

MCV	87.8	FL	80-100	Normal
MCHC	33.8	%	32-36	Normal
RDW-CV	13.3	%	11.5-14.5	Normal
RDW-SD	42.2	FL	39-46	Normal
SGOT	29	uL	10-34	Normal
SGPT	46	uL	7-56	Normal
Ureum	35	mg/dl	9-43	Normal
Kreatinin	0.91	mg/dl	0,9-1,3	Normal
GDS	119	mg/dl	70-200	Normal
Asam Urat	5,3	mg/dl	3,5-7,0	Normal

b. Pemeriksaan lainnya

Rontgen:

RO Thorax

Foto asimetris

Cor tidak membesar

Sinus dan diafragma normal, sinus dan diafragma kiri normal.

Pulmo:

-Hilus kanan normal, hilus kiri normal, bronkhovaskular marking tidak bertambah

Kesimpulan:

-Tidak tampak TB paru

-Tidak tampak kardiomegali

5. TERAPI

Tabel 3.3 Terapi

No	Obat yang Diberikan	Jenis Golongan Obat	Dosis Obat	Cara pemberian	Frekuensi Waktu (Jam)				Fungsi
1	Ketorolac	NSAID	3x1	IV	08	16	00		Meredakan nyeri
2	Ceftriaxon	Antibiotik	2x1	IV	08	20			Mengatasi infeksi bakteri
3	Pantoprazole	Proton pump inhibitor	1x40 mg	IV	08				Menurunkan produksi asam lambung
4	Cetirizine	Antihistamin	1x1	Oral	20				Meredakan gejala infeksi
6	Diclofenac	NSAID	1x1	Oral	08				Mengatasi nyeri otot
7	Alopurinol	Antipirai	1x1	Oral	08				Menurunkan kadar asam urat
8	Colcisin	Antipirai	3x1	Oral	08	16	00		Mencegah/meredakan peradangan, bengkak dan nyeri asam urat
9	Paracetamol	Antipiretik							Menurunkan demam

6. ANALISA DATA

Tabel 3.4 Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	Masalah
DS: - Pasien mengeluh nyeri. Nyeri dirasakan bertambah apabila menggerakkan kaki dan berkurang apabila tidak digerakan. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dirasakan pada pergelangan kaki kiri, tidak menyebar ke area lain. Nyeri dirasakan dengan skala	Bakteri ↓ Infeksi bakteri ↓ Menyerang kulit ↓ Selulitis ↓ Proses inflamasi ↓ Nyeri akut	Nyeri akut (D.0077)

nyeri 5 dan dirasakan hilang timbul. DO: - Terdapat luka pada pergelangan kaki kiri - Pasien tampak meringis - Pasien tampak protektif		
DS: - DO: - Terdapat kerusakan lapisan kulit pada bagian pergelangan kaki - Luka tampak kemerahan pada area sekitar luka - Terdapat sedikit pus atau eksudat	Selulitis ↓ Proses inflamasi ↓ Terdapat luka pada kulit ↓ Gangguan integritas kulit	Gangguan integritas kulit (D.0129)
DS: - DO: - Suhu tubuh pasien diatas rentang normal dengan suhu 37,9°C	Infeksi bakteri ↓ Selulitis ↓ Proses inflamasi ↓ Pelepasan pirogen ↓ Hipotalamus meningkatkan set point suhu ↓ Peningkatan suhu tubuh ↓ Hipertermi	Hipertermi (D.130)

7. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d

DS:

Pasien mengeluh nyeri. Nyeri dirasakan bertambah apabila menggerakkan kaki dan berkurang apabila tidak digerakan. Nyeri dirasakan seperti

tertusuk-tusuk, dirasakan pada pergelangan kaki kiri, tidak menyebar ke area lain. Nyeri dirasakan dengan skala nyeri 5 dan dirasakan hilang timbul.

DO:

Terdapat luka pada pergelangan kaki kiri

2. Gangguan integritas kulit b.d terputusnyakontinuitas jaringan d.d

DS:-

DO:

- terdapat kerusakan lapisan kulit pada bagian pergelangan kaki
- luka tampak kemerahan pada area sekitar luka

3. Hipertermi b.d Proses penyakit d.d

DS : -

DO: Suhu tubuh pasien diatas rentang normal dengan suhu 37,9°C

8. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tabel 3.5 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d DS: Pasien mengeluh nyeri. Nyeri dirasakan bertambah apabila menggerakkan kaki dan berkurang apabila tidak digerakan. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dirasakan pada pergelangan kaki kiri, tidak menyebar ke area lain. Nyeri dirasakan dengan skala nyeri 5 dan dirasakan hilang timbul.	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun	Manajemen nyeri (L.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi,Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri Terapeutik 4. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi: 6. Jelaskan Periode, penyebab, dan pemicu nyeri 7. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri . Kolaborasi: 8. Kolaborasi pemberian analgetik

	DO: Terdapat luka pada pergelangan kaki kiri		
2.	Gangguan integritas kulit b.d terputusnyakontinuitas jaringan d.d DS:- DO: - terdapat kerusakan lapisan kulit pada bagian pergelangan kaki - luka tampak kemerahan pada area sekitar luka	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Luka (L.14564) Observasi: 1. Monitor karakteristik luka(misal, drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik : 3. Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik 4. Berikan Salep yang sesuai ke kulit/lesi 5. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi : 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi: 8. Kolaborasi pemberian antibiotik
3.	Hipertermi b.d Proses penyakit d.d DS : - DO: Suhu tubuh pasien diatas rentang normal dengan suhu 37,9°C	Termoregulasi (L.14134) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:	Manajemen hipertemia (I.15506) Observasi: 1. Monitor suhu sesering mungkin Terapeutik: 2. Selimuti pasien 3. Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila

		1. Suhu normal :36,5 C - 37,5C	Edukasi: 1. Anjurkan memakai pakain tipis kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat penurun demam,bila perlu
--	--	--------------------------------	--

9. IMPLEMENTASI

Tabel 3.6 Implementasi

No	Diagnosis	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
		9 April 2026 14.30	Melakukan pengkajian tanda-tanda vital	Tanda-tanda vital: TD:147/96 mmHg P : 67x/menit R : 20x/ menit S : 37,9 °C SPO: 99%	 Kareen
	I	17.00	Melakukan pengkajian nyeri pada pasien dengan menanyakan lokasi nyeri di pergelangan kaki kiri, karakteristik nyeri, intensitas nyeri, frekuensi, dan faktor yang memengaruhi nyeri.	Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada pergelangan kaki kiri. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, durasi nyeri kurang lebih 5 menit sekali	 Kareen

		17.03	Mengkaji intensitas nyeri menggunakan <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS)	Pasien mengatakan nyeri dirasakan dengan skala nyeri 5	 Kareen
		17.05	Mengkaji faktor yang memperingan dan memperberat nyeri yang dirasakan pasien	Pasien mengatakan nyeri bertambah apabila kaki banyak bergerak dan berkurang apabila kaki tidak banyak bergerak atau diam.	 Kareen
		17.08	Menjelaskan kepada pasien mengenai penyebab nyeri yang berkaitan dengan proses inflamasi akibat selulitis.	Pasien mengatakan mengerti terkait penyebab nyeri yang dialaminya	 Kareen
	II	17.10	Membuka balutan luka dan melakukan pengkajian kondisi luka menggunakan instrumen <i>Bates-Jensen Wound Assessment Tool</i> (BWAT).	Dilakukan pembukaan balutan dan pengkajian menggunakan instrumen BWAT dengan Total Skor 27. Dengan detail ukuran luka sedang 4cm x6 cm, kedalaman hanya mengenai epidermis. Tepi luka jelas dan menyatu dengan dasar	 Kareen

				luka. Tidak ada goa/terowongan. Bebas dari jaringan nekrosis. Cairan luka minimal dan bertipe serosa/bening. Kulit sekitar luka mengalami sedikit perubahan warna/ kemerahan ringan. Terdapat edema perifer sedang tanpa adanya pengerasan/indurasi jaringan tepi. Jaringan granulasi terisi <75% & >25% area luka, dan epitelisasi baru berjalan sekitar 50% hingga <75%	
		17.15	Membersihkan area luka menggunakan larutan NaCl 0,9% dengan teknik aseptik.	Luka tampak bersih, terdapat sedikit pus, kemerahan dan tampak bengkak	 Kareen
	I, II	17.20	Melakukan kompres NaCl 0,9% pada area luka selama ±15 menit.	Pasien mengatakan merasa lebih nyaman, nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 4, panas pada pergelangan kaki berkurang	 Kareen

		17.35	Mengedukasi pasien untuk menghindari menggaruk atau menekan area luka.	Pasien mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan dan bersedia menghindari menggaruk atau menekan area luka.	 Kareen
	III	18.30	Memonitor suhu tubuh pasien	Suhu tubuh pasien 38°C	
		18.33	Menyelimuti pasien karena pasien tampak menggigil	Pasien tampak nyaman dan tidak menggigil	
		18.40	Memberikan antipiretik sesuai advis dokter	Obat diberikan sesuai advis, pasien kooperatif, kondisi dipantau	
2		10 April 2026 07.10	Memonitor suhu tubuh pasien dan melakukan pengecekan tanda-tanda vital	Suhu tubuh pasien menurun dari sebelumnya menjadi 37,2°C	
	I	08.30	Mengkaji kembali intensitas nyeri pada hari kedua perawatan menggunakan <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS)	Pasien mengatakan skala nyeri sudah berkurang menjadi 4.	 Kareen
	II	08.35	Membuka balutan luka dan	Balutan dibuka, evaluasi	

			melakukan pengkajian kondisi luka pada hari ke-2 perawatan menggunakan instrumen <i>Bates-Jensen Wound Assessment Tool</i> (BWAT).	BWAT hari ke-2 menunjukkan total Skor 24 turun dari sebelumnya: 27). Luka mengecil, bersih, bebas jaringan nekrotik. Pus negatif, jumlah eksudat kering. Pembengkakan sekitar luka berkurang nyata. terang 100% jaringan granulasi dan epitelisasi menutup 75% s.d <100% permukaan luka.	 Kareen
	II	08.40	Membersihkan area luka menggunakan larutan NaCl 0,9% dengan teknik aseptik	Luka tampak lebih bersih setelah dibersihkan dengan NaCl 0,9%, pasien kooperatif selama tindakan.	 Kareen
	I, II	08.45	Melakukan kompres NaCl 0,9% pada area luka selama ±15 menit.	Pasien mengatakan merasa lebih nyaman, nyeri berkurang dari skala 3 menjadi 2, panas pada pergelangan kaki	 Kareen
3	III	11 April 07.30	Memonitor suhu tubuh pasien dan tanda-tanda vital	Suhu tubuh dalam rentang normal 36,7°C	

					 Kareen
	I	09.20	Mengkaji kembali intensitas nyeri pada hari ke-3 perawatan menggunakan Numeric Rating Scale (NRS).	Pasien mengatakan nyeri pada pergelangan kaki kiri semakin berkurang, skala nyeri menurun menjadi 2, pasien tampak lebih rileks dan tidak terlalu meringis saat area sekitar luka disentuh.	 Kareen
	II	09.25	Melakukan pengkajian kondisi luka pada hari ke-3 perawatan menggunakan instrumen <i>Bates-Jensen Wound Assessment Tool</i> (BWAT).	BWAT hari ke-3 menunjukkan total skor 17 (turun dari hari ke-2: 24). Luka tampak semakin membaik, ukuran luka mengecil, dasar luka tampak bersih, tidak terdapat jaringan nekrotik, pus negatif, jumlah eksudat minimal/kering, pembengkakan sekitar luka	 Kareen

				semakin berkurang, jaringan granulasi merah cerah semakin meningkat, dan epitelisasi tampak semakin menutup permukaan luka.	
	II	09.30	Membersihkan area luka menggunakan larutan NaCl 0,9% dengan teknik aseptik. Evaluasi	Luka tampak lebih bersih setelah dibersihkan menggunakan larutan NaCl 0,9%, eksudat minimal, tidak tampak kotoran pada area luka, dan pasien kooperatif selama tindakan dilakukan.	 Kareen
	I,II	09.35	Melakukan kompres NaCl 0,9% pada area luka selama ±15 menit. Evaluasi	Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan kompres, nyeri berkurang dari skala 2 menjadi 1, rasa panas pada pergelangan kaki kiri berkurang, dan pasien tampak lebih rileks selama tindakan.	 Kareen

10. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien : Tn. G

Ruangan : ABA II

No. Rekam medik : 00251431

Nama mahasiswa : Kareen Sasi Kirana

Tabel 3.7 Catatan Perkembangan

No. Dx	Tanggal/jam	SOAP	Paraf
I	9 april 2026 20.30	S : Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada pergelangan kaki kiri, nyeri seperti tertusuk-tusuk, muncul kurang lebih 5 menit sekali. Nyeri bertambah apabila kaki banyak bergerak dan berkurang apabila kaki tidak banyak bergerak atau diam. Pasien mengatakan skala nyeri 5. Setelah dilakukan kompres NaCl 0,9%, pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan nyeri berkurang menjadi skala 4. O : Pasien tampak meringis. Setelah dilakukan kompres NaCl 0,9% selama ± 15 menit skala nyeri menurun menjadi 4. TD: 134/89 mmHg P : 84x/ menit R : 19x/ menit S : 37,4°C A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan pemantauan intensitas nyeri menggunakan NRS, lakukan kompres NaCl 0,9% selama ± 15 menit, dan anjurkan pasien membatasi pergerakan pada kaki yang sakit.	 Kareen

II	9 april 2026 20.35	S : Pasien mengatakan lukanya terasa panas O : Skor BWAT dengan total skor 27. Luka berukuran 4 cm x 6 cm, kedalaman mengenai epidermis, tepi luka jelas dan menyatu dengan dasar luka, tidak ada goa/terowongan, tidak terdapat jaringan nekrotik, cairan luka minimal dengan tipe serosa/bening, kulit sekitar luka tampak kemerahan ringan, terdapat edema perifer sedang tanpa indurasi, jaringan granulasi <75% dan >25% area luka, serta epitelisasi sekitar 50% hingga <75%. Luka dibersihkan menggunakan larutan NaCl 0,9% dengan teknik aseptik, luka tampak bersih, terdapat sedikit pus, kemerahan, dan bengkak. A : Kerusakan jaringan kulit belum teratasi P : Lanjutkan pengkajian luka menggunakan BWAT, bersihkan luka dengan NaCl 0,9% teknik aseptik, lakukan kompres NaCl 0,9%, dan edukasi pasien agar tidak menggaruk atau menekan area luka.	 Kareen
III	9 april 2026 20.40	S : Pasien mengatakan badan badannya sudah tidak terasa panas O : Suhu tubuh pasien 37,4°C. A: Masalah hipertermia teratasi . P: Lanjutkan monitor suhu tubuh secara berkala, pertahankan kenyamanan pasien, anjurkan pakaian tipis bila suhu meningkat, dan kolaborasi pemberian antipiretik sesuai advis dokter apabila terjadi peningkatan suhu tubuh.	 Kareen
I	10 april 2026 13.25	S : Pasien mengatakan skala nyeri sudah berkurang menjadi 4. Setelah dilakukan kompres NaCl 0,9%, pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan nyeri berkurang dari skala 3 menjadi 2.	

		O : Hasil pengukuran nyeri menggunakan NRS menunjukkan skala nyeri 4 sebelum tindakan. Setelah dilakukan kompres NaCl 0,9% selama ± 15 menit, nyeri berkurang menjadi 2. Pasien tampak lebih rileks. TD: 134/89 mmHg A : nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan pemantauan intensitas nyeri menggunakan NRS, lakukan kompres NaCl 0,9% selama ± 15 menit, dan anjurkan pasien membatasi pergerakan pada kaki yang sakit.	Kareen
II	10 april 2026 13.30	S : - O : Balutan dibuka dan dilakukan pengkajian luka menggunakan BWAT hari ke-2 dengan total skor 24 (turun dari sebelumnya 27). Luka mengecil, tampak bersih, bebas jaringan nekrotik, pus negatif, jumlah eksudat kering, pembengkakan sekitar luka berkurang nyata, terang 100% jaringan granulasi, dan epitelisasi menutup 75% sampai <100% permukaan luka. Luka dibersihkan menggunakan NaCl 0,9% teknik aseptik dan pasien kooperatif selama tindakan. A : gangguan integritas kulit P : Intervensi dihentikan	 Kareen
I	11 april 2026 13.35	S : Pasien mengatakan nyeri dikakinya sudah berkurang. Pada hari keempat perawatan nyeri berkurang, sejak awal masuk RS skala nyeri 5 berkurang menjadi 1. O : Pasien tampak lebih nyaman. Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun TD: 134/89 mmHg	 Kareen

		P : 84x/ menit R : 19x/ menit S : 36,5°C A : Nyeri akut teratasi P : Intervensi dihentikan	
II	11 April 2026 13.35	S: Pasien mengatakan luka sudah tidak terasa panas, nyeri berkurang, dan tidak ada cairan yang keluar dari luka. O: Hasil pengkajian luka menggunakan BWAT menunjukkan total skor 17. Luka tampak lebih kecil, dasar luka bersih, tidak terdapat jaringan nekrotik maupun pus, eksudat tidak ada, edema minimal, kemerahan berkurang, jaringan granulasi memenuhi 100% dasar luka, dan epitelisasi hampir menutup seluruh permukaan luka. Luka dibersihkan menggunakan larutan NaCl 0,9% dengan teknik aseptik, tidak di pasang balutan A: Gangguan integritas kulit teratasi. P: Intervensi dihentikan. Edukasi pasien agar menjaga kebersihan luka, mempertahankan balutan tetap bersih dan kering, serta melakukan kontrol sesuai jadwal.	 Kareen

3.2.Pembahasan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. G di ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat selama 3 hari dari tanggal 9-11 April 2026, kemudian melakukan perbandingan antara teori, jurnal yang didapat, dengan kenyataan di lapangan yang berhubungan dengan kasus selulitis. Penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kenyataan serta menemukan beberapa faktor pendukung dan penghambat selama pemberian asuhan keperawatan pasien selulitis.

Selama di lapangan penulis tidak kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn. G karena klien dan keluarga kooperatif kepada perawat. Penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan diantaranya sebagai berikut.

3.2.1. Pengkajian Data dan Analisa Data

Pengkajian keperawatan pada sistem integumen merupakan salah satu komponen dalam proses keperawatan sebagai upaya perawat untuk menggali permasalahan kesehatan klien, khususnya yang berkaitan dengan kerusakan integritas kulit, infeksi, dan gangguan kenyamanan. Pengkajian dilakukan pada tanggal 9 April 2026 di ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat, pada klien Tn. G yang berdomisili di Pangalengan dengan diagnosa medis selulitis.

Hal ini bermula ketika Tn. G mengeluhkan adanya nyeri, bengkak, kemerahan, dan luka pada pergelangan kaki kiri yang semakin memberat

sejak beberapa hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengatakan keluhan bermula pada momen Idul Fitri pada tanggal 25 Maret 2026, ketika pasien mengonsumsi makanan tinggi purin, seperti jeroan. Kondisi tersebut diperberat oleh riwayat asam urat yang dimiliki pasien sehingga muncul nyeri dan pembengkakan pada sendi pergelangan kaki. Selama momen Idul Fitri, pasien melakukan kegiatan silaturahmi yang mengharuskannya banyak berjalan kaki dengan menggunakan celana panjang. Gesekan yang terus-menerus antara bagian bawah celana dengan area pergelangan kaki yang mengalami pembengkakan menyebabkan terjadinya lecet pada kulit hingga menimbulkan luka. Selain itu, bagian bawah celana yang sering terpapar kotoran diduga menyebabkan kontaminasi pada luka sehingga kondisi luka semakin memburuk dan berkembang menjadi selulitis. Meskipun demikian, pasien tidak segera dibawa ke fasilitas kesehatan. Setelah kurang lebih satu minggu menjalani perawatan di rumah, pasien akhirnya dibawa ke RSUD Welas Asih dan menjalani perawatan di Ruang Abdurrahman Bin Auf 2.

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 9 April 2026, pasien mengeluh nyeri. Nyeri dirasakan bertambah apabila menggerakkan kaki dan berkurang apabila tidak digerakan. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dirasakan pada pergelangan kaki kiri, tidak menyebar ke area lain. Nyeri dirasakan dengan skala nyeri 5 dan dirasakan hilang timbul. Selain itu, klien tampak meringis saat area luka dikaji, pergerakan menjadi terbatas, serta aktivitas terganggu akibat nyeri yang dirasakan.

Berdasarkan (Brunner, 2018) selulitis merupakan infeksi akut pada kulit dan jaringan subkutan yang ditandai dengan nyeri, kemerahan (eritema), edema, peningkatan suhu lokal, dan dapat disertai luka atau kerusakan jaringan. Pada beberapa kasus, selulitis juga dapat disertai keluarnya cairan atau pus, keterbatasan gerak pada area yang terkena, serta tanda-tanda inflamasi lainnya. Manifestasi klinis tersebut menunjukkan adanya proses infeksi yang menyebabkan gangguan integritas kulit dan ketidaknyamanan pada klien.

Dari hasil pengkajian, didapatkan bahwa tanda dan gejala yang dialami klien memiliki kesesuaian dengan teori mengenai selulitis, yaitu klien mengalami nyeri pada area pergelangan kaki kiri, luka tampak merah dan bengkak, terasa hangat, terdapat cairan pada luka, serta keterbatasan aktivitas akibat nyeri (Mulyana & Haryeti, 2025). Dengan demikian, data hasil pengkajian menunjukkan bahwa masalah yang dialami klien sesuai dengan gambaran klinis selulitis, yaitu adanya infeksi pada jaringan kulit dan subkutan yang menimbulkan respon inflamasi lokal berupa nyeri, kemerahan, edema, dan gangguan integritas kulit.

3.2.2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada kasus Tn. G terdapat 3 diagnosis keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, gangguan integritas kulit, dan hipertermi. Diagnosis yang diangkat pada kasus ini didasarkan pada keluhan yang dirasakan klien serta data hasil pengkajian yang ditemukan pada klien dengan diagnosis medis selulitis.

Pada kasus Tn. G, masalah keperawatan muncul karena adanya proses infeksi pada jaringan kulit dan subkutan yang menimbulkan nyeri, kemerahan, bengkak, luka, serta gangguan kenyamanan yang berdampak pada aktivitas dan istirahat klien.

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 9 April 2026 didapatkan data masalah keperawatan pada kasus selulitis Tn. G yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (proses infeksi/inflamasi)

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada pergelangan kaki kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah saat area luka disentuh maupun saat kaki digerakkan, dan nyeri dirasakan terus-menerus dengan skala sedang. Selain itu, klien juga mengatakan aktivitasnya menjadi terganggu akibat nyeri yang dirasakan. Adapun data objektif yang ditemukan yaitu klien tampak meringis, area luka tampak kemerahan, bengkak, teraba hangat, dan klien tampak membatasi pergerakan pada ekstremitas yang sakit.

Berdasarkan SDKI (2018), untuk penegakan diagnosis nyeri akut dapat ditemukan data mayor berupa mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, serta data pendukung lain yang berkaitan dengan adanya agen pencedera fisiologis seperti inflamasi atau infeksi. Terkait dengan teori dan data yang ada menunjukkan bahwa diagnosis nyeri akut dapat ditegakkan pada klien

karena nyeri yang dirasakan muncul akibat proses inflamasi pada area selulitis.

2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan jaringan

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan data subjektif klien mengatakan terdapat luka pada pergelangan kaki kiri yang terasa nyeri, tampak merah, dan mengeluarkan cairan. Adapun data objektif yang ditemukan yaitu terdapat kerusakan lapisan kulit, area luka tampak kemerahan, edema, terdapat cairan/eksudat, serta jaringan sekitar luka tampak mengalami inflamasi.

Berdasarkan SDKI (2018), penegakan diagnosis gangguan integritas kulit ditandai dengan adanya kerusakan lapisan kulit, nyeri, kemerahan, edema, perdarahan, hematoma, atau cairan pada luka. Terkait dengan teori dan data yang ada menunjukkan bahwa diagnosis gangguan integritas kulit dapat ditegakkan pada klien karena adanya luka pada pergelangan kaki kiri disertai tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, dan eksudat.

3. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan data subjektif klien mengatakan badannya terasa panas, lemas, dan tidak nyaman. Klien juga mengatakan suhu tubuh meningkat sejak luka pada kaki kirinya semakin memburuk. Adapun data objektif yang ditemukan yaitu suhu tubuh meningkat di atas nilai normal, kulit teraba hangat, wajah tampak kemerahan, dan klien tampak lemah.

Peningkatan suhu tubuh pada klien berkaitan dengan proses infeksi yang terjadi pada jaringan kulit dan subkutan akibat selulitis.

Berdasarkan SDKI (2018), untuk penegakan diagnosa hipertermia dapat ditemukan data berupa suhu tubuh meningkat, kulit teraba hangat, kemerahan, takikardia, takipnea, dan klien merasa panas atau lemah. Terkait dengan teori dan data yang ada menunjukkan bahwa diagnosa hipertermia dapat ditegakkan pada klien karena adanya peningkatan suhu tubuh sebagai respon tubuh terhadap proses infeksi pada kasus selulitis.

3.2.3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI, 2018). Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, yaitu menyusun tindakan keperawatan setelah semua data terkumpul dan dilakukan penentuan prioritas masalah. Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien Tn. G dengan diagnosis medis selulitis, maka rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut

Berdasarkan buku SIKI, untuk mengatasi masalah nyeri akut terdapat beberapa intervensi, namun tidak semua rencana tindakan pada buku rujukan diambil karena disesuaikan dengan kondisi klien dan tanda gejala yang ditemukan pada klien. Perencanaan keperawatan untuk mengatasi diagnosis ini adalah manajemen nyeri, yaitu mengidentifikasi

lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memonitor tanda-tanda vital, memberikan posisi nyaman, menganjurkan istirahat, serta mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

Selain itu, intervensi yang direncanakan pada klien adalah melakukan kompres NaCl 0,9% pada area luka/pergelangan kaki kiri selama 15 menit sebagai tindakan nonfarmakologis untuk membantu mengurangi nyeri, menurunkan inflamasi lokal, membersihkan area luka, dan memberikan rasa nyaman pada klien. Perawat juga merencanakan kolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi medis

2. Gangguan integritas kulit

Berdasarkan buku SIKI, untuk mengatasi masalah gangguan integritas kulit terdapat beberapa intervensi, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan diambil karena disesuaikan dengan kondisi klien. Rencana yang diambil adalah perawatan luka, yaitu memonitor kondisi luka meliputi lokasi, ukuran, warna, adanya kemerahan, edema, eksudat, dan tanda-tanda infeksi, memonitor keadaan kulit sekitar luka, membersihkan luka sesuai prosedur, mengganti balutan sesuai kondisi luka, mempertahankan kebersihan kulit, dan menganjurkan klien menjaga area luka agar tetap bersih dan tidak terkontaminasi.

Selain itu, intervensi yang direncanakan pada klien adalah melakukan kompres NaCl 0,9% selama 15 menit pada area luka untuk

membantu membersihkan luka, menjaga kelembapan luka, mengurangi debris atau eksudat, menurunkan inflamasi lokal, dan mempercepat proses penyembuhan luka. Jika diperlukan, dilakukan kolaborasi pemberian antibiotik sesuai program terapi medis untuk mengatasi infeksi yang mendasari terjadinya selulitis.

4. Hipertermi

Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), untuk mengatasi masalah hipertermia terdapat beberapa intervensi yang dapat dilakukan. Namun, tidak semua intervensi pada buku rujukan diterapkan karena disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan klien. Rencana intervensi yang dipilih meliputi pemantauan suhu tubuh secara berkala, pemantauan tanda-tanda vital, pemantauan tanda dan gejala peningkatan suhu tubuh, menganjurkan penggunaan pakaian yang tipis dan menyerap keringat, serta menciptakan lingkungan yang nyaman dengan suhu ruangan yang adekuat. Selain itu, dilakukan kolaborasi pemberian terapi farmakologis berupa antipiretik, yaitu paracetamol, sesuai advis dokter untuk membantu menurunkan suhu tubuh.

3.2.4. Implementasi

Penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya. Pelaksanaan implementasi dilakukan pada tanggal 9-11 April 2026 pukul 17.00 WIB yang sebelumnya sudah dilakukan kontrak waktu pada saat pengkajian. Implementasi keperawatan pada klien Tn. G dengan diagnosis medis selulitis dilakukan berdasarkan

masalah keperawatan yang ditemukan, yaitu nyeri akut, gangguan integritas kulit, dan hipertermi.

1. Nyeri akut

Implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi nyeri meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengukur skala nyeri menggunakan instrumen *Numeric Rating Scale* (NRS), memonitor tanda-tanda vital, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan posisi nyaman, menganjurkan istirahat, serta mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan nyeri. Selain itu, penulis juga melakukan kompres NaCl 0,9% selama 15 menit pada area luka/pergelangan kaki kiri sebagai upaya nonfarmakologis untuk membantu menurunkan nyeri, mengurangi rasa tidak nyaman, dan menurunkan inflamasi lokal pada area yang mengalami selulitis. Apabila diperlukan, dilakukan kolaborasi pemberian analgesik sesuai program terapi medis. Implementasi pada diagnosis ini dilakukan dengan teknik implementasi independen, yaitu dilakukan secara mandiri oleh perawat, dan kolaboratif pada tindakan pemberian terapi farmakologis.

2. Gangguan integritas kulit

Implementasi yang dilakukan adalah memonitor kondisi luka meliputi lokasi, ukuran, warna, adanya kemerahan, edema, eksudat, dan tanda-tanda infeksi, melakukan pengkajian luka menggunakan instrumen *Bates-Jensen Wound Assessment Tool* (BWAT/BJWAT) untuk menilai

kondisi dan perkembangan luka, membersihkan luka sesuai prosedur, mengganti balutan luka sesuai kondisi luka, mempertahankan kebersihan area luka, serta menganjurkan klien menjaga area luka agar tetap bersih dan tidak terkontaminasi. Selain itu, penulis melakukan kompres NaCl 0,9% selama 15 menit pada area luka untuk membantu membersihkan luka, mengurangi eksudat, mempertahankan kelembapan luka, mengurangi inflamasi lokal, dan mendukung proses penyembuhan luka. Apabila diperlukan, dilakukan kolaborasi pemberian antibiotik sesuai terapi medis untuk membantu mengatasi infeksi pada jaringan kulit dan subkutan. Implementasi pada diagnosis ini dilakukan dengan teknik implementasi independen, yaitu dilakukan mandiri oleh perawat, serta kolaboratif untuk tindakan farmakologis.

3. Hipertermi

Implementasi yang dilakukan adalah memonitor suhu tubuh secara berkala untuk mengetahui perubahan suhu dan mengevaluasi respons pasien terhadap terapi. Selain itu, penulis memantau tanda-tanda vital sebagai bagian dari pemantauan kondisi umum pasien. Apabila suhu tubuh meningkat sesuai indikasi, dilakukan kolaborasi pemberian parasetamol sesuai program terapi medis untuk membantu menurunkan suhu tubuh. Implementasi pada diagnosis ini dilakukan dengan teknik independen, yaitu pemantauan suhu tubuh yang dilakukan secara mandiri oleh perawat, serta kolaboratif dalam pemberian terapi farmakologis berupa parasetamol sesuai instruksi dokter.

3.2.5. Evaluasi

Evaluasi hasil dari diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (proses infeksi/inflamasi), setelah dilakukan implementasi selama 3 hari, pada hari sabtu 11 april 2026 didapatkan hasil data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri pada pergelangan kaki kiri berkurang, nyeri yang sebelumnya dirasakan terus-menerus sudah mulai berkurang setelah dilakukan tindakan perawatan luka dan kompres NaCl 0,9% selama 15 menit, namun nyeri masih muncul saat area luka disentuh atau saat kaki digerakkan. Data objektif menunjukkan klien tampak lebih tenang, ekspresi meringis berkurang, klien tampak lebih rileks, serta hasil pengukuran skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) menunjukkan adanya penurunan skala nyeri dibandingkan sebelum intervensi.

Evaluasi dari diagnosis gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan jaringan/infeksi pada kulit, setelah dilakukan implementasi selama 3 hari, didapatkan hasil data subjektif klien mengatakan luka pada pergelangan kaki kiri masih terasa nyeri tetapi sudah lebih nyaman, cairan dari luka sudah tidak ada, dan area luka terasa tidak terlalu tegang seperti sebelumnya. Data objektif menunjukkan luka masih tampak kemerahan namun edema berkurang, eksudat tidak ada, area luka tampak lebih bersih, dan kondisi luka menunjukkan perkembangan ke arah perbaikan. Hasil penilaian luka menggunakan *Bates-Jensen Wound Assessment Tool* (BWAT/BJWAT) menunjukkan adanya perbaikan

kondisi luka dibandingkan pengkajian awal, meskipun gangguan integritas kulit belum sepenuhnya teratasi.

Evaluasi dari diagnosis hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi), setelah dilakukan implementasi selama 3 hari didapatkan data subjektif klien mengatakan badan terasa tidak terlalu panas dan lebih nyaman. Data objektif menunjukkan suhu tubuh menurun, kulit tidak terlalu hangat, dan klien tampak lebih segar. Dengan demikian masalah hipertermia teratasi sebagian/teratasi.

3.2.6. *Evidence Based Practice (EBP)*

Berdasarkan hasil telaah dari beberapa jurnal *Evidence Based Practice (EBP)* dengan judul yang hampir serupa mengenai pengaruh kompres NaCl 0,9% terhadap penurunan nyeri dan perbaikan kondisi luka, didapatkan persamaan bahwa pemberian kompres NaCl 0,9% dapat membantu menurunkan intensitas nyeri, mengurangi edema, menurunkan rasa panas pada area inflamasi, serta meningkatkan kenyamanan pasien dengan selulitis maupun luka infeksi lainnya. Hasil dari beberapa penelitian tersebut menunjukkan bahwa NaCl 0,9% dapat digunakan sebagai terapi nonfarmakologis dalam perawatan luka karena bersifat isotonis, membantu membersihkan area luka, mempertahankan kelembapan luka, serta mengurangi iritasi jaringan.

Pada kasus Tn. G dengan diagnosis medis selulitis, penerapan kompres NaCl 0,9% selama 15 menit dilakukan sebagai salah satu intervensi keperawatan untuk membantu menurunkan nyeri akut dan

mendukung perbaikan integritas kulit. Tindakan ini sejalan dengan penelitian Maulidina & Purwanto (2025) yang menunjukkan bahwa pemberian kompres dingin NaCl 0,9% selama 10–20 menit selama 3 hari berturut-turut pada pasien selulitis dapat menurunkan intensitas nyeri secara konsisten. Pada penelitian tersebut, hasil pengukuran nyeri menggunakan Numeric Rating Scale (NRS) menunjukkan penurunan skala nyeri dari 7 menjadi 6 pada hari pertama, 6 menjadi 5 pada hari kedua, dan 5 menjadi 4 pada hari ketiga. Selain itu, pasien juga melaporkan adanya penurunan rasa panas, pembengkakan, dan peningkatan kenyamanan setelah pemberian kompres NaCl 0,9%.

Pelaksanaan kompres NaCl 0,9% pada kasus ini juga didukung oleh penelitian Susanto & Rahmawati (2023) yang menyatakan bahwa kompres NaCl 0,9% dapat digunakan sebagai tindakan nonfarmakologis pada pasien selulitis pedis untuk membantu menurunkan nyeri akibat proses inflamasi pada jaringan. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa selulitis menimbulkan tanda inflamasi seperti nyeri, bengkak, kemerahan, dan teraba hangat, sehingga kompres NaCl 0,9% dapat diberikan untuk membantu mengurangi keluhan tersebut dan meningkatkan kenyamanan pasien. Penelitian April, 2024 menyatakan bahwa setelah diberikan intervensi kompres NaCl ditemukan jika pasien mengalami penurunan nyeri NRS 4 (0-10) menjadi NRS 2 (0-10) dan penurunan skor BWAT dari 50 ke 49.

Berdasarkan hasil telaah jurnal dan penerapan pada kasus Tn. G,

dapat disimpulkan bahwa kompres NaCl 0,9% selama 15 menit merupakan intervensi nonfarmakologis yang dapat digunakan pada pasien selulitis untuk membantu menurunkan intensitas nyeri, mengurangi edema, menurunkan rasa panas pada area luka, serta meningkatkan kenyamanan pasien. Selain itu, kompres NaCl 0,9% juga berperan dalam membantu membersihkan luka, menjaga kelembapan lingkungan luka yang optimal, mengurangi eksudat dan debris, serta mendukung proses perbaikan jaringan sehingga mempercepat penyembuhan luka. Dengan demikian, penerapan *Evidence Based Practice* berupa kompres NaCl 0,9% pada kasus Tn. G sesuai dengan bukti ilmiah yang ada dan dapat mendukung proses asuhan keperawatan pada pasien selulitis, khususnya dalam mengurangi tanda-tanda inflamasi serta mempercepat perbaikan kondisi luka.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1. Kesimpulan

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan yang meliputi tahap Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi serta hasil Keperawatan pada Tn. G dengan diagnosa selulitis, maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Tahap pengkajian

Penulis dapat melakukan pengkajian serta komprehensif terhadap aspek aspek yang ada dalam diri klien serta lingkungan sekitarnya, dalam pengkajian klien mempunyai beberapa faktor resiko yang mendukung pada penyakit selulitis.

2. Tahap Diagnosa

Adapun dari data yang terkumpul, penulis menemukan masalah keperawatan pada Tn. G yaitu nyeri akut, gangguan integritas kulit dan hipertermi.

3. Tahap perencanaan

Pada tahap ini penulis dapat merencanakan tindakan keperawatan pada Tn. G dengan selulitis sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada hasil pengkajian dan di sesuaikan dengan kondisi klien, kemampuan perawat dan fasilitas yang tersedia. Perencanaan ditunjukkan

untuk mengatasi nyeri dan masalah-masalah yang muncul yaitu nyeri akut, gangguan integritas kulit dan hipertermi.

4. Tahap pelaksanaan

Pada tahap ini penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun, meliputi pengkajian nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS), pemberian kompres NaCl 0,9% selama ± 15 menit, perawatan luka dengan teknik aseptik menggunakan NaCl 0,9%, pemantauan kondisi luka menggunakan BWAT, pemantauan suhu tubuh, serta pemberian edukasi kepada pasien mengenai perawatan luka dan pembatasan aktivitas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, kondisi pasien menunjukkan perkembangan yang baik, ditandai dengan penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 1, penurunan suhu tubuh menjadi normal, serta perbaikan kondisi luka.

5. Tahap evaluasi

Penulis dapat melakukan evaluasi terhadap seluruh diagnosis keperawatan yang muncul. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah nyeri akut dan hipertermia telah teratasi, sedangkan gangguan integritas kulit mengalami perbaikan yang signifikan, ditandai dengan penurunan skor BWAT dari 27 menjadi 17 berkurangnya edema dan kemerahan, meningkatnya jaringan granulasi, serta tidak ditemukan pus maupun jaringan nekrotik sehingga intervensi dapat dihentikan.

6. Tahap Analisis EBP

Penulis dapat menganalisis penerapan *Evidence Based Practice* melalui intervensi kompres NaCl 0,9% dalam memberikan asuhan keperawatan kepada Tn. G dengan selulitis. Hasil penerapan menunjukkan bahwa kompres NaCl 0,9% efektif membantu mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan pasien, mengurangi inflamasi lokal, serta mendukung proses penyembuhan luka sebagai terapi nonfarmakologis yang dikombinasikan dengan terapi medis.

7. Tahap Dokumentasi

Penulis mendokumentasikan seluruh proses penerapan *Evidence Based Practice* (EBP) melalui intervensi kompres NaCl 0,9% secara sistematis sesuai dengan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi menggunakan format SOAP.

4.2. Saran

4.2.1. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis berharap hasil karya ilmiah ini dapat menjadi tambahan referensi, sumber informasi, serta bahan pembelajaran mengenai asuhan keperawatan pada pasien selulitis, khususnya penerapan *Evidence Based Practice* melalui intervensi kompres NaCl 0,9% dalam mengurangi nyeri dan mendukung penyembuhan luka.

4.2.2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit, khususnya RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat, dapat mengoptimalkan pelayanan keperawatan melalui penerapan praktik berbasis bukti (*Evidence Based Practice*), salah satunya kompres NaCl 0,9%, sebagai intervensi pendukung dalam penatalaksanaan pasien selulitis serta meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan yang berpusat pada pasien.

4.2.3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa keperawatan mampu menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama pendidikan ke dalam praktik klinik secara profesional dengan mengintegrasikan *Evidence Based Practice* dalam pemberian asuhan keperawatan, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan memberikan hasil yang optimal bagi pasien dengan selulitis.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, A., Pahria, T., & Harun, H. (2024). *Perawatan luka dan manajemen nyeri pada pasien dengan selulitis: Studi kasus*. SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah, 3(4), 1947–1962.
- Andriyani, A., Utami, S., Novitasari, A., Setyowati, E., & Muhammad, A. (2025). *Perawatan Luka Dengan NaCl 0,9 % Sebagai Upaya Pencegahan Infeksi pada Luka Post Operatif di Bangsal Marwah RS PKU Muhammadiyah Karanganyar*. 4(1), 1068–1073.
- April, N. (2024). *SENTRI : Jurnal Riset Ilmiah*. 3(4), 1947–1962.
- Fajarini, M., Rahayu, S., Felemban, E. M., & Setiawan, A. (2021). *FACTORS RELATED TO DOCTORS' AND NURSES' PERCEPTIONS OF EVIDENCE-BASED PRACTICE AND INFORMATION - COMMUNICATION TECHNOLOGY*. 24(August 2020), 9–16.
<https://doi.org/10.7454/jki.v24i1.1086>
- Heryanto, R., & Apriliawati, A. (2021). *Efektifitas Pemberian Kompres Aloe vera Dibandingkan Kompres NaCl 0,9 % Terhadap Penurunan Derajat Flebitis di Ruang Anak Rsud Dr . Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi*. 13(1), 140–147.
- Ii, B. A. B., & Selulitis, A. K. (2022). *No Title*. 7–16.
- Indrayati, N. (2025). *Tata Laksana Selulitis (TALASE) di Fasilitas Kesehatan Rawat Jalan*. 1(April), 33–38.
- Maulidina, R. A. (2025). *Terapi kompres dingin NaCl 0.9% dalam menurunkan intensitas nyeri: Studi kasus pada pasien selulitis*.

- Maulidina, R. A., & Purwanto, E. (2025). *Terapi kompres dingin NaCl 0 . 9 % dalam menurunkan intensitas nyeri : Studi kasus pada pasien selulitis*. 5(7), 1106–1111.
- Mulyana, E. A., & Haryeti, P. (2025). *Wiraraja Medika : Jurnal Kesehatan Pasien Selulitis Pedis dengan Komplikasi Diabetes Mellitus : Laporan*. 15(2), 52–61.
- Nurul, A., Marasabessy, R., Wahid, A., Hasyim, M., Anggraeni, A., & Radjawane, D. J. (2023). *GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DENGAN PERAWATAN LUKA MENGGUNAKAN TEHKNIK KOMPRES NaCL 0 , 9 % PADA PASIEN SELULITIS DI RSUD KOTA BOGOR 2023 Pendahuluan*.
- Pranata, L., Surani, V., Suryani, K., & Fari, A. I. (2023). *PEMAHAMAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN) BERBASIS EVIDENCE BASED PRACTICE IN NURSING*. 13(26), 174–178.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2018), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Wijaya, A. D. (2025). *Gagal jantung kongestif dengan selulitis tungkai kaki*. Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia, 10(5). <https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v10i5.58503>