

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. D DENGAN
GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN: POST DEBRIDEMENT
e.c SELULITIS INFEKSIUS a/r DIGITI 1 DEKSTRA
EKSTERMITAS ATAS DI RUANG TOPAZ RUMAH SAKIT
UMUM DR.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh:

TASYA RHAMA DITA
NIM : KHGA20130



**STIKES KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tb. D DENGAN
GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN: POST
DEBRIDEMENT e.c SELULITIS INFEKSIUS a/r DIGITI 1
DEKSTRA EKSTERMITAS ATAS DI RUANG TOPAZ
RUMAH SAKIT UMUM DR.SLAMET GARUT

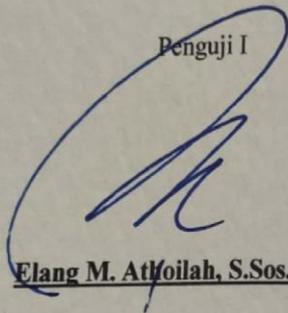
NAMA : TASYA RHAMA DITA

NIM : KHGA20130

Garut, Juli 2023

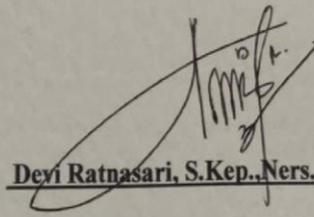
Menyetujui

Penguji I



Elang M. Atmoilah, S.Sos., M.Kes

Penguji II

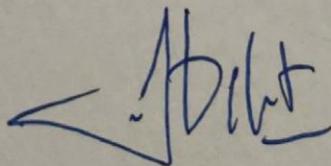


Devi Ratnasari, S.Kep., Ners., M.Kep.

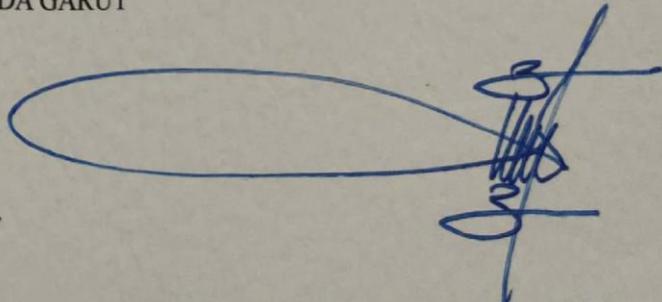
Mengetahui,

Ketua Program Studi D III
Keperawatan
STIKes KARSA HUSADA GARUT

Pembimbing



K. Dewi Budiarti, M. Kep



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. D DENGAN
GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN: POST
DEBRIDEMENT e.c SELULITIS INFEKSIUS a/r DIGITI
1 DEKSTRA EKSTERMITAS ATAS DI RUANG TOPAZ
RUMAH SAKIT UMUM DR.SLAMET GARUT

NAMA : TASYA RHAMA DITA

NIM : KHGA20130

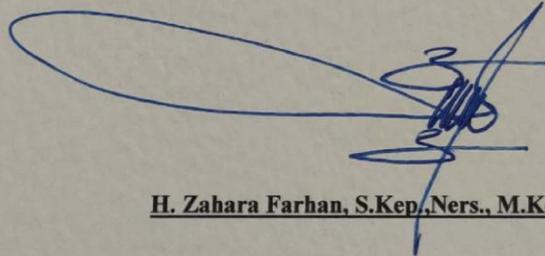
KARYA TULIS ILMIAH

KTI ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji
Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada

Garut, Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing



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

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. D DENGAN GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN: POST DEBRIDEMENT e.c SELULITIS INFEKSIUS a/r DIGITI 1 DEKSTRA EKSTERMITAS ATAS DI RUANG TOPAZ RUMAH SAKIT UMUM DR.SLAMET GARUT

Oleh : Tasya Rhama Dita

NIM: KHGA20130

IV BAB, 102 halaman, 9 tabel, 1 gambar, 4 lampiran

Selulitis merupakan penyakit jenis umum dari infeksi kulit dan jaringan lunak akibat dari infeksi bakteri yang sering terjadi pada kulit dan jaringan subkutan yang insidennya meningkat dan mengakibatkan beban ekonomi dan perawatan kesehatan yang substansial. Selulitis menyebabkan kemerahan dan peradangan pada ekstremitas, juga bisa pada wajah, kulit menjadi bengkak, licin disertai nyeri yang terasa panas. Gejala lainnya adalah demam, merasa tidak enak badan, bisa terjadi kekakuan (Susanto dan Made, 2013). Infeksi bakteri, jamur, virus, dan reaksi alergi menjadi dominasi terbesar penyakit kulit di Indonesia. Selain faktor tersebut, lingkungan yang tidak bersih, gaya hidup dan personal hygiene juga menjadi penyebab timbulnya penyakit kulit. Adapun Karya tulis ilmiah ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan medikal bedah dengan masalah kesehatan selulitis secara langsung dan komprehensif kepada Tn. D dengan gangguan sistem integumen: selulitis. asuhan keperawatan ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan medikal bedah melalui pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi keperawatan. Hasil pengkajian pada klien Tn. D ditegakkan 4 diagnosa, yaitu: nyeri akut, gangguan integritas kulit, gangguan pola tidur dan resiko infeksi. Perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung serta evaluasi dilakukan dengan baik. Berdasarkan hasil evaluasi masalah keperawatan pada Tn. D, semua masalah keperawatan dapat teratasi karena klien kooperatif mengikuti tindakan sesuai anjuran.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Selulitis, Sistem Integumen

Daftar pustaka : 16 buah (Tahun 2012-2022)

ABSTRACT

NURSING CARE IN Mr. D WITH INTEGUMENTAL SYSTEM DISORDERS: POST DEBRIDEMENT e.c INFECTIOUS CELLULITIS a/r DIGITI 1 DEKSTRA UPPER EXTERMITY IN THE TOPAZ ROOM DR. SLAMET GARUT GENERAL HOSPITAL

By: Tasya Rhama Dita

NIM: KHGA20130

IV Chapter, 102 pages, 9 tables. 1 figure, 4 attachments

Cellulitis is a common type of skin and soft tissue infection resulting from bacterial infections that often occur in the skin and subcutaneous tissue whose incidence is increasing and resulting in a substantial economic and health care burden. Cellulitis causes redness and inflammation of the extremities, it can also be on the face, the skin becomes swollen, slippery with pain that feels hot. Other symptoms are fever, feeling unwell, stiffness can occur (Susanto and Made, 2013). Bacterial, fungal, viral infections and allergic reactions are the biggest predominance of skin diseases in Indonesia. In addition to these factors, an unclean environment, lifestyle and personal hygiene are also causes of skin diseases. The purpose of this scientific paper is to provide direct and comprehensive medical surgical nursing care with cellulitis health problems to Mr. D with disorders of the integumentary system: cellulitis. This nursing care uses a descriptive method in the form of a case study to explore the problem of medical emergency nursing care through assessment, diagnosis, planning, implementation of actions, and evaluation of nursing. The results of the assessment on the client Mr. D established 4 diagnoses, namely: acute pain, impaired skin integrity, disturbed sleep patterns and risk of infection. Planning and implementation are supported by supporting facilities and means and evaluation is carried out properly. Based on the results of the evaluation of nursing problems in Mr. D, all nursing problems can be resolved because cooperative clients follow the recommended actions.

Keywords : Nursing care, Cellulitis, Integumental system

Bibliography : 16 (2012-2022)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan semesta alam. Atas izin dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Gangguan Sistem Integumen”.

Penulisan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Sebagai hamba-Nya yang lemah, dengan segala kerendahan hati penulis menanti saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan karya tulis ilmiah ini. Pada kesempatan ini penulisan mengucapkan terima kasih yang setulusnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis berterima kasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak Drs.H.Suryadi,M.si , selaku ketua umum pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

5. Bapak H. Zahara Farhan, M.Kep, selaku dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah ini yang telah banyak memberikan saran dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Elang M. Atoilah, S.Sos., M.Kes., selaku dosen penguji 1 yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
7. Ibu Devi Ratnasari, M.Kep, selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
8. Seluruh staf dan karyawan tata usaha dan perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.
9. Kepala RSUD dr. Slamet Garut yang telah memberikan izin untuk melaksanakan praktek lapangan.
10. Kepala Ruangan Topaz beserta staf yang telah memberikan kesempatan dan bantuan serta kerjasama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
11. Tn. D dan keluarga yang telah bersedia untuk bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
12. Teristimewa kepada orangtua tercinta Bapa Ahid Hidayat dan Mama Nawangsih serta seluruh keluarga besar, yang telah memberikan motivasi yang tiada henti, memberikan dukungan baik secara moril maupun material, serta tiada henti dalam memberikan curahan kasih sayang dan semangat kepada penulis selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
13. Kepada keluarga Tulip yaitu Yulia, Raysa, Amel, Liza, Nurul, Jihan, Ridwan, Wildan, dan Rafli selaku sahabat terbaik penulis, yang senantiasa

memberikan motivasi dan dukungan dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini serta memberikan banyak moment kebersamaan selama perkuliahan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis

14. Rifa Hariansyah, terimakasih atas dukungan, serta telah menjadi rumah tempat berkeluh kesah, selalu ada suka maupun duka, dan mendahulukan kepentingan penulis, meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini .
15. Sahabat-sahabat tercinta yaitu Vina Hapita , Syabila Ayu, Heni, Dewi, Risma, Siti R, Febi, Farhan, Sarah, Septi, Priska yang selalu mendengarkan keluh kesah, menemani dan memberikan motivasi serta semangat .
16. Seluruh rekan-rekan D-III Keperawatan terutama kelas C dengan berbagai macam karakter, sifat sehingga memberi pelajaran dan kebersamaan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.

Garut, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Metode Penulisan.....	6
D. Sistematika Penulisan.....	9
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	10
A. Konsep Selulitis.....	10
1. Pengertian.....	10
2. Klasifikasi selulitis	11
3. Etiologi	13
4. Patofisiologi	14
5. Manifestasi klinis	15
6. Faktor Risiko	16
7. Pemeriksaan Penunjang.....	17
8. Penatalaksanaan	18
9. Komplikasi	19
10. Pathway	21
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	23
1. Pengkajian	23
2. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul (SDKI, 2017):	31
3. Intervensi Keperawatan.....	31
4. Implementasi Keperawatan	34
5. Evaluasi Keperawatan	34

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	36
A. TINJAUAN KASUS	36
1. Pengkajian	36
2. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul Berdasarkan Prioritas Masalah	50
3. Intervensi Keperawatan.....	53
4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	56
5. Catatan perkembangan	60
B. PEMBAHASAN	62
1. Pengkajian	63
2. Diagnosa Keperawatan.....	65
3. Tahap Perencanaan	67
4. Tahap Implementasi	68
5. Tahap Evaluasi	70
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	72
A. Kesimpulan.....	72
1. Pengkajian	72
2. Diagnosa Keperawatan.....	72
3. Perencanaan.....	73
4. Tahap Implementasi	74
5. Tahap Evaluasi	75
B. Rekomendasi	75
DAFTAR PUSTAKA.....	77
LAMPIRAN.....	79

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data	27
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan	30
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari-hari	42
Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	44
Tabel 3.3 Program Terapi	44
Tabel 3.4 Analisa Data	45
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	50
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan	53
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Selulitis	19
Gambar 2.2 Pathway Debridement.....	19

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran II Leaflet

Lampiran III Daftar Riwayat Hidup

Lampiran IV Lembar Bimbingan

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Selulitis merupakan penyakit jenis umum dari infeksi kulit dan jaringan lunak akibat dari infeksi bakteri yang sering terjadi pada kulit dan jaringan subkutan, yang insidennya meningkat, dan mengakibatkan beban ekonomi dan perawatan kesehatan yang substansial. Faktanya meskipun selulitis penyakit yang ringan dan dapat diobati dengan rawat jalan, namun kasus ini menjadi lebih serius, terutama pada orangtua dan individu dengan factor predisposisi atau komorbiditas (Collazo et al., 2018).

Debridement adalah proses pengangkatan jaringan avital atau jaringan mati dari suatu luka. Jaringan avital dapat berwarna lebih pucat, coklat muda, atau hitam dan dapat kering atau basah. Debridement adalah suatu tindakan untuk membuang jaringan nekrosis, callus dan jaringan fibrotik. Jaringan mati yang dibuang sekitar 2-3 mm dari tepi luka ke jaringan sehat. Tindakan debridement ini dilakukan untuk membuang jaringan yang mati serta membantu mempercepat penyembuhan luka. Debridement dapat dilakukan secara surgical, kimia / enzimatis, mekanik, atau autolitik. Metode debridement yang dipilih tergantung pada jumlah jaringan nekrotik, luasnya luka, riwayat medis pasien, lokasi luka dan penyakit sistemik.

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia, penyakit kulit dan jaringan subkutan merupakan penyakit kedua terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit, yaitu sebesar 501.280, atau sebesar 3,16% dari total pasien rawat jalan.

Jumlah ini menurun pada tahun 2009 sampai sekarang, menjadi 247.256 kasus. Informasi mengenai epidemiologi selulitis sendiri di Indonesia masih sangat terbatas (Rositawati, 2016). Selulitis biasa terjadi apabila sebelumnya terdapat gangguan yang menyebabkan kulit terbuka, seperti luka terbakar, gigitan serangga, atau luka operasi. Selulitis dapat terjadi di seluruh bagian tubuh, namun bagian tersering terkena selulitis adalah kulit di wajah dan kaki . Selulitis bisa hanya menyerang kulit bagian atas, tapi bila tidak diobati dan infeksi semakin berat, dapat menyebar ke pembuluh darah dan kelenjar getah bening. Selulitis biasanya muncul di area yang tidak terbatas, tegas, hangat, eritematosa, dengan edema terkait dan nyeri tekan pada saat dipalpasi. Penyakit

ini adalah infeksi bakteri akut yang menyebabkan peradangan pada dermis dalam dan jaringan subkutan disekitarnya. Infeksi ini tanpa abses atau cairan purulen. Penyebab dari infeksi ini yaitu karena bakteri *streptokokus beta-hemolitik*, umumnya *streptokokus grup A* yaitu *Streptococcus pyogenes*, diikuti oleh *staphylococcus aureus* yang sensitive terhadap methicillin. Pasien yang mengalami gangguan sistem imun, biasanya disebabkan oleh bakteri *staphylococcus aureus* yang resisten methicillin, digigit hewan, atau memiliki penyakit penyerta seperti diabetes melitus (Brown, Kristen L., & Watson ,2021). Selulitis menyebabkan kemerahan dan peradangan pada ekstermitas juga bisa pada wajah, kulit menjadi bengkak, licin disertai nyeri yang terasa panas. Gejala lain adalah demam, merasa tidak enak badan, bisa terjadi kekakuan (Susanto dan Made, 2013). Angka kejadian infeksi kulit ini terjadi lebih dari 14 juta kasus terjadi di Amerika Serikat setiap tahun,dan kejadiannya terjadi pada 7% -10% pasien yang di rawat dirumah sakit di Amerika Utara. Infeksi bakteri, jamur, virus, dan reaksi alergi menjadi dominasi terbesar penyakit kulot di Indonesia, sedangkan faktor degeneratif menjadi penyebab penyakit kulit di Negara Barat. Selain faktor yang disebut di atas, lingkungan yang tidak bersih, life style, dan personal Hygiene juga menjadi penyebab timbulnya penyakit kulit (Siregar, 2015).

Salah satu gangguan kulit tersebut adalah selulitis. Selulitis adalah inflamasi jaringan subkutan dimana proses inflamasi tersebut disebabkan oleh bakteri *S. aureus* dan atau *Sterpcoccus* (Muttaqien, 2011). Gaya hidup mempengaruhi kejadian selulitis, dimana penelitian yang dilakukan di Jakarta

tahun 2005 kekerapan selulitis di daerah urban yaitu di kelurahan kayu putih adalah 5,69%, sedangkan di Jawa Barat angka kejadian sekitar 1,1% (Depkes, 2012).

Dampak penyakit Selulitis terhadap Kebutuhan Dasar Manusia (KDM). Berikut ini adalah masalah-masalah keperawatan dalam sub kategori keamanan dan perlindungan yang hanya berfokus pada pasien dewasa (SDKI, 2016):

Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit pada dermis atau epidermis . Adapun penyebab dari gangguan integritas kulit adalah perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, kekurangan / kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritasi, suhu lingkungan yang eskترم, faktor mekanis(misal penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembapan, proses penuaan neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal dan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan /melindungi integritas jaringan. Hipertermia merupakan suhu tubuh meningkat terhadap rentang normal tubuh. Adapun penyebabnya yaitu dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (misal; infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebih dan penggunaan inkubator. Hipotermia adalah suhu berada dibawah rentang normal tubuh. Adapun penyebabnya yaitu kerusakan hipotalamus, konsumsi alcohol, berat badan eskترم, kekurangan lemak subkutan, terpapar suhu lingkungan rendah, malnutrisi, pemakaian pakaian tipis, penurunan laju

metabolisme, tidak beraktivitas, tranfes panas, trauma, proses penuaan, efek agen farmakologi, dan kurang terpapar informasi tentang pencegahan hipotermia.

Berdasarkan hal tersebut maka penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan yang berupa laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Gangguan Sistem Integumen :Selulitis di Ruang Topaz RSUD Dr.Slamet Garut “**. Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan Karya Ilmiah Akhir DIII Keperawatan ini adalah untuk menganalisis asuhan keperawatan pada Tn. D dengan gangguan sistem Integumen : Post Debridement e.c Selulitis Infeksius a/r digiti 1 dekstra ekstermitas atas selama satu minggu praktik di Ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan karya tulis ilmiah ini meliputi :

- a. Mengetahui pengkajian Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan gangguan sistem integumen : post debridement e.c selulitis infeksius a/r digiti 1 dekstra ekstermitas atas di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut selama satu minggu praktik.

- b. Mengetahui diagnosa Asuhan keperawatan pada Tn. D dengan gangguan system integumen : post debridement e.c selulitis infeksius a/r digiti 1 dekstra ekstermitas atas di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut selama satu minggu praktik.
- c. Mengetahui rencana tindakan keperawatan yang diberikan pada Tn. D dengan gangguan sistem integumen : post debridement e.c selulitis infeksius a/r digiti 1 dekstra ekstermitas atas di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut selama satu minggu praktik.
- d. Mengetahui Implementasi yang telah dilakukan Pada Tn. D dengan gangguan sistem integumen : post debridement e.c selulitis infeksius a/r digiti 1 dekstra ekstermitas atas di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut selama satu minggu praktik.
- e. Mengetahui evaluasi hasil implementasi yang telah dilakukan pada Tn. D dengan gangguan sistem integumen : post debridement e.c selulitis infeksius a/r digiti 1 dekstra ekstermitas atas di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut selama satu minggu praktik.

C. Metode Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, metode yang digunakan adalah Metode deskriptip dengan teknik studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan pada Tn. D yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Teknik pengumpulan data yang digunakan menurut Ivey, 1998 dalam fundamental keperawatan edisi 7 tahun 2014 adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Selama pemeriksaan penulis mengumpulkan data dengan cara menanyakan atau membuat tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien biasanya juga disebut dengan anamnesa.

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan secara langsung perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk memperoleh data objektif dari pasien yang dilakukan secara sistematis meliputi:

- a. Inspeksi

Dengan melihat melalui mata terbuka keadaan yang akan dilakukan pemeriksaan, biasanya bersifat *head to toe*, pada kasus selulitis hal utama yang harus diamati terkait perubahan warna kulit pada luka dan sekitarnya, bengkak, terdapat pus, kulit kepala pada sekitar luka dan turgor kulit tidak elastik.

- b. Palpasi

Melalui teknik palpasi dengan bantuan tekanan telapak tangan dapat mengetahui adanya perbedaan bentuk pada bagian tubuh, adanya deformitas dan krepitasi, terkait nyeri ataupun untuk melihat keadaan suatu bagian melalui rabaan tangan karena lebih akurat /sensitive.

c. Perkusi

Perkusi merupakan teknik pemeriksaan dengan mengetuk ngetukkan jari-jari kebagian tubuh klien yang dikaji untuk membandingkan yang normal dengan yang bermasalah. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan. Sedangkan daerah yang diperkusi yaitu berada didaerah paru, rongga perut sehingga bisa diketahui ada tidaknya penumpukan cairan .

d. Auskultasi

Auskultasi merupakan metode pengkajian yang menggunakan stetoskop untuk memperjelas pendengaran. Perawat menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi jantung, paru-paru, bising usus, serta untuk mengukur tekanan darah dan denyut nadi.

4. Studi Dokumentasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status pasien dan hasil laboratorium untuk melengkapi data yang diperlukan selama proses asuhan keperawatan .

5. Studi Kepustakaan

Penulis membaca sebagai literatur untuk mendapatkan keterangan dasar yang berhubungan dengan kasus yang dialami pasien yaitu penyakit Selulitis.

6. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien dengan menggunakan proses asuhan keperawatan yang meliputi, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

D. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini terdiri dari empat bab yaitu sebagai berikut :

BAB 1: Pendahuluan, meliputi: menjelaskan tentang latar belakang, tujuan penelitian, metode penulisan, dan teknik pengumpulan data serta sistematika penulisan.

BAB II: Tinjauan Teoritis, meliputi: membahas tentang konsep dasar dan pendekatan asuhan keperawatan secara teoritis pada pasien dengan masalah penyakit selulitis.

BAB III: Tinjauan kasus dan Pembahasan, meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, serta pembahasan yang berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara teoritis dengan kenyataan di lapangan.

BAB IV: Kesimpulan, meliputi: menguraikan kesimpulan, penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk perbaikan karya tulis ilmiah.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Selulitis

1. Pengertian Selulitis

Selulitis merupakan penyakit jenis umum dari infeksi kulit dan jaringan lunak akibat dari infeksi bakteri yang sering terjadi pada kulit dan jaringan subkutan, yang insidennya meningkat, dan mengakibatkan beban ekonomi dan perawatan kesehatan yang substansial. Selulitis merupakan inflamasi jaringan subkutan dimana proses inflamasi, yang disebabkan oleh bakteri bakteri *S. aureus* dan *Streptococcus*. Selulitis menyebabkan kemerahan atau peradangan pada ekstermitas juga biasa pada wajah, kulit menjadi bengkak, licin disertai nyeri yang terasa panas. Gejala lainnya adalah demam, merasa tidak enak badan, bisa terjadi kekakuan (Susanto dan Made, 2013).

Jika pasien menderita selulitis harus dilakukan perawatan untuk mengurangi kesakitan serta mengecilkan pembengkakan sehingga penyebaran infeksi ke darah dan organ lain dapat dicegah, selulitis merupakan penyakit serius yang bisa menjadi ulkus dengan infeksi berat sehingga harus dilakukan tindakan pembedahan (Susanto dan Made, 2013).

2. Pengertian Debridement

Debridement adalah proses pengangkatan jaringan avital atau jaringan mati dari suatu luka. Jaringan avital dapat berwarna lebih pucat, coklat muda, atau hitam dan dapat kering atau basah. Debridemenet adalah suatu tindakan

untuk membuang jaringan nekroseis, callus dan jaringan fibrotik. Jaringan mati yang dibuang sekitar 2-3 mm dari tepi luka ke jaringan sehat. Debridement meningkatkan pengeluaran faktor pertumbuhan yang membantu proses penyembuhan luka. Tindakan debridement ini dilakukan untuk membuang jaringan yang mati serta membantu mempercepat penyembuhan luka. Debridement dapat dilakukan secara surgical, kimia / enzimatis, mekanik, atau autolitik. Metode debridement yang dipilih tergantung pada jumlah jaringan nekrotik, luasnya luka, riwayat medis pasien, lokasi luka dan penyakit sistemik.

3. Tujuan Debridement

Debridement memiliki tujuan antara lain :

- a. Menghilangkan jaringan yang terkontaminasi oleh bakteri dan benda asing, sehingga pasien dilindungi terhadap kemungkinan invasi bakteri
- b. Menghilangkan jaringan yang sudah mati untuk penyembuhan luka .

4. Klasifikasi selulitis

Klasifikasi selulitis Menurut (Susanto dan Made, 2013) selulitis dapat digolongkan menjadi:

a. 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.

b. 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.

c. Selulitis difus akut

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

1) *Ludwig's Angina*

2) *Selulitis yang berasal dari inframylohyoid*

3) *Selulitis Senator's Difus Peripharingeal*

4) *Selulitis Fasialis Difus*

5) *Fascitis Necrotizing dan gambaran atypical lainnya*

6) *Selulitis Kronis*

Selulitis kronis adalah suatu proses infeksi yang berjalan lambat karena terbatasnya virulensi bakteri yang berasal dari fokus gigi. Biasanya

terjadi pada pasien dengan selulitis sirkumskripta yang tidak mendapatkan perawatan yang adekuat atau tanpa drainase.

5. Etiologi

Selulitis berasal dari bakteri *Streptococcus sp.* Mikroorganisme lainnya negative anaerob seperti *Prevotella*, *Porphyromona* dan *Fusobacterium odontogenik* pada umumnya merupakan infeksi campuran dari berbagai macam bakteri, baik bakteri aerob maupun anaerob mempunyai fungsi yang sinergis. Infeksi Primer Selulitis dapat berupa perluasan infeksi/abses *periapical*, *osteomyelitis* dan *pericoronitis* yang dihubungkan dengan eupsi gigi molar tiga rahang bawah, ekstraksi gigi yang mengalami infeksi *periapical* / *perikoronar*, penyuntikan dengan menggunakan jarum yang tidak steril, infeksi kelenjar ludah (*sialadenitis*), Fraktur compound maksila / mandibula, kaserasi mukosa lunak mulut serta infeksi sekunder dari oral malignancy. Penyebab dari selulitis menurut Isselbacher adalah bakteri *Streptococcus Grup A*, *Streptococcus piogenes* dan *stafilokokus aureus*.

Penyebab selulitis paling sering pada orang dewasa adalah *Staphylococcus aureus*, dan *Streptococcus beta hemolitikus grup A*, sedangkan penyebab selulitis pada anak adalah *Haemophilus influenzae tipe b (Hib)*, *Streptococcus beta hemolitikus grup A*, dan *Staphylococcus aureus*. *Streptococcus beta hemolitikus grup B* adalah penyebab yang jarang pada selulitis. Selulitis pada orang dewasa imunokompeten banyak disebabkan oleh *Streptococcus pyogenes* dan *Staphylococcus aureus* sedangkan pada ulkus diabetikum dan ulkus dekubitus biasanya disebabkan oleh organisme campuran antara kokus

gram positif dan gram negative aerob maupun anaerob .Bakteri mencapai demis melalui jalur eksternal maupun hematogen .Pada imunokompeten perlu ada kerusakan barrier kulit, sedangkan pada imunokopromais lebih sering melalui aliran darah. Onset timbulnya penyakit ini pada semua usia (Gillespie, 2016).

Penyakit selulitis disebabkan oleh:

a. Infeksi bakteri dan jamur :

- 1) Disebabkan oleh *streptococcus Grup A* dan *Staphylococcus grup B*
- 2) Pada bayi yang terkena penyakit ini disebabkan oleh *streptococcus Grup B*
- 3) Infeksi dari jamur, Tapi infeksi yang diakibatkan jamur termasuk jarang *Aeromonas Hydrophila* .
- 4) *S. Pneumoniae (Pneumococcus)*

b. Penyebab lain :

- 1) Gigitan binatang, serangga, atau bahkan gigitan manusia
- 2) Kulit kering
- 3) Kulit yang terbakar atau melepuh
- 4) Diabetes Melitus
- 5) Pembengkakan yang kronis pada kaki
- 6) Cacar air

6. Patofisiologi

Kejadian selulitis terjadi akibat adanya bakteri patogen yang menembus lapisan luar sehingga menimbulkan infeksi pada permukaan kulit

atau menimbulkan peradangan. Penyakit selulitis ini sering menyerang orang gemuk, rendah gizi, kejemuan atau orang tua pikun dan pada penderita diabetes mellitus yang pengobatannya tidak adekuat. Setelah menembus bagian luar lapisan kulit, infeksi tersebut akan menyebar ke jaringan dan menghancurkannya. *Hyaluronidase* memecah substansi *polisakarida*, *fibrinolysin* mencerna *barrier fibrin*, dan *lecithinase* menghancurkan membransel (Fitzparick, 2018).

Selulitis yang tidak berkomplikasi paling sering disebabkan oleh *streptokokus grup A*, *sterptokokus* lain atau *staphilokokus aureus*, kecuali jika luka yang terkait berkembang bakterimia, etiologimicrobial yang pasti sulit ditentukan, untuk abses lokalisata yang mempunyai gejala sebagai lesi kultur pus atau bahan yang diaspirasi diperlukan. Meskipun etiologi abses ini biasanya adalah stapilokokus, abses ini kadang disebabkan oleh campuran bakteri aerob dan anaerob yang lebih kompleks. Bau busuk dan pewarnaan gram menunjukkan adanya organisme campuran (Becker et al.,2018).

7. Manifestasi klinis

Selulitis menyebabkan kemerahan atau peradangan yang terlokalisasi. Kulit tampak merah, nyeri tekan, dan teraba hangat. Ruam muncul secara tiba-tiba dan memiliki batas yang tegas. Gejala lainnya adalah :

- a. Demam
- b. Menggigil
- c. Sakit kepala
- d. Nyeri otot

- e. Tidak enak badan
- f. Selulitis menyebabkan kemerahan atau peradangan yang terlokalisasi.
- g. Kulit tampak merah, bengkak, licin disertai nyeri tekan dan teraba hangat.
- h. Ruam kulit muncul secara tiba-tiba dan memiliki batas yang tegas.
- i. Bisa disertai memar dan lepuhan-lepuhan kecil

Menurut Fitzparick, 2018, manifestasi klinis selulitis adalah kerusakan kronis pada sistem vena dan limfatik pada kedua ekstermitas.

8. Faktor Risiko

a. Usia

Semakin tua usia, keefektifan sistem sirkulasi dalam menghantarkan darah berkurang pada bagian tubuh tertentu, sehingga berpotensi mengalami infeksi seperti selulitis pada bagian yang sirkulasi darahnya lemah.

b. Melemahnya sistem imun (Immunodeficiency)

Dengan sistem immune yang melemah maka semakin mempermudah terjadinya infeksi. Contoh pada penderita leukemia lymphotik kronis dan infeksi HIV. Penggunaan obat pelemah imun (bagi orang yang baru transplantasi organ) juga mempermudah infeksi.

c. Diabetes mellitus

Tidak hanya 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.

d. Cacar dan ruam saraf

Karena penyakit ini menimbulkan luka terbuka yang dapat menjadi jalan masuk bakteri penginfeksi.

e. Pembengkakan kronis pada lengan dan tungkai (lymphedema)

Pembengkakan jaringan membuat kulit terbuka dan menjadi jalan masuk bagi bakteri penginfeksi.

f. Infeksi jamur kronis pada telapak atau jari kaki

Infeksi jamur kaki juga dapat membuka celah kulit sehingga menambah resiko bakteri penginfeksi masuk

g. Penggunaan steroid kronik, contohnya penggunaan corticosteroid.

h. Gigitan & sengat serangga, hewan, atau gigitan manusia (Fitzparick, 2018)

9. Pemeriksaan Penunjang

a. CBC (*Complete Blood Count*), menunjukkan kenaikan jumlah leukosit dan rata-rata sedimentasi eritrosit. Sehingga mengindikasikan adanya infeksi bakteri.

b. 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.

c. 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.

- d. 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 subkutane.(Hasliani, 2021)

10. Penatalaksanaan

- a. 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.
- b. 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.
- c. Perawatan lebih lanjut bagi pasien rawat inap
1. Beberapa pasien membutuhkan terapi antibiotik intravena. Diberikan penicillin atau obat sejenis penicillin, misalnya cloxacillin.
 2. Jika infeksi ringannya, diberikan sediaan per-oral
 3. 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.

4. Jika selulitis menyerang tungkai, sebaiknya tungkai dibiarkan dalam posisi terangkat dan dikompres dingin untuk mengurangi nyeri dan pembengkakan.
5. Pelepasan antibiotik parenteral pada pasien rawat jalan menunjukkan bahwa dia telah sembuh dari infeksi.
6. 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.(Hidayati et al., 2018).

11. Komplikasi

- a. Bakteremia : nanah/lokal abses, super infeksi oleh bakteri gram negatif, lymphangitis, tromboflebitis
- b. Facial Selulitis pada anak dapat menyebabkan meningitis
- c. Dapat menyebabkan kematian jaringan atau gangrene
- d. Osteomyelitis
- e. Arthritis Septic
- f. Glomerulonefritis
- g. Fasciitis Necroticans

(Hidayati et al.,2018)

Berikut ini adalah masalah-masalah keperawatan dalam sub kategori keamanan dan perlindungan yang hanya berfokus pada pasien dewasa (SDKI,2016):

a. Gangguan integritas kulit

Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulitn pada dermis atau epidermis. Adapun penyebab dari gangguan integritas kulit adalah perubahan sirkulasi , perubahan status nutrisi , kekrurangan / kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritasi, suhu lingkungan yang eskترم, faktor mekanis(misal penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi ,energi listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembapan, proses penuaan neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal dan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan /melindungi integritas jaringan.

b. Hipertermia

Hipertermia merupakan suhu tubuh meningkat terhadap rentang normal tubuh. Adapun penyebabnya yaitu dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (missal: infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebih dan penggunaan incubator.

c. Hipotermia

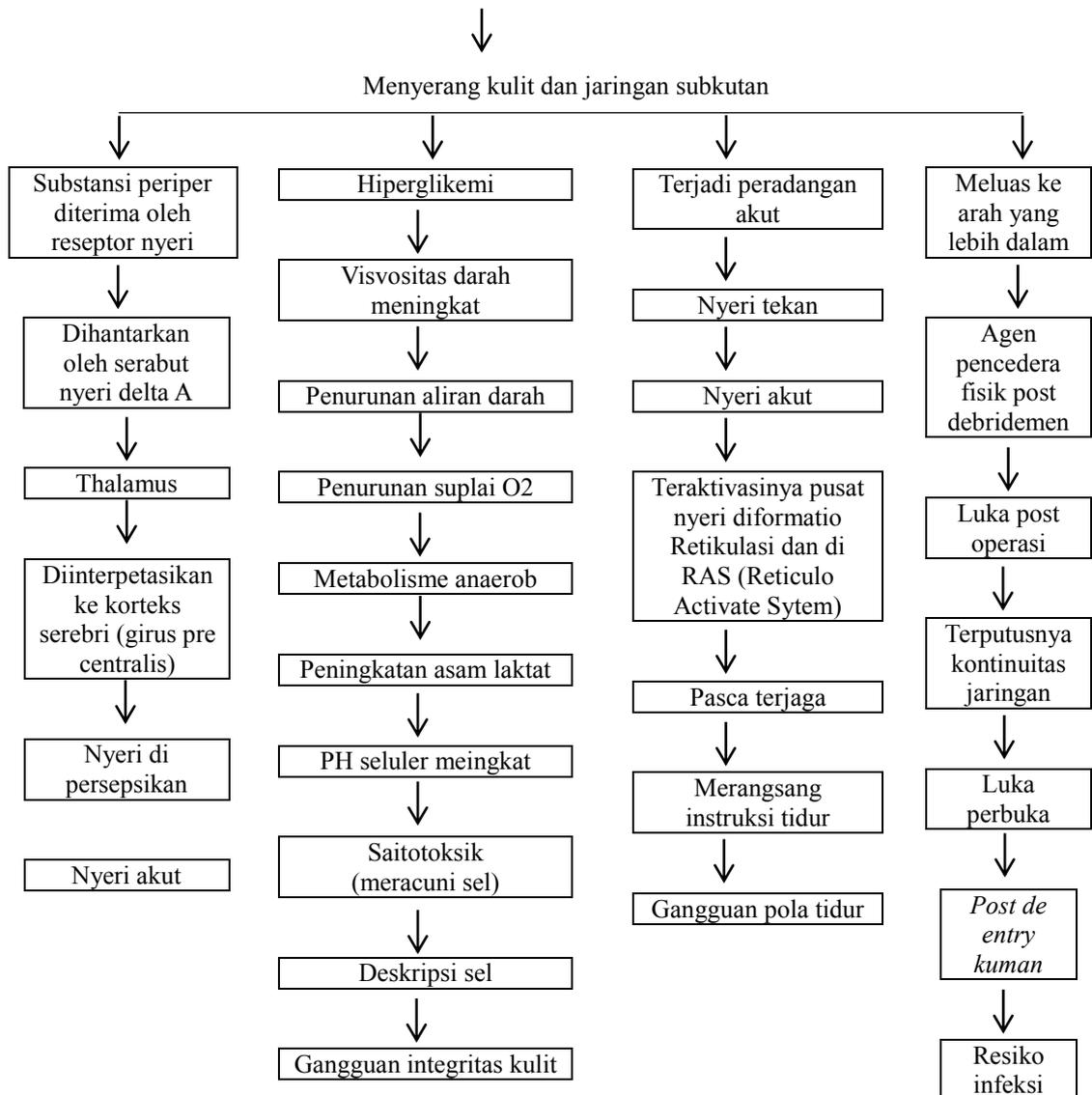
Hipotermia adalah suhu berada dibawah rentang normal tubuh. Adapun penyebabnya yaitu kerusakan hipotalamus, konsumsi alkohol, berat

badan eskترم, kekurangan lemak subkutan, terpapar suhu lingkungan rendah, malnutrisi, pemakaian pakaian tipis, penurunan laju metabolisme, tidak beraktivitas, tranfes panas, trauma, proses penuaan, efek agen farmakologi, dan kurang terpapar informasi tentang pencegahan hipotermia.

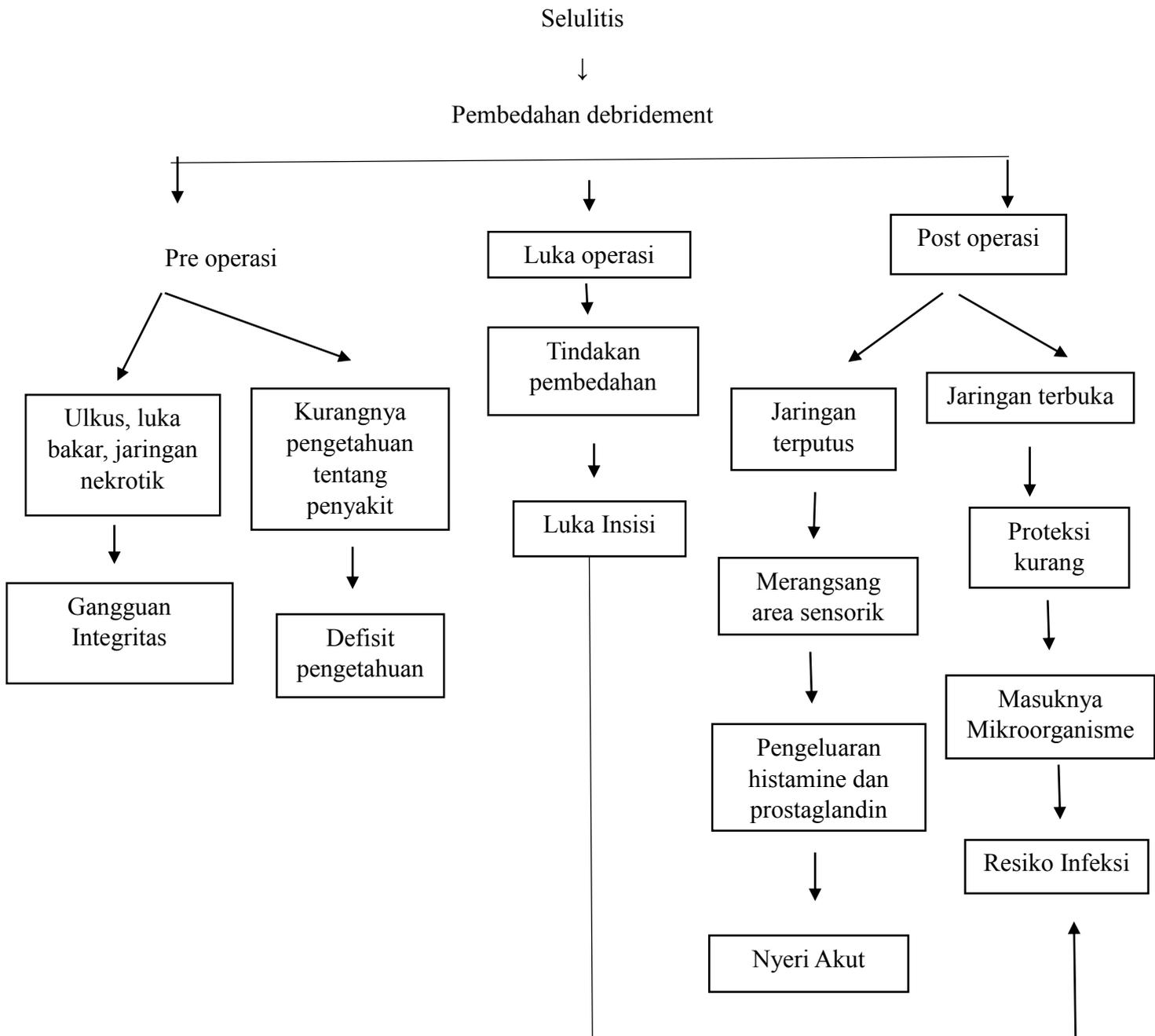
12. Pathway

Gambar 2.1 Pathway Selulitis (Dinanti et,al 2020)

Bakteri pathogen sterptokokus piogenes, streptokokus grup A, stapilokokus aureus



Gambar 2.2 Pathway Debridement



Bagan 2.2 : Pathway post Debridement (Alkhar, 2020)

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu proses pemecahan masalah yang dinamis dalam usaha memperbaiki atau memelihara pasien sampai ke taraf optimal melalui pendekatan yang sistematis untuk mengenal dan membantu kebutuhan pasien (Nursalam, 2015).

Pengkajian keperawatan pada sistem integumen adalah salah satu komponen proses keperawatan sebagai suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan sistem integumen pasien (Arif Muttaqin, 2014).

1. Pengkajian

a. Biodata

Penyakit ini biasanya terjadi pada usia 30 tahun ke atas, biasanya terjadi pada pria maupun wanita .

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan Utama akan membantu dalam mengkaji pengetahuan klien tentang kondisi saat ini dan menentukan prioritas intervensi. Keluhan Utama yang biasa muncul pada pasien dengan penyakit selulitis antara lain nyeri akut, gangguan integritas kulit, hipertermi, dll.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Somantri (2012) dalam bukunya Riwayat Kesehatan yang dikaji meliputi masalah aktual yang terjadi saat ini dan masalah kesehatan di masa yang lalu. Dalam mengkaji pasien dan keluarga, perawat berfokus

pada manifestasi klinis dari keluhan utama, kejadian yang membuat kondisi sekarang, riwayat perawatan terdahulu, dan riwayat keluarga .

Riwayat kesehatan dimulai dari biografi pasien. Aspek biografi yang sangat erat hubungannya dengan gangguan sistem integumen mencakup, usia, jenis kelamin, pekerjaan (terutama yang berhubungan dengan kondisi tempat kerja), dan tempat tinggal.

Keadaan tempat tinggal mencakup kondisi tempat tinggal serta apakah pasien tinggal sendiri atau dengan oranglain (berguna ketika perawat melakukan perencanaan pulang-discharge planning).

Untuk setiap keluhan diperjelas dengan PQRST:

- Paliatif : Apa yang menjadi keluhan sehingga lebih berat atau lebih ringan.
- Quantitatif : Bagaimana nyeri dirasakan, apakah seperti ditusuk-tusuk.
- Region : Di daerah mana nyeri dirasakan, apakah menyebar
- Skala : Intensitas dari keluhan utama, apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya.
- Time : Kapan waktunya mulai terjadi keluhan

3) Riwayat Kesehatan Masa lalu

Perawat menanyakan tentang riwayat penyakit kulit pasien, personal hygiene pasien. Secara umum pertanyaan yang dapat diajukan pada pasien sebagai berikut:

- a) Personal Hygiene pasien
- b) Riwayat penyakit dahulu
- 4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji adalah memastikan faktor resiko penyakit tertentu ,usia saudari kandung,orangtua,dan kake nenek,serta status kesehatan mereka saat ini,atau jika mereka telah meninggal,penyebab kematian mereka perlu dikaji.

c. Pemeriksaan Fisik

Arif Muttaqin (2014) dalam bukunya menyebutkan pemeriksaan fisik dalam keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari riwayat kesehatan pasien, dalam pemeriksaan fisik dapat menentukan status kesehatan klien dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana keperawatan.

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi untuk mengetahui perubahan fungsi sistem tubuh dan pendekatan yang digunakan dalam pemeriksaan fisik adalah head to toe dan sistem tubuh.

1) Keadaan Umum

Bagaimana keadaan pasien:Apakah letih, lemah atau sakit berat

2) Tanda-tanda vital

Bagaimana suhu, nadi, tekanan darah, respirasi. Pada pasien Selulitis biasanya ada peningkatan suhu tubuh.

3) Pemeriksaan persistem

a) Sistem Integumen

Sistem integumen terdiri dari tiga lapis yaitu epidermis, dermis, dan subkutan. Secara umum kulit berfungsi sebagai proteksi, pengatur suhu tubuh, sensasi, eksresi, metabolisme, vitamin D, dan komunikasi.

Adapun pemeriksaan integumen meliputi:

- (1) Warna kulit
- (2) Kelembapan kulit
- (3) Tekstur kulit
- (4) Kaji Sirkulasi pada daerah kulit
- (5) Edema
- (6) Kebersihan kulit

Untuk luka yang terdapat pada kulit dilakukan pemeriksaan sebagai berikut:

- (1) Panjang Luka
- (2) Lebar luka
- (3) Kedalaman Luka
- (4) Jumlah Eksudate
- (5) Bau
- (6) Warna luka
- (7) Kondisi tepi luka
- (8) Kaji permukaan Kulit

b) Sistem Pernafasan

Adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada, serta kaji perubahan pola napas.

c) Sistem Kardiovaskuler

Kaji adakah penurunan Perfusi jaringan, kekuatan nadi, serta ada tidaknya hipertensi/hipotensi.

d) Sistem Pencernaan

Kaji pola makan, gangguan sistem pencernaan, seperti mual, muntah dan perubahan berat badan.

e) Sistem Perkemihan

Kaji frekuensi urine, kaji hambatan saat BAK, dan gangguan saat berkemih.

f) Sistem Neurologi

Kaji penurunan sensori, paraesthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi, penurunan sensori, dan neuropati pada ekstermitas.

g) Sistem muskuloskeletal

Kaji adakah hambatan melakukan pergerakan seperti cepat lelah, lemah dan nyeri, kaji adanya ganggren di ekstermitas serta kelainan bentuk tulang.

d. Data psikologis

Pengkajian pada data sosial ini meliputi hubungan keluarga/persahabatan ,persatuan etnik,riwayat pendidikan,riwayat pekerjaan status ekonomi,kondisi rumah dan lingkungan,.

e. Pengkajian Spiritual

Aspek spritual yaitu tentang keyakinan nilai-nilai ketuhanan yang dianut,keyakinan akan kematian,kegiatan keagamaan dan harapan klien,meliputi:

- 1) Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan keagamaan.
- 2) Apakah secara geratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan keagamaan.
- 3) Apakah Pasien terlihat sabar dan tawakal dalam menghadapi penyakitnya.

f. Pengkajian psikososial

Jelaskan kemampuan pasien dalam bersosialisasi , pola interaksi , gaya interaksi pasien , sikap pasien gerhadap oranglain , harapan pasien dalam melakukan sosialisasi.

g. Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri pada area luka operasi - Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak - Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut - Nyeri dirasakan hilang timbul - Skala nyeri <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi debridement - Pasien tampak meringis 	<p>Bakteri patogen streptokokus Grup piogenen, Streptokokus Grup A, Streptokokus Aureus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bakteri tersebut menyerang kulit dan subkutan jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Substansial perifer diterima oleh reseptor nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dihantarkan oleh serabut nyeri delta A</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dihantarkan ke Dorsal Horn (Posterior Medulaspinalis)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dihantarkan melalui Traktus Spino Thalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Thalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Diinterpretasikan ke korteks serebri (girus pre centralis)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri diinterpretasikan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri Akut
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh terdapat luka post operasi debridement - Pasien mengeluh luka tidak langsung diobati, sehingga terjadi infeksi. - Pasien mengatakan terasa gatal dan timbul kemerahan di area sekitar luka pasien <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi - Luka tampak bengkak dan kemerahan - Kulit sekitar luka terasa hangat 	<p>Bakteri patogen Streptokokus piogenen, Streptokokus Grup A, Streptococcus aureus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bakteri tersebut menyerang kulit dan subkutan jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hiperglikemi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Viskositas darah meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan aliran darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan suplai O₂</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Metabolis anaerob</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Peningkatan asam laktat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Asidosis Laktat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>PH Seluler meningkat</p>	Gangguan integritas kulit

		↓ Saitotoksik(meracuni sel) ↓ Deskripsi sel ↓ Gangguan integritas jaringan kulit terganggu	
3.	Ds: - Pasien mengeluh pola tidurnya terganggu - Pasien mengeluh sering terbangun di malam hari saat merasakan nyeri - Pasien mengatakan tidurnya tidak cukup Do: - Pasien tampak lemas - Kantung mata pasien tampak hitam - Pasien tampak gelisah - Mata pasien tampak sayu	Nyeri Akut ↓ Teraktivasi pusat nyeri diformasi Reticulasi dan di RAS(Reticulo Activate Sytem) ↓ Pasca terjaga ↓ Merangsang Intruksi Tidur ↓ Gangguan Pola tidur	Gangguan pola tidur
4.	Ds: - Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dideritanya Do: - Pasien tampak kebingungan ketika ditanya tentang penyakitnya - Pasien tidak mengetahui tentang tanda dan gejala dari penyakitnya - Pasien juga tidak tau bagaimana cara pencegahan dari penyakit tersebut	Bakteri patogen streptokokus Grup piogenen, Streptokokus Grup A, Streptokokus Aureus ↓ Bakteri tersebut menyerang kulit dan subkutan jaringan ↓ Menyebar secara sistemik ↓ Terjadi peradangan akut ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Paparan informasi kurang (misinterpretasi) ↓ Kurang terpapar informasi penanggulangan penyakit ↓ Defisi pengetahuan	Defisit pengetahuan
5.	Ds: - Pasien mengeluh demam Do: - Badan pasien terasa hangat - Pasien tampak gelisah	Bakteri patogen streptokokus Grup piogenen, Streptokokus Grup A, Streptokokus Aureus ↓ Rusaknya barier epidermal ↓ Invasi Bakteri Streptococcus dan stafilococcus masuk melalui trauma tersebut	Hipertermi b.d adanya infeksi penyakit

	↓ Menyerang kulit dan jaringan subkutan ↓ Sistem imun berespon ↓ Reaksi Ag-Ab ↓ Proses Fagositosis ↓ Hipertermi		
6.	Ds: - Pasien mengatakan lukanya bengkak dan bernanah Do: - Terdapat luka post operasi debridement - Luka tertutup verban - Kulit di sekitar daerah luka tampak kemerahan	Selulitis ↓ Eritema Local pada kulit ↓ Lesi ↓ Kerusakan kulit ↓ Trauma Jaringan lunak ↓ Resiko Infeksi	Resiko Infeksi

2. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul (SDKI, 2017):

- a. Nyeri akut b.d teraktivasi pusat nyeri di thalamus
- b. Gangguan integritas jaringan kulit b.d terputusnya kontinuitas jaringan
- c. Gangguan pola tidur b.d teraktivasi pusat nyeri diformasi Retikulasi dan di RAS(Reticulo Activate System)
- d. Resiko infeksi b.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e. Defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi
- f. Hipertermi b.d adanya inflamasi penyakit

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Nyeri akut b.d teraktivasi pusat nyeri di Thalamus	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan masalah pasien dapat	Manajemen nyeri (L.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

	teratasi dengan kriteria hasil :	2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperberat nyeri
	Tingkat nyeri (L.08066) a. TTV dalam batas normal b. Keluhan nyeri menurun 3 (7-10) c. Meringis menurun 2	Terapeutik 4. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri 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 mengurangi rasa nyeri . Kolaborasi: 9. Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Gangguan Integritas kulit&jaringan b.d terputusnya kontinuitas jaringan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : Integritas kulit dan jaringan (L.14125) a. Kerusakan jaringan cukup menurun b. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun c. Nyeri menurun d. Penyatuan kulit cukup menurun e. 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 : 10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi: 12. Kolaborasi pemberian antibiotik
3.	Gangguan pola tidur b.d teraktivasi pusat nyeri diformatio Retikulasi dan di RAS (Reticulo Activate System)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah pasien teratasi dengan kriteria hasil : Pola tidur (L.05045) a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan sering terjaga menurun c. Keluhan istirahat tidak cukup membaik
		Dukungan tidur (L.09265) Observasi: 1. Monitor durasi dan frekuensi tidur 2. Monitor faktor pengganggu tidur Terapeutik: 3. modifikasi lingkungan, yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur Edukasi: 4. Anjurkan pasien mendengarkan terapi music murotal sebelum tidur

			<ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 6. Anjurkan pasien menepati waktu tidur
4.	Defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi tentang penatalaksanaan penyakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat pengetahuan (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat c. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat d. Perilaku kesehatan membaik 	<p>Edukasi proses penyakit(L.12444)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit 6. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit 7. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi 8. Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan 9. Ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan 10. Informasikan kondisi pasien saat ini 11. Anjurkan melaporkan jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa.
5.	Hipertermi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan termoregulasi dalam rentang normal dengan kriteria hasil:</p> <p>Termoregulasi (L.14134)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pernafasan normal: 12-20x/menit b. Nadi normal 60-100x/menit c. Tekanan darah normal 100-140mm/Hg d. Suhu normal :36,5 C -37,5C e. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing ,merasa nyaman 	<p>Manajemen hipertemia (I.15506)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu sesering mungkin <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Selimuti pasien 3. Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan memakai pakain tipis 5. Kolaborasi pemberian obat penurun demam,bila perlu
6.	Resiko Infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah pasien</p>	<p>Pencegahan Infeksi (L.14539)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

<p>dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Kontrol resiko (L.14128)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko meningkat b. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat c. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat d. Kemampuan modifikasi gaya hidup meningkat e. Kemampuan mengenali perubahan status kesehatan meningkat <p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Demam menurun b. Kemerahan menurun c. Nyeri menurun d. Bengkak menurun e. Kultur darah membaik 	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan perawatan kulit pada area luka 3. Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
---	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2013)

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2013), evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu:

1. Evaluasi formatif .Evaluasi ini disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai.
2. Evaluasi sumatif,merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP .

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas pasien

Nama : Tn. D
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 1 April 2000
Usia : 23 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Alamat : Kp. Sukamanah, Kec Bayongbong
Tanggal Masuk : 28 Maret 2023
Tanggal Pengkajian : 4 April 2023
Diagnosa Medis : Post Debridement e.c selulitis infeksius

2) Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. R
Usia : 52 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Hubungan dengan Pasien : Ibu kandung

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi di bagian ibu jarinya

2) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Pasien datang ke RSUD dr. Slamet Garut dengan keluhan nyeri pada bagian ibu jari tangan kanan disertai bengkak, bernanah dan terasa panas, sudah 1 minggu tidak bisa digerakkan.

3) Keluhan Pada Saat dikaji

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 4 april 2023 pukul 09.00 WIB, pasien mengeluh nyeri pada area luka post operasi, nyeri bertambah ketika digerakkan, dan berkurang ketika diistirahatkan . Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut, nyeri terasa hilang timbul. Nyeri terasa pada luka post operasi debridement di bagian ibu jari tangan kanan, disertai gatal, bengkak dan panas. Pasien tampak meringis, skala nyeri 7(0-10). Pasien mengeluh pola tidurnya terganggu, mata pasien tampak sayu dan kantung mata pasien sedikit kehitaman, pasien tampak lemas. Pasien juga mengatakan sering terbangun di malam hari terutama ketika merasakan nyeri . Pasien mengatakan tidur hanya 3-4 jam.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya klien tertusuk kunci pada saat bekerja di bengkel dan tidak langsung di obati. Dengan Panjang luka sekitar

4cm dan kedalaman 2cm. Pasien juga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit DM, dan tidak pernah dirawat sebelumnya.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan di keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit DM. Keluarga juga mengatakan di keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit menular atau riwayat penyakit lainnya. Kebersihan rumah cukup bersih, kebersihan di sekitar lingkungan rumah cukup bersih, tempat pembuangan sampah dan septitank juga cukup jauh dari rumah. Kebiasaan personal hygiene keluarga pasien baik. Keluarga pasien rutin membersihkan rumah setiap hari seperti menyapu rumah, mengepel, menyapu halaman luar rumah ,dll.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran: Kompos mentis

GCS:15 (E₄V₅M₆)

Penampilan:Lemas

2) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 120/80mmHg

Respirasi :21x/menit

Nadi :85x/menit

Suhu : 36,2⁰C

3) Pemeriksaan Per sistem

a) Sistem Integumen

Kulit pasien berwarna sawo matang , kulit teraba hangat, turgor kulit <1detik, terdapat luka di bagian ekstermitas atas tepatnya pada digiti 1 dekstra dengan Panjang kurang lebih 4 cm dan kedalaman 2cm. Daerah sekitar luka pasien tampak kemerahan, bengkak,terasa gatal dan teraba hangat, sensori sekitar luka positif. Leukosit 20.500 mm³

b) Sistem Kardiovaskuler

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

c) Sistem Pernafasan

Lubang hidung simetris, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, hidung tampak bersih, tidak ada nyeri tekan pada sinus paranasal, fungsi penciuman baik, bunyi nafas vesikuler, irama teratur, tidak terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi, dan wheezing.

d) Sistem Pencernaan

Mukosa bibir lembab, keadaan bibir bersih, warna bibir kecoklatan, tidak memakai gigi palsu, fungsi menelan baik, fungsi pengecapan baik, tidak terdapat nyeri tekan disekitar abdomen, bising usus 12x/menit, bentuk abdomen datar, tidak ada lesi pada rongga mulut.

e) Sistem Perkemihan

Kandung kemih teraba kosong, tidak ada nyeri tekan, tidak ada nyeri saat BAK, pasien tidak terpasang kateter urine, tidak ada nyeri ketuk pada daerah CVA, warna urine kuning jernih.

f) Sistem Neurologi

(1) Nervus I (Orfactorius)

Pasien dapat membedakan bau kopi, bau minyak kayu putih, dan bau parfum

(2) Nervus II (Optikus)

Pasien dapat melihat dengan baik, terbukti saat pasien membaca papan nama mahasiswa pada jarak 1 meter. Mata pasien tampak sayu dan kantung mata terlihat kehitaman.

(3) Nervus III (Oculomotoris)

Pupil pasien mengecil ketika diberi rangsangan cahaya miosis diameter 3 cm.

(4) Nervus IV (Trochiealis)

Pasien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah.

(5) Nervus V (Abdusen)

Pasien dapat menggerakkan bola mata ke samping kiri dan samping kanan.

(6) Nervus VI (Trigeminus)

Sensori kulit wajah pasien baik ,dapat merasakan goresan kapas pada pipi kanan.

(7) Nervus VII (Facialis)

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

(8) Nervus VIII(Vestibulococlear)

Fungsi keseimbangan pasien baik, saat berjalan pasien berjalاندengan lurus.

(9) Nervus IX(Glosopharingeus)

Refleks menelan pasien baik, tidak ada nyeri telan.

(10)Nervus X(Vagus)

Pasien bisa mengucapkan “ah”. Refleks muntah (gag reflex) pasien baik, pasien bisa merasakan sensasi rasa pahit pada 1/3 pangkal lidah .

(11)Nervus XI (Accesorius)

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

(12) Nervus XII (Hipoglossus)

Pasien dapat berbicara baik, berbicara jelas didengar , dan fungsi lidah baik, terbukti lidah bisa digerakkan ke segala arah.

g) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid , tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

h) Sistem Muskuloskeletal

(1) Ekstermitas Atas

Pada ekstermitas atas bentuk tangan simetris, kuku panjang, terpasang infus Nacl dibagian ekstermitas sebelah kiri, pergerakan tangan baik jumlah jari lengkap pada tangan kiri tonus otot baik dan dapat digerakkan, terdapat nyeri tekan dibagian ibu jari tangan kanan. Terdapat edema pada ibu jari tangan kanan . Pada ibu jari tangan kanan pasien terdapat luka sekitar 4cm dengan kedalaman 2cm, luka tampak bengkak dan area sekitar luka tampak kemerahan, terasa gatal pada area sekitar luka, luka terasa hangat.

(2) Ekstermitas Bawah

Pada ekstermitas bawah simetris bisa bergerak secara normal atau mengikuti semua gerakan, kekuatan otot 5, tonus otot baik, tidak terdapat atrofi/pelecilan otot, tidak ada tanda-tanda fraktur, tidak terdapat nyeri tekan maupun edema di kedua ekstermitas bawah .

i) Sistem penglihatan

Bentuk mata simetris , sclera putih, konjungtiva anemis, terdapat kantung mata, mata tampak sayu, tidak ada pembengkakan sekitar mata, kantung mata pasien tampak kehitaman.

d. Data Psikologi

1) Status Emosi

Status Emosional pasien stabil dan kooperatif ketika diajak bicara.

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya ,dan menganggap semua anggota tubuhnya sangat berharga.Walaupun sekarang terdapat luka dibagian ibu jari tangan kanan.

b) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dari penyakitnya, dan ingin segera pulang bertemu dengan keluarganya .

c) Harga Diri

Pasien mengatakan bahwa tidak merasa malu terhadap penyakit yang dideritanya sekarang, karena ada luka dibagian ibu jari tangan kanannya.

d) Peran Diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya sudah bekerja di bengkel milik sendiri, maka dari itu pasien ingin segera sembuh agar bisa bekerja

kembali . Karena saat sakit pekerjaan pasien jadi terganggu dan tidak bisa memenuhi kebutuhan diri sendiri dan keluarga.

e) Identitas diri

Pasien seorang laki-laki berusia 23th, pasien merupakan anak ke 3 dari 4 bersaudara. Bekerja sebagai montir di bengkel motor&mobil.

Pasien tidak merasa terganggu dengan identitas dirinya sebagai laki-laki walaupun dia sebagai pegawai montir .

3) Mekanisme Koping

Ketika pasien mempunyai masalah ,pasien selalu berbicara kepada orang tua dan keluarganya untuk bermusyawarah. Pasien juga selalu mendapatkan support dari keluarga.

4) Tingkat Kecemasan

Pasien tampak terlihat gelisah, pasien mengatakan perasaannya gelisah mengingat penyakit yang dideritanya (selulitis).

e. Data Sosial

1) Pola Interaksi

Selama Pasien di rumah sakit, pasien dapat berinteraksi dengan dokter, perawat, dan orang lain dengan baik. Pola interaksi pasien terbuka, berbicara denga lantang. Saat di beri/pertanyaan pasien merespon dengan baik, contohnya seperti ditanya keluhan yang dirasakan pada saat itu, pasien menjawab dengan baik .

2) Gaya Komunikasi

Gaya komunikasi pasien terbuka termasuk aktif dan lantang, dibuktikan ketika perawat bertanya atau sekedar mengajak mengobrol Tn.D merespon dengan baik .

f. Data spiritual

1) Konsep ketuhanan

Klien menyakini adanya Allah SWT,..Dan percaya bahwa penyakit yang diderita pasien adalah kehendak dari Allah SWT.

2) *Sense of Trasendense*

Pasien sangat yakin bahwa akan sembuh dari penyakitnya,dan selalu berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhannya.

3) Falsafah Hidup

Pasien sebelum masuk ke rs selalu rajin beribadah salat 5 waktu,namun setelah masuk rs klien jarang solat 5 waktu, namun pasien selalu berdoa kepada Allah SWT., agar diberikan kesembuhan,dan cepat pulang.

g. Pola Aktivitas Sehari-hari (*Activity Daily Living*)

Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari-hari Pasien

No	Jenis Aktivitas	Sebelum sakit	Saat Sakit
1.	Pola Nutrisi		
	a. Makan		
	Jenis	Nasi,lauk	Nasi,lauk,sayur
	Frekuensi	3x1	3x1
	Cara	Mandiri	Mandiri
	b. Minum		
	Jenis	Air Putih	Air putih
	Frekuensi	Setiap pasien haus	Setiap pasien haus
	Cara	Mandiri	Mandiri
2.	Pola Eliminasi		
	e. BAB		
	Frekuensi	3x1	3x1
	Konsistensi	Semi Padat	Semi Padat
	Warna		

		Kuning kecoklatan khas feses	Kuning kecoklatan khas feses
	Bau		
	Cara	Khas feses	Khas feses
	Keluhan	Mandiri	Mandiri
		Tidak ada keluhan saat BAB	Tidak ada keluhan saat BAB
f.	BAK		
	Frekuensi		
	Warna	Tidak tentu	Tidak tentu
	Bau	Kuning khas urine	Kuning khas urine
	Keluhan	Khas urine	Khas urine
		Tidak ada keluhan saat berkemih	Tidak ada keluhan saat berkemih
3.	Pola Istirahat Tidur		
	a. Tidur siang		
	Kuantitas	1-2 jam	2-3 jam
	Kualitas	Nyenyak	Nyenyak
	Keluhan	-	-
	b. Tidur Malam		
	Kuantitas	6-8	3-4 jam
	Kualitas	Nyenyak	Kurang nyenyak
	Keluhan	-	Pasien gelisah
4.	Personal Hygiene		
	a. Mandi	2x/hari	1x/hari
	b. Cuci rambut	1x/2hari	Tidak pernah
	c. Gungting kuku	1x/minggu	Tidak pernah
	d. Berpakaian	2x/hari	2x/hari
	e. Keluhan	Tidak ada keluhan saat melakukan personal Hygiene	-
5.	Aktivitas		
	a. Jenis	Bekerja di bengkel	-
			-
	b. Frekuensi	Setiap pagi	-
	c. Durasi	08.00-17.00	-

h. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium:

No lab :230295097

Nama : Tn. D

Tanggal Pemeriksaan :29 Maret 2023

Waktu Pemeriksaan : 22.50 WIB

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Flag/satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI			
Hematologi Dengan Diff			
Hemoglobin	13.5	g/Dl	13-16
Hematokrit	39	%	35-47
Jumlah Leukosit	20,500	/mm ³	3,800-10,600
Jumlah Trombosit	299,000	/mm ³	1500,000;440.000
Jumlah Eritrosit	4,25	Juta/mm ³	3,6-5-8
MCV	91	+I	80-100
MCH	32	Pg/cell	26-34
MCHC	35	g/Dl	31-37
Hitung jenis			
Basofil	0	%	0-1
Eusofil	1	%	1-6
Batang	0-	%	3-5
Neutrofil	78	%	50-70
Limfosit	9	%	30-45
Monosit	11	%	2-10
KIMIA KLINIK			
Glukosa Darah Sewaktu	169	Mg/Dl	<140
Ureum	32	Mg/dl	20-40
Kreatinin	0,90	Mg/dl	0,5-1,3
SGOT	13	U/L	0-31
SGPT	24	U/L	<35
IMMUNOLOGI/SEROLOGI			
Antigen covid-19	Negatif		Negatif

i. Program Terapi**Tabel 3.3 Program Terapi**

No	Nama Terapi	Dosis	Cara Pemberian	Kegunaan
1.	Kompres kasa lembap			.
2.	Infus Nacl		IV	Untuk mengganti cairan tubuh yang hilang
3.	Ceftriaxone		IV	Membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh.
4.	Metronidazole	3ts	IV	Mengobati infeksi bakteri dari saluran pencernaan
5.	Omeprazole	660mg	IV	Menurunkan asam lambung ,mual muntah
6.	GV 1x1			
7.	Dexamethasone	2x1 amp	IV	Mencegah pelepasan zat yang menyebabkan peradangan dalam tubuh .
8.	Ketorolac	30 mg	IV	Meredakan nyeri sedang hingga berat

j. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri pada area luka operasi di ibu jarinya - Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak - Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut - Nyeri terasa pada bagian ibu jari tangan kanan - Nyeri dirasakan hilang timbul - Skala nyeri 7(0-10) <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi debridement dibagian digiti 1 dekstra ekstermitas atas - Pasien tampak meringis - Nadi: 80x/menit - Luka tampak kemerahan dan bengkak 	<p>Bakteri Patoghen Sterpkokus Piogenen,Streptokokua grup A, Streptokokus Aureus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bakteri tersebut menyerang kulit dan subkutan jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Substansial Periper diterima oleh reseptor nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dihantarkan oleh serabut nyeri delta A</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dihantarkan ke Dorsal Horn (posterior Medulaspinal)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dihantarkan melalui Traktus Spino Talamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Thalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Diinterpretasikan ke korteks Serebri(girus pre centralis)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri di persepsikan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri Akut
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh terdapat luka post operasi debridement di bagian ibu jari tangan kanan dengan panjang kurang lebih 4 cm dan kedalaman luka 2 cm. - Pasien mengeluh ibu jarinya tertusuk kunci pada saat bekerja dibengkel dan tidak langsung di obati, sehingga terjadi infeksi . 	<p>Bakteri Patoghen Sterpkokus Piogenen,Streptokokua grup A, Streptokokus Aureus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bakteri tersebut menyerang kulit dan subkutan jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hiperglikemi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Visvositas darah meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan aliran darah</p>	Gangguan Integritas kulit

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien juga mengatakan terasa gatal, bengkak dan timbul kemerahan di area sekitar luka pasien <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi debridement di bagian digiti 1 dekstra ekstermitas atas - Ukuran luka post operasi pada digiti 1 dekstra kurang lebih 4 cm dengan kedalaman 2 cm - Luka tampak bengkak dan kemerahan - Kulit sekitar luka teraba hangat 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Penurunan suplai O₂</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Metabolis anaerob</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Peningkatan Asam laktat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Asidosis laktat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">PH seluler meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Saitotoksik (meracuni sel)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Deskripsi sel</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan integritas jaringan kulit terganggu</p>	
3.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh pola tidurnya terganggu - Pasien mengeluh sering terbangun dimalam hari saat merasakan nyeri - Pasien mengatakan hanya tidur 3-4 jam pada malam hari <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Kantung mata pasien tampak hitam - Pasien tampak gelisah - Mata pasien tampak sayu 	<p style="text-align: center;">Nyeri Akut</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Teraktivasinya pusat nyeri diformatio Retikulasi dan di RAS(Reticulo Activate Sytem)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pasca terjaga</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Merangsang Intruksi Tidur</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan Pola tidur</p>	Gangguan pola tidur
4.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh daerah luka post operasi terasa gatal dan panas <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi debridement dibagian digiti 1 dekstra ekstermitas atas dengan panjang luka sekitar 4 cm dan kedalaman 2 cm - Daerah sekitar luka tampak kemerahan - Terdapat edema - Daerah sekitar luka teraba hangat - Leukosit 20.500 mm³ 	<p style="text-align: center;">Agen pencedera fisik post debridement</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Luka post operasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Luka terbuka</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><i>Port de entry</i> kuman</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Resiko Infeksi</p>	Resiko Infeksi

2. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul Berdasarkan Prioritas

Masalah

a. Nyeri akut b.d teraktivasi pusat nyeri di thalamus, ditandai dengan:

Ds:

- Pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi debridement dibagian ibu jarinya
- Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak
- Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut
- Nyeri terasa pada bagian ibu jari tangan kanan
- Nyeri dirasakan hilang timbul
- Skala nyeri 7(0-10)

Do:

- Terdapat luka post operasi debridement dibagian digiti 1 dekstra ekstermitas atas dengan Panjang sekitar 4 cm dan kedalaman 2 cm
- Pasien tampak meringis
- Nadi: 80x/menit
- Luka tampak kemerahan dan bengkak

b. Gangguan integritas jaringan kulit b.d terputusnya kontinuitas jaringan kulit ditandai dengan:

Ds:

- Pasien mengeluh terdapat luka post operasi di bagian ibu jari tangan kanan dengan panjang kurang lebih 4 cm dan kedalaman luka 2 cm.

- Pasien mengeluh ibu jarinya tertusuk kunci pada saat bekerja dibengkel dan tidak langsung di obati, sehingga terjadi infeksi.
- Pasien juga mengatakan terasa gatal, bengkak dan timbul kemerahan di area sekitar luka pasien.

Do:

- Terdapat luka di bagian digiti 1 dekstra ekstermitas atas
- Ukuran luka pada digiti 1 dekstra kurang lebih 4 cm dengan kedalaman luka 2 cm.
- Kulit sekitar luka teraba hangat

c. Gangguan pola tidur b.d Teraktivasinya pusat nyeri diformatio Retikulasi dan di RAS (Reticulo Activate Sytem

Ds:

- Pasien mengeluh pola tidurnya terganggu
- Pasien mengeluh sering terbangun dimalam hari saat merasakan nyeri
- Pasien mengatakan hanya tidur 3-4 jam pada malam hari

Do:

- Pasien tampak lemas
- Kantung mata pasien tampak hitam
- Pasien tampak gelisah
- Mata pasien tampak sayu

d. Resiko Infeksi b.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

Ds:

- Pasien mengeluh daerah luka terasa gatal dan panas

Do:

- Terdapat luka post operasi debridement dibagian digiti 1 dekstra ekstermitas atas dengan panjang luka sekitar 4 cm dan kedalaman 2 cm
- Daerah sekitar luka tampak kemerahan
- Terdapat edema
- Daerah sekitar luka teraba hangat
- Leukosit 20.500 mm³

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	<p>Nyeri akut b.d teraktivasi pusat nyeri di thalamus</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi di ibu jarinya b. Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak c. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dan brdenyut d. Nyeri terasa pada bagian ibu jari tangan kanan e. Nyeri dirasakan hilang timbul f. Skala nyeri 7(0-10) <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Terdapat luka post operasi debridement dibagian digiti 1 dekstra ekstermitas atas b. Pasien tampak meringis c. Nadi : 80x/menit 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam diharapkan masalah pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. TTV dalam batas normal b. Keluhan nyeri menurun 3(7-10) c. Meringis menurun d. Bengkak menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Monitor karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi 2) Monitor skala nyeri 3) Monitor faktor yang meperingan dan memperberat rasa nyeri . 4) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6) Kolaborasi pemberian analgetik 7) Lakukan Kompres hangat pada area luka
2	<p>Gangguan Integritas kulit b.d terputusya kontinuitas jaringan</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh terdapat luka post operasi di bagian ibu jari tangan kanan dengan panjang kurang lebih 4 cm dan kedalaman luka 2 cm. 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kerusakan jaringan cukup menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Monitor karakteristik luka (misalnya: Drainase, warna, ukuran, bau) 2) Monitor tanda-tanda infeksi 3) Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih biotonik 4) bersihkan jaringan nekrotik 5) Berikan salep yang sesuai kekulit/lesi

	<ul style="list-style-type: none"> b. Pasien mengeluh ibu jarinya tertusuk kunci pada saat bekerja dibengkel dan tidak langsung di obati ,sehingga terjadi infeksi . c. Pasien juga mengatakan terasa gatal dan timbul kemerahan di area sekitar luka pasien <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Terdapat luka post operasi di bagian digiti 1 dekstra ekstermitas atas b. Ukuran luka pada digiti 1 dekstra kurang lebih 4 cm dengan kedalaman 2 cm c. Luka tampak bengkak dan kemerahan d. Kulit sekitar luka teraba hangat 	<ul style="list-style-type: none"> b. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun c. Nyeri menurun d. Penyatuan kulit cukup meningkat e. Edema pada sisi luka menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 6) Pasang balutan sesuai jenis luka 7) Pertahankan teknik steril saat melaksanakan perawatan 8) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sesuai kondisi pasien 10) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 11) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein dan kalori 12) Kolaborasi pemberian antibiotic .
3	<p>Gangguan pola tidur b.d teraktivasi pusat nyeri diformatio Retikulasi dan RAS (Reticulo Activate system)</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh pola tidurnya terganggu b. Pasien mengeluh sering terbangun di malam hari saat merasakan nyeri c. Pasien mengatakan hanya tidur 4-5 jam pada malam hari <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak lemas b. Kantung mata pasien tampak hitam c. Pasien tampak gelisah d. Mata pasien tampak sayu 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah pasien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> d. Keluhan sulit tidur menurun e. Keluhan sering terjaga menurun f. Keluhan istirahat tidak cukup membaik 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Monitor durasi dan frekuensi tidur 2. Monitor factor pengganggu tidur 3. Anjurkan pasien untuk memodifikasi lingkungan,yaitu mengatur peencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur 4. Anjurkan pasien mendengarkan terapi music murotal sebelum tidur 5. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 6. Anjuran pasien menepati kebiasaan waktu tidur

4	Resiko Infeksi b.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah pasien teratasi dengan kriteria hasil :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2) Berikan perawatan kulit pada area luka 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4) Pertahankan teknik aseptik 5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 7) Anjurkan meningkatkan supan nutrisi
	Ds: a. Pasien mengeluh daerah luka post operasi debridement terasa gatal dan panas	<ol style="list-style-type: none"> a. Kemampuan mencari informasi tentang factor resiko meningkat b. Kemampuan mengenali perubahan status kesehatan meningkat c. Kemerahan menurun d. Nyeri menurun e. Bengkak menurun f. Rasa gatal menurun 	
	Do: a. Terdapat luka post operasi debridement dibagian digiti 1 dekstra ekstermitas atas dengan panjang luka sekitar 4 cm dan kedalaman 2 cm b. Daerah sekitar luka tampak kemerahan c. Terdapat edema d. Daerah sekitar luka teraba hangat e. Leukosit 20.500 mm ³		

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi

No	Hari/Tanggal	Dx	Implementasi	Evaluasi
1.	Selasa 04/04/2023 09.00 WIB POD I	1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor karakteristik, kualitas, dan frekuensi nyeri 2) Memonitor skala nyeri 7(0-10) 3) Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Memberikan kompres hangat pada daerah nyeri 5) Pemberian analgetik Ketorolac 30 mg IV 6) Pemberian metronidazole 	<p>09.30 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri yang dirasa sedikit berkurang 6 (7-10) b. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan berkurang saat diistirahatkan c. Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut d. pasien mengatakan nyeri yang dirasa hilang timbul <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Luka tertutup perban b. Pasien tampak meringis c. Terdapat luka pada ibu jari tangan kanan <p>A: Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pemberian analgetik b. Melakukan kompres hangat pada area nyeri
	Selasa 04/04/2023 10.00 WIB	2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Observasi luka ukuran, warna, kedalaman luka 2) Observasi tanda-tanda infeksi 3) Melakukan perawatan disekitar luka 4) Menciptakan lingkungan yang terapeutik 	<p>10.30 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri masih terasa b. Pasien mengatakan rasa gatal dan bengkak di area luka berkurang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keadaan sekitar luka pasien tampak kemerahan b. Terdapat luka dibagian digiti 1 dekstra ekstermitas atas dengan panjang luka 4 cm dan kedalaman 2 cm c. TTV: Suhu : 36,5C Td: 120/80mmHg <p>A: Gangguan integritas kulit teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>

Selasa 04/04/2023 11.00 WIB	3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor pola tidur pasien 2) Memonitor faktor pengganggu tidur 3) Menciptakan lingkungan yang terapeutik 4) Menganjurkan pasien memodifikasi lingkungan, yaitu dengan mengatur pencahayaan saat ingin tidur 5) Menjelaskan pentingnya tidur cukup saat sakit 	<p>11.30 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh masih sulit tidur b. Pasien mengatakan sering terbangun saat merasakan nyeri c. Pasien mengatakan istirahat tidak cukup d. Pasien mengatakan tidur hanya 3-4 jam pada malam hari <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak lemas b. Kantung mata pasien tampak kehitaman c. Mata pasien tampak sayu <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p>
Selasa 04/04/2023 12.00 WIB	4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor kemerahan pada luka pasien 2) Observasi luka ukuran, warna, kedalaman luka 3) Memonitor edema pada pasien 4) Menjelaskan tanda-tanda infeksi 	<p>12.30 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan area sekitar luka masi tampak kemerahan b. Pasien mengatakan area sekitar luka masi gatal dan bengkak <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terdapat luka pada daerah ibu jari bagian kanan dengan panjang luka sekitar 4 cm dan kedalaman 2 cm. b. Kulit di sekitar area luka tampak kemerahan c. Kulit sekitar area luka teraba hangat <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p>
2. Rabu 05/04/2023 13.30 WIB POD II	1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor skala nyeri 2) Mengobservasi k/u pasien 3) Mengobservasi skala nyeri pasien 4) Menganjurkan pasien banyak istirahat 5) Pemberian analgetik ketorolac 30mg IV 6) pemberian paracetamol 	<p>14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri masih terasa b. Skala nyeri berkurang 5(0-10) c. Pasien mengatakan mengerti tentang teknik distraksi ,dan kompres hangat. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. k/u klien gelisah b. Luka tertutup perban c. Tanda-tanda Vital TD: 120/80 mm/Hg Nadi: 80x/menit R: 21x/menit <p>A: Nyeri akut teratasi sebagian</p>

			P:
			<ul style="list-style-type: none"> a. Lanjutkan Intervensi b. Kolaborasi pemberian analgetik c. Menganjurkan teknik distraksi ,dan kompres hangat jika terasa nyeri d. Identifikasi nyeri
Rabu 05/04/2023 15.35 WIB	2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengobservasi keadaan luka pasien 2) Melakukan perawatan sekitar luka pasien 3) Mengobservasi skala nyeri pasien 4) Menganjurkan pasien banyak istirahat 5) Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7) Pemberian obat sesuai advice dokter : <ul style="list-style-type: none"> Infus RI Ceftriaxone ketorolac Dexamethasone Omeprazole 	16.00 WIB S: <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan luka operasi pada ibu jari tangan kanannya masih terasa nyeri b. Pasien mengeluh gatal dan bengkak disekitar ibu jari berkurang O: <ul style="list-style-type: none"> a. Daerah ibu jari pasien tampak kemerahan b. K/u pasien gelisah c. Luka tertutup perban d. Tanda-tanda Vital : TD: 120/80mm/Hg Nadi: 85x/menit Spo2: 98% Suhu : 36,4 C A: Gangguan Integritas kulit teratasi sebagian P:Lanjutkan Intervensi
Rabu 05/04/2023 16.30 WIB	3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor pola tidur pasien 2) Memonitor factor penganggu tidur 3) Menganjurkan pasien memodifikasi lingkungan, yaitu dengan mengatur pencahayaan saat ingin tidur 4) Menjelaskan pentingnya tidur cukup saat sakit 5) Memberikan susu hangat kepada pasien 	17.00 WIB S: <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur b. Pasien mengatakan sebelum tidur pasien mendengarkan murotal c. Pasien mengatakan istirahat mulai cukup O: <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak lebih segar b. Kantung mata pasien masih tampak kehitaman A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi
Rabu 05/04/2023 18.30 WIB	4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor kemerahan pada area luka pasien 2) Memonitor edema pada pasien 3) Menjelaskan tanda-tanda infeksi 	19.00 WIB S: <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan kemerahan pada area sekitar luka menurun b. Pasien mengatakan bengkak pada luka menurun

		4) Memonitor kemampuan pasien tentang factor penyebab terjadinya infeksi	O: a. Terdapat luka pada daerah ibu jari bagian kanan dengan panjang luka sekitar 4 cm dan kedalaman 2 cm. b. Kulit di sekitar area luka tampak kemerahan menurun c. Kulit sekitar area luka teraba hangat A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi
3.	Kamis 06/04/2023 08.00 WIB POD III	1 1) Memonitor skala nyeri 2) Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3) Mengajarkan teknik distraksi dan dan kompres hangat di sekitar luka untuk mengurangi rasa nyeri 4) Menganjurkan pasien untuk istirahat 5) Pemberian analgetik Ketorolac 30 mg IV	08.30 WIB S: a. Pasien mengatakan nyeri berkurang 4(5-10) b. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat banyak bergerak c. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul d. Pasien mengatakan bisa mengaplikasikan teknik diktraksi ketika merasakan nyeri O: a. k/u tenang b. Tanda-tanda vital TD:120/80 mm/Hg Nadi :85x/menit Respirasi:21x/menit Suhu: 36,4 C Spo2:98% A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi
	Kamis 06/04/2023 09.00 WIB	2 1) Mengobservasi keadaan luka pasien 2) Melakukan perawatan pada luka pasien 3) Mengobservasi skala nyeri pasien 4) Menganjurkan pasien banyak istirahat	09.30 WIB S: a. Pasien mengatakan rasa gatal pada sekitar luka berkurang b. Pasien mengatakan skala nyeri berkurang 3(7-10) O: a. K/u klien tampak tenang b. Kemerahan di sekitar luka ibu jari klien tampak berkurang c. Tanda-tanda vital TD: 120/80 mm/Hg Nadi: 85x/menit Suhu : 36,4 C Respirasi 21x/menit Spo2: 98% A: Gangguan integritas kulit teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi

Kamis 06/04/2023 10.00 WIB	3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor pola tidur pasien 2) Memonitor faktor pengganggu tidur 3) Menganjurkan pasien memodifikasi lingkungan, yaitu dengan mengatur pencahayaan saat ingin tidur 4) Menjelaskan pentingnya tidur cukup saat sakit 5) Memberikan susu hangat kepada pasien 	<p>10.35 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak b. Pasien juga mengatakan sudah tidak terjaga di malam hari c. Pasien mengatakan istirahat cukup <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak lebih bersemangat b. Kantung mata pasien masi tampak ketitaman <p>A: Masalah teratasi P:Hentikan intervensi</p>
Kamis 06/04/2023 11.30 WIB	4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor kemerahan pada area luka pasien 2) Memonitor edema pada pasien 3) Melakukan kompres hangat disekitar area luka 4) Melakukan perawatan luka pada pasien 	<p>12.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri berkurang . skala nyeri 3(7-10) b. Pasien mengatakan rasa gatal sudah tidak terasa c. Rasa panas di area sekitar luka tidak ada <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terdapat luka post operasi debridement di digiti 1 desktra ekstermitas atas dengan panjang luka 4 cm dengan kedalaman 2 cm b. Pasien tampak tenang c. Kemerahan di sekitar luka pasien berkurang d. Bengkak pada area luka pasien berkurang <p>A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>

5. Catatan perkembangan

Tabel 3.7 Catatan Perkembangan

NO	Tanggal/ Hari	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	07/04/2023 Jumat	1	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri berkurang 2) Pasien mengatakan selalu mempraktekan teknik non farmakologi dan kompres hangat untuk meredakan rasa nyeri 3) Skala nyeri pasien berkurang 3(0-10) 4) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 	Tasya

	O:	
	1) Pasien tampak tenang	
	2) Pasien tampak kooperatif	
	3) Tanda-tanda vital :	
	TD:120/80 mm/Hg	
	Nadi: 85x/menit	
	Spo2:98%	
	A:Masalah nyeri akut teratasi	
	P:Hentikan Intervensi	
	I:-	
	E:Evaluasi dihentikan	
II	S:	Tasya
	1) Pasien mengatakan terdapat luka post operasi di tangan kanannya	
	2) Pasien mengatakan kemerahan disekitar luka pasien sudah berkurang	
	3) Pasien mengatakan rasa gatal sudah tidak dirasakan lagi	
	O:	
	1) K/U tenang	
	2) Luka tertutup perban	
	3) Keadaan luka membaik	
	A:Masalah gangguan integritas kulit teratasi	
	P:Lanjutkan intervensi	
	I:	
	1) Observasi luka	
	2) Lakukan perawatan luka	
	3) Observasi skala nyeri	
	4) Anjurkan klien banyak Istirahat	
	E:	
	1) Rasa gatal dan kemerahan membaik	
	2) Skala nyeri berkurang	
	R:	
	1) Mengobservasi keadaan luka	
	2) Melakukan perawatan luka	
	3) Mengobservasi skala nyeri	
	4) Menganjurkan klien untuk banyak istirahat	
	5) Anjurkan penambahan pemenuhan nutrisi	
III	S:	Tasya
	1) Pasien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak	
	2) Pasien mengatakan sebelum tidur pasien selalu mendengarkan murotal	
	3) Pasien mengatakan istirahat tdur sudah cukup	
	4) Pasien mengatakan tidur 6-7 jam pada malam hari	

	O:	
	1) Pasien tampak segar dan bersemangat	
	2) Pasien tampak tenang	
	A: Masalah gangguan pola tidur teratasi	
	P: Hentikan intervensi	
	I: -	
	E: Evaluasi dihentikan	

IV	S:	Tasya
	1) Pasien mengatakan nyeri berkurang	
	2) Pasien mengatakan rasa gatal, bengkak dan panas pada daerah sekitar luka berkurang	
	O:	
	1) Terdapat luka post operasi debridement di bagian digit 1 dekstra ekstermitas atas dengan panjang luka 4 cm dan kedalaman 2 cm .	
	2) Kemerahan di area sekitar luka berkurang	
	3) Edema berkurang	
	A: Masalah resiko infeksi teratasi	
	P: Lanjutkan Intervensi	
	I:	
	1) Lakukan perawatan luka	
	2) Kompres hangat pada daerah luka	
	3) Latih tangan untuk bergerak (ROM +)	
	E:	
	1) Kemerahan pada daerah sekitar luka berkurang	
	2) Edema berkurang	
	3) Rasa panas dan gatal pada luka berkurang	
	R:	
	1) Memonitor kemerahan pada area luka pasien	
	2) Memonitor edema pada pasien	
	3) Melakukan kompres hangat disekitar area luka	
	4) Melakukan perawatan luka pada pasien	

B. PEMBAHASAN

Dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. D dengan kasus post operasi debridement atas indikasi selulitis di Ruang Topaz Rumah sakit umum Dr. Slamet Garut selama satu minggu yaitu dari tanggal 4 april s/d

9 april 2023 penulis berusaha menerapkan langkah-langkah mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi sesuai dengan tujuan teoritis dan memperhatikan kebutuhan pasien. Pada bagian ini penulis membandingkan antara kajian teori dengan tinjauan kasus. Dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan antara kajian teoritis dan fakta di lapangan, maka perlu beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi , dimana hasil yang diperoleh adalah :

1. Pengkajian

Tahap ini merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana penulis melakukan suatu pendekatan terlebih dahulu kepada keluarga Tn. D dan menjelaskan maksud dan tujuan dilakukannya Asuhan Keperawatan Pasien Tn. D dengan gangguan sistem integumen Selulitis berumur 23 th , maka penulis dapat mewawancarai dan mengobservasi pasien secara partisipasif. Pada tahap pengumpulan data dilaksanakan melalui wawancara secara langsung kepada pasien untuk memperoleh data subjektif dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data objektif dari pasien. Dalam melakukan pengkajian ini penulis mengumpulkan data berkat adanya kerja sama yang baik, bimbingan dan arahan serta dukungan penuh dari berbagai pihak serta kesediaan pasien dan keluarga itu sendiri.

Berdasarkan hasil pengkajian Tn . D dengan usia 23 tahun, mengeluh nyeri setelah dilakukannya prosedur debridement, nyeri bertambah ketika Tn. D bergerak dan berkurang ketika diistirahatkan, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut, nyeri terasa pada bagian digiti 1 dekstra ekstermitas atas

di area sekitar luka operasi debridement. Nyeri dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 7(0-10). Selain itu pasien mengeluh kulit di area sekitar luka tampak kemerahan, bengkak dan terasa hangat. Pasien juga mengeluh pola tidurnya terganggu dan sering terjaga di malam hari, sehingga istirahatnya kurang .

Nyeri yang dirasakan pada pasien post operasi debridement merupakan respon inflamasi akibat adanya cedera pada jaringan kulit yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan. Dalam hal ini cedera diakibatkan oleh trauma pembedahan yaitu tindakan debridement. Terputusnya kontinuitas jaringan ini mengakibatkan pelepasan zat-zat proinflammatori yaitu bradykinin, histamine, dan prostaglandin, ketiga zat tersebut akan merangsang nosiseptor yang akan melepaskan substansi peptida (SP). Reseptor nyeri ini akan diaktifkan oleh reseptor nyeri delta A yang kemudian di hantarkan melalui traktus spinothalamus ke thalamus yang kemudian diinterpretasikan nyeri di cortex cerebri sehingga nyeri di persepsikan (Silbernagl & Lang ,2000 dalam Bahrudin ,2017) .

Kerusakan integritas jaringan pada Tn. D diakibatkan oleh kondisi hiperglikemi akibat komplikasi dari terinfeksi jaringan kulit oleh jamur *Aeromonas*, mengakibatkan viskositas darah meningkat sehingga aliran darah ke perifer menurun dan suplai oksigen ke perifer berkurang. Kondisi ini akan mengakibatkan iskemik seluler sehingga terjadi nekrosis pada jaringan (Smeltzer & Bare,2013)

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis menemukan kesesuaian antara teori dengan data yang penulis temukan pada saat melakukan pengkajian, yaitu pasien mengalami nyeri otot, kemudian terdapat luka yang membengkak dibagian ibu jari tangan kanan, tampak kemerahan dan terjadi peradangan, pasien juga mengalami gangguan pola tidur.

Setelah dilakukan pengkajian didapatkan hasil Analisa data masalah yang muncul pada Tn. D antara lain :

- a. Nyeri akut b.d teraktivasi pusat nyeri di Thalamus
- b. Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d terputusnya kontinuitas jaringan
- c. Gangguan pola tidur b.d Teraktivasi pusat nyeri diformasi Retikulasi dan di RAS(Reticulo Activate Sytem)
- d. Resiko infeksi b.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

2. Diagnosa Keperawatan

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

Menurut Muttaqin & Kumala (2016) , diagnose yang mungkin muncul pada pasien post operasi adalah :

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
- b. Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d neuropati perifer (luka pembedahan)

- c. Gangguan pola tidur b.d Teraktivasinya pusat nyeri diformatio Retikulasi dan di RAS(Reticulo Activate Sytem)
- d. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive
- e. Hipertermi

Setelah di lakukan tahap pengkajian kepada Tn.D berdasarkan analisa data yang di peroleh terdapat beberapa masalah keperawatan yaitu:

- a. Nyeri akut b.d teraktivasinya pusat nyeri di Thalamus

Hal itu sesuai dengan teori (Muttaqin Arif, 2013) Biasanya di dapatkan keluhan nyeri lokal, status lokalisasi didapatkan adanya lesi kulit berupa eritma lokal yang nyeri.

- b. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

Hal itu sesuai dengan teori (Mutaqin Arif, 2013). Pada fase awal ,kulit menjadi panas dan bengkak, serta tampak seperti kulit jeruk yang mengelupas.

- c. Gangguan pola tidur b. d Teraktivasinya pusat nyeri diformatio Retikulasi dan di RAS(Reticulo Activate Sytem)

Masalah keperawatn tersebut muncul berkaitan dengan adanya rasa nyeri di digiti 1 desktra ekstermitas atas, sehingga pola tidur pasien terganggu

- d. Resiko infeksi ditandai dengan adanya kemerahan pada area luka, terjadi edema pada luka, dan kulit terasa hangat ketika diraba .

3. Tahap Perencanaan

Tahap perencanaan merupakan tahap lanjutan dari diagnosa keperawatan dimana dalam perencanaan akan menentukan keberhasilan atau tidaknya suatu asuhan keperawatan yang akan dilakukan. Kegiatannya dimulai dari menetapkan prioritas masalah, perumusan tujuan, penentuan kriteria hasil serta rencana tindakan sesuai dengan kondisi pasien . Dalam menentukan rencana tindakan keperawatan, penyusun merencanakan beberapa tindakan sesuai dengan langkah dalam tinjauan teoritis dan memprioritaskan masalah menurut Hirarki Maslow dan menentukan tujuan yang direncanakan untuk mengurangi masalah yang di alami pasien (Muttaqin,2013). Adapun rencana intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Tn. D yakni :

a. Nyeri akut b.d teraktivasi pusat nyeri di thalamus

Perencanaan yang diterapkan oleh penulis pada Tn. D untuk diagnosa pertama adalah: Lakukan pengkajian secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik nyeri dengan skala nyeri, Observasi tanda-tanda vital, berikan posisi yang nyaman, Anjurkan untuk meningkatkan istirahat, Kolaborasi dengan dokter dan tim medis lamanya pemberian obat analgetik (Pereda nyeri).

b. Gangguan intergitas kulit dan jaringan b.d terputusnya kontinuitas jaringan

Sedangkan untuk diagnose kedua: Observasi luka ukuran, warna, kedalaman luka, perhatikan jaringan nekrotik dan kondisi sekitar luka, Lakukan perawatan ganti perban dengan membasahi perban dengan cairan

NaCl dan kompres. Tutup luka dengan perban yang steril agar tetap kering dan bersih dan Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antibiotic.

c. Gangguan pola tidur b.d Teraktivasinya pusat nyeri diformatio Retikulasi dan di RAS(Reticulo Activate Sytem)

d. Sedangkan untuk diagnosa ketiga:Monitor durasi dan frekuensi tidur, monitor factor pengganggu tidur, anjurkan pasien untuk memodifikasi lingkungan,yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur, anjurkan pasien mendengarkan terapi music murotal sebelum tidur, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjuran pasien menepati kebiasaan waktu tidur.

e. Resiko infeksi b.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

Pada diagnose keempat : Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, berikan perawatan kulit pada area luka, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, anjurkan meningkatkan supan nutrisi.

4. Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan tujuan dan rencana yang telah ditetapkan. Pada tahap ini penulis melibatkan peran keluarga dalam melaksanakan tindakan keperawatan dan didukung tersedianya alat-alat, Sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan, penulis melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi pemberian penjelasan, penyuluhan, dan demonstrasi. Secara

operasional, penulis tidak mendapat kesulitan dalam tahap pelaksanaan mengingat bahwa keterbukaan dan penerimaan keluarga klien terhadap penjelasan yang diberikan penulis sangat membantu tahap pelaksanaan sehingga berjalan sesuai rencana. Adapun pelaksanaan asuhan keperawatan yang penulis laksanakan pada setiap diagnose adalah sebagai berikut:

a. Nyeri akut

Pada diagnose pertama: Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif skala nyeri 7 (1-10) , Memonitor tanda-tanda vital TD 120/80 mmHg, RR: 21x/menit, S :36,5°C, mengobservasi ketidaknyamanan klien, pemberian obat analgetik ketorolac untuk mengurangi rasa nyeri, dan pemberian antibiotic metronidazole , menganjurkan kepada klien untuk beristirahat.

b. Gangguan integritas kulit dan jaringan

Selanjutnya pada diagnose kedua penulis melaksanakan asuhan keperawatan diantaranya mengkaji kondisi luka, ukuran luka 4 cm kedalaman 2 cm, melakukan perawatan luka dan membersihkannya dengan cairan NaCl dan mengompres luka dengan kasa lembap, mengoleskan salep, menutup luka dengan perban steril agar terhindar dari kontaminasi, dan terakhir memberikan obat antibiotic ceftriaxone.

c. Gangguan Pola tidur

Implementasi yang dilakukan yaitu dengan menciptakan lingkungan yang nyaman, menganjurkan pasien untuk tidur lebih awal pada malam hari, menganjurkan pasien untuk tidak banyak pikiran dan mendengarkan

murotal sebelum tidur, serta menjelaskan pentingnya istirahat yang cukup saat sakit .

d. Resiko Infeksi

Implementasi yang dilakukan yaitu dengan cara mengobservasi tanda-tanda kemerahan, melakukan kompres hangat pada area luka, mempertahankan teknik aseptik, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak langsung dengan pasien, menganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi.

5. Tahap Evaluasi

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan setiap selesai tindakan keperawatan.

Hasil dari evaluasi formatif menunjukkan bahwa semua tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dapat mengurangi atau mengatasi masalah pasien saat ini, sedangkan untuk evaluasi sumatif, penulis melakukan pada hari ketiga setelah memberikan asuhan keperawatan pada Tn. D.

Pada tahap evaluasi sumatif ditemukan bahwa diagnosa yang muncul pada Tn. D teratasi semua, hal ini disebabkan pasien dan keluarga kooperatif, bekerja sama dengan baik sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan berjalan sesuai dengan rencana dan tujuan .

Adapun berkaitan dengan masalah yang teratasi berdasarkan diagnose keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus masalah teratasi karena skala nyeri berkurang 3(7-10)

- b. Gangguan integritas kulit sudah teratasi, hal ini karena proses penyembuhan luka masih belum sempurna.
- c. Gangguan pola tidur b.d teraktivasinya pusat nyeri diformatio Retikulasi dan di RAS(Reticulo Activate Sytem), masalah teratasi karena pasien sudah bisa tidur nyenyak dengan frekuensi cukup .
- d. Resiko infeksi b.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah teratasi, karena kemerahan di area sekitar luka menurun, dan terdapat edema menurun, kemudian keadaan luka belum sempurna .

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan gangguan sistem Integumen : Post Debridement e.c selulitis infeksius a/r Digni 1 Dekstra Ekstermitas Atas di ruangan Topaz RSUD Dr.Slamet Garut mulai tanggal 04 April 2023 s/d 09 April 2023 dengan penggunaan proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap yakni : pengkajian, diagnosa , perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang mencakup berbagai aspek bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya di dokumentasikan dalam bentuk karya tulis . Maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian penulis mampu menemukan data-data dari Tn. D dengan penyakit selulitis post debridement yaitu : Pasien mengeluh nyeri pada bagian ibu jarinya, nyeri terasa saat pasien bergerak dan berkurang ketika diistirahatkan, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, pada daerah luka juga terdapat oedema, terasa gatal dan tampak kemerahan, daerah sekitar luka terasa hangat, skala nyeri 7(0-10), pasien juga mengeluh pola tidurnya terganggu karena sering terjaga pada malam hari terutama ketika merasakan nyeri, mata pasien tampak sayu dan kantung mata pasien tampak kehitaman, pasien terlihat lemah.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada tahap diagnosa keperawatan penulis merumuskan diagnosa sesuai dengan prioritas yang muncul pada Tn. D dengan selulitis post debridement

diantaranya yaitu : nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus, gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan kulit, gangguan pola tidur berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri diformatio Retikulasi dan di RAS(Reticulo Activate System), dan resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

3. Perencanaan

Pada tahap ini penulis mampu membuat perencanaan dibuat terfokus pada tujuan yang berdasarkan analisa data yang telah didapat. Intervensi yang tersusun dari Tn. D dengan gangguan sistem Integumen : Selulitis post debridement berdasarkan DPP PPNI : SDKI (2017), intervensi utama untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus yaitu manajemen nyeri, monitor karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, monitor skala nyeri, monitor faktor yang memeringan dan memperberat nyeri, ajarkan teknik non farmakologi, serta kompres hangat untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik. Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan kulit yaitu monitor karakteristik luka (misalnya: drainase, warna, bau, ukuran), monitor tanda-tanda infeksi, bersihkan dengan cairan Nacl atau opembersih biotrik, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai kekulit/lesi, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melaksanagn perawatan, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jadwalkan

perubahan posisi setiap 2 jam sesuai kondisi pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein dan kalori, kolaborasi pemberian antibiotik . Gangguan pola tidur berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri diformatio retikulasi dan di RAS(Reticulo Activate System) yaitu monitor durasi dan frekuensi tidur, monitor faktor pengganggu tidur, anjurkan pasien untuk memodifikasi lingkungannya, yaitu mengatur pencahayaan tidur dengan mematikan lampu saat tidur, anjurkan pasien mendengarkan terapi music murotal sebelum tidur, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan pasien menepati kebiasaan waktu tidur. Resiko Infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan orgnisme patogen lingkungan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, berikan perawatan kulit pada area luka, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik, jelaskan tanda dan fejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Dalam rencana tindakan keperawatan penulis melibatkan pasien dan keluarga, sehingga dapat tercapai dengan baik sesuai dengan jangka waktu yang telah ditetapkan dalam memperhatikan kemampuan pasien serta fasilitas yang ada pada rencana tindakan yang ditetapkan pada masing-masing diagnosa .

4. Tahap Implementasi

Pada tahap ini penulis mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada Tn. D meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Secara umum tahap pelaksanaan dilakukan dengan baik yaitu

sesuai dengan perencanaan yang dibuat meskipun ada beberapa hambatan yang di dapat karena keterbatasan sumber daya yang ada. Namun, sikap kooperatif dari pasien dan keluarga yang memudahkan penulis untuk mengatasi hal tersebut. Dengan menggunakan bahasa yang mudah di mengerti, ditunjang dengan dokumentasi serta penyampaian informasi yang telah dipahami, maka pasien memahami penjelasan penulis dengan baik.

5. Tahap Evaluasi

Dalam melaksanakan evaluasi dengan melihat perkembangan kondisi pasien dihubungkan dengan kriteria yang telah ditetapkan, dari masalah keperawatan Tn. D dengan penyakit selulitis menunjukan bahwa keempat masalah yaitu, nyeri akut, gangguan integritas jaringan kulit, gangguan pola tidur dan resiko infeksi dapat teratasi .

B. Rekomendasi

Setelah memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn. D dengan penyakit selulitis post debridement maka penulis dapat memberikan rekomendasi diantaranya :

1. Untuk pihak RSUD Dr.Slamet Garut

Petugas kesehatan diharapkan selalu memberikan pendidikan kesehatan bagi pasien,karena bermanfaat untuk menambah ilmu pengetahuan pasien dengan diharapkan dapat membantu pasien dalam melaksanakan perawatan mandiri.

2. Untuk Institusi

Dikarenakan dalam penyusunan karya tulis memerlukan buku sumber, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan mutu pendidikan diharapkan perpustakaan dilengkapi bahan perbandingan dilapangan sebagai literature.

3. Untuk pasien dan Keluarga

Diharapkan dapat dijadikan untuk menambah pengetahuan dan wawasan tentang selulitis, agar dapat melakukan penanganan mandiri jika terjadi tanda dan gejala selulitis.

DAFTAR PUSTAKA

- Becker K, Heilmann C, Peters G. *Coagulase-negative staphylococci*. Clin Microbiol Rev. 2014 Oct;27(4):870-926. doi: 10.1128/CMR.00109-13. PMID: 25278577; PMCID: PMC4187637. [Coagulase-negative staphylococci - PubMed \(nih.gov\)](#) Diakses pada 21 Juni 2023
- Brown BD, Hood Watson KL. Cellulitis. 2022 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 31747177. [Cellulitis - PubMed \(nih.gov\)](#) Diakses pada 21 Juni 2023
- Collazo Garcia, Cesar & Rueda, Javier & Suárez, Bruno & Navarro, Enrique. (2018). Differences in the Electromyographic Activity of Lower-Body Muscles in Hip Thrust Variations. Journal of Strength and Conditioning Research. 34. 1. 10.1519/JSC.0000000000002859.
- Clevere Susanto, M. (2013) *Penyakit kulit dan kelamin / R Clevere Susanto, GA Made Ari M* (Cet. 1.). Yogyakarta. Nuha Medika.
- Hasliani. (2019) *Sistem Integument*. Makassar. CV. Tohar Media
- Hidayati, Afif Nurul . (2019) *Infeksi Bakteri di Kulit*. Airlangga University Press.
- Kang, S. (2018). Fitzpatrick's Dermatology, Ninth Edition, 2-Volume Set (EBOOK). Amerika Serikat: McGraw Hill LLC.
- Muttaqin, Arif. (2014) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta. Salemba Medika
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 5*. Jakarta; Penerbit Salemba Medika
- Rositawati A and Sawitri S. 2016. Studi Retrospektif: Profil Pasien Erisipelas dan Selulitis. Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin – Periodical of Dermatology and Venereology.
- Siregar, R. S. 2015. Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Somantri, Irman. 2012. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: PT. Salemba Medika
- Stephen Gillespie, Kathleen Bamford. 2012. *Medical Microbiology and Infection at a Glance*. Jakarta. Erlangga.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat 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

LAMPIRAN

Lampiran I

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

TANDA DAN GEJALA INFEKSI PADA LUKA OPERASI

- A. Tema : Tanda dan gejala infeksi pada luka operasi
- B. Pokok Pembahasan: Perawatan dan pencegahan Infeksi pada luka operasi
- C. Sub Pokok Pembahasan :
1. Menjelaskan pengertian infeksi
 2. Menjelaskan penyebab terjadinya infeksi pada luka operasi
 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka operasi
 4. Menjelaskan komplikasi yang terjadi dari infeksi luka operasi
 5. Menjelaskan cara pencegahan infeksi luka operasi
 6. Menjelaskan perawatan mandiri luka infeksi
- D. Sasaran :Tn. D dan keluarga

Hari / tanggal : Senin,03 April 2023

Waktu : 14.00 WIB – Selesai

Tempat : Ruang Topaz RSUD Dr.Slamet Garut

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 30 menit, diharapkan pasien dan keluarga mampu mengetahui tanda dan gejala, penyebab terjadinya infeksi,

komplikasi yang mungkin muncul dari infeksi, cara pencegahah infeksi, dan perawatan mandiri luka operasi .

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan pengertian infeksi
- b. Menjelaskan penyebab terjadinya infeksi pada luka operasi
- c. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka operasi
- d. Menjelaskan komplikasi yang terjadi dari infeksi luka operasi
- e. Menjelaskan cara pencegahan infeksi luka operasi
- f. Menjelaskan perawatan mandiri luka infeksi

B. Materi

(Terlampir)

C. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

D. Media Penyuluhan

Media Leaflet

E. Kegiatan penyuluhan

Kegiatan Penceramah	Waktu	Kegiatan Responden
1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri	30 detik	Menjawab salam
2. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus penkes	1 menit	Mendengarkan penjelasan
3. Melakukan kontrak waktu dan memotivasi pasien dan keluarga untuk aktif dalam diskusi	30 detik	Memperhatikan penjelasan
4. Mengkaji pengetahuan pasien tentang infeksi, dan tanda gejala infeksi pada luka operasi	1 menit	Mengungkapkan pemahaman atau istilah lain yang klien ketahui
5. Memberikan penjelasan tentang definisi infeksi, penyebab, tanda dan gejala infeksi pada luka operasi serta penanganan sederhananya	10 menit	Mendengarkan dan memperhatikan penjelasan
6. Menjelaskan cara meredakan nyeri dengan kompres hangat	5 menit	Memperhatikan cara pengolahan dari jus bayam merah
7. Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya	2 menit	Bertanya
8. Berdiskusi dan tanya jawab	3 menit	Aktif dalam diskusi
9. Evaluasi Menyimpulkan hasil penkes	3 menit	Memahami kesimpulan

10. Memberikan reinforcement positif dan memotivasi pasien untuk menjaga kesehatan	1 menit	Mendengarkan penjelasan
11. Menutup kegiatan dan mengucapkan salam	30 detik	Menjawab salam

Materi: Tanda dan Gejala Infeksi pada Luka Operasi

1. Pengertian

Menurut kamus kedokteran Dorland (2012) infeksi merupakan masuknya mikroorganisme yang memperbanyak diri di jaringan tubuh yang menyebabkan peradangan. Infeksi luka operasi yaitu infeksi pada daerah operasi atau organ atau ruang yang terjadi dalam 30 hari pasca operasi atau dalam kurun 1 tahun apabila terdapat implant (Hidajat,2012). Infeksi luka bisa terjadi karena adanya pengendapan mikroorganisme dari paparan lingkungan luar di area luka. Mikroorganisme seperti kuman dan bakteri ini kemudian menggandakan diri dan masuk ke dalam luka. Infeksi merupakan kondisi dimana ada mikroorganisme atau benda asing masuk ke dalam tubuh dan menimbulkan penyakit tertentu. Mikroorganisme ini banyak macamnya, mulai dari virus, bakteri, kuman, jamur, dan juga parasit. Infeksi bersifat menular, dan dapat ditularkan lewat banyak cara bahkan seringkali tanpa disadari.

2. Penyebab Terjadinya Infeksi

Infeksi luka operasi umumnya disebabkan oleh bakteri, seperti *Staphylococcus*, *Streptococcus*, dan *Pseudomonas*. Luka operasi dapat terinfeksi oleh bakteri-bakteri tersebut melalui: Interaksi antara luka operasi dengan kuman di kulit interaksi dengan kuman yang tersebar di udara Interaksi dengan kuman yang telah ada di dalam tubuh atau organ yang dioperasi Interaksi dengan kuman yang terdapat di tangan dokter atau perawat interaksi dengan kuman di alat-alat operasi yang tidak steril.

3. Tanda dan Gejala infeksi pada luka operasi

Gejala Infeksi Luka Operasi bisa menimbulkan beragam gejala, yaitu:

- a. Ruam kemerahan pada luka operasi
- b. Rasa sakit atau perih pada luka operasi
- c. Luka operasi terasa panas
- d. Pembengkakan pada luka operasi
- e. Demam
- f. Luka operasi mengeluarkan nanah atau bau tidak sedap
- g. Luka operasi terbuka
- h. Luka operasi menjadi lebih lama sembuh

4. Komplikasi Infeksi

Jika tidak segera diobati, infeksi luka operasi bisa menyebar dan menimbulkan komplikasi berupa:

- a. Selulitis
- b. Infeksi kulit lain, seperti impetigo

- c. Sepsis
- d. Abses
- e. Tetanus
- f. Infeksi bakteri pemakan daging atau necrotizing fasciitis

5. Pencegahan infeksi

Ada beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko terjadinya infeksi luka operasi, yaitu:

1. Sebelum operasi, mandi dengan air yang terjamin kebersihannya dan sabun antibakteri.
2. Lepas seluruh perhiasan sebelum operasi.
3. Jaga agar luka selalu tertutup dan pastikan area di sekitar luka tetap bersih.
4. Periksakan kondisi luka operasi secara berkala ke dokter.
5. Periksakan kadar gula darah secara rutin jika menderita diabetes agar penyembuhan luka lebih baik.
6. Selalu jaga asupan makanan bergizi lengkap dan seimbang untuk membantu penyembuhan luka.

6. Perawatan Mandiri

Setelah diizinkan untuk pulang, pasien perlu melakukan perawatan mandiri di rumah dengan mengganti perban secara berkala dan rutin membersihkan luka. Hal tersebut bertujuan untuk mencegah perburukan infeksi dan mempercepat penyembuhan infeksi luka operasi.

DAFTAR PUSTAKA

Manohan, M., et al. (2020). *Surgical Site Infection and Cost in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review of The Economic Burden*. Plos One, 15(6), pp 1-21.

Norman, G., et al. (2020). *Negative Pressure Wound Therapy for Surgical Wounds Healing by Primary Closure*. Cochrane Library, 2020(6), pp. 1-210.

National Health Service UK (2019). *Guy's and St. Thomas'*.

Surgical Wounds and Infections. National Institute of Health (2021). National Library of Medicine. Postoperative Wound Infection.

National Institute of Health (2020). MedlinePlus. *Surgical Wound Infection-treatment*,

Johns Hopkins Medicine (2022). *Conditions and Diseases*. Surgical Site Infections.

Medscape (2021). *Wound Infection*.

Patient Info (2020). *Health Info*. *Infected Wounds*.

Lampiran II



APA ITU INFEKSI ??

INFEKSI MERUPAKAN MASUKNYA MIKROORGANISME YANG MEMPERBANYAK DIRI DI JARINGAN TUBUH YANG MENYEBABKAN PERADANGAN. INFEKSI LUKA OPERASI YAITU INFEKSI PADA DAERAH OPERASI ATAU ORGAN ATAU RUANG YANG TERJADI DALAM 30 HARI PASCA OPERASI ATAU DALAM KURUN 1 TAHUN APABILA TERDAPAT IMPLANT (HIDAJAT,2012)



KOMPLIKASI INFEKSI LUKA OPERASI
Jika tidak segera diobati, infeksi luka operasi bisa menyebar dan menimbulkan komplikasi berupa:

- Selulitis
- Infeksi kulit lain, seperti impetigo, sepsis, Abses, tetanus
- Infeksi bakteri pemakan daging atau necrotizing fasciitis

TANDA DAN GEJALA INFEKSI PADA LUKA OPERASI



Nama: Tasya Rhama Dita
NIM: KHGA20130
STIKES karsa Husada Garut



BAGAIMANA TANDA TANDA SELULITIS ?

- Peradangan
- Merah
- Bengkak
- Panas saat diraba
- Demam
- Nyeri

PERAWATAN MANDIRI

Setelah diizinkan untuk pulang, pasien perlu melakukan perawatan mandiri di rumah dengan mengganti perban secara berkala dan rutin membersihkan luka. Hal tersebut bertujuan untuk mencegah perburukan infeksi dan mempercepat penyembuhan infeksi luka operasi.



BAGAIMANA PENCEGAHANNYA

- Sebelum operasi, mandi dengan air yang terjamin kebersihannya dan sabun antibakteri.
- Lepas seluruh perhiasan sebelum operasi.
- Jaga agar luka selalu tertutup dan pastikan area di sekitar luka tetap bersih.
- Periksakan kondisi luka operasi secara berkala ke dokter.
- Periksakan kadar gula darah secara rutin jika menderita diabetes agar penyembuhan luka lebih baik.
- Selalu jaga asupan makanan bergizi lengkap dan seimbang untuk membantu penyembuhan luka.

TANDA & GEJALA INFEKSI POST OPERASI

- Ruam kemerahan pada luka operasi
- Rasa sakit atau perih pada luka operasi
- Luka operasi terasa panas
- Pembengkakan pada luka operasi
- Demam
- Luka operasi mengeluarkan nanah atau
- Bau tidak sedap
- Luka operasi terbuka
- Luka operasi menjadi lebih lama sembuh

Lampiran III

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Tasya Rhama Dita

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat, Tanggal Lahir : Bogor, 28 November 2001

Agama : Islam

Alamat : Kp. Sukasari, RT 11/RW 04 Desa
Cibuniasih, Kec. Pancatengah, Kab.
Tasikmalaya, Jawa Barat

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN Muara Sanding 1 tahun 2008-2010
2. SDN Mekarsari tahun 2010-2014
3. Mts. Khoerul Huda tahun 2014-2015
4. SMP Negeri 1 Pancatengah tahun 2015-2017
5. SMA Negeri 1 Cikatomas tahun 2017-2020
6. STIKes Karsa Husada Garut Program Studi Diploma D III
Keperawatan (2020-2023)

Lampiran IV

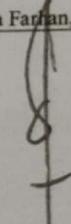
LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Tasya Rhama Dita

NIM : KHGA20130

Pembimbing : H.Zahara Farhan, M.Kep.

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. D Dengan Gangguan Sistem Integumen: Post Debridement e.c Selulitis Infeksius a/r Digi 1 Dekstra Ekstermitas Atas di Ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	29 Mei 2023	Bab III	1. Perbaiki dan lengkapi pengkajian 2. Perbaiki teknik analisa data 3. Perjelas dan pertegas penegakan diagnosa keperawatan 4. Redaksi intervensi harus lebih operasional	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
2	1 Juni 2023	Bab III	1. Implementasi dan evaluasi harus jelas sesuai dengan rencana tindakan dan indikator capaian hasil yang diharapkan 2. Pola pembahasan harus menggambarkan fakta, teori dan opini serta gagasan penulis	 H. Zahara Farhan, M.Kep.

3	5 Juni 2023	Bab III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan data hasil pengkajian pada setiap sistem 2. Perbaiki redaksi kalimat dalam intervensi keperawatan harus lebih operasional 	H. Zahara Farhan, M.Kep.
4	9 Juni 2023	Bab III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembahasan harus menggambarkan fakta, teori, opini pada setiap tahap askep 2. Bab III ACC 3. Mulai susun Bab I dan II 	H. Zahara Farhan, M.Kep.
5	12 Juni 2023	Bab I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki terkait penulisan paragraf bab I dimana ada 1 paragraf terdiri dari 1 pokok pikiran utama dan beberapa kalimat penjelas 2. Cari data terbaru yang terkait populasi lansia dan prevalensi hipertensi pada lansia 	H. Zahara Farhan, M.Kep.
6	14 Juni 2023	Bab I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cari referensi yang terbaru yang menjelaskan teori yang terdekat dengan hipertensi dan penanganannya 2. Pertegas dan perjelas justifikasi penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan 	H. Zahara Farhan, M.Kep.
7	16 Juni 2023	Bab I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki tujuan pembahasan, metode dan sistematika penulisan 	H. Zahara Farhan, M.Kep.
8	19 Juni 2023	Bab I	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACC Bab I 2. Mulai susun Bab II dan IV 	H. Zahara Farhan, M.Kep.
9	20 Juni 2023	Bab II dan IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACC Bab IV 2. Perbaiki penulisan Bab II 	H. Zahara Farhan, M.Kep.
10	26 Juni 2023	Bab II	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACC Bab II 2. Susun Abstrak 3. Susun draft KTI lengkap 	H. Zahara Farhan, M.Kep.