**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Penyakit kulit dalam dewasa ini masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan di Indonesia. Menurut Depkes RI (2008) penyakit kulit dan penyakit subkutan menempati urutan kedua dengan jumlah kasus 501.280 kasus atau 3,16 % setelah penyakit infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) dalam kategori 10 besar penyakit di Indonesia (Astriyanti, Tuti, 2010). Infeksi bakteri, jamur, virus dan reaksi alergi menjadi dominasi terbesar penyakit kulit di Indonesia, sedangkan faktor degenaratif menjadi penyebab penyakit kulit di Negara Barat. Selain faktor yang disebutkan diatas, lingkungan yang tidak bersih, *life style*, dan *personal hygiene* juga menjadi penyebab timbulnya penyakit kulit (Siregar, 2015)

Salah satu penyakit kulit tersebut adalah selulitis. Selulitis adalah inflamasi jaringan subkutan dimana proses inflamasi tersebut disebabkan oleh bakteri S. aureus dan atau Streptococcus (Muttaqien, 2011).

Pravalensi selulitis di seluruh dunia tidak diketahui secara pasti. Menurut jurnal *Cellulitis – Epidemiological and Clinical Characteristic* (2012) menganalisis bahwa di Clinical Centre Universitas Sarajevo dalam 3 tahun terakhir periode 1 Januari 2009 hingga 1 Maret 2012 ada 123 pasien dengan penyakit kulit, 35 pasien dengan tipe *erisepelas superfasial* dan 88 pasien dengan selulitis. Presentasi laki-laki lebih sering yaitu 56,09 % dengan usia rata-rata 50 tahun. Prevalensi lokasi selulitis yaitu tungkai (71,56%), lengan (12,19%), kepala.leher (13,08%), dan tubuh (3,25%). Penanganan pertama dengan memberikan antibiotik golongan *lincosamide* (Melina *et al*, 2012). Berdasarkan data catatan register di ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta untuk 6 bulan terakhir dari tanggal 1 Januari – 30 Juni 2018 terdapat 6 pasien yang menderita selulitis.

Selulitis menyebabkan kemerahan atau peradangan pada ekstremitas juga bisa pada wajah, kulit menjadi bengkak, licin disertai nyeri yang terasa

panas. Gejala lain adalah demam, merasa tidak enak badan, bisa terjadi kekauan (Susanto dan Made, 2013). Selulitis merupakan penyakit serius sampai harus dilakukan pembedahan tetapi bisa dicegah jika pasien menderita selulitis ringan dengan mengurangi manifestasi klinis yang muncul. Dari beberapa referensi, cirri manifestasi klinis dari selulitis adalah nyeri akut disertai bengkak, jika nyeri dan bengkak tersebut menyerang ekstremitas bawah tentu akan mengganggu mobilitasi pasien, terjadi kekauan otot dan kekuatan otot pasien menurun sehingga mengganggu pergerakan.

Menurut Susanto dan Made (2013) jika selultis menyerang tungkai, tungkai diberikan ganjalan sehingga posisi terangkat dan dikompres dingin untuk mengurangi nyeri. Perawat mempunyai peranan penting dalam mengurangi nyeri dengan memberikan terapi non farmakologi.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis ingin mengetahui lebih lanjut untuk mempelajari lebih jauh tentang penyakit selulitis yang akan penulis tuangkan dalam Karya Tulis Ilmiah ini dnegan judul Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan Selulitis Pedis di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta.

1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah pada asuhan keperawatan ini adalah “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Tn. “J” dengan Selulitis Pedis di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta?” yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian asuhan keperawatan, serta faktor pendukung dan penghambat asuhan keperawatan pada Tn. “J” dengan Selulitis Pedis di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta.

1. **Ruang Lingkup**

Laporan Asuhan Keperawatan ini termasuk dalam mata ajar Keperawatan Medikal Bedah, dalam lingkup asuhan keperawatan. Penulis menggunakan proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Kelima tahap keperawatan tersebut masing-masing didokumentasikan dalam catatan rekam medik pasien. Asuhan keperawatan ini dilakukan pada Tn. “J” dengan selulitis pedis di ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta. Waktu yang digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan ini adalah 3 x 24 jam dari tanggal 2- 4 Juli 2018.

1. **Tujuan Penelitian**
2. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada Tn. “J” dengan Selulitis Pedis di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta

1. Tujuan Khusus
2. Menerapkan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada Tn. “J” dengan Selulitis Pedis.
3. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. “J” dengan Selulitis Pedis di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta.
4. Mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat asuhan keperawatan pada Tn. “J” dengan Selulitis Pedis di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta
5. **Manfaat Penelitian**

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bermanfaat bagi :

1. Penulis

Dapat menerapkan ilmu keperawatan medikal bedah yang didapat saat kuliah sekaligus mempunyai pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperatan pada pasien dengan Selulitis Pedis di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta.

1. Perawat

Hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan Selulitis Pedis di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta.

1. Bagi Mahasiswa DIII Keperawatan

Merupakan sumber informasi nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan Selulitis Pedis, serta sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa D III Keperawatan guna menambah wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Selulitis Pedis

1. Profesi Keperawatan

Karya Tulis Ilmiah ini berguna sebagai bahan dalam mengembangkan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien dengan Selulitis Pedis.

1. **Metode Pengumpulan Data**
2. Metode Penulisan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif, penulis menggambarkan pemberi asuhan keperawatan dalam bentuk laporan pelaksanaan asuahn keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi tahap pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta pendokumentasian asuhan keperawatan.

1. Metode Pengumpulan Data

Didalam pengumpulan data, penulis menggunakan dua metode pengumpulan data sebagai berikut :

1. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah keperawatan yang dihadapi. Data primer diperoleh dengan cara :

1. Observasi

Merupakan kegiatan mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan klien. meliputi kedaan umum, keadaan fisik pasien, kesadaran, serta melihat langsung proses pelaksanaan atau tindakan yang dilakukan pada klien

1. Wawancara

Wawancara merupakan suatu metode komunikasi yang direncanakan dan meliputi tanya jawab antar perawat dengan klien yang berhubungan dengan masalah klien. Data yang diperoleh dari wawancara ini meliputi : identitas pasien, identitas keluarga pasien, riwayat kesehatan pasien sekarang berkaitan dengan bagaimana pasien mengalami keluhan dan dirawat di rumah sakit, riwayat kesehatan dahulu yaitu menanyakan pernah atau tidak pasien mengalami penyakit yang sama, riwayat pengobatan, riwayat kesehatan keluarga, keluhan yang dirasakan dan pola kebiasaan pasien.

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk memeperoleh data objektif dari klien yang dilakukan secara sistematik meliputi :

1. Inspeksi

Dengan melihat melalui mata terbuka kedaan 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. Biasanya akan didapatkan warna kulit yang cenderung kemerahan pada luka dan sekitarnya, bengkak, terdapat pus, kulit keriput pada sekitar luka dan turgor kulit tidak elastic.

1. 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.*

1. Perkusi

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

1. 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.

1. Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder ini dilakukan dengan mempelajari dan memahami catatan keperawatan, catatan medis, terapi medis dan pemeriksaan penunjang diagnostik. Data yang bisa mendukung adanya selulitis antara lain hasil laboratorium darah (misalnya : angka leukosit), hasil rontgen (jika sampai pada bagian tulang), hasil patologi klinik (misalnya : hasil kultur pus).

1. **SISTEMATIKA PENULISAN**

Sistematika penulisan yang digunakan penulis akan memuat uraian secara garis besar dari isi proses keperawatan dalam tiap bab, yaitu sebagai berikut :

1. BAB 1 – Pendahuluan

Dalam bab ini akan menguraikan tentang latar belakang, rumusan masalah, batasan masalah, maksud dan tujuan, metode penelitian dan sistematika penelitian.

1. BAB II – Tinjauan Pustaka

Pada bab ini akan di bahas mengenai teori – teori yang mendukung dalam proses penyusunan asuhan keperawatan. Berisi mengenai definisi – definisi dan teori yang menjadi dasar dalam penulisan penelitian yang di ambil dari berbagai sumber.

1. BAB III – Kasus dan Pembahasan

Pada bab ini akan di bahas mengenai proses keperawatan dari pengkajian hingga evaluasi secara komprehensif dan sesuai dengan konsep yang ada pada bab II. Kemdian akan dibandingkan antara asuhan keperawatan dengan teori yang sudah ada.

1. BAB IV – Kesimpulan

Dalam bab ini akan dijelaskan mengenai kesimpulan dari proses asuhan keperawatan dan saran yang di dapatkan dari penelitian yang telah penulis lakukan.

1. Daftar Pustaka

Pada daftar pustaka berisi tentang sumber-sumber yang penulis gunakan untuk menulis penelitian, baik berupa buku , jurnal maupun media lainya

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Konsep Penyakit Selulitis**
2. Pengertian

Selulitis merupakan inflamasi jaringan subkutan dimana proses inflamasi, yang umumnya dianggap sebagai penyebab adalah bakteri S.*aureus* dan atau *Streptococcus* (Muttaqin Arif, 2011).

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.

1. Klasifikasi

Menurut Arif Muttaqin (2011), selulitis dapat digolongkan menjadi:

1. Selulitis sirkumskripta 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.

1. Selulitis sirkumskripta supurartif akut

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

1. Selulitis difus akut

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.

1. Selulitis difus yang sering dijumpai

Selulitis difus yang paling sering dijumpai adalah Phlegmone / Angina Ludwig’s . Angina Ludwig’s merupakan suatu selulitis difus yang mengenai spasia sublingual, submental dan submandibular bilateral, kadang-kadang sampai mengenai spasia pharingeal (Berini, Bresco & Gray, 1999 ; Topazian, 2002). Selulitis dimulai dari dasar mulut. Seringkali bilateral, tetapi bila hanya mengenai satu sisi/ unilateral disebut Pseudophlegmon.

1. Etiologi

Penyakit Selulitis disebabkan oleh:

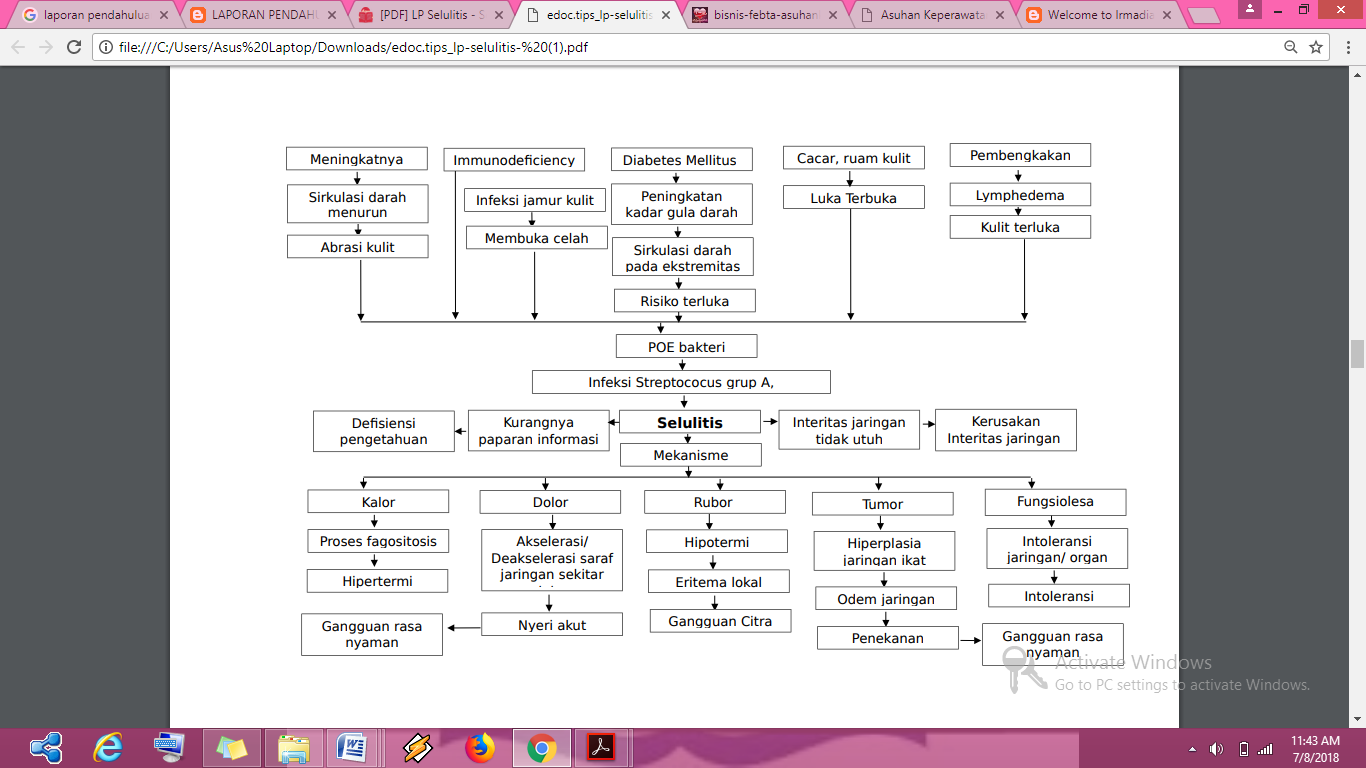
1. Infeksi bakteri dan jamur :
2. Disebabkan oleh Streptococcus grup A dan Staphylococcus aureus
3. Pada bayi yang terkena penyakit ini dibabkan oleh Streptococcus grup B
4. Infeksi dari jamur, Tapi Infeksi yang diakibatkanØ jamur termasuk jarang Aeromonas Hydrophila.
5. S. Pneumoniae (Pneumococcus)
6. Penyebab lain :
7. Gigitan binatang, serangga, atau bahkan gigitan manusia.
8. Kulit kering
9. Kulit yang terbakar atau melepuh
10. Diabetes Mellitus
11. Pembekakan yang kronis pada kaki
12. Cacar air
13. Patofisiologi

Bakteri pathogen yang menembus lapisan luar menimbulkan infeksi pada permukaan kulit atau menimbulkan peradangan. Penyakit infeksi sering berjangkit pada orang gemuk, rendah gizi, orang tua dan pada orang dengan diabetes mellitus yang pengobatannya tidak adekuat.

Gambaran klinis eritema lokal pada kulit dan sistem vena serta limfatik pada ke dua ekstremitas atas dan bawah. Pada pemeriksaan ditemukan kemerahan yang karakteristi hangat, nyeri tekan, demam dan bakterimia.

Selulitis yang tidak berkomplikasi paling sering disebabkan oleh streptokokus grup A, streptokokus lain atau staphilokokus aereus, kecuali jika luka yang terkait berkembang bakterimia, etiologi microbial 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 pus menunjukkan adanya organisme campuran (Isselbacher, dkk, 2012).

1. Pathway



Bagan 1. Patofisiologi Penyakit Selulitis

Sumber : Isselbacher, dkk (2012)

1. Faktor Resiko
2. Usia

Semakin tua usia, kefektifan sistem sirkulasi dalam menghantarkan darah berkurang pada bagian tubuh tertentu, sehingga abrasi kulit potensi mengalami infeksi seperti selulitis pada bagian yang sirkulasi darahnya memprihatinkan

1. Melemahnya sistem immun (Immunodeficiency)

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

1. Diabetes mellitus

Tidak hanya gula darah meningkat dalam darah namun juga mengurangi sistem immun 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.

1. Cacar dan ruam saraf

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

1. Pembangkakan kronis pada lengan dan tungkai (lymphedema) Pembengkakan jaringan membuat kulit terbuka dan menjadi jalan masuk bagi bakteri penginfeksi.
2. Infeksi jamur kronis pada telapak atau jari kaki Infeksi jamur kaki juga dapat membuka celah kulit sehinggan menambah resiko bakteri penginfeksi masuk
3. Penggunaan steroid kronik C

Contohnya penggunaan corticosteroid.

1. Gigitan & sengat serangga, hewan, atau gigitan manusia
2. Malnutrisi
3. Manifestasi Klinis
4. Selulitis menyebabkan kemerahan atau peradangan yang terlokalisasi.
5. Kulit tampak merah, bengkak, licin disertai nyeri tekan dan teraba hangat. Ruam kulit muncul secara tiba-tiba dan memiliki batas yang tegas.
6. Bisa disertai memar dan lepuhan-lepuhan kecil.
7. Gejala lainnya adalah:
8. Demam
9. Infeksi jamur disela-sela jari kaki
10. Nyeri otot
11. Pemeriksaan Penunjang

Jika sudah mengalami gejala seperti adanya tanda systemic, maka untuk melakukan diagnosis membutuhkan penegakan diagnosis tersebut dengan melakukan pemeriksaan lab seperti :

1. Complete blood count, menunjukkan kenaikan jumlah leukosit dan rata-rata sedimentasi eritrosit. Sehingga mengindikasikan adanya infeksi bakteri.
2. BUN level
3. Creatinine level
4. Culture darah
5. Cultur pus pada luk selulitis
6. CT (Computed Tomography)

Baik Plain-film Radiography maupun CT keduanya dapat digunakan saat tata kilinis menyarankan subjucent osteomyelitis.

1. MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Sangat membantu pada diagnosis infeksi selulitis akut yang parah, mengidentifikasi pyomyositis, necrotizing fascitiis, dan infeksi selulitis dengan atau tanpa pembentukan abses pada subkutaneus.

1. Komplikasi
2. Lokal nanah dengan pembentukan abses dan nekrosis kulit (cellulitis gangren) kadang-kadang dapat diamati.
3. Myonecrosis, fasciitis, carpal tunnel syndrome akut (dalam selulitis ekstremitas atas), dan osteomyelitis dapat terjadi.
4. Thrombophlebitis dapat mengembangkan, terutama di bagian bawah kaki.
5. Bakteremia dengan pembenihan situs yang jauh dapat menyulitkan selulitis.
6. Demam Scarlet rumit selulitis streptokokus telah diamati tapi jarang.
7. Bakteri-dan-terkait efek racun dapat mengakibatkan shock dan kegagalan organ multisistem.
8. Penatalaksanan Medis
9. Kolaborasi dalam pemeriksaan Laboratorium untuk mengecek apakah terjadi infeksi
10. Kultur darah, dilaksanakan bila infeksi tergeneralisasi telah diduga
11. Dilakukan insisi drainase/debridemen bila luka terbentuk abses.
12. Pemberian antibiotika
13. **Konsep Asuhan Keperawatan pada Selulitis**
14. Pengkajian
15. Identitas Pasien : Nama, umur, alamat, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan
16. Keluhan Utama : Biasanya pasien mengeluh nyeri pada luka infeksi dan biasanya bengkak
17. Riwayat Kesehatan :
18. Riwayat penyakit sekarang : Tanyakan sejak kapan merasakan keluhan
19. Riwayat penyakit dahulu : Apakah dulu pasien pernah menderita penyakit seperti ini
20. Riwayat penyakit keluarga : Apakah ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit seperti ini
21. Riwayat psikososial : apakah pasien merasakan cemas yang berlebihan.
22. Pemeriksaan Fisik :
23. Kepala : Dilihat kebersihan, bentuk, adakah oedem atau tidak
24. Mata : Tidak anemis, tidak ikterus, reflek cahaya (+)
25. Hidung : Tidak ada pernafasan cuping
26. Mulut : Kebersihan, tidak pucat
27. Telinga : Tidak ada serumen
28. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar
29. Jantung : Denyut jantung meningkat
30. Ekstremitas : Adakah luka pada ekstremitas
31. Integumen : Gejala awal berupa kemerahan dan nyeri tekan yang terasa di suatu daerah yang kecil di kulit. Kulit yang terinfeksi menjadi panas dan bengkak, dan tampak seperti kulit jeruk yang mengelupas (peau d’orange). Pada kulit yang terinfeksi bisa ditemukan lepuhan kecil berisi cairan (vesikel) atau lepuhan besar berisi cairan (bula), yang bisa pecah.
32. Diagnosis
33. Nyeri akut
34. Kerusakan integritas jaringan
35. Hipertermia
36. Resiko infeksi
37. Perencanaan

Tabel 1. Konsep Perencanaan Keperawatan pada Penyakit Selulitis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Masalah | NOC | NIC |
| 1 | Nyeri akut | NOC : Pain Control  Kriteria Hasil :  1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri dan menggunakan teknik non farmakologi)  2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan managemen nyeri. | 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif  2. Observasi reaksi non verbal dari ketidak nyamanan  3. Kurangi faktor presipitasi nyeri  4. Kaji tipe dan sumber nyeri  5. Ajarkan teknik non farmakologi  6. Tingkatkan istirahat pasien  7. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri  8. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil |
| 2 | Kerusakan integritas jaringan | NOC : Wound Healing : Primari and Secondary Intention  Kriteria Hasil :  1. Perfusi jaringan normal  2. Tidak ada tanda-tanda infeksi  3. Menunjukan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera. | 1. Jaga kulit agar tetap bersih dan kering  2. Monitor kulit akan adanya kemerahan  3. Observasi luka : lokasi,dimensi, tanda-tanda infeksi local, kedalaman luka  4. Lakukan perawatan luka dengan steril  5. Ajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka |
| 3 | Hipertermia | NOC : Thermoregulation  Kriteria Hasil :  1. Suhu tubuh dalam rentang normal | 1. Monitoring suhu minimal tiap 2 jam  2. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi  3. Ajarkan pada pasien cara mencegah keletihan akibat panas |
| 4 | Resiko Infeksi | NOC : Risk Control  Kriteria Hasil :  1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi  2. Jumlah leukosit dalam batas normal | 1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal  2. Monitor WBC  3. Monitor kerentanan terhadap infeksi  4. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase  5. Laporkan kecurigaan infeksi  6. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah  7. Pertahankan lingkungan yang aseptic selama tindakan keperawatan |

Sumber : Brunner & Suddart (2008)

1. **Dokumentasi Keperawatan**

Dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Penulis menggunakan teori dan dasar dari sumber berikut :

1. Menurut Setiadi (2012)
2. Tersedia format untuk dokumentasi.
3. Dokumentasi dilakukan oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung.
4. Dokumentasi dibuat segera setelah melakukan tindakan.
5. Catatan dibuat kronologis.
6. Penulisan singkatan dilakukan secara umum.
7. Mencantumkan tanggal, waktu tanda tangan, dan inisial penulis.
8. Dokumentasi akurat, benar, komplit jelas, dapat dibaca dan ditulis dengan tinta.
9. Tidak dibenarkan menghapus tulisan pada catatan menggunakan penghapus tinta atau bahan lainnya.

Prinsip Dokmentasi Penulisan Pengkajian :

1. Sistematis : pengkajian dari saat masuk rumah sakit sampai pulang.
2. Format tersusun dan berkesinambungan.
3. Terdiri dari pencatan pengumpulan data, terkelompok dan analisa data yang mendukung klien.
4. Ditulis secara jelas dan singkat.
5. Menuliskan identitas waktu tanggal, nama dan tanda tangan pelaksana pengkajian.
6. Ikut aturan atau prosedur yang dipakai dan disepakati instansi.

Prinsip Dokmentasi Penulisan Diagnosa :

1. Gunakan format PES untuk semua masalah aktual dan PE untuk masalah resiko.
2. Catat diagnosa keperawatan resiko dalam format keperawatan.
3. Mulai pernyataan diagnosa keperawatan dengan mengidentifikasi informasi tentang data untuk diagnosa keperawatan.
4. Masukkan diagnosa keperawatan ke dalam daftar masalah.
5. Hubungkan pada tiap-tiap diagnosa keperawatan ketika menemui masalah keperawatan.
6. Setiap pergantian jaga perawat, gunakan diagnosa keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, tindakan dan evaluasi.
7. Menuliskan identitas waktu tanggal dan tanda tangan pelaksana perumusan.

Prinsip Dokmentasi Penulisan Intervensi :

1. Sebelum menuliskan rencana tindakan, kaji ulang semua data yang ada.
2. Daftar dan jenis masalah aktual resiko dan kemungkinan. Berikan prioritas utama pada masalah aktual yang mengancam kesehatan.
3. Tulis dengan jelas khusus, terukur, kriteria hasil yang diharapkan untuk menetapkan masalah bersama dengan klien tentukan ketrampilan kognitif, afektif dan psikomotor yang merupakan perhatian.
4. Alasan prinsip specivity untuk menuliskan diagnosa keperawatan.
5. Mulai rencana tindakan dengan menggunakan action verb.Catat tanda-tanda vital setiap pergantian dines.
6. Tulis rasional dari rencana tindakan.
7. Menuliskan identitas waktu tanggal dan tanda tangan pelaksana.
8. Rencana tindakan harus dicatat sebagai hal yang permanen.
9. Klien dan keluarganya jika memungkinkan diikutkan dalam perencanaan.
10. Rencana tindakan harus sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan diusahakan untuk selalu diperbaharui.

Prinsip Dokmentasi Penulisan Implementasi :

1. Merupakan dokumentasi dalam penerapan intervensi
2. Gunakan bulpoint tertulis jelas, tulis dengan huruf cetak bila tulisan tidak jelas. Bila salah tidak boleh di hapus tetapi dicoret saja, dan ditulis kembali diatas atau disamping.
3. Jangan lupa selalu menuliskan waktu, jam pelaksanaan dan tanda tangan pelaksana.
4. Jangan membiarkan baris kosong, tetapi buatlah garis ke samping untuk mengisi tempat yang tidak digunakan.
5. Dokumentasikan sesegera mungkin setelah tindakan dilaksanakan guna mnghindari kealpaan (lupa).
6. Gunakan kata kerja aktif untuk menjelaskan apa yang dikerjakan.
7. Dokumentasikan bagaimana respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan.
8. Dokumentasikan aspek keamanan, kenyamanan dan pengawasan infeksi dan lingkungan terhadap klien.

Prinsip Dokmentasi Penulisan Evaluasi :

1. Awali atau ikuti evaluasi dengan data pendukung.
2. Ikuti dokumentasi intervensi keperawatan dengan evaluasi formatif.
3. Gunakan evaluasi sumatif ketika pasien dipulangkan atau dipindahkan.
4. Catat evaluasi sumatif melalui pengkajian dan intervensi. Catat juga respon pasien.
5. Pernyataan evaluasi formatif dan sumatif dimasukkan kedalam catatan kesehatan.
6. Korelasikan data khusus yang ditampilkan dengan kesimpulan yang dicapai perawat.
7. Data pengkajian dan hasil yang diharapkan digunakan untuk mengukur perkembangan pasien.
8. Menurut Carpenito (2008)

Aspek-aspek keakuratan data, brevity (ringkas) dan legibility (mudah dibaca). Hal yang pokok dalam prinsip-prinsip dokumentasi adalah :

1. Dokumentasi harus dilakukan segera setelah pengkajian pertama dilakukan, demikian juga pada setiap langkah kegiatan keperawatan.
2. Bila memungkinkan, catat setiap respon pasien / keluarganya tentang informasi / data yang penting tentang keadaannya.
3. Pastikan kebenaran setiap data data yang akan dicatat.
4. Data pasien harus objektif dan bukan merupakan penafsiran perawat, dalam hal ini perawat mencatat apa yang dilihat dari respon pasien pada saat merawat pasien mulai dari pengkajian sampai evaluasi.
5. Dokumentasikan dengan baik apabila terjadi hal-hal sebagai berikut : adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru, respon pasien terhadap bimbingan perawat.
6. Harus dihindari dokumentais yang baku sebab sifat individu /Pasien adalah unik dan setiap pasien mempunyai masalah yang berbeda.
7. Hindari penggunaan istilah penulisan yang tidak jelas dari setiap catatan yang dicatat, harus disepakati atas kebijaksanaan institut setempat.
8. Data harus ditulis secara syah dengan menggunakan tinta dan jangan menggunakan pinsil agar tidak mudah dihapus.
9. Untuk merubah atau menutupi kesalahan apabila terjadi salah tulis, coret dan diganti dengan yang benar kemudian ditanda tangani.
10. Untuk setiap kegiatan dokumentasi, cantumkan waktu tanda tangan dan nama jelas penulis.
11. Wajib membaca setiap tulisan dari anggota lain kesehatan yang lain sebelum menulis data terakhir.
12. Dokumentasi harus dibuat dengan tepat, jelas dan lengkap
13. Menurut Setiadi ( 2012 )

Menerangkan prinsip pencatatan ditinjau dari teknik pencatatan yaitu :

* 1. Menulis nama klien pada setiap halaman catatan perawat.
  2. Mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam.
  3. Akurat, menulis catatan selalu dimulai dengan menulis tanggal, waktu dan dapat dipercaya secara faktual.
  4. Ringkas, singkatan yang biasa digunakan dan dapat diterima, dapat dipakai.
  5. Pencatatan mencakup keadaan sekarang dan waktu lampau.
  6. Jika terjadi kesalahan pada saat pencatatan, coret satu kali kemudian tulis kata “salah” diatasnya serta paraf dengan jelas. Dilanjutkan dengan informasi yang benar “jangan dihapus”. Validitas pencatatan akan rusak jika ada penghapusan.
  7. Tulis nama jelas pada setiap hal yang telah dilakukan dan bubuhi tanda tangan.
  8. Jika pencatatan bersambung pada halaman baru, tanda tangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.
  9. Jelaskan temuan pengkajian fisik dengan cukup terperinci. Hindari penggunaan kata seperti “sedikit” dan “banyak” yang mempunyai tafsiran dan harus dijelaskan agar bisa dimengerti.
  10. Jelaskan apa yang terlihat, terdengar terasa dan tercium pada saat pengkajian.
  11. Jika klien tidak dapat memberikan informasi saat pengkajian awal, coba untuk mendapatkan informasi dari anggota keluarga atau teman dekat yang ada atau kalau tidak ada catat alasannya.

1. Menurut Setiadi (2012)

Petunjuk cara pendokumentasian yang benar yaitu :

* 1. Jangan menghapus menggunakan tip-ex atau mencatat tulisan yang salah ketika mencatat cara yang benar menggunakan garis pada tulisan yang salah, kata salah lalu di paraf kemudian tulis catatan yang benar.
  2. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien maupun tenaga kesehatan lain. Karena bisa menunjukkan perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.
  3. Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis diikuti kesalahan tindakan.
  4. Catatan harus akurat teliti dan reliabel, pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulatif atau menulis perkiraan saja.
  5. Jangan biarkan bagian kosong pada akhir catatan perawat, karena dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi, untuk itu buat garis horisontal sepanjang area yang kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya.
  6. Semua catatan harus bisa dibaca dan ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang jelas.
  7. Jika perawat mengatakan sesuatu instruksi, catat bahwa perawat sedang mengklarifikasikan, karena jika perawat melakukan tindakan di luar batas kewenangannya dapat di tuntut.
  8. Tulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya.
  9. Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum (kurang spesifik) , karena informasi yang spesifik tentang kondisi klien atas kasus bisa secara tidak sengaja terhapus jika informasi bersifat terlalu umum. Oleh karena itu tulisan harus lengkap, singkat, padat dan obyektif.
  10. Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditandatangani setiap selesai menulis dokumentasi. Dengan demikian dokumentasi keperawatan harus obyektif, konfrehensif, akurat dan menggambarkan keadaan klien serta apa yang terjadi pada dirinya.

**BAB III**

**KASUS DAN PEMBAHASAN**

1. **Hasil Studi Kasus**
2. Pengkajian

Hari, Tanggal : Senin, 02 Juli 2018

Jam : 09.00 WIB

Tempat : Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta

Oleh : Sri Muharti

Sumber Data : Pasien, Keluarga, Tenaga Kesehatan, Rekam Medis

Metode : Wawancara, studi dokumen, observasi, pemeriksaan fisik

1. Identitas
2. Pasien

Nama : Tn. J

Tempat, Tgl Lahir : Sleman, 30 April 1965 ( 53 tahun)

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pendidikan : SLTA

Pekerjaan : Karyawan RSU

Status Perkawinan : Kawin

Suku / Bangsa : Jawa / Indonesia

Alamat : Godean, Sleman

Diagnosis Medis : Selulitis Pedis

No. RM : 639331

Tgl Masuk RS : 30 Juni 2018

1. Penanggungjawab

Nama : Nn. C

Umur : 25 tahun

Pendidikan : SLTA

Pekerjaan : Karyawan RSU

Alamat : Godean, Sleman

Hubungan dengan pasien: anak kandung

Status Perkawinan : belum kawin

1. Riwayat Kesehatan
2. Kesehatan Pasien
3. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada kedua kaki yang luka (pada tungkai kanan dan kiri) terasa seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6 dan nyeri terasa terus menerus.

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

(1) Alasan Masuk RS

Terdapat luka pada ekstremitas bawah (tungkai kanan dan kiri), luas luka pada tungkai kiri 11 x 9 cm dengan kedalaman 2-3 cm dan pada tungkai kanan 5 x 3 cm dengan kedalaman < 1 cm. Dan pasien mengeluhkan sulit untuk berjalan.

(2) Riwayat Kesehatan Pasien

Pasien mengatakan 6 bulan yang lalu melakukan operasi pada topus ankle dengan insisi pada tanggal 13 – 11 – 2017. Pasien mengatakan kontrol 3 kali setelah operasi tetapi luka belum kering sehingga pasien tidak melanjutkan kontrol tetapi memutuskan untuk menggunakan obat sulfatilamid yang ditabur diluka (beli diapotik).

Pada tanggal 30 – 06 2018 datang ke IGD RSUD Kota Yogyakarta dengan keluhan tidak bisa berjalan disertai bengkak pada kaki kanan dan kaki kiri. Di IGD RSUD Kota Yogyakarta diberikan terpai obat ketorolac 30 mg dan ranitidine 50 mg, kemudian pasien dipindah ke bangsal Dahlia untuk dilakukan perawatan lebih lanjut

1. Riwayat Kesehatan dahulu

Pasien mengatakan 2 tahun yang lalu hingga sekaran memiliki penyakit asam urat.

1. Riwayat Kesehatan Keluarga
2. Genogram

Ny. Q

80 th

Ny. H

82 th

Tn. H

85 th

Tn. Q

80 th

Ny. K

55 th

Ny. H

60 th

Ny. M

62 th

Ny. T

50 th

Ny. P

56 th

Ny. S

60 th

Tn. L

47 th

Tn. J

53 th

Ny. J

50 th

Nn. C

25 th

Bagan 2. Genogram Keluarga Tn. “J”

Keterangan :

: tinggal serumah

: laki - laki

: informan

: perempuan

: garis keturunan

: garis pernikahan

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien dan keluarga mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti Tn. J dan tidak memiliki penyakit seperti Diabetes Mellitus, hipertensi, gangguan jantung, keganasan maupun penyakit jiwa.

1. Kesehatan Fungsional
2. Aspek Fisik – Biologis
3. Nutrisi

(1) Sebelum Sakit

Pasien makan 2 – 3 kali sehari dengan nasi, sayur dan lauk pauk. 1 porsi makanan selalu habis setiap kali makan.

Pasien minum air teh gelas per hari dan air putih 6 – 7 gelas per hari (+- 1500 cc)

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan atau minuman dan mengurangi jumlah asupan kacang-kacangan dan jeroan karena penyakit asam uratnya.

(2) Selama Sakit

Pasien makan 3 kali sehari dengan nasi, sayur dan lauk pauk, setiap kali makan 1 porsi selalu habis.

Pasien minum air putih 5 – 6 gelas perhari.

Pasien tetap mengurangi jumlah asupan kacang-kacangan dan jeroan.

1. Pola Eliminasi

(1) Sebelum Sakit

Pasien b.a.b 1 kali sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada darah maupun lendir.

Pasien b.a.k 6 – 7 kali sehari, urine jernih berwarna kuning, tidak ada endapan, dan tidak ada darah.

Pasien mengatakan tidak ada keluhan terkait pola b.a.b dan b.a.k nya.

(2) Selama Sakit

Pasien b.a.b 1 kali sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada darah maupun lendir.

Pasien b.a.k 6 – 7 kali sehari, urine jernih berwarna kuning, tidak ada endapan, dan tidak ada darah.

Pasien mengatakan tidak ada keluhan terkait pola b.a.b dan b.a.k nya.

Keperluan b.a.b dan b.a.k pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

1. Pola Aktivitas

(1) Sebelum Sakit

(a) Keadaan aktivitas sehari – hari

Pasien mampu beraktivitas layaknya orang normal pada umumnya (memenuhi kebutuhan dasar) dan tidak memerlukan bantuan dalam melakukannya. Pasien mampu bekerja dan mobilisasi tanpa bantuan

(b) Keadaan pernafasan

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada pernafasan pasien. Pasien tidak pernah merasakan sesak nafas. Pasien mengatakan tidak memiliki penyakit terkait gangguan pernafasan

( c) Keadaan Kardiovaskuler

Pasien mengatakan tidak pernah merasakan jantung berdebar-debar, nyeri dada tiba-tiba ataupun keringat dingin pada telapak tangan. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat kelainan atau gangguan jantung.

(2) Selama Sakit

(a) Keadaan aktivitas sehari – hari

Aktivitas seperti toileting, berpakaian dan ambulasi dibantu sepenuhnya oleh keluarga, melainkan untuk aktivitas seperti makan dan minum dapat dilakukan oleh pasien sendiri tanpa bantuan keluarga.

(b) Keadaan pernafasan

Pasien nampak bernafas spontan, tidak ada pernafasan cuping hidung maupun dyspnea. Pasien nampak tidak menggunakan alat bantu nafas, tidak ada sekret pada organ pernafasan dan bunyi nafas terdengar vesikuler pada seluruh lapang dada

( c) Keadaan Kardiovaskuler

Pasien mengatakan tidak ada nyeri dada yang datang tiba-tiba, dan telapak tangan nampak tak berkeringat dingin. Pasien mengatakan tidak ada riwayat kelainan atau gangguan jantung.

(d) Skala Ketergantungan

Tabel 2. Penilaian Status Fungsional *(Barthel Index)*

Pasien : Tn. J di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta, Tanggal : 2 – 07 – 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Fungsi | Skor | Uraian | Nilai Skor | | |
| Hari 1 | Hari 2 | Hari 3 |
| 1 | Mengendalikan rangsang defekasi (b.a.b) | 0 | Tak terkendali / tak teratur (perlu pencahar) | 2 | 2 | 2 |
| 1 | Kadang-kadang tak terkendali |
| 2 | Mandiri |
| 2 | Mengendalikan rangsang berkemih (b.a.k) | 0 | Tak terkendali / pakai kateter | 2 | 2 | 0 |
| 1 | Kadang-kadang tak terkendali |
| 2 | Mandiri |
| 3 | Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) | 0 | Butuh pertolongan orang lain | 0 | 0 | 0 |
| 1 | Mandiri |
| 4 | Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram) | 0 | Tergantung pertolongan orang lain | 1 | 1 | 1 |
| 1 | Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain |
| 2 | Mandiri |
| 5 | Makan | 0 | Tidak mampu | 2 | 2 | 2 |
| 1 | Perlu ditolong memotong makanan |
| 2 | Mandiri |
| 6 | Berubah sikap dari berbaring keduduk | 0 | Tidak mampu | 3 | 3 | 3 |
| 1 | Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (> 2 orang) |
| 2 | Bantuan (2 orang) |
| 3 | Mandiri |
| 7 | Berpindah / berjalan | 0 | Tidak mampu | 1 | 1 | 1 |
| 1 | Bisa (pindah) dengan kursi roda |
| 2 | Berjalan dengan bantuan 1 orang |
| 3 | Mandiri |
| 8 | Memakai baju | 0 | Tidak mampu | 2 | 2 | 2 |
| 1 | Sebagian dibantu (misal mengancingkan baju) |
| No | Fungsi | Skor | Uraian | Nilai Skor | | |
| Hari 1 | Hari 2 | Hari 3 |
|  |  | 2 | Mandiri |  |  |  |
| 9 | Naik turun tangga | 0 | Tidak mampu | 0 | 0 | 0 |
| 1 | Butuh pertolongan |
| 2 | Mandiri |
| 10 | Mandi | 0 | Tergantung orang lain | 0 | 0 | 0 |
| 1 | Mandiri |
| Total skor | | | | 13 | 13 | 11 |
| Tingkat Ketergantungan | | | | ringan | ringan | Ringan |
| Paraf dan nama perawat | | | | Sri muharti | Sri muharti | Sri muharti |

Keterangan :

20 : mandiri

12 – 19 : ketergantungan ringan

11 – 9 : ketergangungan sedang

8 – 5 : ketergantungan berat

0 – 4 : ketergantungan total

(e) Pengkajian Resiko Jatuh

Tabel 3. Pengkajian Resiko Jatuh *(Morse Scale)*

Pasien : Tn. J di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta, Tanggal : 2 – 07 – 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Risiko | Skala | Skoring 1 | Skroring 2 | Scoring 3 |
| 2-7-2018 | 3-7-2018 | 4-7-2108 |
| 1 | Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhir | Tidak 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ya 25 |
| 2 | Diagnosis medis sekunder > 1 | Tidak 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ya 15 |
| 3 | Alat bantu jalan : bed rest / dibantu perawat | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Penopang / walker | 15 |
| Furniture | 30 |
| 4 | Menggunakan infuse | Tidak 0 | 25 | 25 | 25 |
| Ya 25 |
| 5 | Cara berjalan / berpindah : normal/bedrest/imobilisasi | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lemah | 15 |
| Terganggu | 30 |
| 6 | Status mental :  Orientasi sesuai kemampuan diri | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lupa keterbatasam | 15 |
| Jumlah skor | | | 25 | 25 | 25 |
| Tingkat resiko jatuh | | | rendah | rendah | Rendah |
| Paraf dan nama perawat | | | Sri muharti | Sri muharti | Sri muharti |

Keterangan :

Tidak beresiko bila skor 0 – 24

Resiko rendah bila skor 25 – 50

Resiko tinggi bila skor > 51

(f) Pengkajian Dekubitus

Tabel 4. Pengkajian Resiko Luka Dekubitus *(Braden Scale)*

Pasien : Tn. J di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta, Tanggal : 2 – 07 – 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tanggal | Penilaian | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 02 – 07 – 2018 | Kondisi fisik | **Baik** | Sedang | Buruk | Sangat buruk |
| Status mental | **Sadar** | Apatis | Bingung | Stupor |
| Aktifitas | Jalan sendiri | Jalan dengan bantuan | **Kursi roda** | Di tempat tidur |
| Mobilitas | Bebas bergerak | **Agak terbatas** | Sangat terbatas | Tidak mampu bergerak |
| Inkontinensia | **Kontinen** | Kadang-kadang inkontinen | Selalu inkontinensia urine | Inkontinensia urine dan alvi |
| Total Skor | | 4 + 4 + 2 + 4 = 14 (resiko sedang) | | | |
| Paraf dan nama perawat | | Sri muharti | | | |
| 03 – 07 – 2018 | Kondisi fisik | **Baik** | Sedang | Buruk | Sangat buruk |
| Status mental | **Sadar** | Apatis | Bingung | Stupor |
| Aktifitas | Jalan sendiri | Jalan dengan bantuan | **Kursi roda** | Di tempat tidur |
| Mobilitas | Bebas bergerak | **Agak terbatas** | Sangat terbatas | Tidak mampu bergerak |
| Inkontinensia | **Kontinen** | Kadang-kadang inkontinen | Selalu inkontinensia urine | Inkontinensia urine dan alvi |
| Total Skor | | 4 + 4 + 2 + 4 = 14 (resiko sedang) | | | |
| Paraf dan nama perawat | | Sri muharti | | | |
| 02 – 07 – 2018 | Kondisi fisik | **Baik** | Sedang | Buruk | Sangat buruk |
| Status mental | **Sadar** | Apatis | Bingung | Stupor |
| Aktifitas | Jalan sendiri | Jalan dengan bantuan | **Kursi roda** | Di tempat tidur |
| Mobilitas | Bebas bergerak | **Agak terbatas** | Sangat terbatas | Tidak mampu bergerak |
| Inkontinensia | Kontinen | Kadang-kadang inkontinen | **Selalu inkontinensia urine** | Inkontinensia urine dan alvi |
| Total Skor | | 4 + 4 + 2 + 2= 12 (resiko sedang) | | | |
| Paraf dan nama perawat | | Sri muharti | | | |

1. Kebutuhan Istirahat – Tidur

(1) Sebelum Sakit

Pasien mengatakan istirahat tidur terasa cukup. Tidur malam mulai jam 21.00 sampai dengan jam 05.00, pasien mengatakan terkadang terbangun di malam hari tetapi bisa tidur lagi.

Pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan tidur siang, biasanya hanya istirahat dengan nonton televise ataupun duduk-duduk bersama keluarga.

(2) Selama Sakit

Pasien mengatakan selama sakit, tidur nya terganggu karena nyeri yang dirasakan, pasien sering terbangun di malam hari. Namun setelah dilakukan pembersihan luka, pasien mengatakan dapat tidur nyenyak dan nyeri yang dirasakan sudah sangat berkurang.

1. Aspek Psiko – Sosial – Spiritual
2. Pemerliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting dan kalau sakit seperti ini pasti merasakan betapa saya tidak bisa menajaga kesehatan dan terhambat semua aktivitas saya. Sehingga kesehatan harus betul-betul dijaga.

1. Pola hubungan

Hubungan pasien, keluarga dengan perawat maupun tenaga kesehatan yang lain tergolong baik, pasien dan keluarga sangat kooperatif. Sedangkan hubungan di dalam keluarganya baiknya hubungan antar suami-istri, orangtua-anak, keluarga Tn. J dengan sanak saudara dan tetangga sekitar juga tergolong baik, tidak ada permusuhan satu dengan yang lain.

1. Koping atau toleransi stress

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya. Jika ada masalah biasanya Tn. J membagi ceritanya kepada istrinya dan solusi dicari bersama-sama.

1. Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Pasien mengatakan penyakit merupakan hasil dari keteledoran dan tidak bisa menjaga kesehatan dengan baik, namun demikian penyakit juga merupakan anugrah dari Allah untuk hamba-Nya, bukti bahwa Allah menyanyanginya dan ingin melihat seberapa ikhlas, sabar dan ikhtiar hamba-Nya. Dan pasien akan terus berobat secara rutin agar penyakitnya bisa sembuh dan tidak kambuh lagi.

1. Seksual

Pasien sudah melakukan sirkumsisi.

1. Konsep diri

(1) Gambaran diri

Pasien mengtakan menerima keadaannya dan bersyukur kepada Allah. Pasien tidak malu dengan kedaannya yang sekarang dan penyakit yang dideritanya.

(2) Harga diri

Pasien mengatakan ingin cepat pulang agar dapat berkumpul kembali dengan keluarga dan saling menyapa pada tetangga sekitar dan dapat bekerja lagi.

(3) Peran diri

Pasien sebagai kepala rumah tangga dan seorang ayah.

(4) Ideal diri

Pasien berharap bisa sembuh dari penyakitnya agar bisa bekerja lagi sebagai tulang punggung keluarga untuk menghidupi keluargnya.

(5) Identitas diri

Pasien berjenis kelamin laki-laki dan berusia 53 tahun.

1. Aspek Lingkungan Fisik

Pasien dalam berhubungan dengan tetangga sekitar, sanak saudara tergolong baik. Selalu ada komunikasi walaupun hanya sekedar menyapa. Pasien tinggal di daerah pinggiran kota. Udara di tempat tinggal masih segar dan jauh dari keramaian maupun pabrik-pabrik besar.

1. Pemeriksaan Fisik
2. Keadaan Umum
3. Kesadaran

Kesdaran compos mentis, GCS : E = 4, V=5, M=6, alert response

1. Status Gizi

TB : 166 cm

BB : 76 kg

IMT : 27,5 kg/m2

1. Tanda – Tanda Vital

TD : 130 / 90 mmHg

Suhu : 36,5 0 C

Nadi : 84 x / menit

RR : 20 x / menit

1. Skala Nyeri

P : luka infeksi (agen cedera biologis)

Q : nyeri seperti di tusuk

R : pada tungkai kanan dan tungkai kiri

S : 6 (1-10) Nyeri sedang

T : terus menerus

1. Pemeriksaan Secara Sistematik (Cephalo – Caudal)
2. Kulit

Pada ekstremitas bawah tepatnya pada tungkai kiri terdapat luka dengan luas 11 x 9 cm dengan kedalaman 2-3 cm dan pada tungkai kanan juga terdapat luka dengan luas 5 x 3 cm dengan kedalaman < 1 cm. Keadaan luka pada daerah tersebut terdapat banyak pus, kemerahan pada sekitar luka dan bengkak.

Pada bagian yang lain, turgor kulit elastic, tidak ada oedema pada ekstremitas atas, tidak ada kemerahan dan kulit nampak lembab, tidak ada lesi maupun kulit bersisik.

1. Kepala

Bentuk kepala mesochepal, tidak ada lesi maupun jejas, rambut berwarna hitam dan sedikt beruban, telinga simetris, kedua mata tidak anemis, kedua sclera tidak ikterik, tidak ada deformitas pada hidung, bibir lembab, gigi ada beberapa yang tanggal, tidka ada sariawan pada bibir, mulut maupun lidah. Tidak ada benjolan pada daerah muka dan kepala. Kebersihan pada daerah tersebut tergolong cukup serta tidak ada nyeri tekan

1. Leher

Tidak ada deformitas maupun krepitasi pada leher, bentuk leher simetris, tidak ada perbesaran kelenjar tiroid, tidak ada deviasi trachea dan tidak ada nyeri tekan. Dan tak ada kebiruan maupun jejas pada daerah tersebut.

1. Tengkuk

Tidak ada deformitas maupun krepitasi pada antomi tengkuk, tidak ada kaku tengkuk, tidak ada nyeri tekan, pasien dapat menengok ke kanan dan kiri dengan baik. Dan tak ada kebiruan maupun jejas pada daerah tersebut.

1. Dada (Paru-Paru)

(1) Inspeksi

Bentuk dada normochest, ekspansi dada nampak simetris, tidak ada jejas, lesi ataupun luka pada dada, tidak ada retraksi dada, RR : 20 x / menit. Tidak ada deformitas dan krepitasi pada dada.

(2) Palpasi

Taktil fremitus teraba simetris pada lapang dada kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada semua lapang dada baik pada intercosta maupun pada costa.

(3) Perkusi

Timbul suara sonor pada semua lapang dada.

(4) Auskultasi

Terdapat suara vesikuler pada semua lapang dada, tidak ditemukan suara tambahan.

1. Dada (Jantung)

(1) Inspeksi

Bentuk dada normochest, ictus kordis tidak nampak.

(2) Palpasi

Letak ictus cordis pada spatium intercotsa V disebelah medial linea midklavikularis sinistra, detakan ictus cordis kuat.

(3) Perkusi

Batas jantung :

Kanan atas : spatium intercosta (SIC) II linea para strenalis dextra

Kanan bawah : spatium intercista (SIC) IV linea para strenalis dextra

Kiri atas : spatium intercosta (SIC) II linea para strenalis sinistra

Kiri bawah : spatium intercosta (SIC) IV linea medial clavikularis sinistra

Tidak ada perbesaran jantung (cardiomegali)

(4) Auskultasi

Bunyi jantung (BJ) I – II murni / regular, tidak ada bunyi jantung abnormal atau bunyi jantung tambahan seperti gallop dan split.

1. Payudara

(1) Inspeksi

Payudara simetris, tidak ada perbesaran ukuran payudara laki-laki, bentuk payudara datar dengan putting ditengah. Warna kedua kulit payudara coklat, tidak ada kemerahan maupun perubahan warna yang significan pada kulit di sekitar payudara.

(2) Palpasi

Tidak ada perbesaran kelenjar pada kedua payudara, dan tidak ada nyeri tekan pada kedua payudara.

1. Punggung

Tidak ada kelainan skoliosis pada tulang belakang, jumlah tulang belakang : 7 servikal, 12 torakal, 5 lumbal, 5 sakral dan 4 cocygeal. Tidak ada nyeri tekan pada bagian punggung maupun kedua pinggang.

1. Abdomen

(1) Inspeksi

Bentuk perut simetris, sedikit buncit, warna kulit pada perut kecoklatan, tidak ada kemerahan dan kebiruan, tidak ada asites dan tidak ada benjolan.

(2) Auskultasi

Bising usus 12 kali permenit.

(3) Perkusi

Suara tympani pada seluruh kuadran, namun terdengar redup pada daerah perut kanan atas (adanya hepar), dan pada daerah perut kiri (adanya lambung)

(4) Palpasi

Tidak nyeri tekan pada semua kuadran, tidak ada hepatomegali ataupun splenomegali.

1. Panggul

Tidak ada nyeri tekan pada area panggul, tidak ada kekakuan pada area panggul, tidak nampak adanya lesi, jejas maupun luka serta warna kulit pada daerah tersebut adalah kecoklatan.

1. Anus dan Rektum

Terdapat rectum dan anus. Tidak ada benjolan pada anus, tidak ada perdarahan dari dalam atau luar anus.

1. Genetalia

Pasien sudah melakukan sikrumsisi, pada kelamin tidak ada lesi ataupun nyeri tekan, tidak ada benjolan, kulit di sekitar kelamin berwarna kecoklatan, tidak ada kemerahan, tidak ada eksim ataun kutil.

Tidak terpasang kateter.

1. Ekstremitas

(1) Atas

Tangan terpasang infuse dibagian kiri dengan tetesan 20 tpm, tidak ada oedema ekstremitas atas, akral hangat, CRT < 2 detik, tidak ada sianosis

(2) Bawah

Pada ekstremitas bawah tepatnya pada tungkai kiri terdapat luka dengan luas 11 x 9 cm dengan kedalaman 2-3 cm dan pada tungkai kanan juga terdapat luka dengan luas 5 x 3 cm dengan kedalaman < 1 cm. Keadaan luka pada daerah tersebut terdapat banyak pus, kemerahan pada sekitar luka dan bengkak.

CRT < 2 detik, tidak ada sianosis

(3) Kekuatan otot :

5 5

ekstremitas

kiri

ekstremitas kanan

4 4

1. **Pemeriksaan Penunjang**
2. Pemeriksaan Patologi Klinik

Tanggal Pemeriksaan : 30 – 06 – 2018

Tabel 5. Hasil Pemeriksaan Patologi Klinik Tn. J

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jenis Pemeriksaan | Hasil | Satuan | Normal |
| *Hematologi* | | | |
| Leukosit | 11 | 10^3 / uL | 4,4 – 11,3 |
| Eritrosit | 4,59 | 10^6 / uL | 4,50 – 5,90 |
| Hemoglobin | 13,3 | g/dL | 12,3 – 17,5 |
| Hematokrit | 41,4 | % | 41,0 – 52,0 |
| MCV | 30,2 | fL | 28 – 33 |
| MCH | 32,1 | fL | 33 – 36 |
| RDW-CW | 13,1 | % | 11 – 16 |
| Trombosit | 283 | 10^3 / uL | 150 – 450 |
| Neutrofil | 69,7 | g/dL | 50 – 70 |
| Limfosit | 22,8 | g/dL | 25 – 60 |
| Monosit | 5,0 | g/dL | 2 – 4 |
| Eritrosit | 1,9 | g/dL | 2,0 – 4,0 |
| Basofil | 0,6 | g/dL | 0,1 |
| Neutrofil | 7,67 | % | 2 – 7 |
| Monosit | 2,51 | % | 0,8 – 4 |
| Limfosit | 0,55 | % | 0,2 – 1,20 |
| Monosit | 0,21 | % | 0,02 – 0,50 |
| Basofil | 0,06 | % | 0 – 1 |
| Masa perdarahan | 2,00 | Detik | < 6 |
| Jenis Pemeriksaan | Hasil | Satuan | Normal |
| Masa pengendalan | 7,30 | Detik | < 12 |
| GDS | 98 | g/dL | 70 – 100 |
| Asam urat | 6,9 | g/dL | 3,4 – 7,0 |
| *Hati* | | | |
| SGOT | 77 | u/L | < 37 |
| SGPT | 1,46 | u/L | < 42 |
| Protein total | 5,37 | u/L | 6,60 – 8,70 |
| Albumin | 2,94 | Mg/dL | 3,50 – 5,00 |
| Glubolin | 2,44 | Mg/dL | 1,8 – 2,4 |
| *Ginjal* | | | |
| Ureum | 80 | Mg/dL | 10 – 50 |
| Creatinin | 1,6 | Mg/dL | < 1,1 |
| *Elektrolit* | | | |
| Natrium | 136 | mmol / dL | 136 – 148 |
| Kalium | 4,4 | mmol / dL | 1,7 – 5,3 |
| Clorida | 98 | mmol / dL | 98-109 |
| *Urine Analisis* | | | |
| Warna keseluruhan | Kuning jernih |  |  |
| Ph | 6,5 |  | 5,0 – 6,5 |
| BD | 10,5 | mmol / dL | 10,05 – 10,30 |
| Keton | Negative |  | Negative |
| Protein | Positif (+) |  | Negative |
| Glucosa | Negative |  | Negative |
| Darah | Negative |  | Negative |
| Limfosit | Negative |  | Negative |
| Urobilin | Positif (+) |  | Negative |
| Jenis Pemeriksaan | Hasil | Satuan | Normal |
| Bilirubin | Negative |  | Positif |
| Jenis Pemeriksaan | Hasil | Satuan | Normal |
| Leukosit | Positif (2-4) |  | Positif (0-2) |
| Eritrosit | Posistif (0-2) |  | Negative |
| Epitel | Positif (2-4) |  | Positif (0-2) |
| Silinder hepalin | Negative |  | Negative |
| Silinder leukosit | Negative |  | Negative |
| Silinder granula | Negative |  | Negative |
| Kristal osalat | Negative |  | Negative |
| Kristal urat | Negative |  | Negative |
| Kristal triple pospore | Negative |  | Negative |
| Kristal bilirubin | Negative |  | Negative |
| Bakteri | Negative |  | Negative |
| Jamur | Negative |  | Negative |

1. Hasil Pemeriksaan Radiologi

Tabel 6. Hasil Pemeriksaan Radiologi Tn. J

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tanggal | Jenis Pemeriksaan | Kesan / Interpretasi |
| 30 Juni 2018 | Foto Thorax | Pulmo dan cor normal, tak nampak cardiomegali |

1. Terapi Farmokologi

Tabel 7. Terapi Farmakologi Tn. J

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tanggal | Obat | Dosis | Rute |
| 30 Juni 2018 | Tutofusin | 20 tpm | IV |
| Cefizim | 1 gr / 12 jam | IV |
| Metronidazole | 1 gr / 12 jam | IV |
| Ezola | 1 gr / 24 jam | IV |
| Sulcafat | 3 x 1 cth | Oral |
| Curcuma | 3 x 1 cth | Oral |
| Animolat | 2 x 1 | Oral |
| Cona | 2 x 1 | Oral |
| Metilprednizolone | 62,5 mg / 8 jam | IV |
| Paracetamol | 1 gr (k/p) | IV |

1. Analisa Data

Tabel 8. Analisia Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Penyebab | Masalah |
| 1 | DS :   * Pasien mengatakan nyeri di bagian ekstermitas bawah, nyeri dirasakan sudah 2 hari.   P : luka infeksi (agen cedera biologis)  Q : nyeri seperti di tusuk  R : ekstermitas bawah (tungkai kiri dan tungkai kanan)  S : 6 (1-10) Nyeri sedang  T : terus menerus  DO :   * Tampak ada luka berwarna kemerahan, terdapat pus dan bengkak * Pasien nampak meringis menahan nyeri yang muncul | Agen cidera biologis | Nyeri akut |
| 2 | DS : -  DO :   * Tampak ada luka di tungkai kiri dengan luas -+ 11 x 9 cm dengan kedalaman 2-3 cm dan luka di tungkai kanan dengan luas 5 x 3 cm dengan kedalaman < 1 cm . * Luka di kaki kanan dan kiri nampak bengkak, kemerahan, dan terdapat pus | Agen farmaseutikal | Kerusakan integritas jaringan |
| No | Data | Penyebab | Masalah |
| 3 | DS :   * Pasien mengatakan mampu duduk tapi tidak mampu untuk berjalan * Pasien mengatakan nyeri bila kaki di gerakkan   DO :   * Kekuatan otot :   5 5  4 4   * Skor Barthel Index 13 (ketergantungan Ringan) * Nampak ada luka infeksi di kaki kanan dan kiri | Nyeri | Gangguan mobilitas fisik |

1. Diagnosis Keperawatan
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri di bagian ekstermitas bawah, nyeri dirasakan sudah 2 hari, nyeri karena luka infeksi (agen cedera biologis) pada ekstermitas kaki kiri dan kanan, terasa seperti di tusuk dengan skala 6 (1-10) nyeri sedang dan dirasakan terus menerus, tampak ada luka berwarna kemerahan, terdapat pus dan bengkak dan pasien nampak meringis menahan nyeri yang muncul
3. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agen farmaseutikal ditandai dengan tampak ada luka di tungkai kiri dengan luas -+ 11 x 9 cm dengan kedalaman 2-3 cm dan luka di tungkai kaki kanan dengan luas 5 x 3 cm dengan kedalaman < 1 cm da luka di kaki kanan dan kiri nampak bengkak, kemerahan, dan terdapat pus.
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien mengatakan mampu duduk tapi tidak mampu untuk berjalan, pasien mengatakan nyeri bila kaki di gerakkan, skor Barthel Index 13 (ketergantungan ringan), nampak ada luka infeksi di kaki kanan dan kiri, kekuatan otot :

5

5

4

4

1. Perencanaan Keperawatan

Tabel 9. Perencanaan Keperawatan pada Tn. J

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosis | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| 1 | Nyeri akut b.d agen cedera biologis | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapakan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil :   * Nyeri berkurang skala 1 – 3 (nyeri ringan) * Pasien mampu mengungkapkan nyeri berkurang * Pasien mampu mengontrol nyeri dengan nafas dalam dan tehnik distraksi | Senin, 2 Juli 2018  09.00 WIB   1. Observasi dan kaji karakteristik nyeri secara berkala 2. Ajarkan tehnik relaksasi (nafas dalam dan tehnik distraksi) 3. Kelola pemberian obat metilprednizolone 62,5 mg / 8 jam melalui IV   *Sri Muharti* | 1. Mengidentifikasi kondisi dan karakteristik nyeri dan sebagai acuan dalam merumuskan intervensi selanjutnya 2. Tehnik relaksasi nafas dalam dan distraksi mampu memberikan oksigen yang lebih pada bagian yang nyeri dan tehnik mampu mengalihkan focus nyeri pada hal yang lebih menyenangkan. 3. Mengurangi nyeri secara farmakologis. |
| 2 | Keruskaan integritas jaringan b.d agen farmaseutikal | Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah kerusakan integritas jaringan teratasi dengan kriteria hasil :   * Tidak terjadi pelebaran luka * Luka nampak bersih dan tidak bau * Berkurangnya produksi pus * Angka leukosit dalam batas normal (4,4 – 11,3 x 103 /uL) | Senin, 2 Juli 2018  09.00 WIB   1. Kaji kondisi dan karakteristik luka 2. Lakukan perawatan luka setiap hari 3. Batasi jumlah pengunjung 4. Lakukan prinsip aseptic setiap kali memberikan tindakan keperawatan 5. Ajarkan pasien dan keluarga cara penularan infeksi melalui cuci tangan. 6. Kelola pemberian terapi cefixim 1 gr / 12 jam dan metronidazole 500 mg / 8 jam melalui IV.   *Sri Muharti* | 1. Mengidentifikasi kondisi dan karakteristik luka dan sebagai acuan dalam merumuskan intervensi selanjutnya 2. Mengurangi perkembangbiakan bakteri pada luka dan memberikan rasa nyaman pada pasien maupun lingkungan 3. Meminimalisir terpaparnya kuman baik dari pasien ke pengunjung maupun sebaliknya 4. Prinsip aseptic mampu menegah atau mengurangi penularan ataupun terpaparnya kuman baik dari pasien ke tenaga medis maupun sebaliknya 5. Mencegah terpaparnya kuman dan menambah pengetahuan pasien dan keluarga sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal 6. Mengurangi perkembangbiakan bakteri dan mengurangi pernyebarluasan infeksi secara farmakologi / terapi medic |
| 3 | Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapka gangguan mobilitas fisik teratsi dengan kriteria hasil :   * Tidak terjadi atrofi pada ekstremitas bawah karena keterbatasan gerak * Keluarga mampu memenuhi kebutuhan dasar pasien (mandi, berpakaian, b.a.b, b.a.k dan berpindah tempat (ambulasi)) | Senin, 02 Juli 2018  09.00 WIB   1. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi fisik 2. Edukasi keluarga untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar (mandi, berpakaian, b.a.b, b.a.k dan berpindah tempat (ambulasi)) 3. Motivasi keluarga untuk selalu menemani pasien 4. Motivasi pasien untuk tetap menggerakan ekstermitas yang tidak sakit agar tidak terjadi kekakuan.   *Sri Muharti* | 1. Mengidentifikasi kemampuan mobilisasi dan sebagai acuan dalam merumuskan intervensi selanjutnya 2. Memberikan pengetahuan kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien dikarenakan adanya kebutuhan khusus pada pasien 3. Memberikan motivasi dari dalam diri keluarga pasien agar meu merawat pasien dengan ikhlas dan penuh kasih saying 4. Memberikan motivasi dan semangat dari dalam diri pasien untuk tidak malas menggerakan ekstremitasnya yang tidak sakit |

1. Implementasi Dan Evaluasi

Tabel 10. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada Tn. J

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosis | Implementasi | Evaluasi |
| Nyeri akut b.d agen cedera biologis | Senin, 02 Juli 2018  10.00 WIB   1. Mengobservasi dan kaji karakteristik nyeri secara berkala   *Sri Muharti*  10.15 WIB   1. Mengajarkan tehnik relaksasi (nafas dalam dan tehnik distraksi)   *Sri Muharti*  09.00   1. Memberikan obat metil pradnizolon 62,5 mg   *Sri Muharti* | Senin, 02 Juli 2018  14.00 WIB  S :   * Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk pada tungkai kaki kiri dan kanan dengan skala 5 (1-10) atau nyeri sedang dan terasa terus menerus * Pasien dan keluarga mengatakan mampu melelakukan nafas dalam dan teknik distraksi, namun masih agak susah ketika mengalihkan nyeri   O :   * Tampak ada luka berwarna kemerahan, masih terdapat pus dan bengkak * Pasien nampak meringis menahan nyeri yang muncul   A : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis belum teratasi  P :   * Observasi karakteristik nyeri secara berkala * Observasi kepatuhan penggunaan teknik relaksasi (nafas dalam dan teknik distraksi) * Kelola pemberian obat metil pranizolon 62,5 mg / 8 jam * Siapkan kebutuhan pre operasi debridement pada tungkai kiri dan kanan (tanggal 03 Juli 2018 jam 11.00 WIB)   *Sri Muharti* |
| Selasa, 03 Juli 2018  08.45 WIB   1. Mengobservasi karakteristik nyeri secara berkala dan menyiapkan kebutuhan pre operasi debridement pada tungkai kiri dan kanan   *Sri Muharti*  09.00 WIB   1. Mengelola pemberian obat metil pranizolon 62,5 mg   *Sri Muharti*  10.00 WIB   1. Mengobservasi kepatuhan penggunaan teknik relaksasi (nafasa dalam dan teknik distraksi   *Sri Muharti* | Selasa, 03 Juli 2018  11.00 WIB  S : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk ekstremitas bawah pada luka (kaki kanan dan kiri) dengan skala 4 dan nyeri timbul kadang - kadang  O :   * Tampak ada luka berwarna kemerahan, pus berkurang dan bengkak * Pasien melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri datang   A : nyeri akut b.d agen cedera biologis tetasi sebagian  P :   * Observasi karakteristik nyeri secara berkala * Observasi kepatuhan penggunaan teknik relaksasi (nafas dalam dan teknik distraksi) * Kelola pemberian obat metil pranizolon 62,5 mg / 8 jam   *Sri Muharti* |
|  | Rabu, 04 Juli 2018  08.00 WIB   1. Mengobservasi karakterisik nyeri secara berkala   *Sri Muharti*  09.00 WIB   1. Mengobservasi kepatuhan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi   *Sri Muharti*  10.00 WIB   1. Memberikan obat metal pradnizolone 62,5 mg   *Sri Muharti*  13.00 WIB   1. Mengobservasi kepatuhan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi   *Sri Muharti* | Rabu, 04 Juli 2018  14.00 WIB  S :   * Pasien mengatakan nyeri karena sayatan operasi skala 3 terasa seperti ditusuk-tusuk, dan nyeri dirasakan hilang timbul * Pasien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang banyak, terasa perbedaanya antara saat awal masuk RS dengan sekarang. * Keluarga mengatakan pasien mampu mengontrol nyeri dengan nafas dalam dan mengalihkan rasa nyeri dengan mengobrol   O :   * Pasien nampak lebih tenang * Pasien mampu mengontrol nyeri * Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam dan teknik distraski   A : masalah nyeri akut teratasi  P :   * Kelola pemberian obat metal pradnizolone 62,5 mg / 8 jam sesuai program terapi.   *Sri Muharti* |
| Kerusakan integritas jaringan b.d agen farmaseutikal | Senin, 02 Juli 2018  09.00 WIB   1. Mengkaji kondisi dan karakteristik luka     *Sri Muharti*  09.00 WIB   1. Melakukan prinsip aseptic setiap kali memberikan tindakan keperawatan   *Sri Muharti*  09.30 WIB   1. Melakukan perawatan luka setiap hari   *Sri Muharti*  12.00 WIB   1. Membatasi jumlah pengunjung   *Sri Muharti*  09.45 WIB   1. Mengajarkan pasien dan keluarga cara penularan infeksi melalui cuci tangan.   *Sri Muharti*  14.00 WIB   1. Mengelola pemberian terapi cefixim 1 gr dan metronidazole 1 gr melalui IV.   *Sri Muharti* | Senin, 02 Juli 2018  14.00 WIB  S : -  O :   * Tampak ada luka di tungkai kaki kiri dengan luas -+ 11 x 9 cm dengan kedalaman 2-3 cm dan luka di tungaki kaki kanan dengan luas 5 x 3 cm dengan kedalaman < 1 cm . * Luka di kaki kanan dan kiri nampak bengkak, kemerahan, produksi pus mulai berkurang.   A : Kerusakan integritas jaringan belum teratasi  P :   * Kaji kondisi dan karakteristik luka * Lakukan perawatan luka * Batasi jumlah pengunjung * Lakukan prinsip aseptic setiap kali memberikan tindakan keperawatan * Kelola pemberian terapi cefixim 1 gr / 12 jam dan metronidazole 1 gr / 8 jam melalui IV. * Siapkan kebutuhan pre operasi debridement pada tungkai kiri dan kanan (tanggal 03 Juli 2018 jam 11.00 WIB)   *Sri Muharti* |
| Selasa, 03 Juli 2018  09.00 WIB   1. Mengkaji karakteristik luka dan balutan luka   *Sri Muharti*  09.00 WIB   1. Melakukan prinsip aseptic setiap kali memberikan tindakan keperawatan   *Sri Muharti*  09.00 WIB   1. Menyiapkan kebutuhan pre operasi debridement pada tungkai kiri dan kanan (tanggal 03 Juli 2018 jam 11.00 WIB)   *Sri Muharti* | Selasa, 03 Juli 2018  11.00 WIB  S : -  O :   * Balutan nampak rapi, namun terdapat rembesan darah dan pus. * Luka di kaki kanan dan kiri nampak bengkak.   A : Kerusakan integritas jaringan belum teratasi  P :   * Kaji kondisi dan karakteristik luka atau balutan * Lakukan perawatan luka * Lakukan prinsip aseptic setiap kali memberikan tindakan keperawatan * Kelola pemberian terapi cefixim 1 gr / 12 jam dan metronidazole 1 gr / 8 jam melalui IV.   *Sri Muharti* |
|  | Rabu, 04 Juli 2018  08.00 WIB   1. Melakukan prinsip aseptic setiap kali memberikan tindakan keperawatan   *Sri Muharti*  08.00 WIB   1. Mengkaji kondisi dan karakteristik balutan   *Sri Muharti*  14.00 WIB   1. memberikan terapi cefixim 1 gr dan metronidazole 1 mg   *Sri Muharti* | Rabu, 04 Juli 2018  14.00 WIB  S :   * Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan kondisi kaki nya yang sekarang   O :   * Balutan pada tungkai kanan dan kiri dan nampak rapih, tidak ada rembesan darah ataupun pus * Kulit disekitar balutan nampak kemerahan (tetapi sudah berkurang, tidak semerah saat pertama kali masuk) * Bengkak pada kedua kaki sudah sangat berkurang   A : kerusakan integritas jaringan b.d agen farmaseutikal teratasi sebagian  P :   * Kaji kondisi dan karakteristik luka atau balutan * Lakukan perawatan luka hari kamis, 05 Juli 2018 * Lakukan prinsip aseptic setiap kali memberikan tindakan keperawatan * Kelola pemberian terapi cefixim 1 gr / 12 jam dan metronidazole 1 gr / 8 jam melalui IV   *Sri Muharti* |
| Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri | Senin, 02 Juli 2018  09.00 WIB   1. Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi fisik   *Sri Muharti*  09.15   1. Memberikan edukasi keluarga untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar (mandi, berpakaian, b.a.b, b.a.k dan berpindah tempat (ambulasi))   *Sri Muharti* | Senin, 02 Juli 2018  14.00 WIB  S :   * Keluarga mengatakan pasien masih bisa duduk tapi tidak mampu berjalan * Keluarga mengatakan paham dengan kebutuhan dasar pasisen dan akan membantu memenuhinya.   O :   * Keluarga nampak simpati pada pasien   A : gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian  P :   * Motivasi keluarga untuk selalu menemani pasien * Motivasi pasien untuk tetap menggerakan ekstermitas yang tidak sakit agar tidak terjadi kekakuan. * Observasi keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar pasein (mandi, berpakaian, b.a.b, b.a.k dan berpindah tempat (ambulasi))   *Sri Muharti* |
| Selasa, 03 Juli 2018  09.00 WIB   1. Motivasi keluarga untuk selalu menemani pasien   *Sri Muharti*  09.00 WIB   1. Mengobservasi keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar pasein (mandi, berpakaian, b.a.b, b.a.k dan berpindah tempat (ambulasi))   *Sri Muharti*  09.15 WIB   1. Memotivasi pasien untuk tetap menggerakan ekstermitas yang tidak sakit agar tidak terjadi kekakuan.   *Sri Muharti* | Selasa, 03 Juli 2018  11.00 WIB  S :   * Kelurga mengatakan akan selalu menemani pasien dan mau membantu segala kebutuhan dasar pasien * Pasien mengatakan mau menggerakan kedua tangannya seperti makan dan minum secara mandiri   O :   * Pasien nampak kooperatif * Pasien nampak makan dan minum secara mandiri * Keluarga nampak simpati kepda pasien * Nilai barthel index : 13 (ketergantungan ringan)   A : gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian  P :   * Observasi kepatuhan pasien dalam melakukan makan dan minum secara mandiri * Observasi keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar pasein (mandi, berpakaian, b.a.b, b.a.k dan berpindah tempat (ambulasi))   *Sri Muharti* |
|  | Rabu, 04 Juli 2018  08.00 WIB   1. Mengobservasi kepatuhan pasien dalam melakukan makan dan minum secara mandiri   *Sri Muharti*  09.00 WIB   1. Mengobservasi keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar pasein (mandi, berpakaian, b.a.b, b.a.k dan berpindah tempat (ambulasi))   *Sri Muharti* | Rabu, 04 Juli 2018  14.00 WIB  S :   * Kelurga mengatakan akan selalu menemani pasien dan mau membantu segala kebutuhan dasar pasien * Pasien mengatakan mau menggerakan kedua tangannya seperti makan dan minum secara mandiri   O :   * Pasien nampak kooperatif * Pasien nampak makan dan minum secara mandiri * Keluarga nampak simpati kepda pasien * Nilai barthel index : 11 (ketergantungan ringan)   A : gangguan mobiltasi fisik teratasi sebagian  P :   * Observasi kepatuhan pasien dalam melakukan makan dan minum secara mandiri * Observasi keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar pasein (mandi, berpakaian, b.a.b, b.a.k dan berpindah tempat (ambulasi))   *Sri Muharti* |

1. **Pembahasan**

Pada bab ini penulis melakukan pembahasan meliputi asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi serta dokumentasi keperawatan, dengan cara membandingkan antara teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan. Dalam pembahasan ini penulis menggunakan teori dari Brunner dan Suddart (2008)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam yaitu mulai tanggal 02 Juli – 04 Juli 2018 didapatkan hasil pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. “J” di ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta

1. Pengkajian

Dalam pengkajian, penulis menggunakan data identitas pasien dan keluarga, keluhan utama, riwayat kesehatan pasien sekarang dan terdahulu, genogram, riwayat kesehatan keluarga, pola kebiasaan pasien yang meliputi : pemeliharaan dan persepsi tentang kesehatan, nutrisi, aktivitas, istirahat dan tidur, eliminasi, pola hubungan, toleransi stress dan pemeriksaan fisik serta data penunjang (data sekunder)

Sumber diperoleh dari pasien, keluarga pasien, tim kesehatan lain, dari status pasien. Metode yang digunakan untuk pengumpulan data yaitu dengan wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, dan studi dokumen (Rekam Medis).

Dalam pembahasan ini penulis menggunakan teori menurut Brunner & Suddart (2008) maka penulis akan membandingkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus antara lain:

1. Data yang ada saat pengkajian sesuai dengan teori Brunner & Suddart (2008):
2. Data subjetif : nyeri tekan pada daerah yang luka (selulitis) dan pasien mengeluh terjadi nyeri otot sehingga mobilisasi dan ambulasi terganggu dan membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukannya.
3. Data objektif : terdapat luka terbuka, terdapat banyak pus, bengkak pada daerah sekitar selulitis dan kulit sekitar berwarna kemerahan

Dilihat dari data tersebut, data yang ada pada kasus sesuai dengan data yang ada pada teori.

1. Data yang ada pada teori menurut Brunner & Suddart (2008) tetapi tidak ada pada kasus

Pada teori dikatakan adanya malaise dan demam karena terjadinya proses infeksi. Pada tinjuan kasus khususnya pada saat pengkajian suhu pasien adalah 36,50C (suhu normal), namun sebelumnya pasien mengalami peningkatan suhu tubuh (hipertermi) yaitu 37,8 0 C pada tanggal 30 Juni 2018 (hari pertama di Ruang Dahlia) dan mendapat obat paracetamol infuse 1 gram (k/p), deman berangsur turun. Saat pengkajian pasien hanya lemas dan lemah tetapi tidak mengatakan bahwa ia mengalami malaise. Dikarenakan suhu pasien sudah turun, asupan nutrisi dan cairan seimbang (pasien mau makan habis sesuai porsinya dan minum tercukupi) sehingga haemodinamik tubuh juga seimbang, jadi malaise tidak ditemukan.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah adanya kerjsama dengan tim kesehatan lain, adanya data-data penunjang dalam rekam medis pasien, keluarga klien dan klien yang sangat kooperatif. Sedangkan faktor penghambatnya adalah harus diberikan beberapa stimulus yang kuat agar pasien mau bercerita kepada tim kesehatan, namun setelah terbentuk rasa saling percaya, pasien sangat kooperatif.

1. Perumusan Diagnosis

Diagnosis yang terdapat pada kasus adalah nyeri akut berhubungan agen cedera biologis, kerusakan integritas jaringan dan gangguan mobilitas fisik. Dari ketiga diagnosis tersebut yang sesuai dengan teori Brunner dan Suddart (2008) adalah diagnosis nyeri akut dan kerusakan integritas jaringan. Diagnosis gangguan mobilitas fisik terjadi dikarenakan selulitis terjadi pada ekstremitas bawah yaitu pada tungkai kanan dan kiri dan selulitis nampak ada luka terbuka dengan luka seluas 11 x 9 cm dan kedalaman 2 – 3 cm pada tungkai kiri dan 5 x 3 cm dengan kedalamaan < 1cm pada tungkai kanan, dengan demikian ambulasi pasien terganggu sehingga membutuhkan bantuan dari orang lain.

Diagnosis yang ada pada teori Brunner & Suddart (2008) tetapi tidak

muncul pada kasus ini antara lain :

1. Hipertermi

Diagnosis hipertermi tidak terjadi pada kasus ini dikarenakan saat pengkajian pada tanggal 02 Juli 2018, suhu pasien 36,50 C dan selama dilakukan asuhan keperawatan tidak menunjukkan adanya perubahan suhu kearah tinggi (hipertermi). Sebelum dilakukan pengakjian pada tanggal 02 Juli 2018, menurut data Rekam Medis, pasien mengalami hipertermi dengan suhu 37,8 0 C pada tanggal 30 Juni 2018 (pertama di ruang Dahlia) dan mendapat terapi paracetamol 1 gram dan demam berangsur-angsur turun.

1. Resiko infeksi

Diagnosis resiko infeksi tidak terjadi pada kasus ini dikarenakan saat pengkajian (02 juli 2018) angka leukosit pasien 11 x 10^3 u/L, dan ini membuktikan sudah adanya infeksi pada tubuh dan dibuktikan dengan adanya luka yang purulen pada selulitis. Dengan kedua data tersebut sudah dipastikan pasien mengalami infeksi sehingga diagonosis resiko infeksi tidak bisa ditegakkan karena pasien sudah mengalami infeksi. Data yang lain, pasien mendapat terapi cefixim 1 gram dan metronidazole 1 gram untuk menurunkan angka infeksi pada tubuh.

1. Perencanaan

Perencanaan tindakan keperawatan dilakukan setelah menetapkan diagnosis keperawatan sesuai prioritas masalah. Pembuatan tujuan menggunakan system SMART *(specific, measurable, achievable, reliable, time).* Dalam perencanaan ditetapkan prioritas masalah berdasarkan kebutuhan dasar individu menurut Maslow

dan yang paling mengancam hidup/jiwa pasien. Pada kasus Tn. “J:

didapatkan prioritas sebagai berikut :

1. Nyeri akut

Pada diagnosis nyeri akut ditetapkan beberapa intervensi keperwatan seperti kaji karakteristik nyeri, ajarkan pasien dan keluarga nafas dalam dan teknik distraksi (relaksasi) serta kelola pemberian obat metilprednizlone 62,5 mg / 8 jam. Perencanaan tersebut sudah sesuai dengan yang ada pada teori, hanya untuk pemberian analgetik disesuaikan dengan kondisi dan pemeriksaan dokter serta dalam mengkaji karakteristik nyeri juga digali lebih dalam terkait faktor presipitasi nyeri sehingga perawat bisa mengurangi faktor tesebut dan mengistirahatkan pasien. Pada kasus ini, menggali faktor presipitasi terkait nyeri tidak dilakukan secara detail karena pencetus nyeri adalah adanya bengkak kemerahan dan luka selulitis pada kaki, sehingga sudah jelas pada tim kesehatan terutama dokter dan perawat untuk menghilangkan penyebab atau pencetus nyeri, dan terkait masalah mengistirahatkan sudah masuk dalam teknik nafas dalam.

1. Kerusakan integritas jaringan

Intervensi dalam diagnosis kerusakan integritas yang sesuai dengan teori adalah mengkaji kondisis luka dan balutan, melakukan perawatan luka, melakukan tindakan aseptic, megajarkan pasien dan kelurga untuk *hand hygiene*, membatasi pengunjung dan mengelola antibiotik yang diadvice kan (cefixim 1 gram / 12 jam dan metronidazole 1 gram / 8 jam).

Intervensi yang ada teori tetapi tidak dilakukan pada kasus ini adalah mengajarkan keluarga tentang perawatan luka dikarena pasien masih dalam perawatan di Rumah Sakit, dan belum dilakukan edukasi discrharge planning serta masih akan dilakukan debridement pada tungkai kanan dan kiri (luka selulitis).

1. Gangguan mobilitas fisik

Intervensi dalam diagnosis gangguan mobilitas fisik lebih kepada motivasi kepada keluarga untuk membantu ADLs pasien seperti ambulasi, toileting (mandi, b.a.b, b.a.k dan berpakaian), serta memotivasi pasien untuk menggerakkan ekstremitas yang sehat agat tidak terjadi atrofi, selain itu motivasi pasien untuk melakukan makan dan minum secara mandiri selama pasien mampu.

Faktor pedukung dalam perencanaan keperawatan adalah asanya teori yang dijadikan pedoman (Nanda, NIC-NOC), adanya kerjasama dengan tim kesehatan serta keluarga dan pasien mampu kooperatif untuk merencanakan intervensi keperawatan bersama-sama dan tidak ditemukan faktor penghambat.

1. Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai perencanaan yang telah dilakukan pada Tn. “J” melibatkan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lain. Pelaksanaan mengacu pada perencanaan keperawatan yang telah dibuat dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Modifikasi yang dilakukan adalah menyiapkan pasien untuk dilakukan operasi (prosedur pre operasi).

Perencanaan keperawatan dapat terlaksana semua dikarenakan adanya kerjasama dari keluarga dan pasien serta tenaga kesehatan yang merawat. Pasien dan keluarga merasa dengan dilakukan tindakan akan membawanya kearah kesembuhan, disamping itu keluarga dan pasien kooperatif pada semua prosedur yang dilakukan sehingga dalam melaksanakan implementasi keperawatan dapat sesuai dengan perencanaan yang dibuat. Selain itu, antar perawat jaga shift juga melakukan komunikasi efektif melalui pendokumentasian setiap tindakan pada rekam medis pasien, proses timbang terima juga berlangsung efektif dan efisien serta dokter yang merawat menuliskan setiap prosedur dan hasil pemeriksaannya pada rekam medis pasien.

Faktor pendukung penulis melaksanakan tindakan keperawatan adalah adanya kerjasam antara tim kesehatan dan pasien serta keluarga. Pasien dan keluarga sangat kooperatif sehingga perencanaan keperawatan yang telah dibuat dapat dilakukan secara lancar, sedangkakan untuk faktor pemghambat tidak ditemukan

1. Evaluasi

Setelah dilakukan asuhakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan 3 diagnosis yang ada pada kasus Tn. “J” dengan selulitis pedis di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta dilakukan evaluasi yang mengacu pada kriteria tujuan yang dibuat pada saat merencanakan intervensi keperawatan, evaluasi yang dibaut pada diagnosis yang muncul adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut

Sesuai evaluasi yang dilakukan pada tanggal 04 Juli 2018 jam 14.00 WIB dan tertera pada catatan perkembangan didapatkan data nyeri pasien pada skala 3 (1-10), pasien jarang melaporkan nyeri, pasien mampu mengontrol nyeri yang datang dengan teknik nafas dalam dan teknik distraksi. Hal ini sudah seusai dengan criteria hasil yang dituliskan pada bagian perencanaan keperawatan sehingga diagnosis nyeri akut dinyatakan teratasi. Upaya tindak lanjut yang dilakukan adalah dengan pantau kepatuhan pasien dalam mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi dan kelola pemberian obat metilprednizolone 62,5 mg / 8 jam.

1. Kerusakan integritas jaringan

Sesuai evaluasi yang dilakukan pada tanggal 04 Juli 2018 jam 14.00 WIB dan tertera pada catatan perkembangan didapatkan data terkait kerusakan integritas jaringan adalah tidak terjadi perluasan luka dan jumlah prosuksi pus berkurang, bengkak dan kemerahan berkurang, serta luka tidak bau dan pasien merasa nyaman. Dari 4 kriteria yang ditetapkan, ada stau yang tidak terpenuhi yaitu terkait angka leukosit dalam batas normal ( 4 – 9 x 10^3 u/L) namun pada kesempatan ini belum dilakukan pemeriksaan angka leukosit ulang sehingga belum diketahui terjadinya peningkatan atau penurunan jumlah lekukosit. Selain itu juga dilakukan debridement pada tanggal 03 juli 2018. Sehingga diagnosis ini teratasi sebagian. Upaya tindak lanjut adalah observasi balutan, lakukan perawatan luka pada hari kamis, kelola pemberian antibiotic cefixim 1 gram / 12 jam dan metronidazole 1 gram / 8 jam dan tunggu hasil kultur pus.

1. Gangguan mobilitas fisik

Sesuai evaluasi yang dilakukan pada tanggal 04 Juli 2018 jam 14.00 WIB dan tertera pada catatan perkembangan didapatkan data terkait gangguan mobilitas fisik adalah keluarga mau memenuhi kebutuhan pasien terkait ambulasi dan toileting (mandi, berpakaian, b.a.b, dan b.a.k), pasien mau mengerakan ektremitas atas supaya tidak terjadi atrofi dan pasien makan minum secara mandiri. Dilihat dari hasil evaluasi dapat dinyatakan bahwa diagnosis gangguan mobiltas fisik teratasi sebagian dikarena pasien dalam kondisi post debridement dan masih terdapat luka pada ekstremitas bawah sehingga masih membutuhkan perawatan dan bantuan dari orang lain. Upaya tindak lanjutnya dengan observasi kepatuhan keluarga dan pasien untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien.

Faktor pendukung adalah dalam melakukan evaluasi pasien dan keluarga sangat kooprtaif dan adanya kerjasama antara tim kesehatan. dan tidak ditemukan adanya faktor penghambat.

1. Dokumentasi

Menurut teori dokumentasi Koizer (2010) system dokumentasi yang sesuai dengan Rumah sakit yaitu menggunakan format SOAP. Adapun dokumentasi yang dilakukan oleh penulis adalah dokumentasi yang berdasarkan asuhan keperawatan yaitu SOAP. Dalam asuhan keperawatan pada Tn. “J” penulis telah mendokumentasikan mulai dari pengkajian sampai dengan dokumentasi pada rekam medis pasien. Berikut dokumentasi yang dilakukan pada setiap tahap :

1. Pengkajian

Dokumentasi yang dilakukan pada tahap pengkajian dengan metode deskriptif yaitu dengan data subjektif (pendokumentasian sesuai apa yang dikatakan pasien, bukan merupakan kesimpulan atau suatu interprestasi), data objektif yang didapatkan dari hasil pemeriksaan dan observasi. Selain itu, data-data penunjang diagnostik juga didokumentasikan dengan melampirkan pada sisi rekam medis yang bertuliskan “pemeriksaan penunjang/diagnostik”. Dalam proses pendokumentasian pengkajian juga dibubuhkan nama tenaga kesehatan, tanggal dan tanda tangan dikarenkan banyaknya profesi yang melakukan pengkajian terhadap pasien mulai dari prawat, dokter, dietarian, ahli analis kesehatan dan lain-lain, yang semua data itu mendukung terlaksananya asuhan keperawatan yang komprehensif.

1. Diagnosis Keperawatan

Dalam pendokumentasian diagnosis keperawatan mengacu pada rumus : P *(problem)* + E *(etiologi)* + S *(sign and symptom)* pada diagnosis keperawatan aktual, pada diagnosis resiko mengacu pada rumus : P *(problem)* + E *(etiologi)* atau P *(problem)* + S *(sign and symptom),* sedangkan pada diagnosis sejahtera mengacu pada rumus : P *(problem).* Pada kasus ini didapatkan 3 diagnosis keperawatan yang ketiga-tiganya merupakan diagnosis aktual sehingga menggunakan rumus P + E + S dan ditulis lengkap pada lembar tersendiri serta dibubuhkan tanggal penegakan, nama dan tanda tangan perawat.

1. Perencanaan Keperawatan

Dalam pendokumentasian perencanaan keperawatan menggunakan tabel yang isinya nomer, diagnosis keperawatan, tujuan (kriteria hasil), intervensi dan rasional. Perencanaan yang dibuat mengacu pada teor Brunner & Suddart (2008) dan *Nursing Intervension Classification* (2015). Kriteria waktu yang digunakan penulis adalah 3 x 24 jam. Pada setiap perencanaan yang dibuat dibubuhkan tanggal pembuatan, dan nama serta tanda tangan pada bagian bawah tabel.

1. Implementasi

Pendokumentasian implementasi bersifat segera setelah dilakukan tindakan / suatu prosedur pada lembar catatan perkembangan terintergrasi pasien dengan membubuhkan tindakan yang dilakukan, tanggal, jam, nama terang dan tanda tangan yang melaksanakan. Pada pendokumentasian implementasi mengacu prinsip “tulis apa yang kamu lakukan, dan lakukan apa yang kamu tulis”.

1. Evaluasi

Pada pendokumentasian evaluasi dibagi menjadi evaluasi proses dan evaluasi hasil serta menggunakan format SOAP (data subjektif, data objektif, analisis dan perencanaan). Evaluasi proses dilakukan setiap melakukan tindakan dan didokuemntasikan dilembar catatan perkembangan terintergrasi sebagai suatu respon dari pasien, sedangkan evaluasi hasil dilakukan di akhir perawatan sesuai dengan kriteria waktu yang telah ditentukan pada pembuatan diagnosis, antara masalah satu dengan yang lain bisa beda kriteria waktu yang ditetapkan. Pada pendokuemntasian evaluasi juga dilakukan segera setelah evaluasi dilakukan terlebih untuk menindaklanjuti adanya situasi *emergency* atau keadaan kritis sehingga membutuhkan berbagai tindakan kolaborasi.

Pembubuhan tanggal, jam, nama terang dan tanda tangan juga penting dilakukan pada pendokumentasian evaluasi.

Faktor pendukung pendokumentasian adalah terdapat format pendokumentasian dari Pendidikan maupun dari ruangan, adanya kerjasam antara perawat dan paisen serta kerja sama antar tim kesehatan. Penulis tidak menemukan adanya faktor penghambat pada saat dokumentasi

1. **Keterbatasan Studi Kasus**
2. Adanya peraturan dalam izin mengakses rekam medis pasien untuk mahasiswa praktikan, sehingga ada kesulitan untuk mendapatkan informasi yang ada di rekam medis, tetapi dalam hal ini tidak terjadi dikarenakan mahasiswa praktikan tersebut dikarenakan mahasiswa praktikan tersebut adalah karyawan RSUD yang bersangkutan dan sudah melakukan persetujuan untuk tidak menyebarluaskan informasi yang ada didalam Rekam Medis, informasi yang ada hanya untuk kegiatan pendidikan.
3. Selulitis merupakan kasus yang tidak banyak dibahas secara khusus di dalam berbagai macam buku acuan keperawatan medical bedah, sehingga dalam pencarian konsep teori dan konsep asuhan keperawatan mengalami beberapa kesulitan.

**BAB IV**

**PENUTUP**

1. **Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Tn. “J” dengan diagnosis medis selulitis pedis di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan serta implementasi dan evaluasi.

Asuhan keperawatan yang diberikan pada Tn. “J” selama 3 x 24 jam dimulai tanggal 2 Juli 2018 sampai 4 Juli 2018

Kelima tahapan keperawatan didokumentasikan dalam catatan rekam medis, pada tahap implementasi dan evaluasi didokumentasikan pada catatan perkembangan terintergrasi. Berikut kesimpulan tahapan proses keperawatan yang didapat :

1. Pengkajian

Pengkajian dilakuan pada hari senin, 2 Juli 2018 melalui wawancara, studi dokumen, pemeriksaan fisik dan observasi. Hasil pengkajian didokumentasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Data fokus yang didapatkan pasien tampak ada luka di tungkai kiri dengan luas -+ 11 x 9 cm dengan kedalaman 2-3 cm dan luka di tungkai kaki kanan dengan luas 5 x 3 cm dengan kedalaman < 1 cm da luka di kaki kanan dan kiri nampak bengkak, kemerahan, dan terdapat pus, pasien tidak mampu mobilisasi dikarenakan nyeri yang timbul pada luka. Saat dilakukan pengkajian pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lain sangat kooperatif.

1. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakkan melalui analisa data kemudian didapatkan diagnosis keperawatan sesuai prioritas masalah. Pada kasus ini didapatkan 3 diagnosis keperawatan yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri di bagian ekstermitas bawah, nyeri dirasakan sudah 2 hari, nyeri karena luka infeksi (agen cedera biologis) pada ekstermitas kaki kiri dan kanan, terasa seperti di tusuk dengan skala 6 (1-10) nyeri sedang dan dirasakan terus menerus, tampak ada luka berwarna kemerahan, terdapat pus dan bengkak dan pasien nampak meringis menahan nyeri yang muncul
2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agen farmaseutikal ditandai dengan tampak ada luka di tungkai kiri dengan luas -+ 11 x 9 cm dengan kedalaman 2-3 cm dan luka di tungkai kaki kanan dengan luas 5 x 3 cm dengan kedalaman < 1 cm da luka di kaki kanan dan kiri nampak bengkak, kemerahan, dan terdapat pus.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien mengatakan mampu duduk tapi tidak mampu untuk berjalan, pasien mengatakan nyeri bila kaki di gerakkan, skor Barthel Index 13 (ketergantungan ringan), nampak ada luka infeksi di kaki kanan dan kiri, kekuatan otot :

5

5

4

4

1. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan meliputi tujuan, intervensi dan rasional. Tujuan disusun berdasarkan rumus SMART *(specific, measurable, achievable, realiable, time)* dan intervensi terdiri dari observasi, tindakan keperawatan, edukasi atau pendidikan kesehatan dan tindakan kolaborasi. Dalam penyusuanan perencanaan keperawatan dengan melibatkan peran pasien dan keluarga.

1. Implementasi

Implementasi dilakukan sesuai perencanaan keperawatan yang telah dirumuskan, namun jika didapatkan hal-hal yang kurang memberikan hasil yang sesuai atau membahayakan pasien, implementasi keperawatan dapat dimodifikasi dan jika didapatkan tindakan kolaborasi, harus dikonsultasikan atau dikolaborasikan kepada tenaga medis.

1. Evaluasi

Evaluasi dilakukan melalui dua cara yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil, evaluasi proses dilakukan setelah melakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil dilakukan sesuai waktu yang telah ditetapkan pada tujuan. Pada kasus Tn. J didapatkan 3 diagnosis keperawatan, 1 diagnosis keperawatan teratasi yaitu masalah nyeri dan 2 diagnosis keperawatan yang lain teratasi sebagian yaitu diagnosis gangguan mobilitas fisik dan kerusakan integritas jaringan, dikarenakan balutan luka masih ada dan kulit disekitarnya masih nampak bengkak dan kemerahan.

Faktor pendukung terlaksananya asuhan keperawatan pada Tn “J” dengan selulitis pedis adalah adanya kerjasama yang baik antar tenaga kesehatan maupun antara pasien keluarga dan tenaga kesehatan dibuktikan dengan pasien dan keluarga sangat kooperatif dengan suatu tindakan / prosedur yang dilakukan, serta antar tenaga kesehatan tercipta komunikasi efektif terkait perkembangan pasien yang didokumentasikan secara rapi didalam rekam medis, proses timbang terima juga berlangsung efektif dan efisien sehingga setiap perkembangan pasien dapat dipahami dan diketahui oleh semua staff tenaga keperawatan. Sedangkan faktor penghambat tidak ditemukan.

1. **Saran**

Berdasarkan pengalaman nyata penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. “J” dengan selulitis pedis di Ruang dahlia RSUD Kota Yogyakarta, penulis memberikan saran bagi :

1. Perawat di Ruang Dahlia RSUD Kota Yogyakarta

Peran perawat sebagai pendidik yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien sudah baik, mulai dari penerimaan pasien di bangsal hingga penyampaian *discharge planning*. System pendokumentasian juga sudah baik sehingga diharap untuk mempertahankan kondisi yang ada.

**DAFTAR PUSTAKA**

Brunner and Suddarth’s. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Edisi 8 volume 2.* Jakarta : EGC.

Carpenito. 2008. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC

DPD & PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Jakarta : DPD PPNI

“Iselbacher, ddk. 2012. *Harrison Prinsip-Prinsip Ilmu Penyakit Dalam, Alih Bahasa Asdie Ahmad H, Edisi 15*. Jakarta : ECG

Kemenkes RI. 2010. *Pedoman Interprestasi Data Klinik*

Kozier. Erb, Berman. Snyder. (2010). *Buku Ajar Fondamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktik, Volume : 1, Edisi : 7*.Jakarta : ECG

Muttaqin, Arif. 2011. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Integumen*. Jakarta : Salemba Medika

Moorhead, Marion Johnson, L. 2012. Maas Meridean, Elizabeth Swanson. 2016. *Nursing Outcome Classifications (NOC), Edisi 5 terjemahan bahasa Indonesia.*

Moorhead, Marion Johnson, L. 2012. Maas Meridean, Elizabeth Swanson. 2016. *Nursing Interventions Classifications (NIC), Edisi 5 terjemahan bahasa Indonesia.*

Setiadi. 2012. *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan*

*Praktik*. Yogyakarta : Graha Ilmu

Siregar, R, S. 2015. *Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit Edisi* *3*. Jakrta : EGC

Susanto, R Clevere., M.GA Made Ari. 2013. *Penyakit Kulit dan Kelamin*. Yogyakarta : Nuha Medika

Tuti, Astriyanti, Mariana, Dinah Charlota Lerik, Mustakim Sahdan. *Perilaku Hygine Perorangan pada Narapidana Penderita Penyakit Kuliy Bukan Penderita Penyakit Kulit di Lembaga Permasyarakatan Klas II A Kupang*. MKM Volume 5 Vol, 1 Desember 2010

Wilkinson, Judith M. 2011. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: diagnosis NANDA, intervensi NIC, kriteria hasil NOC*. Jakarta: EGC.