

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP SELULITIS

1. Definisi Selulitis

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).

Selulitis adalah infeksi dermis dan jaringan subkutan akut yang menyebabkan inflamasi sel, dapat mengakibatkan kerusakan kulit seperti gigitan atau luka, prognosis biasanya baik dengan terapi yang teratur, dengan penyakit lainnya seperti diabetes meningkatkan resiko terbentuknya Selulitis atau penyebaran selulitis (Kimberly, 2012). Selulitis merupakan suatu penyebaran infeksi bakteri ke dalam kulit dan jaringan dibawah kulit. Infeksi dapat segera menyebar dan dapat masuk ke dalam pembuluh getah bening dan aliran darah. Jika hal ini terjadi, infeksi bisaa menyebar ke seluruh tubuh.

Selulitis merupakan infeksi pada lapisan kulit yang lebih dalam, dengan karakteristik sebagai berikut :

- a. Peradangan supuratif sampai di jaringan subkutis
- b. Mengenaikan pembuluh limfa permukaan
- c. Plak eritematus, batas tidak jelas dan cepat meluas.

2. 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 bertendensi 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 inframyoalveolar
- 3) Selulitis Submandibular Difus Peripharyngeal
- 4) Selulitis Fasialis Difus
- 5) Fasciitis 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 sirkumskripa yang tidak mendapatkan perawatan yang adekuat atau tanpa drainase.

3. Etiologi Selulitis

Penyakit Selulitis menurut (Kimberly, 2012) disebabkan oleh:

a. Infeksi bakteri dan jamur :

- 1) Disebabkan oleh Streptococcus grup A dan Staphylococcus aureus
- 2) Pada bayi yang terkena penyakit ini dibabkan oleh Streptococcus grup B
- 3) Infeksi dari jamur, tapi infeksi yang diakibatkan jamur termasuk jarang
- 4) Aeromonas Hydrophila.
- 5) 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 Mellitus
- 5) Pembekakan yang kronis pada kaki
- 6) Cacar air

4. Patofisiologis Selulitis

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 membran sel (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, 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 menunjukkan adanya organisme campuran (*Becker et al.,2018*).

5. 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.

6. 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

i. Malnutrisi. (Fitzparick, 2018).

7. Pemeriksaan Penunjang

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

a. Menunjukkan kenaikan jumlah leukosit dan rata-rata sedimentasi eritrosit.

Sehingga mengindikasikan adanya infeksi bakteri.

b. BUN level

c. Creatinine level

d. Culture darah

e. Culture pus pada luka selulitis

f. CT (computet tomograhphy)

Baik plain-film radiography maupun CT keduanya dapatkan digunakan saat tata klinis menyarankan subject osteomyelitis.

g. MRI (magnetic resinance imaging)

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

8. Komplikasi Selulitis

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari selulitis menurut Kimberly, 2012 adalah sebagai berikut :

a. Sepsis

Kondisi medis serius dimana terjadi peradangan seluruh tubuh akibat infeksi

b. Thrombosis Vena Profunda

Peradangan pada dinding vena serta tertariknya trombosit dan leukosit pada dinding yang mengalami radang.

c. Perburukan Selulitis

d. Abses Lokal

Pengumpulan nanah akibat infeksi bakteri

e. Tromboflebitis

Kondisi dimana terbentuknya bekuan dalam vena sekunder akibat inflamasi atau trauma dinding vena karena obstruksi vena sebagian

f. Limfangitis

Merupakan infeksi pembuluh limfa

g. Amputasi

Suatu keadaan ketiadaan sebagian atau seluruh anggota gerak karena prosedur pembedahan.

9. Penatalaksanaan

- a. Kolaborasi dalam pemeriksaan laboratorium untuk mengecek apakah terjadi infeksi
- b. Kultur darah, dilaksanakan bila infeksi tergeneralisasi telah diduga
- c. Dilakukan insisi drainase/debridemen bila luka terbentuk abses
- d. Pemberian antibiotik

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Selulitis

1. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan pada tahap pertama yaitu pengkajian. Dalam pengkajian perlu dikaji biodata pasien dan data-data untuk menunjang diagnosa. Data tersebut harus seakurat akuratnya, agar dapat digunakan dalam tahap berikutnya, meliputi nama pasien, umur, keluhan utama dan diagnosa medis.

a. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya klien masuk ke RS dengan keluhan nyeri, kesemutan pada ekstremitas, luka yang sukar sembuh, sakit kepala, menyatakan seperti mau muntah, kesemutan, lemah otot, disorientasi, letargi, koma dan bingung.

2) Riwayat kesehatan lalu

Biasanya klien mempunyai riwayat DM, hipertensi, penyakit jantung seperti infark miokard

3) Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya ada riwayat anggota keluarga yang menderita DM

b. Pengkajian Pola Gordon

1) Pola persepsi

Pada pasien gangren kaki diabetik terjadi perubahan persepsi dan tatalaksana hidup sehat karena kurangnya pengetahuan tentang dampak

gangren pada kaki diabetik, sehingga menimbulkan persepsi negatif terhadap diri dan kecenderungan untuk tidak mematuhi prosedur pengobatan dan perawatan yang lama.

2) Pola nutrisi metabolik

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

3) Pola eliminasi

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

4) Pola aktivitas dan latihan

Kelemahan, susah berjalan dan bergerak, kram otot, gangguan istirahat dan tidur, tachicardi/tachipnea pada waktu melakukan aktivitas dan bahkan sampai terjadi koma. Adanya luka gangren dan kelemahan otot pada tungkai bawah menyebabkan penderita tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara maksimal, penderita mudah mengalami kelelahan.

5) Pola tidur dan istirahat

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

6) Kognitif persepsi

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

7) Persepsi dan konsep diri

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

8) Peran hubungan

Luka gangren yang sukar sembuh dan berbau menyebabkan penderita malu dan menarik diri dari pergaulan.

9) Seksualitas

Angiopati dapat terjadi pada pembuluh darah di organ reproduksi sehingga menyebabkan gangguan potensi sex, gangguan kualitas maupun ereksi serta memberi dampak dalam proses ejakulasi serta orgasme. Adanya peradangan pada genitalia, serta orgasme menurun dan terjadi

impoten pada pria. Risiko lebih tinggi terkena kanker prostat berhubungan dengan nefropati.

10) Koping toleransi

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

11) Nilai kepercayaan

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

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Pemeriksaan tanda vital
- 2) Pemeriksaan kulit
- 3) Pemeriksaan kepala dan leher
- 4) Pemeriksaan dada (thorak)
- 5) Pemeriksaan jantung (cardiovaskuler)
- 6) Pemeriksaan abdomen
- 7) Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus.
- 8) Pemeriksaan muskuloskeletal
- 9) Pemeriksaan ekstremitas

10) Pemeriksaan neurologi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan ditegakkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan

Indonesia (SDKI, 2017) antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia
- c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal amputasi kaki
- e. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer
- f. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018), yang diuraikan sebagai berikut :

Tabel.1 Intervensi Keperawatan

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan Dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|---|--|---|
| <p>Kategori : Psikologi Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan 1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (SDKI: D.0077 hal.172)</p> | <p>Tingkat Nyeri (L.08066) Dengan Kriteria hasil : a. Keluhan nyeri dari cukup menurun menjadi sedang b. Meringis dari cukup menurun menjadi sedang c. Sikap protektif dari cukup menurun menjadi sedang d. Frekuensi nadi dari cukup menurun menjadi sedang</p> | <p>Manajemen Nyeri (I.08238, hal.201) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi nyeri • Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Relaksasi) • Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri </p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Kategori: Fisiologis Subkategori: Respirasi 2. Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (SDKI: D.0009 hal.37)</p> | <p>Perfusi perifer (SLKI: L.02011 hal. 84) Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Denyut nadi perifer dari cukup menurun menjadi sedang Warna kulit pucat dari cukup meningkat menjadi sedang Akral dari cukup memburuk menjadi sedang Pengisian kapiler dari cukup memburuk menjadi sedang | <p>Perawatan sirkulasi (SIKI: I.02079 hal.345) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi: DM Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Lakukan perawatan kaki dan kuku <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan perawatan kulit yang tepat dengan melembabkan kulit kering pada kaki |
| <p>Kategori : Fisiologis Subkategori : Nutrisi dan Cairan 3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Resistensi Insulin (SDKI: D.0027 hal.71)</p> | <p>Kestabilan kadar glukosa darah(L.05022, hal 43). Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Lemah dan letih Mulut kering menurun Rasa haus menurun Kadar glukosa dalam darah | <p>Manajemen Hiperglikemia (I.03115, hal.180) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Monitor kadar glukosa darah Monitor tanda dan gejala hiperglikemia <p>Terapeutik</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • Anjurkan kepatuhan terhadap diet <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian insulin • Kolaborasi pemberian antidiabetik |
| <p>Kategori: Fisiologis Subkategori: Aktivitas/istirahat 4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal amputasi kaki</p> | <p>Mobilitas fisik (SLKI: L.05042 hal. 65) Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pergerakan ekstremitas dari menurun menjadi cukup menurun b. Kekuatan otot dari menurun menjadi cukup menurun c. ROM dari menurun menjadi cukup menurun d. Gerakan terbatas dari menurun menjadi cukup menurun | <p>Dukungan mobilisasi (SIKI: I.05173 hal.30) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (kursi roda) • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Pencegahan jatuh (SIKI: I.14540 hal. 279) Observasi</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor risiko jatuh (neuropati, riwayat amputasi) • Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin, penerangan kurang) • Hitung risiko jatuh dengan <i>Fall Morse Scale</i> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pastikan roda trmpat tidur dan kursi roda terkunci serta <i>handrail</i> terpasang • Gunakan alat bantu jalan (kursi roda) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan untuk memanggil perawat atau keluarga jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. |
| <p>Kategori: Lingkungan Subkategori: Keamanan dan Proteksi</p> <p>5. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan: (SDKI: D.0129 hal.282)</p> | <p>Integritas kulit dan jaringan (SLKI: L.14125 hal.33) Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kerusakan jaringan dari sedang menjadi cukup menurun b. Nekrosis dari sedang menjadi cukup menurun c. Sensasi dari sedang menjadi cukup membaik d. Suhu kulit dari sedang menjadi | <p>Perawatan integritas kulit (SIKI: I.11353 hal. 316) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (perubahan sirkulasi, penurunan kelembaban, penurunan mobilisasi) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering |

| | | |
|--|----------------------|---|
| | <p>cukup membaik</p> | <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan minum air yang cukup • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur • Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem <p>Perawatan luka(SIKI: I.14564 hal. 328)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Monitor drainase, warna, ukuran, bau luka 1. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik 4. Bersihkan dengan cairan povidone iodine pada luka dengan pus (nanah) 5. Bersihkan jaringan nekrotik 6. Perthankan teknik steril perawatan luka 7. Pasang balutan sesuai jenis luka <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tanda gejala infeksi 9. Anjurkan mengonsumsi makanan |
|--|----------------------|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>tinggi kalori dan protein</p> <p>10. Anjurkan prosedur perawatan luka mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Ingatkan keluarga untuk mengelola pemberian antibiotik</p> |
| <p>Kategori : Fisiologis</p> <p>Subkategori : Nutrisi dan Cairan</p> <p>6. Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan Penurunan nafsu makan (SDKI: D.0032 hal.81)</p> | <p>Status Nutrisi (L.03030, hal.121)</p> <p>Dengan Kriteria yang Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makan dihabiskan membaik - Indeks masa tubuh (IMT) membaik - Nafsu makan membaik - Membran mukosa membaik | <p>Manajemen Nutrisi (SIKI.03119, hal.200)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 10. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk |

| | | |
|--|--|---|
| | | menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu |
|--|--|---|

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 yang 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 somatif , merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP.

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan keperawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting dilihat dari berbagai aspek, seperti aspek hukum, kualitas pelayanan, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian dan akreditasi (Nursalam, 2013).

C. WOC (Web of causation)

