

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA  
NY. S DENGAN SELULITIS CRURIS DISERTAI  
DISPEPSIA DAN TN. S DENGAN SELULITIS PEDIS  
BILATERAL DISERTAI ANEMIA DI RUANG MANGGIS  
RSUD CENGKARENG JAKARTA BARAT TAHUN 2022**



**Disusun Oleh:**

**Indah Handayani, S. Kep**

**NPM : 22.156.03.11.043**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA  
BEKASI  
2022/2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA NY. S  
DENGAN SELULITIS CRURIS DISERTAI DISPEPSIA DAN  
TN. S DENGAN SELULITIS PEDIS BILATERAL DISERTAI  
ANEMIA DI RUANG MANGGIS RSUD CENKARENG  
JAKARTA BARAT TAHUN 2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar  
Profesi Ners**



**Disusun Oleh:**

**Indah Handayani, S. Kep**

**NPM: 22.156.03.11.043**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA  
BEKASI  
2022/2023**

## LEMBAR PERNYATAAN KARYA ILMIAH AKHIR

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Indah Handayani, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.043

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Tugas Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Selulitis Cruris Disertai Dispepsia Dan Tn. S Dengan Selulitis Pedis Bilateral Disertai Anemia Di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 18 November 2022

Yang Menyatakan



Indah Handayani, S.Kep

## LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor Satu Dan  
Preseptor Dua Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

**Bekasi, 18 November 2022**

Menyetujui,

**Penguji I**



Lina Indrawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIDN. 0321108001

**Penguji II**



Arabta M. Peraten.Pelawi,S.Kep.Ners.,M.Kep

NIDN. 0301096505

Mengetahui:

**Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Profesi Ners Sekolah  
Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia**

Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIDN. 0316028302

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Indah Handayani, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.043

Program Studi : Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah Akhir : **Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Selulitis Cruris Disertai Dispepsia Dan Tn. S Dengan Selulitis Pedis Bilateral Disertai Anemia Di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022.**

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada tanggal 18 November 2022.

Bekasi, 18 November 2022

**Penguji I**



Lina Indrawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIDN. 0321108001

**Wakil Ketua I Bidang Akademik**

**Penguji II**



Arabta M. Peraten, Pelawi, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIDN. 0301096505

**Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners**

Puri Kresnawati, SST,M.KM

NIDN. 0309049001

Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIDN. 0316028302

**Disahkan,**

**Ketua STIKes Medistra Indonesia**

Dr. Lenny Irmawaty, SST.,M.Kes

NIDN. 0319017902

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Selulitis Cruris Disertai Dispepsia Dan Tn. S Dengan Selulitis Pedis Bilateral Disertai Anemia Di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022” yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

Penulis mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan sehingga memungkinkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini terwujud. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Bapak Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Bapak Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Ibu Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes selaku ketua dari STIKes Medistra Indonesia
4. Ibu Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
5. Ibu Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
6. Ibu Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Ibu Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku ketua program studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
8. Ibu Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A selaku Koordinator Profesi Ners.

9. Ibu Arabta M. Peraten. Pelawi, S.Kep, Ners., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners
10. Ibu Lina Indrawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Dosen penguji 1 sekaligus Dosen Pembimbing Akademik.
11. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
12. Teruntuk ibu saya beserta keluarga terimakasih atas segala doa dan motivasi yang tiada henti telah kalian berikan. Tanpa doa dan dukungan dari kalian mungkin penulis tidak akan sampai pada titik sekarang ini.
13. Serta teman-teman semua yang tidak bisa disebutkan satu-persatu. Terimakasih yang sebesar-besarnya atas motivasi dan dukungan selama pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangatmengharapkan saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak.

Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat diterima dan bermanfaat dengan baik.

Bekasi, 18 November 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERNYATAAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan.....	3
<b>BAB II TINJAUAN TEORI .....</b>	<b>5</b>
A. Anatomi Kulit.....	5
B. Sellulitis.....	12
1. Pengertian Selulitis .....	12
2. Klasifikasi Selulitis .....	13
3. Etiologi.....	15
4. Manifestasi.....	16
5. Patofisiologis Selulitis .....	17
6. Pathway.....	19
7. Komplikasi Selulitis.....	20
8. Diagnosis Selulitis .....	20
9. Pemeriksaan penunjang.....	21
10. Penatalaksanaan .....	21
<b>C. Konsep Asuhan Keperawatan .....</b>	<b>22</b>
1. Pengkajian.....	22
2. Diagnosa Keperawatan .....	26
3. Intervensi Keperawatan .....	26
<b>BAB III Laporan Kasus.....</b>	<b>31</b>
<b>A. Kasus I Pada Ny. S.....</b>	<b>31</b>
1. Identitas Diri Klien .....	31
2. Analisa Data.....	42

3. Diagnosa Keperawatan .....	44
4. Rencana Tindakan.....	45
5. Catatan Perkembangan .....	48
<b>B. Kasus II Pada Tn. S .....</b>	<b>76</b>
1. Identitas Diri Klien .....	76
2. Analisa Data.....	88
3. Diagnosa Keperawatan .....	90
4. Rencana Perkembangan .....	90
5. Catatan Perawatan.....	93
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>114</b>
1. Pengkajian.....	114
2. Diagnosa Keperawatan .....	115
3. Intervensi Keperawatan .....	117
4. Implementasi Keperawatan.....	121
5. Evaluasi Keperawatan.....	122
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>123</b>
A. Kesimpulan.....	123
B. Saran .....	124
<b>Daftar Pustaka .....</b>	<b>125</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>126</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.2 Anatomo Kulit.....	5
Gambar 2.2 Luka Selullitis .....	12
Gambar 2.3 Luka Selulitis .....	17

## DAFTAR TABEL

A. Kasus I Pada NY. S.....	31
Tabel 3.1 .....	40
Tabel 3.2 .....	41
Tabel 3.3 .....	41
Tabel 3.4 .....	41
Tabel 3.5 .....	42
Tabel 3.6 .....	44
Tabel 3.7 .....	45
Tabel 3.8 .....	48
Tabel 3.9 .....	57
Tabel 3.10 .....	66
B. Kasus II Pada TN. S.....	76
Tabel 3.11 .....	86
Tabel 3.12 .....	86
Tabel 3.13 .....	87
Tabel 3.14 .....	87
Tabel 3.15 .....	87
Tabel 3.16 .....	88
Tabel 3.17 .....	90
Tabel 3.18 .....	90
Tabel 3.19 .....	93
Tabel 3.20 .....	99
Tabel 3.21 .....	107

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Sistem integument atau kulit merupakan garis pertahanan tubuh pertama melindungi tubuh dari patogen. Sebagian tubuh manusia, hampir tidak mungkin patogen dapat menembus kulit. Namun, sebagian mikroba dapat masuk melalui lesi kulit yang tidak nampak, sehingga beberapa mikroba dapat menembus kulit yang utuh. Kulit bersifat asam dan sebagian besar kulit kelembabanya sangat rendah sehingga kebanyakan mikroorganisme menembus ke kulit. Beberapa bagian dari tubuh, seperti aksila dan daerah sela-sela kaki, memiliki kelembaban yang cukup tinggi. Mikroorganisme yang berkolonisasi pada kulit dapat menyebabkan penyakit dan infeksi pada kulit. Infeksi kulit bisa disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan parasite (Sudigdoadi, 2016).

Selulitis merupakan penyakit infeksi akut pada kulit yang disebabkan bakteri patogen yang masuk ke dalam lapisan dermis dan jaringan subkutan. Setelah menembus lapisan luar kulit dan dapat menyebabkan infeksi yang menyebar ke jaringan-jaringan kulit dan menyebar secara sistematis. Sehingga menimbulkan infeksi pada permukaan kulit dan dapat terjadi peradangan akut sehingga menimbulkan eritema lokal pada kulit yang menyebabkan kerusakan integritas kulit (Deri Ezra, Asrawati Sofyan, 2022).

Selulitis merupakan peradangan akut, infeksi ini ditandai dengan adanya luka atau trauma yang disebabkan bakteri *Streptococcus beta hemolitikus* dan *Staphylococcus aureus*. Penyakit ini biasanya di dahului trauma, karena tempat predileksinya terdapat di tungkai bawah, gejalanya yaitu demam dan malaise, kemudian ditandai dengan tanda-tanda peradangan yaitu terjadi pembengkakan (tumor), nyeri (dolor), kemerahan

(rubor), teraba hangat (kalor), dan disfungsi (penurunan fungsi area inflamasi) (Deri Ezra, Asrawati Sofyan, 2022).

Menurut *Selulitis – Epidemiological and Clinical Characteristic* (2012) menganalisis bahwa di klinik penyakit menular Universitas Sarajevo dalam 3 tahu terakhir pada tahun 2009 sampai tahun 2012 mengatakan terdapat 123 klien dengan penyakit kuli terdapat 35 klien (28,45%) memiliki penyakit Selulitis, dan 88 klien (71,55%) klien dengan penyakit *erisipelas superfisial*. Presentasi laki-laki mendominasi (56,09%) dengan usia rata-rata 50 tahun. Berdasarkan lokalisasi Selulitis lebih sering pada ekstremitas bawah sebanyak (71,56%), Selulitis ekstremitas atas sebanyak (12,19%), kepala atau leher (13,08%), badan (3,25%). Pada penanganan pertama pada klien yaitu dengan memberikan antibiotic golongan *lincosamide*. (Hadzovic-Cengic et al., 2012).

Di Amerika Utara terdapat di rumah sakit yang disebabkan oleh infeksi pada jaringan lunak terdapat pada rawat inap sekitar 10%. Dan pada tahun 2011 terdapat 21klien / 10.000 klien diakibatkan oleh infeksi selulitis. Di Studi Belanda menunjukkan peningkatan terhadap jumlah klien 5 kali lipat yang dimana rata-rata usia 54 tahun sampai 85 tahun. Pada penelitian tersebut juga ditemukan bahwa insidensi selulitis >100 klien per 100.000 masyarakat (Cranendonk, 2019).

Di Indonesia di dapatkan data RSUD Tarakan Kabupaten Kalimantan Utara terdapat jumlah penderita Selulitis tahun 2012 sebesar 0,29%, tahun 2013 sebesar 0,33%, dan tahun 2014 sebesar 0,38%, dengan jumlah penderita laki-laki sebesar 0,26%, sedangkan perempuan sebesar 0,11% dengan lokasi tersering adalah kruris pada 44 klien (56,4%). Sedangkan berdasarkan data RSUD Kota Yogyakarta didapatkan di ruangan Dahlia 6 bulan terakhir pada bulan januari sampai Juni tahun 2018 didapatkan 6 klien dengan Selulitis.

Selulitis merupakan infeksi lapisan dermis dan jaringan subkutan akut yang bisa menyebabkan inflamasi sel, sehingga mengakibatkan kulit

seperti gigitan atau luka. Penyakit kulit salah satu permasalahan Kesehatan di Indonesia seperti infeksi bakteri, jamur, virus masih mendominasi terbesar penyebab penyakit di Indonesia. Faktor tersebut disebabkan gaya hidup dan lingkungan yang kotor dan kurangnya masyarakat dalam menjaga kebersihan sehingga menjadi timbulnya penyakit pada kulit. Lingkungan yang kotor dan pekerjaan yang bisa meningkatkan resiko trauma ekstermitas dan infeksi dapat menjadi faktor predisposisi selulitis. Sehingga sangat rentan sekali terinfeksi selulitis dikarenakan resiko masuknya pathogen dan lingkungan kerja yang tidak bersih (Susanto Hery, 2022).

Selulitis merupakan infeksi pada kulit manusia yang dimana bakteri *Streptococcus beta hemolitikus* dan *Staphylococcus aureus* bakteri yang umum dan berpotensi serius. Selulitis muncul sebagai pembengkakan, area merah pada kulit yang terasa panas dan nyeri dan dapat menyebar dengan cepat. Selulitis dapat mempengaruhi permukaan kulit, atau selulitis juga dapat mempengaruhi jaringan di bawah kulit dan dapat menyebar ke kelenjar getah bening dan aliran darah (Susanto Hery, 2022).

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan di atas, maka penulis tertarik untuk Menyusun Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Ny. S dengan Selulitis Cruris disertai Dispepsia dan Tn. S dengan Selulitis Pedis Bilateral Disertai Anemia di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Memahami dan mengaplikasikan tentang pemberian asuhan keperawatan medikal bedah pada Ny. S dengan selulitis cruris disertai dispepsia dan Tn. S dengan selulitis pedis bilateral disertai anemia di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Tahun 2022.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien dewasa dengan selulitis cruris dan selulitis pedis bilateral di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022.

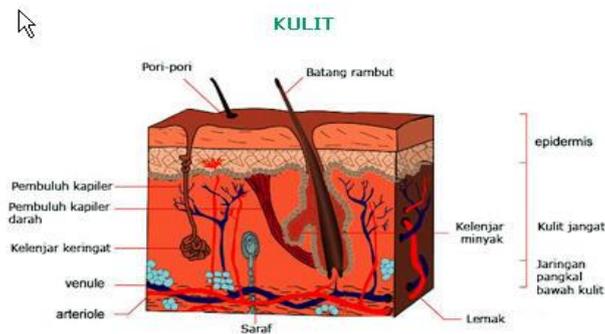
- b. Mampu merencanakan diagnosa keperawatan pada klien dewasa dengan Selulitis Cruris di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022.
- c. Mampu merencanakan intervensi keperawatan pada klien dewasa dengan selulitis cruris dan selulitis pedis bilateral di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan dengan selulitis cruris dan selulitis pedis bilateral di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien dewasa dengan selulitis cruris dan selulitis pedis bilateral di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022.
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang dapat pada teori dan kasus pada klien-klien dewasa dengan selulitis cruris dan selulitis pedis bilateral di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022.

## BAB II

### TEORI TINJAUAN

#### A. Anatomi Kulit

##### 1. Pengertian Kulit



Gambar 1.2 Anatomo Kulit

Kulit merupakan sistem integument bagian tubuh yang paling luas dan menutupi seluruh permukaan tubuh manusia. Kulit sangat berperan penting dalam melindungi tubuh manusia dari luar, sebagai aseptor terhadap rangsangan, pengatur suhu atau *temperature* tubuh serta pengaruh lainnya (Haerani and Zulkarnain, 2021). Kulit merupakan organ pembungkus seluruh permukaan tubuh yang membangun *barrier* yang memisahkan organ -organ internal dengan lingkungan luar dan berperan sangat penting dalam banyak fungsi. Luas kulit berkisaran 0,025 m<sup>2</sup> pada anak baru lahir hingga orang dewasa sekitar 1,8m<sup>2</sup> dengan berat kira-kira 4,5 – 5 kg (15% total berat badan). Tebalnya kulit bervariasi mulai 0,5 mm sampai 6 mm tergantung 9 dari letak, umur dan jenis kelamin. Kulit memiliki sistem yang menakjubkan lapisan epidermis mengontrol penguapan, sedangkan dermis memberikan fleksibilitas dan kekuatan (Rukmana Ade, 2022).

Kulit terdiri dari 2 lapisan yang berbeda epidermis yaitu lapisan terluar yang merupakan lapisan epitel dan dermis yaitu lapisan dalam yang merupakan lapisan jaringan ikat.

## 2. Struktur Kulit

### a. Epidermis

Epidermis merupakan lapisan terluar kulit yang terdiri dari epitel berlapis bertanduk, mengandung sel *malonosit*, *Langerhans* dan *merkel*. Tebal epidermis berbeda-beda pada berbagai tempat di tubuh, paling tebal terdapat pada telapak 6 tangan dan kaki. Ketebalan epidermis hanya sekitar 5% dari seluruh ketebalan kulit (Darmawan, 2019). Lapisan epidermis mengalami perbaruan setiap 4-6 minggu. Lapisan epidermis berfungsi untuk melindungi (bakteri masuk dan toksin), organ sel, sintesis vitamin D, dan sitokin, sel pigmentasi (melanosit) dan untuk keseimbangan cairan secara berlebihan (Rukmana Ade, 2022).

Lapisan epidermis, terdiri atas stratum korneum, stratum lusidum, stratum granulomus, stratum spinosum, dan stratum basale. Epidermis terdiri atas lima lapisan, yaitu (Darmawan, 2019).

#### 1) Stratum korneum (lapisan tanduk)

Lapisan paling tebal dari epidermis sekitar 75% dari total ketebalan. Lapisan kulit terluar yang terdiri atas beberapa sel gepeng yang mati, tidak berinti, dan protoplasmanya telah berubah menjadi keratin (zat tanduk). Keratin adalah campuran serabut keratin dan keratohyalin. Sel cornified berfungsi sebagai kekuatan struktur korneum dan sel ini mudah hilang pada saat mandi atau menggosok (scubbing) permukaan kulit

#### 2) Stratum ludisum

Lapisan ini yang berada tepat di bawah stratum korneum, merupakan lapisan sel-sel gepeng tanpa inti dengan protoplasma yang berubah menjadi protein.

3) Stratum granulosum (lapisan keratohialin)

Lapisan yang terdiri dari 2-3 lapis sel-sel gepeng dengan sitoplasma, merupakan lapisan sel-sel gepeng tanpa inti dengan protoplasma yang berubah menjadi protein. Stratum granulosum (lapisan keratohialin) merupakan 2-3 lapis sel-sel gepeng dengan sitoplasma berbutir kasar dan terdapat inti diantaranya. Butir-butir kasar ini terdiri atas keratohialin. Lapisan ini tidak terdapat pada mukosa, dan tampak jelas pada telapak tangan dan kaki.

4) Stratum spinosum (stratum malphigi)

Lapisan yang terdiri atas beberapa lapis sel berbentuk polygonal yang besarnya berbeda-beda karena proses mitosis. Protoplasmanya jernih karena banyak mengandung glikogen, dan terletak di tengah-tengah. Sel-sel ini dekat dengan permukaan makin gepeng bentuknya. Diantara sel-sel stratum spinosum terdapat jembatan-jembatan antar sel (intercellular bridges) Perlekatan antara jembatan-jembatan ini membentuk penebalan bulat kecil yang disebut nodulus bizzozero. Diantara sel-sel spinosum terdapat pula sel lengerhans. Sel-sel stratum spinosum ini banyak mengandung glikogen.

5) Stratum Basale

Lapisan terdalam dari epidermis yang aktif terjadi proses mitosis. Lapisan ini terdapat sel melanosit yang menghasilkan melanin dan keratinosit. Melanin berfungsi sebagai pelindung keratinosit dan ujung saraf di lapisan dermis dan sinar ultraviolet serta memberikan warna kulit

Fungsi lapisan epidermis (Darmawan, 2019):

- a) Melindungi kulit dari kerusakan fisik, kimia dan biologis
- b) Perlindungan dari sinar matahari oleh melanin.
- c) Mencegah kehilangan cairan transepidermal.

- d) Sintesis vitamin D dan sitokin (sistem imun)
- e) Memberikan pigmentasi atau wana kulit
- f) Pengenalan antigen oleh sel Langerhans

b. Dermis

Lapisan dermis merupakan lapisan di bawah epidermis yang jauh lebih tebal daripada epidermis. Di dalam dermis terdapat folikel rambut, papilla rambut, kelenjar keringat, saluran keringat, kelenjar sebacea, otot penegak rambut, ujung pembuluh darah dan ujung saraf dan sebagian serabut lemak yang terdapat pada lapisan lemak bawah kulit. Lapisan dermis berfungsi sebagai struktur penunjang, pemberi nutrisi, factor pertumbuhan dan perbaikan kulit (remodelling), keseimbangan cairan melalui pengaturan aliran darah kulit dan termoregulasi melalui pengontrolan aliran darah kulit. Pada daerah ini bisa menyebabkan kehilangan elastisitasnya (kelemasannya) dan akhirnya timbul keriput

Lapisan ini terdiri dari lapisan elastic dsan fibrosa padat dengan element-element selluler dan folikel rambut. Lapisan ini secara garis besar tersusun atas dua bagian, yaitu :

- a) Pars papilare merupakan bagian yang paling menonjol ke epidermis yang berisi ujung serabut saraf dan pembuluh darah.
- b) Pars retikulare merupakan bagian paling bawah yang berdekatan dengan subkutan. Bagian ini terdiri dari serabut-serabut penunjang, seperti serabut kolagen, elastic dan retikulin. Serabut ini saling beranyaman dan masing-masing mempunyai yang berbeda.

c. Hipodermis (Subkutis)

Lapisan subkutan merupakan lapisan dibawah dermis yang terdiri dari lapisan lemak. Lapisan ini terdapat jaringan ikat yang menghubungkan kulit secara longgar dengan jaringan di bawahnya. Lapisan subkutis terdiri dari lapisan lemak dan jaringan ikan yang banyak pembuluh darah dan saraf. Lapisan ini tersusun dari jaringan

adipose (sel lemak) yang dipisahkan oleh sel fibrous septa. Ketebalan lapisan ini bervariasi, dimana diketahui lapisan yang paling tebal biasanya terdapat di abdomen dan lapisan yang paling tipis terdapat di kelopak mata dan penis. Jumlahnya dan ukurannya pun berbeda-beda menurut daerah tubuh dan keadaan nutrisi individu. Makan yang berlebih akan meningkatkan penimbunan lemak di bawah jaringan kulit. Jadi fungsi subkutis/hypodermis antara lain:

- a) Jaringan subkutis melekat ke struktur dasar
- b) Jaringan subkutis dan jumlah lemak yang tertimbun merupakan factor penting dalam pengaturan suhu tubuh
- c) Sebagai isolasi panas (pelindung tubuh terhadap dingin) dan cadangan kalori (tempat penyimpanan bahan bakar), dimana biasanya terdapat pada bantalan jaringan yang lebih dalam
- d) kontrol bentuk tubuh

### 3. Fungsi Kulit

Kulit sangat berfungsi untuk pelindung tubuh (proteksi), absorbs, ekresi, persepsi (peraba dan perasa), mengatur suhu tubuh, pembentukan pigmen, keratinisasi, pembentukan vitamin D, dan sistem imunitas (Darmawan, 2019) Berikut ini adalah beberapa fungsi kulit:

#### 1) Fungsi proteksi

Pada fungsi ini kulit yaitu untuk melindungi bagian tubuh terhadap gangguan mekanisme dan gangguan kimiawi. Pada gangguan mekanisme dapat memungkinkan karena adanya tebalnya lemak pada lapisan kulit dan serabut-serabut jaringan penunjang. Sedangkan proteksi terhadap gangguan kimiawi dapat terjadi karena sifat stratum korneum yang impermeable terhadap berbagai zat kimia dan air, selain itu terdapat lapisan kesamaan kulit yang melindungi kontak zat-zat kimia dengan kulit. Sifat kesamaan kulit ini ditunjukkan dengan pH kulit yang berada

sehingga merupakan perlindungan romawi terhadap infeksi bakteri maupun jamur

2) Fungsi absorpsi

Pada fungsi absorpsi yaitu untuk melindungi kulit yang sehat tidak mudah menyerap air, larutan dan benda padat, tetapi cairan yang mudah menguap lebih mudah diserap, begitupun yang larut dalam lemak. Kemampuan absorpsi kulit ini dipengaruhi oleh tebal tipisnya kulit, hidrasi, kelembapan, metabolisme dan jenis vehikulum. Penyerapan dapat berlangsung melalui celah antar sel menembus sel-sel epidermis atau melalui muara saluran kelenjar, tetapi lebih banyak yang melalui sel-sel epidermis daripada yang melalui muara kelenjar.

3) Fungsi ekskresi

Yaitu berfungsi pada kelenjar-kelenjar kulit untuk mengeluarkan zat-zat yang tidak berguna lagi atau sisa metabolisme dalam tubuh berupa NaCl, urea, asam urat, dan ammonia.

4) Fungsi persepsi,

Yaitu kulit mengandung ujung-ujung saraf sensorif di dermis dan subkutis. Persepsi terhadap rangsangan panas diperankan oleh badan-badan ruffini di dermis dan subkutis. Rangsangan dingin diperankan oleh badan-badan krause yang terletak di dermis. Badan-badan taktil missner terletak di papilla dermis dan berperan terhadap perabaan. Demikian pula badan merkel ranfieri yang terletak di epidermis, sedangkan persepsi terhadap tekanan diperankan oleh badan vater paccini di epidermis. Saraf-saraf sensorik tersebut lebih banyak jumlahnya di daerah erotis.

5) Fungsi pengaturan suhu tubuh,

Kulit berperan dengan cara mengeluarkan keringat dan mengerutkan (otot berkontraksi) pembuluh darah kulit. Kulit yang kaya akan pembuluh darah, sehingga memungkinkan kulit nutrisi

yang lebih baik. Tonus vaskuler dipengaruhi oleh saraf simpatis (asetilkolin).

6) Fungsi pembentukan pigmen

Yang dimana sel pembentuk pigmen (melanosit), terletak di lapisan basal dan sel ini berasal dari rigi saraf. Perbandingan jumlah sel basal: melanosit adalah 10:1. Jumlah melanosit dan jumlah serta besarnya butiran pigmen (*melanosomes*) menentukan warna kulit, ras, maupun individu. Pajanan terhadap sinar matahari mempengaruhi produksi melanosome. Pigmen disebar ke epidermis melalui tangan- tangan dendrit, sedangkan ke lapisan kulit di bawahnya di bawa oleh sel melanofag (*melanofor*). Warna kulit tidak sepenuhnya dipengaruhi oleh pigmen ini, melainkan juga oleh tebal tipisnya kulit, reduksi Hb, oksidasi Hb dan karoten

7) Fungsi keratinisasi,

Lapisan epidermis pada dewasa mempunyai 3 jenis sel utama, yaitu keratinosit, sel langerhans, melanosit. Keratinosit dimulai dari sel basal yang mengadakan pembelahan, sel basal yang lain akan berpindah ke atas dan berubah bentuknya menjadi sel spinosum, makin ke atas sel menjadi makin gepeng dan bergula menjadi sel granulosum. Makin lama inti menghilang dan keratinosit ini menjadi sel tanduk yang amorf. Proses ini berlangsung seumur hidup dan sampai sekarang belum sepenuhnya di mengerti. Proses ini berlangsung normal sekitar 14-21 hari, dan member perlindungan kulit terhadap infeksi secara mekanis fisiologik.

8) Fungsi pembentukan vitamin D

- a) Kulit perlu untuk mensintesa vitamin D
- b) Sintesa vitamin D terjadi pada kulit dengan adanya sinar matahari Sinar ultraviolet mengubah sterol (7-*dehydrocholesterol*) menjadi *cholecalciferol* (vitamin D)

- c) Vitamin D berpartisipasi dalam metabolisme kalsium dan fosfat.
- d) Hal ini penting untuk pembentukan dan pertahanan struktur dan kekuatan tulang.

#### 9) Sistem Imunitas

- a) Sistem imun kulit memberikan perlindungan terhadap penyebaran mikroorganisme dan antigen.
- b) Sel-sel kulit yang memberikan perlindungan imun adalah sel-sel *Langerhans*, sel yang penghasil antigen yang ditemukan di epidermis, makrofags jaringan, yang menelan dan mencerna bakteri dan zat-zat lain mast cell yang mengandung histamine (dilepaskan pada reaksi inflamasi), dan dendrosit

### A. Selulitis

#### 1. Pengertian Selulitis



Gambar 2.2 Luka Selullitis

Selulitis menurut bahasa latin disebut cellula (kecil dari *cella*: sel) dan *it is* (peradangan.). Selulitis (*sel-u-LIE-tis*) adalah infeksi kulit bakteri yang umum dan berpotensi serius. Selulitis biasanya menyerang kaki bagian bawah, terdapat bengkak di area kaki dan nyeri saat ditekan, terdapat pada wajah, lengan, dan area lainnya. Selulitis merupakan infeksi yang menyebar difusi pada kulit. Infeksi ini menyerang lapisan

kulit yang paling dalam, yaitu jaringan subkutan dan menimbulkan kerusakan pada kuling yang sering tidak terlihat (Soebono Hardyanto et.,al 2020)

Selulitis merupakan penyakit infeksi kulit yang disebabkan oleh bakteri *Streptococcus beta hemolitikus* dan *Staphylococcus aureus*. bakteri ini masuk kedalam lapisan dermis (lapisan tengah kulit) dan area jaringan subkutan (lapisan terbawah kulit) (Deri Ezra, Asrawati Sofyan, 2022). Selulitis biasanya ditandai dengan kemerahan atau peradangan pada area kulit. Gejala selulitis Sellulit juga bisa menyebabkan demam, malaise, dan terjadinya kekakuan (Susanto Hery, 2022).

## 2. Klasifikasi Selulitis

Menurut (Zamrodah, 2016) 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

Selulitis sirkumsripta supuratif akut merupakan peradangan yang terbatas pada daerah tertentu yaitu satu atau dua spasia fasial (yang tidak jelas batasnya). Infeksi bakteri mengandung serous (cairan/ nanah pada luka), konsistensinya sangat lunak dan spongius. Prosesnya hampir sama dengan Selulitis sirkumsripta serous akut, tetapi infeksi bakteri tersebut dapat mengandung suppurasi yang purulent (pembentukan cairan atau ananh seperti sputum). Jika terbentuk eksudat yaitu cairan campuran sel-sel yang rusak yang keluar dari pembuluh darah ke dalam jaringan yang mengindikasikan tubuh bertendesi membatasi penyebaran infeksi dan mekanisme resistensi lokal tubuh dalam mengontrol infeksi.

### c. Selulitis difus akut

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

1) *Ludwig's Angina*

Selulitis difus yang potensial mengancam nyawa yang mengenai dasar mulut dan region submandibular bilateral dan menyebabkan obstruksi progresif dari jalan nafas. Penyakit ini termasuk dalam grup penyakit infeksi odontogen.

2) Selulitis yang berasal dari *inframylohyoid*

3) *Selulitis Senator's*

Selulitis Senator's ialah disifatkan oleh serangan ganas secara tiba-tiba dengan disfagia teruk, hiperemia meresap, edema dan penyusupan keradangan semua dinding *pharynx*

4) Difus Peripharingeal

5) Selulitis Fasialis Difus

Selulitis fasialis difus merupakan infeksi bakteri pada wajah yang dapat cepat meluas dengan komplikasi serius, penyebabnya adalah infeksi odontogenik yang berasal dari pulpa periodontal.

6) *Fascitis Necrotizing* dan gambaran atypical

Merupakan infeksi langka jaringan lunak yang mengancam jiwa. *Necrotizing fasciitis* umumnya dikenal sebagai penyakit pemakan daging atau sindrom bakteri pemakan daging. Infeksi ini sangat langka pada lapisan lebih dalam dari kulit dan jaringan subkutan yang dengan mudah menyebar di fasia dalam jaringan subkutan

d. Selulitis Kronis

Selulitis kronis adalah suatu proses infeksi yang berjalan lambat karena terbatasnya virulensi bakteri yang berasal dari fokus gigi. Biasanya terjadi pada klien dengan selulitis

sirkumskripta yang tidak mendapatkan perawatan yang adekuat atau tanpa drainase.

### 3. Etiologi

Penyebab selulitis yang disebabkan oleh infeksi bakteri dan jamur. Penyebab selulitis yang sering dialami oleh orang dewasa adalah *Staphylococcus aureus* dan *Streptococcus beta hemolitikus grup A* sedangkan penyebab selulitis pada anak adalah *Haemophilus Influenza tipe B*. infeksi ini pada orang dewasa banyak disebabkan oleh bakteri *Streptococcus pyogenes* dan *Staphylococcus aureus*, yang dimana bakteri ini dapat menyebar ke dalam dermis melalui jalur eksternal maupun hematogen (Deri Ezra, Asrawati Sofyan, 2022).

#### a. Faktor risiko

##### 1) Usia

Semakin tua usia, ke efektifan sistem sirkulasi dalam menghantarkan darah berkurang pada bagian tubuh tertentu. Sehingga abrasi kulit berpotensi mengalami infeksi.

##### 2) Melemahnya sistem imun

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

##### 3) Diabetes melitus

Diabetes mengurangi sirkulasi darah pada ekstermitas bawah dan potensial membuat luka pada kaki dan menjadi jalan masuk bagi bakteri penginfeksi. Pada klien diabetes akan disebabkan oleh luka pada kaki diabetik, tetapi lebih dari seperempat kasus diabetes kultur-positif Selulitis terjadi pada lokasi non-kaki. Tidak hanya kadar gula darah meningkat dalam darah namun juga mengurangi sistem imun tubuh dan menambah resiko terinfeksi.

- 4) Pembengkakan kronis pada lengan dan tungkai (Lymphedema)  
Pembengkakan jaringan membuat kulit terbuka dan menjadi jalan masuk bagi bakteri penginfeksi.
- 5) Cacar dan ruam saraf  
Karena penyakit ini menimbulkan luka terbuka yang dapat menjadi jalan masuk bakteri penginfeksi.
- 6) Infeksi jamur kronis pada telapak atau jari kaki Infeksi jamur kaki juga dapat membuka celah kulit sehingga menambah resiko bakteri penginfeksi masuk
- 7) Gigitan & sengat serangga, hewan, atau gigitan manusia
- 8) Malnutrisi

#### 4. Manifestasi

Menurut Zamrodah (2016), Selulitis menyebabkan kemerahan atau peradangan yang terlokalisasi. Kulit tampak kemerah, nyeri tekan, dan teraba hangat. Ruam muncul secara tiba-tiba dan memiliki batas yang tegas. Tanda dan gejala sellulitis diantaranya:

- 1) Demam
- 2) Menggigil
- 3) Sakit kepala
- 4) Nyeri otot
- 5) Tidak enak badan
- 6) Selulitis menyebabkan kemerahan atau peradangan yang terlokalisasi.
- 7) Kulit tampak merah, bengkak, licin disertai nyeri tekan dan teraba hangat.
- 8) Edema
- 9) Ruam kulit muncul secara tiba-tiba dan memiliki batas yang tegas.
- 10) Bisa disertai memar dan lepuhan-lepuhan kecil.

## 5. Patofisiologis Selulitis



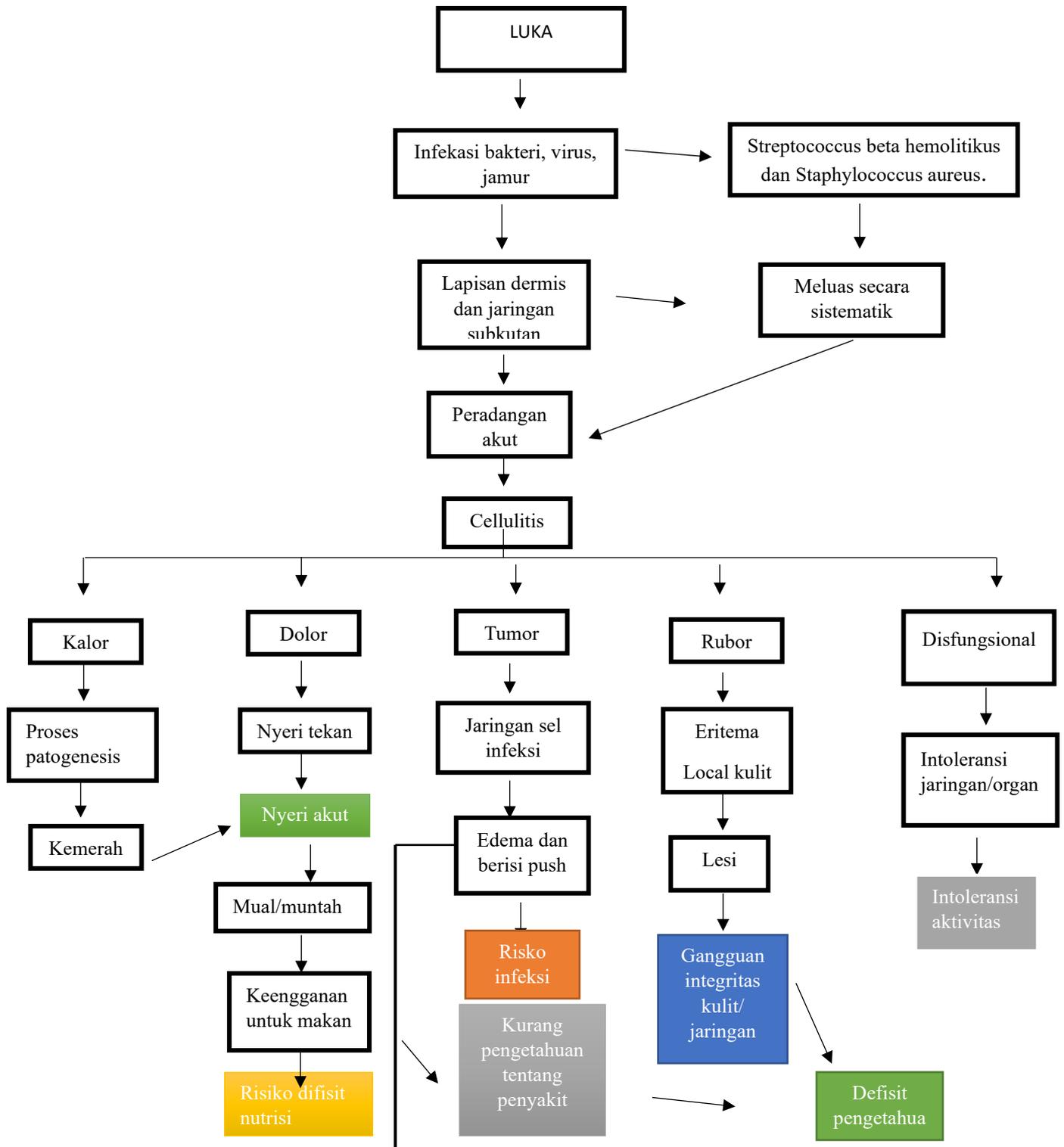
Gambar 2.3 Selulitis

Ketika terjadi kerusakan pada kulit, hal itu memungkinkan mikroorganisme pada kulit normal dan bakteri lain masuk ke dalam dermis dan jaringan subkutan. Masuknya bakteri ini di bawah permukaan kulit dapat menyebabkan infeksi superfisial akut yang mempengaruhi dermis dalam dan jaringan subkutan, menyebabkan Selulitis (Wicaksana, 2016). Selulitis biasanya ditandai dengan luka di kulit, seperti retakan, sayatan, laserasi, gigitan serangga, atau luka tusukan. Organisme pada kulit masuk ke dermis dan berkembang biak menyebabkan Selulitis. Selulitis dapat berkembang menjadi penyakit serius dengan penyebaran yang tidak terkontrol melalui sistem limfatik atau peredaran darah. Komplikasi termasuk *limfangitis* (berupa garis merah berupa menuju node linfe), pembentukan abses, dan Selulitis gangren atau fasciitis nekrotikans. Spesies tertentu, terutama *grup A beta-hemolitik Streptococcus (GABHS)* dan *Saureus*, menghasilkan racun yang dapat menyebabkan infeksi sistemik yang lebih parah, yang menyebabkan syok septik dan kematian (Wicaksana, 2016)

Selulitis ditandai dengan eritema, kehangatan, edema, dan nyeri tekan pada palpasi akibat respon sitokin dan neutrofil dari bakteri yang menembus epidermis. Sitokin dan neutrofil direkrut ke daerah yang terkena setelah bakteri menembus kulit yang mengarah ke respons epidermal. Respon ini mencakup produksi peptida antimikroba dan proliferasi keratinosit dan dipostulasikan untuk menghasilkan temuan pemeriksaan karakteristik pada Selulitis. Bakteri *Grup A Streptokokus*, bakteri yang paling umum menyebabkan Selulitis, juga dapat menghasilkan faktor *virulensi seperti eksotoksin pirogenik (A, B, C, dan F)* dan superantigen streptokokus yang dapat menyebabkan penyakit yang lebih jelas dan invasive (Wicaksana, 2016).

6. Pathway

Table 2.1 Pathway Selulitis



Gambar 2.4 Pathway (Dani Wahyu Fitrama, 2016)

## 7. Komplikasi Sellulitis

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari Sellulitis (Zamrodah, 2016):

### 1) Sepsis

Kondisi medis serius dimana terjadi peradangan seluruh tubuh akibat infeksi.

### 2) *Thrombosis Vena Profunda*

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

### 3) Perburukan Sellulitis

### 4) Abses Lokal

Pengumpulan nanah akibat infeksi bakteri

### 5) *Tromboflebitis*

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

### 6) *Limfangitis*

Merupakan infeksi pembuluh limfa

### 7) Amputasi

Suatu keadaan ketiadaan sebagian atau seluruh anggota gerak karena prosedur pemotongan

## 8. Diagnosis Sellulitis

Pada diagnosis sellulitis dapat ditegakan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, yang dimana terdapat adanya macula eritematous (ruam berupa bitnik-bintik bercak), tepi tidak meninggi, batas tidak jelas, terdapat edema, infiltrate (berbentuk titik-titik atau bercak dengan batas tidak tegas) dan teraba panas, dapat disertai limfangitis (garis merah adekuat) dan limfadenitis (peradangan). Pada penderita sellulitis biasanya terdapat demam dan dapat terjadi septicemia (infeksi pada saluran darah) (Deri Ezra, Asrawati Sofyan, 2022)

Sellulitis disebabkan oleh bakteri *Streptococcus beta hemolitikus* dan *Staphylococcus* yang ditandai peradangan local pada

lokasi infeksi seperti eritema, teraba hangat, dan nyeri serta terjadi limfangitis dan dapat terjadi gejala sistemik seperti demam dan peningkatan hitungan sel darah putih. Sebagian besar kasus selulitis dapat sembuh dengan pengobatan antibiotik. Infeksi dapat menjadi berat menyebabkan infeksi seluruh tubuh jika terlambat dalam member pengobatan (Deri Ezra, Asrawati Sofyan, 2022)

#### 9. Pemeriksaan Penunjang

##### 1) *CBC (Complete Blood Count)*

Hal yang dimana pada tes ini menunjukkan kenaikan jumlah leukosit dan rata-rata sedimentasi eritrosit. Sehingga mengindikasikan adanya infeksi bakteri.

##### 2) Tes kultur darah

Pemeriksaan ini dilakukan dengan mendeteksi adanya mikroorganisme yang ada di dalam darah, seperti bakteri, jamur, atau parasit. Ada atau tidaknya infeksi akan ditentukan dari sampel cairan luka pada pengidap.

##### 3) *Rontgen*

Pemeriksaan ini dilakukan dengan bantuan sinar radiasi untuk memperoleh gambaran pada bagian tubuh tertentu. Pada pengidap Selulitis, rontgen dibutuhkan untuk melihat adanya infeksi pada jaringan di bawah kulit.

##### 4) *MRI (Magnetic Resonance Imaging)*

Pada pemeriksaan ini sangat membantu pada diagnosis infeksi Selulitis akut dan parah, untuk mengidentifikasi keparahan, mengidentifikasi *pyomyositis*, *necrotizing fasciitis*, dan infeksi selulitis dengan atau tanpa pembentukan abses pada subkutan (Deri Ezra, Asrawati Sofyan, 2022)

#### 10. Penatalaksanaan

Pada klien dengan Selulitis yaitu memiliki resiko untuk terjadinya infeksi sistemik (merata keseluruh tubuh). Pengobatan pada kasus ini adalah obat antibiotik seperti ticarcilin (pada kasus berat yang dirawat di

rumah sakit), dan *cephalexin* (pada kasus ringan, dan tidak dirawat di rumah sakit). Terdapat klien yang diberikan terapi medikamentosa yaitu berupa injeksi *ceftriaxone* 1g/12 jam, yang dimana *ceftriaxone* merupakan salah satu antibiotik yang mengurangi bakteri pada tubuh. Pada klien yang mengalami luka-luka dan mengalami pembengkakan di kaki diberikan NaCl 0,9%. Bukan hanya obat sistemik klien dapat diberikan obat topical yaitu fuson cream 10g, carmed cr 1g (Deri Ezra, Asrawati Sofyan, 2022).

### C. Konsep Asuhan Keperawatan

#### 1. Pengkajian

##### a. Data biografi

Terdiri atas nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal MRS, dan informan apabila dalam melakukan pengkajian yang perlu kita selain dari klien. Data pekerjaan perlu karena jenis pekerjaan terhadap sellulitis, agama dan Pendidikan menentukan intervensi yang tepat dalam pendekatan.

##### b. Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan oleh klien selulitis adalah nyeri, gangguan integritas kulit, risiko infeksi. Nyeri dapat disebabkan karena iritasi terhadap saraf. Dalam melakukan pengkajian nyeri harus di perhatikan paliatif, severe, time, quality (p,q,r,s,t). Gangguan integritas kulit karena proses luka yang dialami klien pada saat timbulnya luka yang disebabkan oleh proses keelastisan kulit.

##### c. Riwayat penyakit sekarang

Gambaran keadaan klien mulai terjadinya luka kemerahaan, terdapatnya gejala, dan pertolongan pertama yang dilakukan serta klien keluhan klien selama menjalankan perawat ketika dilakukan pengkajian.

##### d. Riwayat penyakit masa lalu

Merupakan riwayat penyakit yang mungkin pernah diderita oleh klien sebelum mengalami sellulitis. Resiko selulitis makin parah bila klien mempunyai penyakit penyerta seperti diabetes militus, yang dimana dapat memperparah luka.

e. Riwayat penyakit keluarga

Merupakan gambaran keadaan kesehatan keluarga dan penyakit yang berhubungan dengan kesehatan klien, meliputi: jumlah anggota keluarga, kebiasaan keluarga mencari pertolongan, tanggapan mengenai masalah kesehatan, serta kemungkinan penyakit turunan.

f. Riwayat psiko sosial

Pada klien dengan sellulitis sering muncul masalah konsep diri body image yang disebabkan oleh fungsi kulit. Selain itu selulitis dapat mengganggu klien dalam melakukan aktifitas sehari-harinya. Hal tersebut dapat menimbulkan stress, rasa cemas, dan takut:

1) Makan dan minum

Adalah kebiasaan sehari-hari dirumah dan RS dan apabila terjadi perubahan pola yang dapat menimbulkan masalah bagi klien. Pada pemenuhan kebutuhan nutrisi kemungkinan didapatkan anoreksia, mual, dan muntah.

2) Eliminasi

Haluaran urine menurun/tak ada selama fase darurat, warna mungkin berubah menjadi hitam kemerahan bila terjadi myoglobin, mengindikasi

3) Gerakan dan Aktifitas

Penurunan kekuatan, ketahanan yaitu keterbatasan dan rentang gerak pada area yang sakit diakibatkan gangguan pada masa otot dan perubahan tonus.

4) Istirahat dan Tidur

Pola tidur akan mengalami perubahan yang dipengaruhi oleh kondisi klien dan akan memengaruhi proses penyembuhan.

5) Pengaturan Suhu Klien

Suhu pada klien pada kasus selulitis dapat mengalami kenaikan peningkatan pada proses terjadinya peradangan pada luka. Kemudian sebagian besar periode selulitis akan mengalami hipertermi karena proses peradangan pada luka.

6) Kebersihan diri Pada Klien

Pemeliharaan kebersihan diri mengalami penurunan yang dimana klien tidak dapat melakukan dengan sendiri.

7) Rasa Aman Kulit

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

8) Rasa Nyaman Berbagai Nyeri

Pada klien Selulitis akan mengalami nyeri pada luka yang dimana disebabkan peradangan pada kulit yaitu berupa kemerahan dan rasa seperti terbakar.

9) Sosial

Masalah yang dimana tentang keluarga, pekerjaan, keuangan, kecacatan. Sehingga klien mengalami ansietas, memangis, ketergantungan, menyangkal, menarik diri, dan marah.

10) Rekreasi

Yang dimana dapat mempengaruhi klien dalam mengatasi stress yang dialaminya.

11) Prestasi

Dapat mempengaruhi pemahaman klien terhadap sakitnya pengetahuan yang dimiliki oleh klien dapat mempengaruhi klien terhadap penyakitnya.

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan yang dimana penderita dengan keadaan mengeluh panas, sakit, dan gelisah sampai menimbulkan penurunan tingkat kesadaran bila peradangan tidak ditanganin dengan cepat.

2) TTV

Tekanan darah menurun, nadi perifer cepat, suhu panas, pernafasan lemah sehingga tanda tidak adekuatnya pengambilan darah 48 jam pertama.

3) Pemeriksaan kepala sampai Leher

a) Kepala dan rambut catat bentuk kepala, penyebaran rambut, perubahan warna rambut.

b) Mata catat kesimentrisan dan kelengkapan, edema, kelopak mata, refleks terhadap cahaya dan penglihatan.

c) Hidung catat adanya perdarahan, mukosa kering, secret, sumbatan dan bulu hidung yang rontok.

d) Mulut Sianosis, kurangnya supplay darah ke otak, bibir kering karena intake cairan kurang.

e) Telinga, bentuk kesimentrisan, tidak terdapat gangguan terhadap pendengaran.

f) Leher, posisi trake, tidak terdapatnya kelainan atau pembesaran tiroid ataupun kelenjar betah bening.

4) Pemeriksaan thorak/ dadan inspeksi bentuk thorak, irama pernafasan, vasikuler, ekspansi dada maksimal, suara nafas normal.

- 5) Abdomen: infeksi bentuk perut simetris, palpasi tidak adanya nyeri pada area epigastrium (yang mengidentifikasi adanya gastritis).
- 6) Muskuloskeletal: catat tidak ada adanya atrofi, amati kesimetrisan otot, bila terdapat luka baru pada muskuloklesta, kekuatan otot menurun
- 7) Pemeriksaan neurologi: tingkat kesadaran secara kuantifikasi dinilai dengan GCS, Nilai bisa menurun bila suplai darah ke otak kurang (syok hipovolemik) dan nyeri yang hebat (syok neurogenic).
- 8) Ekstremitas: pada ekstremitas bawah terdapat luka edema dan kemerahan.
- 9) Pemeriksaan kulit: terdapat luka pada sampai jaringan subkutan dengan gejala berupa kemerahan, edema, dan nyeri tekan yang terasa di suatu daerah yang kecil di kulit. Kulit yang terinfeksi menjadi panas, tampak bengkak, dan tampak seperti kulit jeruk yang mengelupas. Pada kulit yang terinfeksi bisa ditemukan lepuhan kecil berisi cairan atau lepuhan besar berisi cairan (bula) yang bisa pecah.

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan Integritas Kulit & Jaringan b/d kelembaban
- b. Resiko Infeksi b/d peningkatan paparan organisme patogen Lingkungan
- c. Nyeri Akut b/d agen pencedera fisik
- d. Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi

## 3. Intervensi Keperawatan

- a. Gangguan Integritas Kulit & Jaringan b/d kelembaban (D.0129) (PPNI, 2017)

Tujuan: Setelah diberikan asuhan keperawatan 3 x 24 jam masalah gangguan kulit membaik (L.14125) (PPNI, 2019).

Kriteria hasil :

- 1) Kerusakan jaringan cukup menurun (4)
- 2) Kerusakan lapisan kulit cukup menurun (4)
- 3) Nyeri menurun (5)

**Penyembuhan luka (L.14130)**

- 4) Penyatuan kulit cukup meningkat (4)
- 5) Edema pada sisi luka menurun (5)

**Intervensi :** (PPNI, 2018)

Perawatan Luka (I. 14564)

**Observasi :**

- 1) Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)
- 2) Monitor tanda-tanda infeksi

**Terapeutik**

- 1) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik  
Bersihkan jaringan nekrotik
- 2) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi
- 3) Pasang balutan sesuai jenis luka
- 4) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan
- 5) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
- 6) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien

**Edukasi**

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
  - 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- Kolaborasi
- 1) Kolaborasi pemberian antibiotic
- b. Resiko Infeksi b/d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan (D.0142)

**Tujuan:** Setelah diberikan asuhan keperawatan 3 x 24 jam masalah tidak terdapat infeksi (L. 14137) Kriteria hasil :

- a. Kemerahan menurun
- b. Nyeri menurun
- c. Bengkak menurun Kultur darah membaik

**Intervensi :**

Pencegahan Infeksi (I. 14539)

**Observasi :**

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

**Terapeutik :**

- 1) Berikan perawatan kulit pada area luka
- 2) Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan klien dan lingkungan klien
- 4. Pertahankan teknik aseptik

**Edukasi :**

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi
- 3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

**c. Nyeri Akut b/d agen pencedera fisik**

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri berkurang dengan kriteria hasil :

**Tingkat nyeri (L.08066)**

- 1) Keluhan nyeri menurun (5)
- 2) Meringis menurun (5)
- 3) Sikap protektif menurun (5)

**Manajemen nyeri (I.08238)**

**Observasi :**

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 1) Identifikasi skala nyeri
- 2) Identifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri

**Terapeutik:**

- 1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

**Edukasi :**

- 1) Jelaskan periode, penyebab, dan pemicu nyeri
- 2) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

**Kolaborasi :**

- 1) Kolaborasi pemberian analgetic

**d. Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar**

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah tingkat pengetahuan meningkat kriteria hasil:

**Tingkat Pengetahuan (L.12111)**

- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat (5)
- 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (5)
- 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat (5)
- 4) Perilaku kesehatan membaik (5)

**Intervensi :**

Edukasi Proses Penyakit (I.12444)

**Observasi :**

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

**Terapeutik :**

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan
- 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

**Edukasi :**

- 1) Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit 6.  
Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit
- 2) Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi
- 3) Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan Ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan
- 4) Informasikan kondisi klien saat ini
- 5) Anjurkan melaporkan jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa

**e. Intoleransi aktivitas b/d kelemahan (D.0056)**

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah aktivitas sehari-hari normal dengan kriteria hasil: (L.05047)

- 1) Perasaan lemah berkurang (5)
- 2) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (5)
- 3) Keluhan Lelah menurun (5)

**Manajemen Energi (I.05178)**

**Observasi:**

- 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- 2) Monitor pola dan jam tidur

**Terapeutik :**

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan)
- 2) Latihan Gerakan pasif dan massif
- 3) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur

**Edukasi**

- 1) Ajurkan tirah baring

**BAB III**  
**LAPORAN KASUS**

**A. Kasus I**

Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Selulitis Cruris Di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022

**PENGKAJIAN DATA DASAR**

Nama Mahasiswa : Indah Handayani  
Tempat : Ruang Manggis/ RSUD Cengkareng  
Tanggal Pengkajian : 27 Oktober 2022

---

**I. Identitas diri klien**

Nama : Ny. S  
Tempat/ Tgl Lahir : Rambung, 21 Mei 1960  
Umur : 62 tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Keluarga terdekat yang dapat dihubungi : suami  
Alamat : Kalideres, Jakarta  
Status perkawinan : Menikah  
Agama : Islam  
Suku : Betawi  
Pendidikan : SLTA  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Sumber informasi : Klien dan suami  
Tanggal masuk RS : 26 Oktober 2022

**II. Status Kesehatan Saat Ini**

1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Klien mengatakan terdapat luka dibagian paha atas kanan sejak 4 hari sebelum ke RS awal mula luka seperti cacar air, sehingga berubah menjadi kemerahan dan terdapat pus. Klien mengatakan

luka melebar sampai selangkangan dan luka terasa seperti terbakar. Klien mengatakan mual, klien mengatakan nyeri dibagian pahanya. lemas, dan pusing. TD: 113/76 mmHg, N: 84 x/menit, S: 36,7<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit, SPO<sup>2</sup> : 97%.

2. Lamanya keluhan : 4 hari yang lalu
3. Timbulnya keluhan : [ ] bertahap  
[√] mendadak
4. Faktor yang memberatkan : Luka kemerahan dibagian paha atas bagian kanan
5. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya  
Sendiri : klien dengan melakukan dengan istirahat  
Orang lain : perawatan luka kemerahan oleh perawat
6. Diagnosa medik
  - a. Selulitis Crurish
  - b. Dispepsia
  - c. Aki dd CKD

### III. Riwayat Kesehatan yang lalu

1. Penyakit yang pernah dialami
  - a. Kanak- Sekarang : Paiseien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit.
  - b. Kecelakaan : Klien mengatakan tidak pernah
  - c. Pernah di rawat penyakit : Klien mengatakan tidak pernah di rawat
  - d. Operasi : klien tidak pernah dilakukan tindakan operasi
2. Alergi : klien mengatakan tidak ada alergi
3. Imunisasi : Lengkap
4. Kebiasaan : Klien mengatakan sering minum teh manis
5. Obat-obatan : tidak ada
6. Pola nutrisi :

Frekwensi makan : klien mengatakan sebelum sakit biasa makan 3x sehari 1 porsi (nasi dan lauk pauk), setelah sakit nafsu makan klien menurun karena mual di perut.

Berat badan : 65 kg

Tinggi badan : 168 cm

IMT setelah sakit : 23

Jenis makanan : Semenjak sakit klien diberikan **diit DM** 1.700 kalori

Makanan yang disukai : Klien mengatakan menyukai semua makanan

Makanan yang tidak disukai : tidak ada

Makanan yang dipantang : makan-makanan yang manis

Nafsu makan  baik

sedang- alasan: mual

kurang-alasan: mual/muntah/sariawan

Perubahan berat badan 3 bulan terakhir :  bertambah

tetap

berkurang

#### 7. Pola Eliminasi :

##### a. Buang air besar

Frekwensi : Belum BAB

Waktu :

Warna :

Konsistensi :

##### b. Buang air kecil

Frekwensi : 2-3x sehari

Waktu : Kuning jernih

Bau : khas ammoniac

#### 8. Pola tidur dan istirahat

Waktu tidur (jam) : Sebelum sakit 19.00-04.00

Setelah sakit 23.00-05.00 WIB

Lama tidur/hari : Sebelum sakit 6-8 jam

Setelah sakit 5-6 jam

Kebiasaan pengantar tidur : tidak ada

Kebiasaan saat tidur : tidak ada

Kesulitan dalam tidur  menjelang tidur

sering/ mudah terbangun

merasa tidak puas setelah bangun tidur

9. Pola aktivitas dan Latihan

a. Kegiatan dalam pekerjaan : Mengurus rumah tangga

b. Olahraga : jalan kaki

c. Kegiatan diwaktu luang : membaca al-quran

d. Kesulitan / keluhan dalam hal : tidak ada

pergerakan tubuh

mandi

mengenakan pakaian

bersolek

berhajat

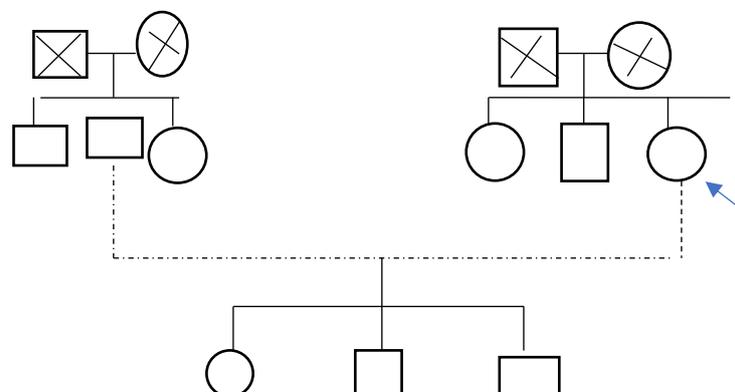
sesak nafas setelah mengadakan aktivitas

mudah merasa kelelahan

10. Pola kerja : mengasuh cucu

**IV. Riwayat keluarga**

Genogram



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Garis keturunan
- : Tinggal Bersama
- × : Meninggal
- ➔ : Klien

## V. Riwayat Lingkungan

Kebersihan lingkungan : klien mengatakan lingkungan rumah nyaman dan kebersihan terjaga dan terdapat ventilasi

Bahaya : Tidak ada

Polusi : klien mengatakan tidak ada polusi

## VI. Aspek Psikososial

### 1. Pola pikir dan persepsi

Alat bantu yang digunakan : klien mengatakan memakai kaca mata pada saat membaca al-quran

Kesulitan yang dialami : Tidak ada

### 2. Persepsi diri

Hal yang dipikirkan saat ini : klien mengatakan ingin cepat sembuh dan kembali ke rumah

Harapan setelah mengalami perawatan : klien mengatakan aktivitas terbatas

3. **Suasana hati** : klien mengatakan merasa gelisah

### 4. Hubungan / komunikasi

Bicara : klien menggunakan bahasa yang jelas dengan bahasa Indonesia

Tempat tinggal : klien mengatakan tinggal bersama suaminya

**Adat istiadat yang dianut** : klien mengatakan menganut adat betawi

- Pembuat keputusan dalam keluarga** : klien mengatakan suaminya dan anak-anaknya
- Pola komunikasi** : klien mengatakan pola komunikasi dua arah
- Keuangan** : keadaan keuangan memadai
- Kesulitan dalam keluarga** : klien mengatakan tidak ada
5. Kebiasaan seksual (tidak dikaji)
6. Pertahanan koping
- Pengambil keputusan** : klien mengatakan mengambil keputusan suaminya dan anak-anaknya
- Yang disukai tentang diri sendiri** : klien mengatakan dirinya selalu bersabar dan ikhlas
- yang dilakukan jika stress** : klien mengatakan selalu meluangkan untuk membaca al-quran
7. Sistem nilai dan kepercayaan
- Siapa atau sumber kekuatan** : Allah SWT dan keluarga
- Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan penting untuk anda** : klien mengatakan penting
- Kegiatan agama atau kepercayaan** : klien mengatakan sholat 5 waktu, membaca alquran puasa wajib dan sunah
- Kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan selama dirumah** : klien mengatakan sebelum sakit selalu membaca alquran, puasa sunah dan sholat 5 waktu.

## VII. Pemeriksaan Fisik

**Keadaan umum** : Lemah  
**Tingkat Kesadaran** : Composmentis

### Kepala, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan

#### 1. Kepala

Bentuk : mesosepal  
 Keluhan yang berhubungan : Klien mengatakan merasa pusing  
 Rambut : berwarna putih

#### 2. Mata

Ukuran pupil	: Ki 3mm/ Ka 3mm isokor
Reaksi terhadap cahaya	: mengecil saat terkena cahaya
Bentuk	: normal
Konjungtiva	: anemis
Fungsi penglihatan	: pandangan kabur pada saat membaca
Tanda – tanda radang	: tidak ada
Pemeriksaan mata terahir	: tidak ada
Operasi	: tidak pernah operasi
Kaca mata menggunakan	: pada saat membaca
Lensa kontak	: tidak ada
<b>3. Hidung</b>	
Reaksi alergi	: tidak ada
Pernah mengalami flu	: Klien mengatakan pernah mengalami flu
frekwensinya dalam setahun	: tidak menentu
Sinus	: tidak ada
<b>4. Mulut dan tenggorokan</b>	
Gigi geligi	: lengkap tidak ada yang berlubang
Gusi	: tidak terdapat sariawan
Kesulitan / gangguan bersuara	: tidak ada
Kesulitan menelan	: tidak ada
Pemeriksaan gigi terahir	: tidak ada
<b>5. Pernafasan</b>	
Suara paru	: vesikuler
Pola nafas	: normal
Sputum	: tidak ada
Kemampuan aktifitas	: normal
Batuk darah	: tidak
Rontgen foto terakhir	: tidak ada
<b>6. Sirkulasi</b>	
Tekanan darah	: 113/76mmHg
Nadi Perifer	: 84x/menit
Capillary Refiling	: > 3 detik
Suara jantung	: normal
Suara jantung tambahan	: tidak ada suara jantung tambahan
Irama jantung (monitor)	: tidak ada
Nyeri	: tidak ada
Palpitasi	: tidak ada

Clubbing : tidak ada  
 Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : klien tampak pucat

### 7. Nutrisi

Jenis diet : lunak dan diit L-DM 1.700 kalori  
 Nafsu makan : sedang karena mual  
 Rasa mual : klien mengatakan mual, muntah  
 (-)

### 8. Eliminasi

#### BAB

Penggunaan laxan : tidak ada  
 Colostomy : tidak ada  
 Ilostomy : tidak ada  
 Konstipasi : tidak ada  
 Diare : klien mengatakan belum BAB

#### BAK

Inkontinensia : tidak ada  
 Infeksi : tidak ada  
 Nemaaururi : tidak ada  
 Catheter : tidak ada  
 Urine out put : 1500-2000 cc

### 9. Reproduksi (Tidak dikaji)

### 10. Neurologi

Tingkat kesadaran : composmentis  
 Disorientasi : tidak ada  
 Tingkah laku : normal  
 Riwayat epilepsy/kejang/parkinson : tidak ada  
 Reflek : normal  
 Kekuatan mengenggam : normal  
 Pergerakan ekstremitas : normal

### 11. Maskuloskeletal

Nyeri : terdapat nyeri di bagian paha  
 kanan atas  
 Kelakuan : normal  
 Pola latihan gerak : sering digerakan

### 12. Kulit

Warna : sawo matang  
 Kulit : kulit bagian paha atas  
 kemerahan

Integritas kulit : terdapat edema, kemerahan dan bula-bula

Tugor kulit : elastis dibagian tidak luka dan bagian luka kemerahan dan terdapat push

### 13. Tingkat nyeri

Adakah rasa nyeri

Provokating : proses penyakit (peradanga akut)

Quality : seperti terbakar

Region : paha atas bagian kanan

Severity Score : Skala 6

Time : Hilang timbul

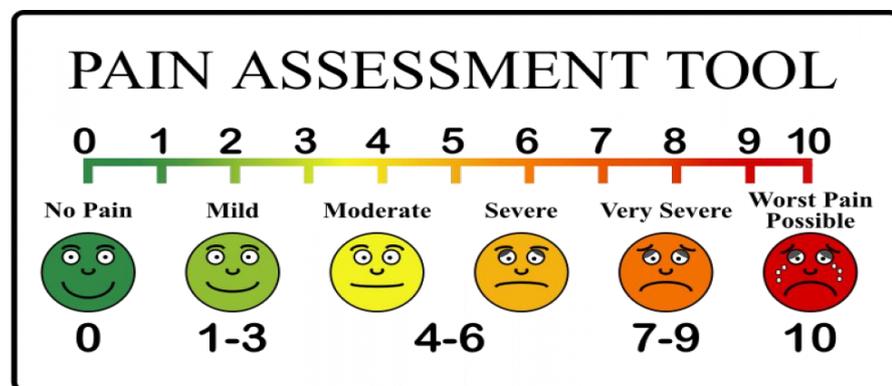
Treatment : nyeri hilang saat diberikan obat

Understanding : nyeri mempengaruhi tidak dan aktivitas

Values : harapan nyeri dapat hilang

Pengukuran skala nyeri dilakukan dengan menggunakan Wong-baker

*FACES Pain Rating Scale* dengan menunjukan gambar yang ke-6



Gambar 3.1 Faces Pain Rating Scale

## VIII. Pemeriksaan penunjang

### 1. Radiologi

Telah dilakukan USG *soft tissue* regio femur kanan dengan hasil sebagai berikut :

- a. Kutis dan subkutis menebal
- b. Tampak edema muskulus
- c. Tidak tampak jelas lesi fokal

**Kesan: edema kutis dan subkutis, sugestif edema muskulus suspek proses infeksi.**

2. Radiografi Thorax
  - a. Jantung kesan membesar
  - b. Aorta elongasi dan klasifikasi, mediastinum superior tidak membesar
  - c. Thrakea di garis tengah-tengah kedua hilus tidak melebar, corakan vasikuler ke 2 paru masih baik, tidak tampak infiltral/nodul
  - d. Lekung diagfarma dan sinus kostofrenikus normal
  - e. Tulang – tulang kesan masih baik

**Kesan : kardiomegali dengan aorta elongasi dan klasifikasi**

## IX. Data Laboratrium

Tabel 3.1  
Hasil Pemeriksaan Laboratrium Tanggal 27 Oktober 2022

Pemeriksaan	Nilai Hasil	Nilai Rujukan
<b>Hema I</b>		
Hemoglobin	19.1g/dl	11.7 – 15.5 g/dl
Hematokrit	43%	35 - 47
Leukosit	31.6 10 <sup>3</sup>	3.6 – 11.0
Trombosit	296 10 <sup>3</sup>	150 -440
<b>Elektrolit</b>		
Natrium	140 mmol/L	136-146
Kalium	2.7	3.5 - 5.0
Chloride	106	98 -106
<b>Kimia Klinik</b>		
AST/SGOT	60 µ/L	0-35
ALT/SGPT	51	0-35
Albumin	3.0 g/dl	3.4 -4.8
Ureum	32 mg/dl	21.0 – 43.0
Kreatinin	0.7	21.0 -43.0
eGFR	90.3 ml/min/73m <sup>2</sup>	> 90 nim
Asam urat	5.2 mg/dl	2 -7
HBA1C	6.6	Normal < 6% Terkontrol baik <6.5 Terkontrol sedang 6.5 -8%

		Tidak terkontrol >8%
<b>Hemostatis</b>		
D-Dimer	1443.00 mg/Ml	<500

Tabel 3.2

Hasil Pemeriksaan Laboratrium Tanggal 28 Oktober 2022

Pemeriksaan	Hasil Nilai	Nilai Rujukan
Hemoglobin	17.3	11.7 – 15.5 g/dl
Leukosit	27.1 10 <sup>3</sup>	3.6 – 11.0
Kalium	3.0	3.5 - 5.0
D-Dimer	1447.00 mg/Ml	<500

Tabel 3.3

Hasil Pemeriksaan Laboratrium tanggal 29 Oktober 2022

Pemeriksaan	Hasil Nilai	Nilai Rujukan
Hemoglobin	16.7	11.7 – 15.5 g/dl
Leukosit	25.3 10 <sup>3</sup>	3.6 – 11.0
Kalium	3.3	3.5 - 5.0
D-Dimer	1531.00 mg/Ml	<500

## X. Terapi Obat

Tabel 3.4

Terapi pemberian Obat

No.	Nama obat	Dosis	Rute
1.	KSR	3 x 600 mg	P.O
2.	Capsul garam	3 x 500 mg cp	P.O
3.	Cefoperazone	2 x 1 gr	IV
4.	Omeferazone	1 x 1 gr	IV
5.	Ondansentron	3 x 4 mg	IV
6.	Metronidazole	3 x 500 mg	IV
7.	RL	12/jam	IV
8.	Heparin	1000/ jam	IV

## Analisa Data

Tabel 3.5

Nama klien : Ny. S

Ruangan : Manggis

Dx. Medis : Selulitis Cruris

Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
<p><b>Data Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri dibagian paha kanan atas</li> <li>2. Klien nyeri seperti terbakar</li> </ol> <p><b>Data Objektif</b></p> <p>Klien tampak meringis kesakitan karena kesakitan</p> <p>TD : 113/76 mmHg</p> <p>N : 84x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>SPO<sub>2</sub>:97%</p> <p><b>P</b> : proses penyakit (peradangan akut)</p> <p><b>Q</b> : seperti terbakar</p> <p><b>R</b> : ekstremitas baawah (paha atas) bagaian kanan</p> <p><b>S</b> : skala nyeri 6</p> <p><b>T</b> : Hilang Timbul</p>	Nyeri Akut (D.0077)	<p>Agen Pencedera</p> <p>Fisiologis</p> <p>(Inflamasi)</p>
<p><b>Data Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan luka kemeraha</li> <li>2. Klien mengatakan luka awalan seperti ada bula-bula</li> </ol> <p><b>Data obejektif</b></p>	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	<p>Perubahan</p> <p>Sirkulasi</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekstremitas bagian paha atas klien tampak kemerahan</li> <li>2. Tampak terlihat bula-bula</li> </ol>		
<p><b>Data subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan pusing bila ingin duduk</li> <li>2. Klien mengatakan lemas</li> <li>3. Klien mengatakan kebutuhan dibantu oleh suaminya</li> </ol> <p><b>Data objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemah</li> <li>2. Paha atas tampak bengkak</li> <li>3. Paha atas klien tampak merah</li> <li>4. tidak bisa melakukan dengan sendiri</li> </ol>	<p>Intoleransi aktivitas (D.0056)</p>	<p>Kelemahan</p>
<p><b>Data subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan tidak mengetahui sebab akibat terjadinya paha atas bengkak dan kemerahan</li> <li>2. Klien mengatakan tiba-tiba paha atas terasa perih seperti terbakar dan keluar seperti cacar air</li> </ol> <p><b>Data objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak kebingungan</li> <li>2. Klien baru pertama dikeluarga yang mengalami seperti ini</li> </ol>	<p>Defisit pengetahuan (D.0111)</p>	<p>Kurang terpapar informasi</p>
<p><b>Data subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mual bila makan dan minum</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri dibagian uluhati</li> <li>3. Klien mengatakan bila mencium bau makanan mual</li> </ol> <p><b>Data objektif</b></p>	<p>Risiko defisit nutrisi (D.0032)</p>	<p>faktor psikologis (keengganan mau makan)</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tidak menghabiskan makanannya</li> <li>2. nafsu makan menurun BB setelah sakit: 65 kg IMT setelah sakit : 23</li> </ol>		
<p><b>Data subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan pusing</li> <li>2. Klien mengatakan ada luka kemerahan dibagian paha bagian kanan atas</li> <li>3. Klien mengatakan lemas</li> </ol> <p><b>Data objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemah</li> <li>2. Klien mengeluh pusing</li> <li>3. Klien terpasang gelang kuning</li> <li>4. Klien terdapat luka dibagian baha atas bagian kanannya</li> </ol>	Risiko jatuh (D.0143)	Gangguan keseimbangan

### Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.6

NO.	DIAGNOSA
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) (D.00772)
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
4.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
5.	Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan mau makan) (D. 0032)
6.	Risiko jatuh berhubungan dnegan gangguan keseimbangan (D.0143)

## Intervensi Keperawatan

Tabel 3.7

Nama klien : Ny. S  
 Ruangan : Manggis  
 Diagnosa Medis : Selulitis Cruris

Dx. keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Paraf
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (inflamasi) D.0077	Setelah dilakukan penhkajian selama 3x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan KH : (L.08066) 1. Keluhan nyeri berkurang (5) 2. Meringis (5) 3. Gelisah (5) 4. kesulitan tidur (5)	<b>Observasi :</b> 1. Monitor ttv 2. Identifikasi lokasi. Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3. Identifikasi nyeri 4. Identifikasi respon non verbal <b>Terapeutik</b> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mendengarkan murotal quran) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <b>Kolaborasi</b> 1. Pemberian analgetik (Paracetamol 3 x 500mg)	
Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)	Setelah dilakukan penhkajian selama 3x 24 jam diharapkan integritas kulit/jaringan membaik dengan KH : <b>(L14125)</b> 1. Perfusi jaringan membaik (1-5) 2. Kemerahan menurun (1-5)	<b>Perawatan Luka (L14564)</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <b>Terapeutik</b> 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika berbaring 2. Bersihkan luka menggunakan NaCl 0,9% setiap 2 x 1 sehari. <b>Edukasi</b>	

	<p>3. Hematoma menurun (1-5)</p> <p>4. Elastisitas meningkat (1-5)</p>	<p>1. Anjurkan meningkatkan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian antibiotik (metronidazole 3x 500 mg)</p>	
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)</p>	<p>Setelah dilakukan penhajian selama 3x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas membaik dengan KH: (L.05047)</p> <p>1. Perasaan lemah menurun (1-5)</p> <p>2. Keluhan Lelah menurun (1-5)</p> <p>3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (1-5)</p>	<p><b>Menejemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Obsevasi</b></p> <p>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan</p> <p>2. Monitor pola jam tidur</p> <p>3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, kunjungan, dan suara)</p> <p>2. Lakukan gerak pasif dan aktif</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p>	
<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)</p>	<p>Setelah dilakukan penhajian selama 3x 24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan KH: (L.12111)</p> <p>1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (1-5)</p> <p>2. Kemampuan menjelaskn pengetahuan tentang topik meningkat (1-5)</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan informasi</p> <p>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Berikan kesempatan bertanya</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi</p> <p>2. Ajari perilaku hidup bersih dan sehat</p>	

	3. Perilaku membaik (1- 5)		
Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan mau makan) (D. 0032)	Setelah dilakukan penhajian selama 3x 24 jam diharapkan nafsu makan meningkat dengan KH: (L.03024) 1. Rasa mual menurun (5) 2. Keinginan makan membaik (5) 3. Asupan makanan membaik (5) 4. Asupan cairan membaik (5)	<b>Manajemen Nutrisi (I03119)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 3. Monitor asupan makanan <b>Terapeutik</b> 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi kalori dan protein <b>Kolaborasi</b> 1. Kolaborasi engan ahli gizi untuk jenis makanan (diit DM) 2. Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat (Omeferazone 1 x 1 ampul, Ondansentron 3x4 mg)	
Risiko jatuh berhubungan dnegan gangguan keseimbangan (D.0143)	Setelah dilakukan pengkajian selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan KH: (L.14138) 1. Jatuh dari tempat tidur menurun (5) 2. Jatuh saat duduk (5) 3. Jatuh saat dipindahkan (5) 4. Jatuh dikamar mandi menurun (5)	<b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b> <b>Observasi</b> 1. Idintifikasi risiko jatuh 2. Idintifikasi risiko jatuh sekali setiap shift <b>Terapeutik</b> 1. Pasang handrall tempat tidur 2. Atur tepat tidur mekanis pada posisi terendah 3. Beritanda gelang kuning <b>Edukasi</b> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu 2. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan 3. Ajarkan cara menggunakan bel	

## Cacatan Perkembangan Ke 1

Tabel 3.8

Nama klien : Ny. S

Ruangan : Manggis

Dx. Medis : Selulitis Cruris

Dx. keperawatan	Hari dan Tanggal	Rencana Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (inflamasi) D.0077	Hari Pertama Kamis 27 Oktober 2022	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor ttv S : O:TD: 113/76 mmHg, N: 84x/menit, S:36,°C, RR: 20x/menit, SPO<sub>2</sub> : 97%.</li> <li>Mengidentifikasi lokasi. karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S: Klien mengatakan nyeri dibagian paha atas, seperti terbakar dan perih O: terdapat edema di bagaian luka, kemerahan, dan terdapat push sedikit</li> <li>Mengidentifikasi nyeri S : Klien mengatakan nyeri seperti terbakar dan perih O : Skala nyeri 6 dan klien tampak meringis kesakitan</li> <li>Mengidentifikasi respon non verbal S : Klien mengatakan perih O : Klien tampak meringis dan gelisah</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri dibagian paha atas, seperti terbakar dan perih</li> <li>- Klien mengatakan suka terganggu dengan klien yang lain</li> <li>- Klien mengatakan susah tidur karena perut mual dan tidak terbiasa dengan lingkungan</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 113/76 mmHg, N: 84x/menit, S:36,°C, RR: 20x/menit, SPO<sub>2</sub> : 97%. Terdapat edema di bagaian luka, kemerahan, dan terdapat push sedikit</li> <li>- Skala nyeri 6 dan klien tampak meringis kesakitan</li> <li>- Klien tampak meringis dan gelisah</li> <li>- Klien tampak kurang tidur</li> <li>- Obat paracetamol 3 x 500 mg</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	

		<p>1. Meberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam)  S : Klien mengatakan akan melakukan yang dianjurkan  O: Teknik distraksi terapi music bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri yang di derita klien</p> <p>2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)  S: Klien mengatakan suka terganggu dengan klien yang lain  O : Klien tampak gelisah</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur  S: Klien mengatakan susah tidur karena perut mual dan tidak terbiasa dengan lingkungan  O : Klien tampak kurang tidur</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Pemberian analgetik (antibiotik metronidazole 3x500mg dan Cefoperazone 2x1 ampul)  S: Klien mengatakan selalu diberikan obat leat infus dan oral</p>		
--	--	--	--	--

		O: Obat selalu diberikan pagi, sore dan malam		
Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)	Hari Pertama 27 Oktober 2022	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Monitor karakteristik luka S: Klien mengatakan tiba-tiba pahanya tumbuh seperti cacar air dan lama kelamaan kemerahan O: Paha atas klien tampak kemerahan dan terdapat beberapa seperti bula-bula</p> <p>2. Monitor tanda-tanda infeksi S: pasien mengatakan lukanya terdapat bula-bula dan kemerahan O: Paha atas klien tampak kemerahan dan terdapat beberapa seperti bula-bula</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Mengubah posisi tiap 2 jam jika berbaring S: Klien mengatakan selalu tertidur terlentang O: Klien tidur terlentang dan di ganjal dengan bantal guling</p> <p>2. Bersihkan luka menggunakan NaCl 0,9% setiap 2 x 1 sehari. S: Pasien mengatakan setiap pagi dan sore selalu dibersihkan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Menjurkan meningkatkan makanan tinggi kalori dan protein</p>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tiba-tiba pahanya tumbuh seperti cacar air dan lama kelamaan kemerahan</li> <li>- Klien mengatakan selalu tertidur terlentang</li> <li>- Pasien mengatakan mual bila ingin minum, minum 60 ml sehari.</li> <li>- Klien mengatakan mual bila ingin makan dan klien bila diberi makanan dari rumah sakit mual dan tidak habis bila makan.</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paha atas klien terdapat edema dan kemerahan dan terdapat beberapa seperti bula-bula</li> <li>- Klien tidur terlentang dan di ganjal dengan bantal guling</li> <li>- Menganjurkan klien minum dengan air hangat</li> <li>- Menganjurkan klien makan tapi sedikit</li> <li>- Tampak makanan utuh dan tidak habis.</li> <li>- Luka dibersihkan menggunakan NaCl setiap 2 x1 sehari.</li> <li>- Obat antibiotik metronidazole diberikan selama 3x1 hari dengan dosis 500mg</li> </ul>	

		<p>S: Klien mengatakan mual bila ingin makan dan klien bila diberi makanan dari rumah sakit mual dan tidak habis bila makan.</p> <p>O : Mengajarkan klien makan tapi sedikit</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antibiotik (metronidazole 3x 500 mg)</li> </ol> <p>S:</p> <p>O: Obat diberikan 3x1 hari dengan dosis 500mg.</p>	<p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi di lanjutkan</p>	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	Hari Pertama 27 Oktober 2022	<p><b>Obsevasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan</li> </ol> <p>S : Klien mengatakan lemas dan Lelah karena tiduran terus</p> <p>O : Klien tampak ingin pergi ke kamar mandi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memonitor pola jam tidur</li> </ol> <p>S: Klien mengatakan pola tidurnya tidak teratur dan sering kebangun bila malam hari</p> <p>O: Klien tampak lemas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor lokasi dan ketidaknyamana selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p>S: Klien mengatakan pusing dan bosan tiduran terus</p>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lemas dan Lelah karena tiduran terus</li> <li>- Klien mengatakan pola tidurnya tidak teratur dan sering kebangun bila malam hari</li> <li>- Klien mengatakan pusing dan bosan tiduran terus</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak ingin pergi ke kamar mandi</li> <li>- Klien tampak lemas</li> <li>- Kaki kanan sedikit perlahan karena terdapat luka di paha atas</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	

		<p>O: Klien tampak bosan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, kunjungan, dan suara)</p> <p>S: Klien mengatakan berisik dengan klien yang lain dan tidak terbiasa dengan suasana</p> <p>O: Klien tampak mengeluh</p> <p>2. Melakukan gerak pasif dan aktif</p> <p>S: Klien mengatakan kaki kiri dan kanan bisa di gerakan</p> <p>O: Kaki kanan sedikit perlahan karena terdapat luka di paha atas</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengnjurkan tirah baring</p> <p>S : Klien mengatakan bosan tiduran</p> <p>O: Klien tampak ingin ke kamar mandi</p>	
Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	Hari Pertama 27 Oktober 2022	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan informasi</p> <p>S : Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya</p> <p>O : Klien ketidak tahuan tentang yang dialaminya</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi</p>	<p><b>S subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya</li> <li>- Klien mengatakan di rumahnya bersih dan selalu di bersihkan</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan bahwa kulitnya terapat bakteri yang masuk kedalam lapisan kulit terdalam hingga jaringan subkutan.</li> </ul>

		<p>perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>S : Klien mengatakan di rumahnya bersih dan selalu di bersihkan</p> <p>O: Klien tampak bersih dari berpakaian</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Berikan kesempatan bertanya</p> <p>S : Klien mengatakan kenapa bisa terjadi seperti ini</p> <p>O : Menjelaskan bahwa kulitnya terapat bakteri yang masuk kedalam lapisan kulit terdalam hingga jaringan subkutan.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi</p> <p>S : Klien tidak tahu penuebabnya</p> <p>O: Lingkungan yang kotor dan terdapat luka</p> <p>2. Mengajari perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>S: Klien mengatakan aka melakukan dirumahnya</p> <p>O: Selalu membersihkan rumah dan lingkungan rumah</p>	<p>- Lingkungan yang kotor dan terdapat luka</p> <p>- Selalu membersihkan rumah dan lingkungan rumah</p> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis	Hari Pertama 27 Oktober 2022	<b>Observasi</b> 1. Mengidentifikasi status nutrisi	<b>Subjektif:</b> - Klien mengatakan mual bila makan-makanan dari rumah sakit	

<p>(keengganan mau makan) (D. 0032)</p>		<p>S: Klien mengatakan mual bila makan-makanan dari rumah sakit</p> <p>O: Klien tidak menghabiskan makanan</p> <p>2. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</p> <p>S: Klien ingin makan tidak dari rumah sakit</p> <p>O: Klien tidak dianjurkan membeli makanan dari luar, karena sedang diit DM</p> <p>3. Monitor asupan makanan</p> <p>S: Klien mengatakan mual</p> <p>O: Klien tidak dianjurkan makan di luar</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>S: Klien mengatakan tidak kuat dengan bau makanan di rumah sakit</p> <p>O: Makanan tampak utuh</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk jenis makanan (diit DM)</p> <p>S:</p> <p>O: Makanan sesuai dengan yang alami klien</p> <p>2. Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat</p> <p>S: Klien mengatakan mual</p>	<p>- Klien ingin makan tidak dari rumah sakit</p> <p><b>Objektif :</b></p> <p>- Klien tidak menghabiskan makanan</p> <p>- Klien tidak dianjurkan makan di luar</p> <p>- Makanan sesuai dengan yang alami klien</p> <p>- Diberikan obat Omeferazone 1 x 1 ampul, Ondansentron 3x4 mg</p> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi di lanjutkan</p>	
---	--	--	--	--

		O : Diberikan obat Omeferazone 1 x 1 ampul, Ondansentron 3x4 mg	
Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan (D.0143)	Hari Pertama 27 Oktober 2022	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi risiko jatuh S: Klien mengatakan lemas dan pusing O: Klien terdapat luka bagian paha atas kanan</p> <p>2. Mengidentifikasi risiko jatuh sekali setiap shift S: O: Perawat selalu pada saat operan selalu menyebutkan klien yang berisiko jatuh ke shift berikutnya</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Memasang handrall tempat tidur S: Klien mengatakan tidak usah dipasang O: Klien tidak ingin dipasang</p> <p>2. Mengatur tepat tidur mekanis pada posisi terendah S: O: Posisi tidur sangat rendah</p> <p>3. Beritanda gelang kuning S: O: Karena klien risiko jatuh</p> <p><b>Edukasi</b></p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lemas dan pusing</li> <li>- Klien mengatakan tidak usah dipasang</li> <li>- Klien mengatakan bila ingin sesuatu suaminya yang selalu membantu</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terdapat luka bagian paha atas kanan</li> <li>- Suami klien selalu sigap</li> <li>- Perawat selalu pada saat operan selalu menyebutkan klien yang berisiko jatuh ke shift berikutnya</li> <li>- Posisi tidur sangat rendah</li> </ul> <p><b>Assessment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning :</b>Intervensi dilanjutkan</p>

		<p>1. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu S: Klien mengatakan bila ingin sesuatu suaminya yang selalu membantu O: Suami yang sigap</p> <p>2. Mengajukan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan S: O: Klien mneganguak mengikuti arahan</p> <p>3. Mengajarkan cara menggunakan bel S: Klien mengatakan suaminya yang selalu membantunya O: Suami klien selalu sigap</p>		
--	--	---	--	--

## Catatan Perkembangan Ke 2

Tabel 3.9

Nama Klien : Ny. S  
 Ruangan : Manggis  
 Dx. Medis : Selulitis Cruris

Dx. Keperawatan	Hari dan Tanggal	Rencana Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (inflamasi) D.0077	Hari Kedua Ju 28 Oktober 2022	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor ttv S: O:TD: 130/86 mmHg, N: 64x/menit, S:36,°C, RR: 20x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%.</li> <li>2. Mengidentifikasi lokasi. Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S: Klien mengatakan nyeri dibagian paha atas, seperti terbakar dan perih O: terdapat edema di bagaian luka, kemerahan, dan terdapat push sedikit</li> <li>3. Mengidentifikasi nyeri S : Klien mengatakan nyeri seperti terbakar dan perih O : Skala nyeri 6 dan klien tampak meringis kesakitan</li> <li>4. Mengidentifikasi respon non verbal</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri dibagian paha atas, seperti terbakar dan perih</li> <li>- Klien mengatakan suka terganggu dengan klien yang lain</li> <li>- Klien mengatakan susah tidur karena perut mual dan tidak terbiasa dengan lingkungan</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 130/86 mmHg, N: 64x/menit, S:36,7°C, RR: 20x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%.</li> <li>- Terdapat edema di bagaian luka, kemerahan, dan terdapat push sedikit</li> <li>- Skala nyeri 5 dan klien tampak meringis</li> <li>- Klien tampak meringis dan gelisah</li> <li>- Klien tampak kurang tidur</li> <li>- Diajarkan Teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Obat paracetamol 3 x 500mg</li> </ul>	

		<p>S : Klien mengatakan perih</p> <p>O : Klien tampak meringis dan gelisah</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Meberikan nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>S : Klien mengatakan akan melakukan yang dianjurkan</p> <p>O: Teknik distraksi terapi relaksasi nafas dalam bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri yang di derita klien</p> <p>2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</p> <p>S: Klien mengatakan suka terganggu dengan klien yang lain</p> <p>O : Klien tampak gelisah</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S: Klien mengatakan susah tidur karena perut mual dan tidak terbiasa dengan lingkungan</p> <p>O : Klien tampak kurang tidur</p> <p><b>Kolaborasi</b></p>	<p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	---	--

		<p>1. Pemberian analgetik (parasetamol 3 x 500mg)</p> <p>S: Klien mengatakan selalu diberikan obat leat infus dan oral</p> <p>O: Obat selalu diberikan pagi, sore dan malam</p>		
<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)</p>	<p>Hari Kedua</p> <p>28 Oktober 2022</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit</p> <p>S: Klien mengatakan tiba-tiba pahnya tumbuh seperti cacar air dan lama kelamaan kemerahan</p> <p>O : Paha atas klien tampak kemerahan dan terdapat beberapa seperti bula-bula</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Mengubah posisi tiap 2 jam jika berbaring</p> <p>S: Klien mengatakan selalu tertidur terlentang</p> <p>O: Klien tidur terlentang dan di ganjal dengan bantal guling</p> <p>3. Bersihkan luka menggunakan NaCl 0,9% setiap 2 x 1 sehari.</p> <p>S: Pasien mengataka setiap pagi dan sore selalu dibersihkan lukannya</p> <p>O: Luka selalu dibersihkn dengan</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tiba-tiba pahnya tumbuh seperti cacar air dan lama kelamaan kemerahan</li> <li>- Klien mengatakan selalu tertidur terlentang</li> <li>- Pascinemngatakan mual bila ingin minum, minum 60 ml sehari.</li> <li>- Klien mengatakan mual bila ingin makan dan klien bila diberi makanan dari rumah sakit mual dan tidak habis bila makan.</li> <li>- Pasien mengataka setiap pagi dan sore selalu dibersihkan lukannya</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paha atas klien terdapat edema dan masih ada kemerahana di paha</li> <li>- Klien tidur terlentang dan di ganjal dengan bantal guling</li> <li>- Menganjurkan klien minum dengan air hangat</li> <li>- Mengajukan klien makan tapi sedikit</li> </ul>	

		<p>NaCl 0,9% setiap 2 x1 sehari.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengajarkan meningkatkan makan tinggi protein dan kalori S: Klien mengatakan mual bila ingin makan dan klien bila diberi makanan dari rumah sakit mual dan tidak habis bila makan. O : Mengajarkan klien makan tapi sedikit</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>1. Berkolaborasi pemberian antibiotik (Metrodinazole 3x 500mg) S: O: Obat diberikan 3x 1 hari dengan dosis 500mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak makanan utuh dan tidak habis.</li> <li>- Luka selalu dibersihkan dengan NaCl 0,9% setiap 2 x1 sehari.</li> <li>- Obat antibiotik diberikan 3x1 hari dengan dosis 500mg.</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing :</b> Intervensi di lanjutkan</p>	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	Hari Pertama 28 Oktober 2022	<p><b>Obsevasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan S : Klien mengatakan lemas dan Lelah karena tiduran terus O : Klien tampak ingin pergi ke kamar mandi</p> <p>2. Memonitor pola jam tidur S: Klien mengatakan pola tidurnya tidak teratur dan sering</p>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lemas dan Lelah karena tiduran terus</li> <li>- Klien mengatakan pola tidurnya tidak teratur dan sering kebangun bila malam hari</li> <li>- Klien mengatakan pusing dan bosan tiduran terus</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak ingin pergi ke kamar mandi</li> <li>- Klien tampak lemas</li> </ul>	

		<p>kebangun bila malam hari</p> <p>O: Klien tampak lemas</p> <p>3. Monitor lokasi dan ketidaknyamana selama melakukan aktivitas</p> <p>S: Klien mengatakan pusing dan bosan tiduran terus</p> <p>O: Klien tampak bosan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, kunjungan, dan suara)</p> <p>S: Klien mengatakan berisik dengan klien yang lain dan tidak terbiasa dengan suasana</p> <p>O: Klien tampak mengeluh</p> <p>2. Melakukan gerak pasif dan aktif</p> <p>S: Klien mengatakan kaki kiri dan kanan bisa di 61eficit</p> <p>O: Kaki kanan sedikit perlahan karena terdapat luka di paha atas</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengnurkan tirah baring</p> <p>S : Klien mengatakan bosan tiduran</p> <p>O: Klien tampak ingin ke kamar mandi</p>	<p>- Kaki kanan sedikit perlahan karena terdapat luka di paha atas</p> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--

<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)</p>	<p>Hari Ke dua 28 Oktober 2022</p>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan informasi S : Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya O : Klien ketidak tahuan tentang yang dialaminya</li> <li>Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat S : Klien mengatakan di rumahnya bersih dan selalu di bersihkan O: Klien tampak bersih dari berpakaian</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan kesempatan bertanya S : Klien mengatakan kenapa bisa terjadi seperti ini O : Menjelaskan bahwa kulitnya terapat bakteri yang masuk kedalam lapisan kulit terdalam hingga jaringan subkutan.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi</li> </ol>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya</li> <li>Klien mengatakan di rumahnya bersih dan selalu di bersihkan</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien masih tampak bingung pada saat menjelaskan</li> <li>Klien terlihat bersih</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--

		<p>S : Klien tidak tahu penyebabnya</p> <p>O: Lingkungan yang kotor dan terdapat luka</p> <p>2. Mengajari perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>S: Klien mengatakan akan melakukan dirumahnya</p> <p>O: Selalu membersihkan rumah dan lingkungan rumah</p>		
Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan mau makan) (D. 0032)	Hari Ke dua 28 Oktober 2022	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi status nutrisi</p> <p>S: Klien mengatakan mual bila makan-makanan dari rumah sakit</p> <p>O: Klien tidak menghabiskan makanan</p> <p>2. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</p> <p>S: Klien ingin makan tidak dari rumah sakit</p> <p>O: Klien tidak dianjurkan membeli makanan dari luar, karena sedang diit DM</p> <p>3. Monitor asupan makanan</p> <p>S: Klien mengatakan mual</p> <p>O: Klien tidak dianjurkan makan di luar</p> <p><b>Terapeutik</b></p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mual bila makan-makanan dari rumah sakit</li> <li>- Klien ingin makan tidak dari rumah sakit</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak menghabiskan makanan</li> <li>- Klien tidak dianjurkan makan di luar</li> <li>- Makanan sesuai dengan yang alami klien</li> <li>- Diberikan obat Omeferazone 1 x 1 ampul, Ondansentron 3x4 mg</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing :</b> Intervensi di lanjutkan</p>	

		<p>1. Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>S: Klien mengatakan tidak kuat dengan bau makanan di rumah sakit</p> <p>O: Makanan tampak utuh</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk jenis makanan (diit DM)</p> <p>S:</p> <p>O: Makanan sesuai dengan yang alami klien 1.700 kalori)</p> <p>2. Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat</p> <p>S: Klien mengatakan mual</p> <p>O : Diberikan obat</p> <p>Omeferazone 1 x 1 ampul, Ondansentron 3x4 mg</p>		
Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan (D.0143)	Hari Kedua 28 Oktober 2022	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi risiko jatuh</p> <p>S: Klien mengatakan masih lemas dan pusing</p> <p>O: Klien terdapat luka bagian paha atas kanan</p> <p>2. Mengidentifikasi risiko jatuh sekali setiap shift</p> <p>S:</p> <p>O: Perawat selalu pada saat operan selalu menyebutkan klien yang</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih lemas dan pusing</li> <li>- Klien mengatakan tidak ingin untuk dipasang</li> <li>- Klien mengatakan bila ingin sesuatu suaminya yang selalu membantu memanggil perawatnya</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terdapat luka bagian paha atas kanan</li> <li>- Suami klien selalu sigap</li> <li>- Perawat selalu pada saat operan selalu menyebutkan</li> </ul>	

		<p>berisiko jatuh ke shift berikutnya</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memasang handrall tempat tidur S: Klien mengatakan tidak ingin untuk dipasang O: Klien tidak mau untuk dipasang</li> <li>Mengatur tepat tidur mekanis pada posisi terendah S: O: Posisi tidur sangat rendah</li> <li>Beritanda gelang kuning S: Klien mengatakan kenapa dipasang gelang kuning O: Karena klien risiko jatuh</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengnurkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu S: Klien mengatakan bila ingin sesuatu suaminya yang selalu memanggil perawat O: Suami yang sigap</li> <li>Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan S:</li> </ol>	<p>klien yang berisiko jatuh ke shift berikutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Posisi tidur sangat rendah</li> </ul> <p><b>Assessment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	--	--

		<p>O: Klien mnegangguak mengikuti arahan</p> <p>3. Mengajarkan cara menggunakan bel</p> <p>S: Klien mengatakan suaminya yang selalu membantunya untuk mencet bel</p> <p>O: Suami klien selalu sigap</p>		
--	--	---	--	--

### Catatan Perkembangan Ke 3

Tabel 3.10

Nama Klien : Ny. S

Ruangan : Manggis

Dx. Medis : Selulitis Cruris

Dx. keperawatan	Hari dan Tanggal	Rencana Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (inflamasi) D.0077	Hari Ke tiga Sabtu 29 Oktober 2022	<p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Memonitor ttv S : O:TD: 125/95 mmHg, N: 88x/menit, S:36,5°C, RR: 20x/menit, SPO<sub>2</sub> : 97%.</p> <p>2. Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S: Klien mengatakan nyeri dibagian paha atas, seperti terbakar dan perih</p>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri dibagian paha atas mulai berkurang</li> <li>- Klien mengatakan suka terganggu dengan klien yang lain</li> <li>- Klien mengatakan susah tidur karena perut mual dan tidak terbiasa dengan lingkungan</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p>	

		<p>O: terdapat edema di bagaian luka, kemerahan, dan terdapat push sedikit</p> <p>3. Mengidentifikasi nyeri</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri seperti terbakar dan perih</p> <p>O : Skala nyeri 6 dan klien tampak meringis kesakitan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Meberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>S : Klien mengatakan akan melakukan yang dianjurkan</p> <p>O: Teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang di derita klien</p> <p>2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</p> <p>S: Klien mengatakan suka terganggu dengan klien yang lain</p> <p>O : Klien tampak gelisah</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S: Klien mengatakan susah tidur karena perut</p>	<p>- TD: 125/95 mmHg, N: 88x/menit, S:36,5°C, RR: 20x/menit, SPO<sub>2</sub> : 97%.</p> <p>- Masih terdapat edema di bagaian luka dan masih kemerahan</p> <p>- Skala nyeri 4</p> <p>- Klien tampak kurang tidur</p> <p>- Obat aalgesk (parasetamo 3 x 500mg)</p> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	--	--

		<p>mual dan tidak terbiasa dengan lingkungan</p> <p>O : Klien tampak kurang tidur</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Pemberian analgetik (parasetamo 3 x 500mg)</p> <p>S: Klien mengatakan selalu diberikan obat leat infus dan oral</p> <p>O: Obat selalu diberikan pagi, sore dan malam</p>		
<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)</p>	<p>Hari Kedua Jumat 28 Oktober 2022</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit</p> <p>S: Klien mengatakan tiba-tiba pahnya tumbuh seperti cacar air dan lama kelamaan kemerahan</p> <p>O : Luka kemerahan mulai berkurang</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Mengubah posisi tiap 2 jam jika berbaring</p> <p>S: Klien mengatakan tidur udah bisa balik kanan</p> <p>O: Klien tidur terlentang dan di ganjal dengan bantal guling</p> <p>2. Bersihkan luka menggunakan NaCl 0,9% setiap 2 x 1 sehari.</p> <p>S: Pasien mengataka setiap pagi dan sore selalu dibersihkan lukannya</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tiba-tiba pahnya tumbuh seperti cacar air dan lama kelamaan kemerahan</li> <li>- Klien mengatakan tidur udah bisa balik kanan</li> <li>- Pascinemngatakan mual bila ingin minum, minum 60 ml sehari.</li> <li>- Klien mengatakan mual bila ingin makan dan klien bila diberi makanan dari rumah sakit mual dan tidak habis bila makan.</li> </ul>	

		<p>O: Luka selalu dibersihkan dengan NaCl 0,9% setiap 2 x1 sehari.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>S: Klien mengatakan mual bila ingin makan dan klien bila diberi makanan dari rumah sakit mual dan tidak habis bila makan.</p> <p>O : Menganjurkan klien makan tapi sedikit</p> <p>2. Mengnjurkan meningkatkan makanan tinggi protein dan kalori</p> <p>S: Klien mengatakan makan buah-buahan papaya dan pisang</p> <p>O: Klien memakan buah papaya dan pisang</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>1. Berkolaborasi pemberian antibiotik (Metrodinazole 3x 500mg)</p> <p>S:</p> <p>O: Obat diberikan 3x 1 hari dengan dosis 500mg</p>	<p>- Pasien mengataka setiap pagi dan sore selalu dibersihkan lukannya</p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>- Paha atas klien terdapat edema dan masih ada kemerahana di paha</p> <p>- Klien sudah balik kanan dan di ganjal dengan bantal guling</p> <p>- Menganjurkan klien minum dengan air hangat</p> <p>- Menganjurkan klien makan tapi sedikit</p> <p>- Tampak makanan utuh dan tidak habis.</p> <p>- Klien mengatakan makan buah-buahan papaya dan pisang</p> <p>- Luka selalu dibersihkan dengan NaCl 0,9% setiap 2 x1 sehari.</p> <p>- Berkolaborasi pemberian antibiotik (Metrodinazole 3x 500mg).</p> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi di lanjutkan</p>	
Intoleransi aktivitas	Hari Ke tiga	<b>Obsevasi</b>	<b>Subjektif:</b>	

berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	29 Oktober 2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan  S : Klien mengatakan lemas dan Lelah karena tiduran terus  O : Klien tampak ingin pergi ke kamar mandi</li> <li>2. Memonitor pola jam tidur  S: Klien mengatakan pola tidurnya tidak teratur dan sering kebangun bila malam hari  O: Klien tampak lemas  O: Klien tampak bosan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, kunjungan, dan suara)  S: Klien mengatakan berisik dengan klien yang lain dan tidak terbiasa dengan suasana  O: Klien tampak mengeluh</li> <li>2. Melakukan gerak pasif dan aktif  S: Klien mengatakan kaki kiri dan kanan bisa di gerakan  O: Kaki kanan sedikit perlahan karena terdapat luka di paha atas</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lemas dan Lelah karena tiduran terus</li> <li>- Klien mengatakan pola tidurnya tidak teratur dan sering kebangun bila malam hari</li> <li>- Klien mengatakan pusing dan bosan tiduran terus</li> <li>- Klien mengatakan ingin turun dari tempat tidur dan ingin keramas</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak ingin pergi ke kamar mandi</li> <li>- Klien tampak lemas</li> <li>- Kaki kanan sedikit perlahan karena terdapat luka di paha atas</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
---------------------------------------	-----------------	--	--	--

		<p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengajarkan tirah baring</p> <p>S : Klien mengatakan ingin turun dari tempat tidur dan ingin keramas</p> <p>O: Klien tampak ingin ke kamar mandi</p>		
Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	Hari Ke tiga 29 Oktober 2022	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan informasi</p> <p>S : Klien mengatakan mulai mengerti</p> <p>O : Klien tidak tau tentang yang dialaminya</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>S : Klien mengatakan di rumahnya bersih dan selalu di bersihkan</p> <p>O: Klien tampak bersih dari berpakaian</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Berikan kesempatan bertanya</p> <p>S : Klien mengatakan kenapa bisa terjadi seperti ini</p> <p>O : Menjelaskan bahwa kulitnya terapat bakteri yang masuk kedalam lapisan kulit terdalam</p>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mulai mengerti</li> <li>- Klien mengatakan di rumahnya bersih dan selalu di bersihkan</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien masih tampak bingung pada saat menjelaskan</li> <li>- Klien terlihat bersih</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	

		<p>hingga jaringan subkutan.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi S : Klien tidak tahu penebabnya O: Lingkungan yang kotor dan terdapat luka</li> <li>2. Mengajari perilaku hidup bersih dan sehat S: Klien mengatakan aka melakukan dirumahnya O: Selalu membersihkan rumah dan lingkungan rumah</li> </ol>		
<p>Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan mau makan) (D. 0032)</p>	<p>Hari Ke dua 28 Oktober 2022</p>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi status nutrisi S: Klien mengatakan mual bila makan-makanan dari rumah sakit O: Klien tidak menghabiskan makanan</li> <li>2. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien S: Klien mengatakan makan bauh papaya dan pisang saja O: Klien tidak dianjurkan membeli makanan dari luar, karena sedang diit DM</li> <li>3. Monitor asupan makanan</li> </ol>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mual bila makan-makanan dari rumah sakit</li> <li>- Klien mengatakan makan buah-buahan papaya dan pisang</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak menghabiskan makanan</li> <li>- Klien tidak dianjurkan makan di luar</li> <li>- Makanan sesuai dengan yang alami klien</li> <li>- Diberikan obat Omeferazone 1 x 1 ampul, Ondansentron 3x4 mg</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p>	

		<p>S: Klien mengatakan mual</p> <p>O: Klien tidak dianjurkan makan di luar</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>S: Klien mengatakan tidak kuat dengan bau makanan di rumah sakit</p> <p>O: Makanan tampak utuh</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk jenis makanan (diit DM)</p> <p>S:</p> <p>O: Makanan sesuai dengan yang alami klien (1.700 kalori)</p> <p>2. Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat</p> <p>S: Klien mengatakan mual</p> <p>O : Diberikan obat Omeferazone 1 x 1 ampul, Ondansentron 3x4 mg</p>	<p><b>Planing</b> : Intervensi di lanjutkan</p>	
Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan (D.0143)	Hari Kedua Jumat 28 Oktober 2022	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi risiko jatuh</p> <p>S: Klien mengatakan lemas dan pusing masih terasa</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lemas dan pusing masih terasa</li> <li>- Klien mengatakan tidak ingin untuk dipasang</li> <li>- Klien mengatakan bila ingin sesuatu suaminya yang selalu membantu panggil perawatnya</li> </ul>	

		<p>O: Klien terdapat luka bagian paha atas kanan</p> <p>2. Mengidentifikasi risiko jatuh sekali setiap shift</p> <p>S:</p> <p>O: Perawat selalu pada saat operan selalu menyebutkan klien yang berisiko jatuh ke shift berikutnya</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Memasang handrall tempat tidur</p> <p>S: Klien mengatakan tidak ingin untuk dipasang</p> <p>O: Klien tidak mau untuk dipasang</p> <p>2. Mengatur tepat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>S:</p> <p>O: Posisi tidur sangat rendah</p> <p>3. Beritanda gelang kuning</p> <p>S: Klien mengatakan kenapa dipasang gelang kuning</p> <p>O: Karena klien risiko jatuh</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengjurkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu</p> <p>S: Klien mengatakan bila ingin sesuatu suaminya</p>	<p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terdapat luka bagian paha atas kanan</li> <li>- Suami klien selalu sigap</li> <li>- Perawat selalu pada saat operan selalu menyebutkan klien yang berisiko jatuh ke shift berikutnya</li> <li>- Posisi tidur sangat rendah</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	--	--

		<p>yang selalu memanggil perawat</p> <p>O: Suami yang sigap</p> <p>2. Mengajarkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan</p> <p>S:</p> <p>O: Klien mengikuti arahan</p> <p>3. Mengajarkan cara menggunakan bel</p> <p>S: Klien mengatakan suaminya yang selalu membantunya untuk mencet bel</p> <p>O: Suami klien selalu sigap</p>		
--	--	---	--	--

**B. Kasus II**

Asuhan Keperawatan Ke 2 Pada Tn. S Dengan Selulitis Pedis Bilateral Disertai Anemia Di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022

---

**I. Identitas diri klien**

Nama : Tn. S  
Tempat/ Tgl Lahir : Tanjung Balai, 15 September 1944  
Umur : -78 tahun  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Keluarga terdekat yang dapat dihubungi : Istri  
Alamat : Jl. P. Diponegoro No. 6, Padang Sidempuon  
Status perkawinan : Menikah  
Agama : Katolik  
Suku : Batak  
Pendidikan : Sarjana/ Manajer  
Pekerjaan : Swasta  
Sumber informasi : Klien dan Istrinya  
Tanggal masuk RS : 27 Oktober 2022

**II. Status Kesehatan Saat Ini**

## 1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Klien datang pertama di IGD dengan keluhan lemas, terdapat edema diekstremitas bawah kanan dan kirinya, dan terdapat kemerahan. Pada saat di IGD pemeriksaan laboratorium Hb: 6.8 g/dL, dan dilakukan transfusi darah PRC 600cc TD: 80/75 mmHg, N 54x/menit. S 35,8°C, RR 27x/menit, SPO<sub>2</sub> : 93% (terpasang nasal kanul 3lpm)

## 2. Keluhan saat ini

Klien mengatakan luka dan bengkak sejak 1 minggu sebelum di bawa ke RS, klien nyeri dibagian kaki kanan dan kirinya, nyeri seperti nyut-nyutan, terdapat edema dikaki kanan dan kiri, push +, terdapat bula-bula, kulit merah, mual tidak ada, muntah tidak ada.

3. Lamanya keluhan : 1 minggu sebelum dilarikan ke rumah sakit
4. Timbulnya keluhan : Bertahap
5. Faktor yang memberatkan : Terdapat luka kemerahan dibagian ekstremitas bawah bilateral, dan terdapat push
6. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya  
Sendiri : klien dengan melakukan dengan istirahat
7. Diagnosa medik
  - a. Selulitis Pedis Bilateral
  - b. Anemia
  - c. Susp Pneumonia
  - d. Susp CHF

### III. Riwayat Kesehatan yang lalu

1. Penyakit yang pernah dialami  
Kanak- Sekarang : Pasiien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit.
2. Kecelakaan : Klien mengatakan tidak pernah
3. Pernah di rawat penyakit : Klien mengatakan tidak pernah di rawat
4. Operasi : Klien tidak pernah
5. Alergi : Klien mengatakan tidak ada alergi
6. Imunisasi : Lengkap
7. Kebiasaan : Makan buah-buahan
8. Obat-obatan : Tidak ada
9. Pola nutrisi :  
Frekwensi makan : Klien mengatakan sebelum sakit biasa makan 3x sehari 1 porsi (nasi dan lauk pauk), setelah sakit nafsu makan normal  
Berat badan : 90 kg  
Tinggi badan : 180 cm

Jenis makanan : Diit rendah protein  
 Makanan yang disukai : Klien mengatakan menyukai buah-  
 buahan  
 Makanan yang tidak disukai : tidak ada  
 Makanan yang dipantang : Tidak ada  
 Nafsu makan : Baik  
 Perubahan berat badan 3 bulan terakhir : [  $\checkmark$  ] Tetap

#### 10. Pola Eliminasi :

##### BAB

Frekwensi :  
 Waktu : Tidak menentu  
 Warna : Coklat ke kuningan  
 Konsistensi :

##### BAK

Frekwensi : 4 – 5 Kali  
 Waktu : Kuning jernih  
 Bau : khas ammoniac  
 Chateter : Terpasang kateter/Dower cathether (DC)

#### 11. Pola tidur dan istirahat

Waktu tidur (jam) :Sebelum sakit 21.00 - 04.00 WIB  
 Setelah sakit 19.00-05.00 WIB

Lama tidur/hari : Sebelum sakit 6-8 jam  
 Setelah sakit 5-6 jam

Kebiasaan pengantar tidur : Tidak ada

Kebiasaan saat tidur : Tidak ada

Kesulitan dalam tidur : Tidak ada gangguan

#### 12. Pola aktivitas dan Latihan

Kegiatan dalam pekerjaan : Swasta

Olahraga : Jalan kaki

Kegiatan diwaktu luang : Berkumpul dengan anak-anak

Kesulitan / keluhan dalam hal : Ada

[√] Pergerakan tubuh

[√] Mandi

[√] Mengenakan pakaian

[√] Bersolek

[√] Berhajat

[√] Sesak nafas setelah mengadakan aktivitas

[√] Mudah merasa kelelahan

13. Pola kerja : Bekerja

Jenis pekerjaan : Klien mengatakan menjadi manajer BCA selama 10 tahun

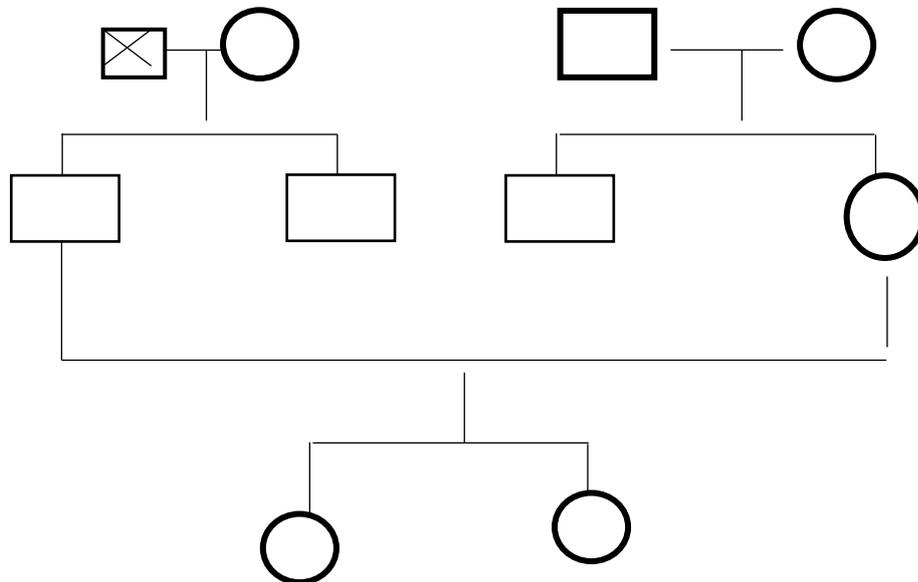
Jumlah jam kerja : Klien mengatakan 8-10 jam

Jadwal kerja : Senin-Jumat

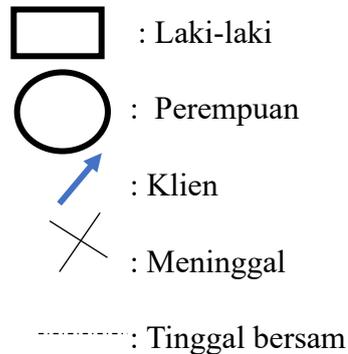
Lain – lain (sebutkan) : Tidak ada

#### IV. Riwayat Keluarga

Genogram



Keterangan :



## V. Riwayat Lingkungan

**Kebersihan lingkungan** : Klien mengatakan lingkungan rumah nyaman dan kebersihan terjaga, terdapat ventilasi

**Bahaya** : Tidak ada

**Polusi** : klien mengatakan udara di sekitar rumah cukup ramah

## VI. Aspek Psikososial

### 1. Pola pikir dan persepsi

**Alat bantu yang digunakan** : Tidak ada

**Kesulitan yang dialami** : Klien mengatakan sering pusing

### 2. Persepsi diri

**Hal yang dipikirkan saat ini** : klien mengatakan memikirkan kesehatan tubuhnya dan ingin pulang ke kampung halamannya.

**Harapan setelah menjalani perawatan** : Klien mengatakan keluhannya dapat teratasi

**Perubahan yang dirasa setelah sakit** : Klien mengatakan aktivitas terbatas

### 3. Suasana hati : Klien mengatakan merasa gelisah

**Rentang perhatian** : Klien mengatakan perhatiannya terpenuhi dari keluarga

### 4. Hubungan/komunikasi

- Bicara** : Klien berbicara kurang fokus, bicara menggunakan bahasa yang jelas dengan bahasa utama bahasa indonesia, dan berbahasa daerah medan
- Tempat tinggal** : Klien mengatakan tinggal di rumah bersama anaknya
- Adat istiadat yang dianut** : Klien mengatakan menganut adat istiadat batak
- Pembuatan keputusan dalam keluarga** : Klien membuat keputusan sendiri
- Pola komunikasi** : Klien menggunakan pola komunikasi dua arah
- Keuangan** : Keadaan keuangan memadai
- Kesulitan dalam keluarga** : **Klien mengatakan istrinya sudah meninggal**
5. Kebiasaan seksual (Tidak Dikaji)
6. Pertahanan koping
- Pengambilan keputusan** : Klien mengatakan mengambil keputusan oleh diri sendiri
- yang disukai tentang diri sendiri** : Klien mengatakan dirinya adalah orang yang pemaarah
- yang ingin dirubah dari kehidupan :**
- yang dilakukan jika stres** :Klien mengatakan pemecahan masalah
7. Sistem nilai – kepercayaan
- Siapa atau apa sumber kekuatan** : Tuhan dan keluarga
- Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan** penting untuk anda  
Klien mengatakan sangat penting
- Kegiatan agama atau kepercayaan** yang dilakukan (macam dan frekwensi)  
Klien mengatakan ibadah di gereja

**Kegiatan agama atau kepercayaan** yang ingin dilakukan selama di rumah sakit

Klien mengatakan beribadah di gereja

## VII. Pemeriksaan Fisik

**Keadaan umum** : Lemah

**Tingkat Kesadaran** : Composmentis

### Kepala, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan

#### 1. Kepala

Bentuk : Mesosepal

Keluhan yang berhubungan : Klien mengatakan merasa pusing

Rambut : Berwarna hitam

#### 2. Mata

Ukuran pupil : Isokor

Reaksi terhadap cahaya : mengecil saat terkena cahaya

Bentuk : Normal

Konjungtiva : Anemis

Fungsi penglihatan : Pandangan sedikit buram

Tanda – tanda radang : Tidak ada

Pemeriksaan mata terahir : tidak ada

Operasi : Tidak pernah operasi

Kaca mata : Pada saat melihat sedikit kabur

Lensa kontak : Tidak ada

#### 3. Hidung

Reaksi alergi : Tidak ada

Pernah mengalami flu : Klien mengatakan pernah mengalami flu

frekwensinya dalam setahun : Tidak menentu

Sinus : Tidak ada

#### 4. Mulut dan tenggorokan

Gigi geligi	: Lengkap tidak ada yang berlubang
Gusi	: Tidak terdapat sariawan
Kesulitan / gangguan bersuara	: Tidak ada
Kesulitan menelan	: Tidak ada
Pemeriksaan gigi terakhir	: Tidak ada

#### 5. Pernafasan

Suara paru	: Ronkhi kasar
Pola nafas	: Takipne
Sputum	: Tidak ada
Kemampuan aktifitas	: Normal
Batuk darah	: Tidak
Rontgen foto terakhir	: Tidak ada

#### 6. Sirkulasi

Tekanan darah	: 140/86mmHg
Nadi Perifer	: 86x/menit
Capillary Refiling	: > 3 detik
Suara jantung	: Normal
Suara jantung tambahan	: Tidak ada suara jantung tambahan
Irama jantung (monitor)	: Tidak ada
Nyeri	: Tidak ada
Palpitasi	: Tidak ada
Clubbing	: Tidak ada
Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll)	: Klien tampak pucat

#### 7. Nutrisi

Jenis diet	: Rendah protein
Nafsu makan	: Sedang normal
Rasa mual	: Klien mengatakan muntah (-)

#### 8. Eliminasi

##### BAB

Penggunaan laxan	: Tidak ada
------------------	-------------

Colostomy : Tidak ada  
 Ilostomy : Tidak ada  
 Konstipasi : Tidak ada  
 Diare : Tidak ada

### **BAK**

Inkontinensia : Tidak ada  
 Infeksi : Tidak ada  
 Nemaauri :Tidak ada  
 Catheter :Pakai  
 Urine out put : 1500-2000 cc

**9. Reproduksi** : Prostst membesar , vol -34,6ml

### **10. Neurologi**

Tingkat kesadaran : Composmentis  
 Disorientasi : Tidak ada  
 Tingkah laku : Normal  
 Riwayat epilepsy/kejang/parkinson : Tidak ada  
 Reflek : Normal  
 Kekuatan mengenggam :Normal  
 Pergerakan ekstremitas :Tidak bisa digerakan karena terdapat luka

### **11. Maskuloskeletal**

Nyeri :Terdapat nyeri di ekstremitas bawah bilateral  
 Kelakuan :Normal  
 Pola latihan gerak :Tidak bisa di gerakan

### **12. Kulit**

Warna :Putih  
 Kulit :Kulit ekstremitas bawah terdapat luka, kemerahan dan push  
 Integritas kulit : Terdapat edema, kemerahan dan bula-bula

Tugor kulit : Elastis dibagian tidak luka dan bagian luka kemerahan dan terdapat push

### 13. Tingkat nyeri

Adakah rasa nyeri

Provokating : Proses penyakit (peradanga akut)

Quality : Seperti nyut-nyutan

Region : Ekstremitas bawah bilateral

Severity Score : Skala 5

Time : Hilang timbul

Treatment : Hilang timbul

Understanding : Nyeri mempengaruhi tidak dan aktivitas

Values : Harapan nyeri dapat hilang

Pengukuran skala nyeri dilakukan dengan menggunakan Wong-baker *FACES Pain Rating Scale* dengan menunjukan gambar yang ke-5

## VIII. Pemeriksaan Penunjang

### 1. USG Abdomen

- a. Tampak gambar efusi pleura
- b. *Ascites*
- c. Hepar : Permukaan rata tak membesar, struktur gema homogen-hyperechoic, tampak lesi hipo/hiperekholik yang patologis, sistim vasikuler dan biller intra hepatic tak melebar sesuai gambaran fatty liver.
- d. Kandungan empedu : dinding tak menebal, batu lien tak membesar.
- e. Pankreas : Kontur dalam batar normal, kelenjar getah bening parraorta, tak memebesar.
- f. Ginjal kanan : Tak tampak dilatasi sistim pelviocalises, batu –
- g. Ginjal kiri : Tak tampak dilatasi sistim pelviocalises, batu –
- h. Prostst membesar , vol -34,6ml
- i. BPH, Buli-buli : Dinding reguler, tampak identasi, batu –
- j. Kesan : Fatty liver, BPH, vol-35,6ml, Efusi Pleura dx, Ascites

## 2. Radiografi Thorax

- a. Jantung kesan membesar
- b. Aorta elongasi dan kalsifikasi, Mediastinum superior tidak melebar.
- c. Trakhea di garis tengah. Kedua hilus tidak menebal
- d. Tampak infiltrat di lapangan bawah kedua paru
- e. Lekung diafragma dan sinus kostofrenikus kiri tumpul
- f. Tulang-tulang kesan masih baik

**Kesan :** kardiomegali dengan aorta elongasi dan kalasifikasi  
Suspek bronkopneumonia

## IX. Data Laboratrium

Tabel 3.11  
Hasil Pemeriksaan di IGD tanggal 27Oktober 2022

Jenis Pemeriksaan	Nilai Hasil	Nilai Rujukan
<b>Hema I</b>		
Hemaglobin	5.1 g/dl	13.2 – 17.2
Hematokrit	21%	40-52
Leukosit	13.8 $10^3$ / $\mu$ L	3.8 – 10.6
Trombosit	279 $10^3$ / $\mu$ L	150 -440
<b>Kimia Klink</b>		
AST/SGOT	19 $\mu$ /L	0 -50
ALT/ SGPT	28 $\mu$ /L	0 -50
Glukosa sure step	159 mg/dl	<110
Ureum	98 mg/dl	18.00 -55.0
Kreatinin	1.1	0.7 -1.2
eGFR	68.9	>90 Normal
<b>Elektrolit</b>		
Natrium	141 mmol/L	136-146
Kalium	3.8	3.5-5.0
cholrida	105	98-106

Tabel 3.12  
Pemeriksaan di Ruang Inap 28 Oktober 2022

Jenis Pemeriksaan	Nilai Hasil	Nilai Rujukan
<b>Hema I</b>		
Hemaglobin	6,8 g/dl	13.2 – 17.2
Hematokrit	33%	40-52
Leukosit	13.2 $10^3$ / $\mu$ L	3.8 – 10.6

Tabel 3.13  
Pemeriksaan Laboratrium Tanggal 30 Oktober 2022

Pemeriksaan	Hasil Nilai	Nilai Rujuk
<b>Hema I</b>		
Hemaglobin	10.1 g/dl	13.2 – 17.2
Hematokrit	33%	40-52
Leukosit	12.5 10 <sup>3</sup> / $\mu$ L	3.8 – 10.6
Trombosit	29510 <sup>3</sup> / $\mu$ L	150 -440

## X. Terapi Obat

Tabel 3.14  
Terapi Pemberian Obat

No.	Nama obat	Pemberian	Rute
1.	Lasix	2 x 40 mg	IV
2.	Ranitidin	2 x 250 mg	IV
3.	Cefoperazone	3 x 1g	IV
4.	Omeferazone	3 x 40 mg	IV
5.	Metronidazole	3 x 500 mg	IV
6.	Paracetamol	3 x 500 mg	P.O
7.	RL	24 Jam	IV

## XI. Pemeberian Transfusi Darah

Tabel 3.15  
Transfusi Darah

No.	Pemeberian Transfusi Darah
1.	216 ml – 204 ml Tanggal 28 Oktober 2022
2.	205 ml Tanggal 29 Oktober 2022

## Analisa Data

Tabel 3.16

Nama : Tn. S

Ruangan : Manggis

Dx. Medis : Selulitis Pedis Bilateral

Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
<p><b>Data Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan kaki tiba-tiba bengkak</li> <li>2. Klien mengatakan suka minum banyak</li> </ol> <p><b>Data Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat edema di ekstremitas bawah</li> <li>2. Klien terpasang kateter urine</li> <li>3. Klien diberikan pemberian lasix 2 x 40 mg</li> </ol>	Hipervolemia	Kelebihan asupan cairan
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakn nyeri di bagian kaki bawah</li> <li>2. Klien mnegtakan nyeri seperti nyut-nyutan</li> </ol> <p><b>Data Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekstremitas bawah klien bilateral terdapat kemerahan</li> <li>2. Ekstremitas bawah bilateral terdapat push</li> </ol> <p>P: Proses infeksi            Q : nyut-nyutan            R : Ekstremitas bagian bawah bilateral            S : 5            T : Hilang timbul</p>	Nyeri akut (D.0077)	Agen pencedera psikologis ( infeksi)
<b>Data Subjektif</b>		

<p>1. Pasien mengatakan luka awalan kemerahan, dan terdapat nanah</p> <p><b>Data objektif</b></p> <p>1. Ekstremitas pedis bilateral tampak merah dan terdapat bula-bula</p>	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)</p>	<p>Perubahan sirkulasi (peradangan akut)</p>
<p><b>Data subjektif</b></p> <p>1. Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas nya dikarenakan pusing dan lemas</p> <p>2. Klien mengtaakan setiap meminta kebutuhan ke anaka atau istrinya</p> <p><b>Data objektif</b></p> <p>1. klien tampak lemas</p> <p>2. klien tampak berbaring</p>	<p>Inreloransi aktivitas (D.0056)</p>	<p>Kelemahan</p>
<p><b>Data subjektif</b></p> <p>1. Klien mengatakan pusing dan lemas</p> <p><b>Data objektif</b></p> <p>1. Tempak terlihat kedua ekstremitas bawah klien terdapat edema dan kemerahan</p> <p>2. Hb: 6,8 g/dl</p>	<p>Risiko jatuh (D.0143)</p>	<p>Usia &gt;65 tahun</p>

## Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.17

NO.	DIAGNOSA
1.	Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan (D.0022)
2.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera psikologis (infeksi) (D.0077)
3.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)
4.	Inreloransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
5.	Risiko jatuh berhubungan dengan usia >65 tahun (D.0143)

## Rencana Perkembangan

Tabel 3.18

Nama Klien : Tn. S

Ruangan : Manggis

Dx. Medis : Selulitis Pedis Bilateral

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	Paraf
Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan (D.0022)	Setelah dilakukan penhkJajian selama 3x 24 jam diharapkan sttus cairan membaik dengan <b>KH: (L.03028)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema anasarca</li> <li>2. Edema perifer</li> <li>3. Kadar Hb normal</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I. 03114)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia</li> <li>2. Identifikasi hypervolemia</li> <li>3. Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi asupan cairan</li> <li>2. Tinggikan kepala tempat tidur 30°C</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berkolaborasi bersama dokter pemberian obat Lasix</li> </ol>	
Nyeri akut b/d Agen pencedera psikologis (infeksi) (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keluhan nyeri menurun, dengan <b>KH: (L.08066)</b>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor ttv</li> <li>2. Identifikasi lokasi. Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> </ol>	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri</li> <li>2. berkurang (5)</li> <li>3. Meringis (5)</li> <li>4. Gelisah (5)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Identifikasi nyeri</li> <li>4. Identifikasi respon non verbal</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian analgetik (paracetamol 3x500mg)</li> </ol>	
<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)</p>	<p>Setelah dilakukan penhkJian selama 3x 24 jam diharapkan integritas kulit/jaringan membaik dengan KH : <b>(L14125)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perfusi jaringan membaik (5)</li> <li>2. Kemerahan menurun (5)</li> <li>3. Hematoma menurun (5)</li> <li>4. Elastisitas meningkat (5)</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan kulit</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubah posisi tiap 2 jam jika berbaring</li> <li>2. Bersihkan luka menggunakan NaCl 0,9% setiap 2 x1 sehari.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan minum air putih yang cukup</li> <li>2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>3. Anjurkan asupan buah dan sayur</li> </ol>	
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)</p>	<p>Setelah dilakukan penhkJian selama 3x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas membaik dengan KH: (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perasaan lemah menurun (5)</li> <li>2. Kelugan Lelah menurun (5)</li> <li>3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Obsevasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan</li> <li>2. Monitor pola jam tidur</li> <li>3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, kunjungan, dan suara)</li> <li>2. Lakukan gerak pasif dan aktif</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p>	

<p>Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan (D.0143)</p>	<p>Setelah dilakukan pengkajian selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan KH: (L.14138)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur menurun (5)</li> <li>2. Jatuh saat duduk (5)</li> <li>3. Jatuh saat dipindahkan (5)</li> <li>4. Jatuh dikamar mandi menurun (5)</li> </ol>	<p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi risiko jatuh</li> <li>2. Identifikasi risiko jatuh sekali setiap shift</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasang handrall tempat tidur</li> <li>2. Atur tepat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>3. Beritanda gelang kuning</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu</li> <li>2. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan</li> <li>3. Ajarkan cara menggunakan bel</li> </ol>	
---	--	---	--

## Catatan Perawatan Ke 1

Tabel 3.19

Nama klien : Tn. S  
 Ruangan : Manggis  
 Diagnosa Medis : Selulitis Pedis Bilateral

Diagnosa Keperawatan	Hari/ Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan (D.0022)	Hari Pertama Tanggal 28 Oktober 2022	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I. 03114)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia</p> <p>S: Klien mengatakan kaki bengkak tiba-tiba</p> <p>O : Tampak di ekstremitas bawah terdapat edema</p> <p>2. Mengidentifikasi hypervolemia</p> <p>S: Keluarga klien mengataka bahwa klien suka minum banyak.</p> <p>O: Klien tampak ada bengkak di bagian kaki bawah bilateral</p> <p>3. Monitor intake dan output cairan</p> <p>S : Keluarga klien mengatakan bahwa klien tidak dianjurkan minum banyak oleh dokter</p> <p>O: Klien minum 1 hari 60 ml, dan output 1500</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>1. Batasi asupan cairan</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kaki bengkak tiba-tiba</li> <li>- Keluarga klien mengataka bahwa klien suka minum banyak.</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak di ekstremitas bawah terdapat edema</li> <li>- Klien tampak ada bengkak di bagian kaki bawah bilateral</li> <li>- Klien minum 1 hari 60 ml, dan output 1500</li> <li>- Dianjurkan oleh dokter satu hari 60 ml</li> <li>- Posisi tidur klien semo fowler</li> <li>- Klien terpasang Lasix 2x40mg</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi di lanjutkan</p>	

		<p>S: Keluarga klien mengatakan bahwa minumnya tidak boleh banyak-banyak</p> <p>O : dianjurkan oleh dokter satu hari 60 ml</p> <p>2. Tinggikan kepala tempat tidur 30°C</p> <p>S:</p> <p>O: Posisi tidur klien semo fowler</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Berkolaborasi bersama dokter pemberian obat Lasix</p> <p>S:</p> <p>O: Klien terpasang Lasix 2x40mg</p>		
<p>Nyeri akut b/d Agen pencedera psikologis (infeksi) (D.0077)</p>	<p>Hari Pertama Tanggal 28 Oktober 2022</p>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi. Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>S: Klien mengatakan nyeri dibagian kaki tungkai bawah terasa nyut-nyutan</p> <p>O: Terdapat edema, luka kemerahan dan terdapat push di kedua kakinya</p> <p>2. Mengidentifikasi nyeri</p> <p>S : Klien mengatakan nyut-nyutan</p> <p>O : Skala nyeri 5</p> <p>3. Mengidentifikasi respon non verbal</p> <p>S : Klien mengatakan terasa nyut-nyutan</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri dibagian kaki tungkai bawah terasa nyut-nyutan</li> <li>- Klien mengatakan tidak betah dengan suhu ruangan yang panas</li> <li>- Klien mengatakan tidurnya tidak mengalami gangguan</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh nyeri dikaki</li> <li>- Skala nyeri 5</li> <li>- Diajarkan Teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Klien mengeluh ruangan panas</li> </ul>	

		<p>O : Klien tampak meringis</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>S :</p> <p>O : Diajarkan Teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</p> <p>S : Klien mengatakan tidak betah dengan suhu ruanga yang panas</p> <p>O : Klien terlihat gerah</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S: Klien mengatakan tidurnya tidak mengalami gangguan</p> <p>O : Klien tampak bangun dari tidur</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Pemberian analgetik (Paracetamol 3 x 500 mg)</p>	<p>- Obat analgetic (parasetamol 3 x 500 mg)</p>	
<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)</p>	<p>Hari Pertama Tanggal 28 Oktober 2022</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit</p> <p>S : Klien mengatakan kakinya tiba-tiba merah dan berair</p> <p>O : kulit bagian ekstrimitas bawah bilateral terdapat kemerahan dan bula-bula besar</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Mengubah posisi tiap 2 jam jika berbaring</p>	<p>Subjektif :</p> <p>- Klien mengatakan kakinya tiba-tiba merah dan berair</p> <p>- Klien tidak bisa mngubah posisi kanan dan kiri</p> <p>- Klien mengatakan lebih suka memakan buah-buahannya</p> <p><b>Data objektif :</b></p>	

		<p>S : Klien mengatakan tidak bisa mengubah posisi ke kanan</p> <p>O : Klien terlihat berbaring saja</p> <p>2. Membersihkan luka menggunakan NaCl 0,9% setiap 2 x 1 sehari.</p> <p>S: Pasien mengataka setiap pagi dan sore selalu dibersihkan lukannya</p> <p>O: Luka selalu dibersihakn dengan NaCl 0,9% setiap 2 x1 sehari.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>S: Klien mengatakan tidak suka dengan makanan rumah sakit</p> <p>O : Klien hanya makan buah-buahannya saja</p> <p>2. Menganjurkan asupan buah dan sayur</p> <p>S: Klien mengatakan lebih suka memakan buah-buahannya</p> <p>O : Klien tampak menyukai buah-buahan</p>	<p>- Kulit bagian ekstrimitas bawah bilateral terdapat kemerahan dan bula-bula besar</p> <p>- Luka dibersihkan menggunakan 0,9% setiap 2 x 1 sehari</p> <p><b>Assessment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning</b> : Intervensi dilanjutkan</p>	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	Hari Pertama 28 Oktober 2022	<p><b>Obsevasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan</p> <p>S: Klien mengatakan lemas dan pusing</p> <p>O: Klien tampak terbaring di kasur</p>	<p><b>Subjektif:</b></p> <p>- Klien mengatakan lemas dan pusing</p> <p>- Klien mengatakan pola tidurnya tidak ada masalah</p> <p>- Klien mengatakan pusing dan bosan tiduran terus</p>	

		<p>2. Memonitor pola jam tidur S: Klien mengatakan pola tidurnya tidak ada masalah O: Klien tampak lemas</p> <p>3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas S: Klien mengatakan pusing O: Klien tampak bosan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, kunjungan, dan suara) S: Klien mengatakan berisik dengan klien yang lain dan tidak terbiasa dengan suasana O: Klien tampak mengeluh</p> <p>2. Melakukan gerak pasif dan aktif S: Klien mengatakan tidak bisa mengerjakan kakinya O: ekstremitas bagian bawah terdapat bengkak dan kemerahan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengjurkan tirah baring S : Klien mengatakan bosan tiduran O: Klien tampak ingin ke kamar mandi</p>	<p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak ingin pergi ke kamar mandi</li> <li>- Klien tampak lemas</li> <li>- Ekstrimitas bawahnya tidak bisa untuk digerakan karena terdapat edema dan kemerahan</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan	Hari Pertama 28 Oktober 2022	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi risiko jatuh</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lemas dan pusing</li> </ul>	

<p>keseimbangan (D.0143)</p>		<p>S: Klien mengatakan lemas dan pusing</p> <p>O: Tampak terlihat luka dibagian kedua ekstremitas bawah klien</p> <p>2. Mengidentifikasi risiko jatuh sekali setiap shift</p> <p>S:</p> <p>O: Perawat selalu pada saat operan selalu menyebutkan klien yang berisiko jatuh ke shift berikutnya</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Memasang handrall tempat tidur</p> <p>S:</p> <p>O: Klien terpasang handrall</p> <p>2. Mengatur tepat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>S: Klien mengatakan posisi kasurnya ditinggikan</p> <p>O: Klien meneolak untuk direndahkan</p> <p>3. Beritanda gelang kuning</p> <p>S:</p> <p>O: Karena klien risiko jatuh</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengnurkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu</p>	<p>- Klien mengatakan posisi kasurnya ditinggikan</p> <p><b>Objektif</b></p> <p>- Tampak terlihat luka dibagian kedua ekstremitas bawah klien</p> <p>- Perawat selalu pada saat operan selalu menyebutkan klien yang berisiko jatuh ke shift berikutnya</p> <p>- Klien terpasang handrall</p> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b>Intervensi dilanjutkan</p>	
----------------------------------	--	---	---	--

		<p>S: Klien mengatakan bila ingin memanggil perawat dibantu oleh keluarganya</p> <p>O: Keluarga selalu membantu</p> <p>2. Mengajarkan cara menggunakan bel</p> <p>S: Klien mengatakan keluarganya selalu membantu</p> <p>O: Keluarga selalu membantu</p>		
--	--	--	--	--

### Catatan Perawatan Ke 2

Tabel 3.20

Nama klien : Tn. S

Ruangan : Manggis

Diagnosa Medis : Selulitis Pedis Bilateral

Diagnosa Keperawatan	Hari/ Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan (D.0022)	Hari Ke dua Tanggal 29 Oktober 2022	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I. 03114)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</p> <p>S: Klien mengatakan kaki bengkak tiba-tiba</p> <p>O : Tampak di ekstremitas bawah terdapat edema</p> <p>2. Mengidentifikasi hypervolemia</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kaki bengkak tiba-tiba</li> <li>- Keluarga klien mengataka bahwa klien suka minum banyak.</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak ada bengkak di bagian kaki bawah bilateral</li> <li>- Klien minum 1 hari 60 ml, dan output 300cc</li> </ul>	

		<p>S: Keluarga klien mengatakan bahwa klien suka minum banyak.</p> <p>O: Klien tampak ada bengkak di bagian kaki bawah bilateral</p> <p>3. Monitor intake dan output cairan</p> <p>S : Keluarga klien mengatakan bahwa klien tidak dianjurkan minum banyak oleh dokter</p> <p>O: Klien minum 1 hari 60 ml, dan output 300cc</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>1. Batasi asupan cairan</p> <p>S: Keluarga klien mengatakan bahwa minumannya tidak boleh banyak-banyak</p> <p>O : Dianjurkan oleh dokter satu hari 60 ml</p> <p>2. Tinggikan kepala tempat tidur 30°C</p> <p>S:</p> <p>O: Posisi tidur klien semo fowler</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Berkolaborasi bersama dokter pemberian obat Lasix</p> <p>S:</p> <p>O: Klien terpasang Lasix 2x40mg</p>	<p>- Dianjurkan oleh dokter satu hari 60 ml</p> <p><b>Assessment :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
Nyeri akut b/d Agen pencedera	Hari Ke dua	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p>	<p><b>Subjektif</b></p> <p>- Klien mengatakan nyeri dibagian kaki</p>	

psikologis (infeksi) (D.0077)	Tanggal 29 Oktober 2022	<p>1. Mengidentifikasi lokasi. Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>S: Klien mengatakan nyeri dibagian kaki tungkai bawah terasa nyut-nyutan</p> <p>O: Terdapat edema, luka kemerahan dan terdapat push di kedua kakinya</p> <p>2. Mengidentifikasi nyeri</p> <p>S : Klien mengatakan nyut-nyutan</p> <p>O : skala nyeri 5</p> <p>3. Mengidentifikasi respon non verbal</p> <p>S : Klien mengatakan terasa nyut-nyutan</p> <p>O : Klien tampak mengeluh</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>S :</p> <p>O : Diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</p>	<p>tungkai bawah terasa nyut-nyutan</p> <p>- Klien mengatakan tidak betah dengan suhu ruanga yang panas</p> <p><b>Objektif</b></p> <p>- Klien tampak mengeluh</p> <p>- skala nyeri 5</p> <p>- Diberikan Teknik relaksasi nafas dalam</p> <p><b>Assessment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
-------------------------------------	-------------------------------	--	---	--

		<p>S : Klien mengatakan tidak betah dengan suhu ruanga yang panas</p> <p>O : Klien terlihat gerah</p> <p><b>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</b></p> <p>S: Klien mengatakan tidurnya tidak mengalami gangguan</p> <p>O : Klien tampak bangun dari tidur</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Pemberian analaetik (Paracetamol 3 x 500 mg)</p> <p>S: Klien mengatakan setiap pagi dan sore di berikan</p> <p>O: Obat selalu diberikan</p>		
<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)</p>	<p>Hari Ke dua Tanggal 29 Oktober 2022</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit</p> <p>S : Klien mengatakan kakinya tiba-tiba merah dan berair</p> <p>O : kulit bagian ekstremitas bawah bilateral terdapat kemerahan dan bula-bula besar</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Mengubah posisi tiap 2 jam jika berbaring</p> <p>S : Klien mengatakan tidak bisa mengubah</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri dibagian kaki tungkai bawah terasa nyut-nyutan</li> <li>- Klien mengatakan tidurnya semalam bisa tidur</li> <li>- Pasien mengataka setiap pagi dan sore selalu dibersihkan lukannya</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat berbaring saja</li> <li>- Kulit bagian ekstremitas bawah bilateral terdapat</li> </ul>	

		<p>posisi ke kanan dan kirinya</p> <p>O : Klien terlihat berbaring saja</p> <p>2. Bersihkan luka menggunakan NaCl 0,9% setiap 2 x 1 sehari.</p> <p>S: Pasien mengataka setiap pagi dan sore selalu dibersihkan lukannya</p> <p>O: Luka selalu dibersihakn dengan NaCl 0,9% setiap 2 x1 sehari.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>S: Klien mengatakan tidak suka dengan makanan rumah sakit</p> <p>O : Klien hanya makan buah-buahannya saja</p> <p>2. Menganjurkan asupan buah dan sayur</p> <p>S: Klien mengatakan lebih suka memakan buah-buahannya</p> <p>O : Klien tampak menyukai buah-buahan</p>	<p>kemerahan dan bula-bula besar</p> <p>- Klien hanya makan buah-buahannya saja</p> <p>- Luka selalu dibersihkan dengan NaCl 0,9% setiap 2 x 1 sehari.</p> <p><b>Assesment:</b> Masalah diberhentikan karena klien paksa pulang</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi diberhentikan</p>	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan	Hari Pertama 28 Oktober 2022	<p><b>Obsevasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang</p>	<p><b>Subjektif:</b></p> <p>- Klien mengatakan lemas dan masih pusing</p>	

kelemahan (D.0056)		<p>menyebabkan kelelahan</p> <p>S: Klien mengatakan lemas dan pusing</p> <p>O: Klien tampak terbaring di kasur</p> <p>2. Memonitor pola jam tidur</p> <p>S: Klien mengatakan pola tidurnya tidak ada masalah</p> <p>O: Klien tampak lemas</p> <p>3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>S: Klien mengatakan pusing</p> <p>O: Klien tampak bosan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, kunjungan, dan suara)</p> <p>S: Klien mengatakan berisik dengan klien yang lain dan tidak terbiasa dengan suasana</p> <p>O: Klien tampak mengeluh</p> <p>2. Melakukan gerak pasif dan aktif</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pola tidurnya tidak ada masalah</li> <li>- Klien mengatakan pusing dan bosan tiduran terus</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak ingin pergi ke kamar mandi</li> <li>- Klien tampak lemas</li> <li>- Ekstremitas bawahnya tidak bisa untuk digerakan karena terdapat edema dan kemrahan</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
-----------------------	--	--	---	--

		<p>S: Klien mengatakan tidak bisa mengerakan kakinya</p> <p>O: ekstremitas bagian bawah terdapat bengkak dan kemerahan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengnjurkan tirah baring</p> <p>S : Klien mengatakan bosan tiduran</p> <p>O: Klien tampak ingin ke kamar mandi</p>		
Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan (D.0143)	Hari Kedua 28 Oktober 2022	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidintifikasi risiko jatuh</p> <p>S: Klien mengatakan lemas dan pusing</p> <p>O: Tampak terlihat luka dibagian kedua ekstremitas bawah klien</p> <p>2. Mengidintifikasi risiko jatuh sekali setiap shift</p> <p>S:</p> <p>O: Perawat selalu pada saat operan selalu menyebutkan klien yang berisiko jatuh ke shift berikutnya</p> <p><b>Terapeutik</b></p>	<p><b>Subjektif</b></p> <p>Klien mengatakan lemas dan pusing</p> <p>Klien mengatakan posisi kasurnya ditinggikan</p> <p>Klien mengatakan bila ingin memanggil perawat dibantu oleh keluarganya</p> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terlihat luka dibagian kedua ekstremitas bawah klien</li> <li>- Perawat selalu pada saat operan selalu menyebutkan klien yang berisiko jatuh ke shift berikutnya</li> <li>- Klien terpasang handrall</li> </ul>	

		<p>2. Memasang handrall tempat tidur S: O: Klien terpasang handrall</p> <p>3. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah S: Klien mengatakan posisi kasurnya ditinggikan O: Klien meneolak untuk direndahkan</p> <p>4. Beritanda gelang kuning S: O: Karena klien risiko jatuh</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengajarkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu S: Klien mengatakan bila ingin memanggil perawat dibantu oleh keluarganya O: Keluarga selalu membantu</p> <p>2. Mengajarkan cara menggunakan bel S: Klien mengatakan keluarganya selalu membantu O: Keluarga selalu membantu</p>	<p>- Karena klien risiko jatuh</p> <p>- Keluarga selalu membantu</p> <p><b>Assessment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--

### Catatan Perawatan Ke 3

Tabel 3.21

Nama klien : Tn. S  
 Ruangan : Manggis  
 Diagnosa Medis : Selulitis Pedis Bilateral

Diagnosa Keperawatan	Hari/ Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan (D.0022)	Hari Ke tiga Tanggal 30 Oktober 2022	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I. 03114)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</p> <p>S: Klien mengatakan kaki bengkak tiba-tiba</p> <p>O : Tampak di ekstremitas bawah terdapat edema</p> <p>2. Identifikasi hipervolemia</p> <p>S: Keluarga klien mengatakan bahwa klien suka minum banyak.</p> <p>O: Klien tampak ada bengkak di bagian kaki bawah bilateral</p> <p>3. Monitor intake dan output cairan</p> <p>S : Keluarga klien mengatakan bahwa klien tidak dianjurkan minum banyak oleh dokter</p> <p>O: Klien minum 1 hari 60 ml, dan output 400cc</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>1. Batasi asupan cairan</p> <p>S: Keluarga klien mengatakan bahwa minumannya tidak boleh banyak-banyak</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan kaki bengkak tiba-tiba</li> <li>- Keluarga klien mengatakan bahwa minum klien selalu dijaga</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bengkak di kaki mulai sedikit mengempes tidak seperti awalan masuk</li> <li>- Klien minum 1 hari 60 ml, dan output 400cc</li> <li>- Posisi tidur klien semo fowler</li> <li>- Klien terpasang Lasix 2x40mg</li> </ul> <p><b>Assessment :</b> Masalah belum teratasi karna klien paksa ingin pulang</p> <p><b>Planning :</b> Intervensi dihentikan</p>	

		<p>O : dianjurkan oleh dokter satu hari 60 ml</p> <p>2. Tinggikan kepala tempat tidur 30°C</p> <p>S:</p> <p>O: Posisi tidur klien semo fowler</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Berkolaborasi bersama dokter pemberian obat Lasix</p> <p>S:</p> <p>O: Klien terpasang Lasix 2x40mg</p>		
<p>Nyeri akut b/d Agen pencedera psikologis (infeksi) (D.0077)</p>	<p>Hari Ketiga Tanggal 30 Oktober 2022</p>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi (karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>S: Klien mengatakan nyeri dibagian kaki tungkai bawah masih nyut-nyutan</p> <p>O: Terdapat edema, luka kemerahan dan terdapat push di kedua kakinya</p> <p>2. Mengidentifikasi nyeri</p> <p>S : Klien mengatakan nyut-nyutan</p> <p>O : Skala nyeri 4</p> <p>3. Mengidentifikasi respon non verbal</p> <p>S : Klien mengatakan terasa nyut-nyutan</p> <p>O : Klien tampak meringis</p> <p><b>Terapeutik</b></p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri dibagian kaki tungkai bawah terasa nyut-nyutan</li> <li>- Klien mengatakan tidurnya semalam tidak bisa tidur</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema mulai mengecil, luka kemerahan dan terdapat push di kedua kakinya</li> <li>- Skala nyeri 4</li> <li>- Diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah diberhentikan karena klien paksa pulang</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi diberhentikan</p>	

		<p>1. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>S :</p> <p>O : Diajarkan Teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</p> <p>S : Klien mengatakan tidak betah dengan suhu ruanga yang panas</p> <p>O : Klien terlihat gerah</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S: Klien mengatakan semalam tidak bisa tidur</p> <p>O : Klien tampak menegeluar</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Pemberian analagetik (Paracetamol 2 x 500 mg)</p> <p>S: Klien mengatakan dikasih pagi dan sore hari</p> <p>O: Obat selalu diberikan</p>		
<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)</p>	<p>Hari Ke tiga Tanggal 30 Oktober 2022</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit</p> <p>S : Klien mengatakan kakinya tiba-tiba merah dan berair</p> <p>O : kulit bagian ekstremitas bawah bilateral terdapat kemerahan dan bula-bula besar</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Mengubah posisi tiap 2 jam jika berbaring</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kakinya tiba-tiba merah dan berair</li> <li>- Klien mengatakan tidak suka dengan makanan rumah sakit</li> <li>- Pasien mengataka setiap pagi dan sore selalu dibersihkan lukannya</li> </ul>	<p><b>Objektif</b></p>

		<p>S : Klien mengatakan tidak bisa mengubah posisi ke kanan</p> <p>O : Klien terlihat berbaring saja</p> <p>2. Membersihkan luka menggunakan NaCl 0,9% setiap 2 x 1 sehari.</p> <p>S: Pasien mengatakakan setiap pagi dan sore selalu dibersihkan lukannya</p> <p>O: Luka selalu dibersihakn dengan NaCl 0,9% setiap 2 x1 sehari.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>S: Klien mengatakan tidak suka dengan makanan rumah sakit</p> <p>O : Klien hanya makan buah-buahannya saja</p> <p>2. Menganjurkan asupan buah dan sayur</p> <p>S: Klien mengatakan lebih suka memakan buah-buahannya</p> <p>O : Klien tampak menyukai buah-buahan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat berbaring saja</li> <li>- kulit bagian ekstremitas bawah bilateral terdapat kemerahan dan bula-bula besar</li> <li>- Klien hanya makan buah-buahannya saja</li> <li>- Klien tampak menyukai buah-buahan</li> <li>- Luka selalu dibersihakn dengan NaCl 0,9% setiap 2 x1 sehari.</li> </ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah diberhentikan karena klien paksa pulang</p> <p><b>Planning:</b>Intervensi diberhentikan</p>	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	Hari Ke tiga 30 Oktober 2022	<p><b>Obsevasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan</p> <p>S: Klien mengatakan lemas dan pusing</p>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lemas dan masih pusing</li> <li>- Klien mengatakan pola tidurnya tidak ada masalah</li> </ul>	

		<p>O: Klien tampak terbaring di kasur</p> <p>2. Memonitor pola jam tidur S: Klien mengatakan pola tidurnya tidak ada masalah O: Klien tampak lemas</p> <p>3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamana selama melakukan aktivitas S: Klien mengatakan pusing O: Klien tampak bosan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, kunjungan, dan suara) S: Klien mengatakan berisik dengan klien yang lain dan tidak terbiasa dengan suasana O: Klien tampak mengeluh</p> <p>2. Melakukan gerak pasif dan aktif S: Klien mengatakan tidak bisa mengerakan kakinya O: ekstremitas bagian bawah terdapat bengkak dan kemerahan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengnjurkan tirah baring S : Klien mengatakan bosan tiduran O: Klien tampak ingin ke kamar mandi</p>	<p>- Klien mengatakan pusing dan bosan tiduran terus</p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>- Klien tampak ingin pergi ke kamar mandi - Klien tampak lemas - Ekstrimitas bawahnya tidak bisa untuk digerakan karena terdapat edema dan kemerahan</p> <p><b>Assesment:</b> Masalah diberhentikan karena klien paksa pulang</p> <p><b>Planing:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
Risiko jatuh berhubungan	Hari Ke tiga	<b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b> <b>Observasi</b>	<b>Subjektif</b>	

<p>dnegan gangguan keseimbangan (D.0143)</p>	<p>28 Oktober 2022</p>	<p>1. Mengidentifikasi risiko jatuh S: Klien mengatakan masih terasa lemas dan pusing O: Tampak terlihat luka dibagian kedua ekstremitas bawah klien</p> <p>2. Mengidentifikasi risiko jatuh sekali setiap shift S: O: Perawat selalu pada saat operan selalu menyebutkan klien yang berisiko jatuh ke shift berikutnya</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Memasang handrall tempat tidur S: O: Klien terpasang handrall</p> <p>2. Mengatur tepat tidur mekanis pada posisi terendah S: Klien mengatakan posisi kasurnya ditinggikan O: Klien meneolak untuk direndahkan</p> <p>3. Beritanda gelang kuning S: O: Karena klien risiko jatuh</p> <p><b>Edukasi</b></p>	<p>Klien mengatakan masih terasa lemas dan pusing Klien mengatakan posisi kasurnya ditinggikan Klien mengatakan bila ingin memanggil perawat dibantu oleh keluarganya</p> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terlihat luka dibagian kedua ekstremitas bawah klien</li> <li>- Perawat selalu pada saat operan selalu menyebutkan klien yang berisiko jatuh ke shift berikutnya</li> <li>- Klien terpasang handrall</li> <li>- Karena klien risiko jatuh</li> <li>- Keluarga selalu membantu</li> </ul> <p><b>Assessment:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--	----------------------------	--	---	--

		<p>1. Mengnurkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu</p> <p>S: Klien mengatakan bila ingin memanggil perawat dibantu oleh keluarganya</p> <p>O: Keluarga selalu membantu</p> <p>2. Mengajarkan cara menggunakan bel</p> <p>S: Klien mengatakan keluarganya selalu membantu</p> <p>O: Keluarga selalu membantu</p>		
--	--	--	--	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada Bab ini, penulis membandingkan antara teori dari Bab II dengan kasus di Bab III Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Ny. S dengan Selulitis Cruris disertai Dispepsia dan Tn. S dengan Selulitis Pedis Bilateral dilaksanakan selama 3 hari implementasi mulai dari tanggal 27 Oktober sampai 29 Oktober 2022 di Ruang Manggis RSUD Cengkareng. Asuhan Keperawatan tersebut meliputi : pengkajian, perumusan diagnosa, rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

#### **1. Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. S dengan Selulitis Cruris dan Tn. S dengan Selulitis Pedis Bilateral di Ruang Manggis RSUD Cengkareng Tahun 2022. Metode pengumpulan data penulis menggunakan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

##### **Menurut kasus Ke- 1**

Klien mengatakan terdapat luka dibagian paha atas kanan awal mula luka seperti cacar air, sehingga berubah menjadi kemerahan dan terdapat push. Klien mengatakan luka melebar sampai selangkangan dan luka terasa seperti terbakar. Klien mengatakan mual, klien mengatakan nyeri dibagian pahanya. lemas, dan pusing. TD: 113/76 mmHg, N: 84 x/menit, S: 36,7<sup>0</sup>C, RR : 20x/menit, SPO<sup>2</sup> : 97%.

##### **Menurut Kasus Ke- 2**

Klien mengatakan nyeri dibagian kaki kanan dan kirinya, nyeri seperti nyut-nyutan, terdapat edema dikaki kanan dan kiri klien, push +, kulit merah, mual tidak ada, muntah tidak ada.

Menurut penelitian menunjukkan bahwa jumlah bakteri yang rendah dapat menyebabkan kondisi ini dan bahwa area gejala yang meluas di dalam kulit mungkin merupakan efek dari toksin ekstraseluler atau mediator inflamasi yang ditimbulkan oleh mikroorganisme. Pada ke dua klien kelolaan ini

didapatkan pada pemeriksaan radiologi didapatkan kutis dan subkutis menebal dan tampak edema pada muskulus.

## 2. Diagnosa Keperawatan

### 1. Menurut Teori

- a. Gangguan Integritas Kulit & Jaringan b/d kelembaban
- b. Resiko Infeksi b/d peningkatan paparan organisme patogen Lingkungan
- c. Nyeri Akut b/d agen pencedera fisik
- d. Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi

### 2. Menurut Kasus

Pada klien kelolaan pertama didapatkan 6 diagnosa yang sesuai menurut keluhan klien penentuan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang dirasakan klien.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) (D.00772)
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
- e. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan mau makan) (D. 0032)
- f. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan (D. 0143)

Pada klien kelolaan ke dua didapatkan diagnosa yang sesuai menurut keluhan klien penentuan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang dirasakan klien.

- a. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan (D.0022)
- b. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera psikologis (infeksi) (D.0077)

- c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
  - a. Risiko jatuh berhubungan dengan usia > 65 tahun (D. 0143)

Pada diagnosa keperawatan pada Ny. S dan Tn. S menggunakan SDKI yang diangkat dari kedua kasus diatas. Kesamaan yang terjadi pada kasus tersebut yaitu didapat adalah gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi yang dimana pada kasus tersebut didapatkan bahwa kulit klien didapatkan kemerahan, edema, nyeri tekan, oleh karena itu terdapat kerusakan pada integritas kulitnya merupakan salah satu manifestasi klinis penyakit ini. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi bakteri streptococcal ataupun staphylococcal yang meluas secara sistematis di lapisan terdalam (dermis) dan pada jaringan subkutan.

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kasus diatas berbeda yaitu pada Ny. S diangkat nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera psikologi (inflamasi) yang dimana didapatkan bahwa klien mengtaakan nyeri di bagian ekstremitas bawah bagian paha seperti terbakar dan didapatkan intensitas nyeri didapatkan skor skala 6. Dan pada kasus kedua pada Tn. S yaitu hiperpolemia berhubungan dengan kelebihan status cairan yang dimana didapatkan pembekanan pada ekstremitas kaki dan data penunjang pada USG yaitu terdapat kardiomegali( pembengkakan jantung) dengan aorta elongasi dan klasifikasi.

Diagnos kedua diangkat oleh penulis pada kedua kasus kelolaan yaitu pada Ny. S yaitu gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) yang dimana didapatkan pada klien kemerahan meluas secara sistematis dan terdapat kulit melupas dan terdapat beberapa push. Dan pada kasus kedua pada Tn. S yaitu nyeri agung berhubungan dengan agen pencedera psikologi (inflamasi) yang dimana terdapat kemerahan dan terdapat bula-bula berisi cairan.

Diagnosa ke tiga pada klien kelolaan Ny. S dengan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang dimana klien mengatakan pusing, lemas dan tidak bisa melakukan aktivitas dengan sendiri. Pada kasus kedua pada Tn. S yaitu dengan gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) yang dimana terdapat kemerahan dan bula-bula pada luka karena itu terdapat kerusakan pada integritas kulitnya merupakan salah satu manifestasi klinis penyakit ini. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi bakteri streptococcal ataupun staphylococcal yang meluas secara sistematis di lapisan terdalam (dermis) dan pada jaringan subkutan.

Diagnosa keempat diangkat pada Ny. S dengan defisit pengetahuan yang dimana keluarga klien tidak mengetahui tentang penyakitnya. Sedangkan pada klien Tn. N yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang dimana klien tidak bisa melakukan aktivitas sehari-harinya karena didapatkan luka pada kedua kaki bawahnya, sehingga aktivitasnya dibantu dengan keluarganya.

Diagnosa kelima didapatkan pada kedua klien kelolaan Ny. S yaitu risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan mau makan) yang dimana klien mengatakan bila makan mual, dan klien tidak suka makanan rumah sakit. Pada Tn. S didapatkan diagnosa keperawatan yaitu risiko jatuh berhubungan dengan usia >65 tahun yang dimana usia klien rentan terhadap risiko jatuh dan klien didapatkan luka pada kemerahan pada kedua kaki bawahnya.

Diagnosa perioras ke enam didapatkan pada Ny. S dengan risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan yang dimana pasien mengatakan pusing dan lemas dan didapatkan luka pada paha atas bagian kanannya.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah

perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

**1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) (D.00772)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S dan Tn. S karena memiliki kesamaan pada salah satu diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) dengan tujuan setelah dilakukan pengkajian keperawatan selama 3 x 24 jam **diharapkan nyeri berkurang (L.08066)** dengan **Kriteria Hasil:** keluhan nyeri berkurang(5), meringis berkurang (5), gelisah berkurang(5), dan kesulitan tidur menurun (5) dengan memberikan intervensi secara mandiri yaitu memberikan terapi non farmakologi yaitu teknik relaksasi nafas dalam yang tujuannya dapat mengurangi rasa nyeri.

Menurut peneliti berdasarkan kasus diatas bahwa intervensi yang digunakan pada klien berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

**2. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) (D.0129)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S dan Tn. S karena memiliki kesamaan pada salah satu diagnosa yaitu gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (peradangan akut) dengan tujuan setelah dilakukan pengkajian keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit/jaringan membaik (L.14125) dengan **Kriteria Hasil:** perfusi jaringan membaik (5), kemerahan menurun(5), hematoma menurun(5), elastisitas kulit meningkat(5). Dengan memberikan intervensi identifikasi penyebab gangguan kulit, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Menurut peneliti berdasarkan kasus diatas bahwa intervensi yang digunakan pada klien berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

### 3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S dan Tn.S karena memiliki kesamaan pada salah satu diagnosa yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dengan tujuan setelah dilakukan pengkajian keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan **Kriteria Hasil: toleransi aktivitasnya membaik (L.05047)** perasaan lemah berkurang (5), keluhan lemah berkurang (5), kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari berkurang (5) dengan intervensi menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, lakukan gerak pasif dan massif .

Menurut peneliti berdasarkan kasus diatas bahwa intervensi yang digunakan pada klien berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

### 4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S berbeda dengan dengan perencanaan pada Tn. S yaitu dengan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan tujuan setelah dilakukan pengkajian selama 3 x 24 jam diharapkan **Kriteria Hasil: tingkat pengetahuan meningkat (L.12111)** perilaku sesuai anjuran meningkat(5), kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang topik meningkat (5), perilaku membaik (5) dengan intervensi identifikasi kesiapan dan kemampuan informasi, memberikan kesempatan bertanya, jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi penyakit, ajari perilaku hidup bersih dan sehat.

Menurut peneliti berdasarkan kasus diatas bahwa intervensi yang digunakan pada klien berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

### 5. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan mau makan) (D. 0032)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S yang berbeda dengan Tn. S yaitu risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor

psikologis (keengganan mau makan) yang dimana klien mengatakan tidak mau makan - makanan rumah sakit karena perutnya mual. Setelah dilakukan pengkajian selama 3 x 24 jam diharapkan **nafsu makan meningkat** dengan **Kriteria Hasil: (L.03024)** rasa mual berkurang (5), keinginan makan membaik (5), asupan makanan membaik (50, asupan cairan membaik (5) dengan intervensi identifikasi status nutrisi, sajikan makanan secara menarik dan melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan makanan dan kolaborasi pemberian obat anti mual.

Menurut peneliti berdasarkan kasus diatas bahwa intervensi yang digunakan pada klien berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

#### **6. Hypervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan (D.0022)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan Tn. S berbeda dengan yang dilakukan Ny.S yaitu dengan hypervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan yang dimana pada saat melakukan pengkajian terdapat edema pada klien kelolaan ke dua Tn. S di ekstremitas bawah bilateral dan didapatkan hasil radiologi dengan hasil terdapat kardiomegali dengan aorta elongasi dan kalasifikasi. Setelah dilakukan pengkajian selama 3 x 24 jam diharapkan **status cairan membaik** **Kriteria Hasil: (L.03028)** edema anasarca berkurang (5), edema perifer berkurang (5), kadar hb normal dengan intervensi identifikasi hipervolemia, monitor intake dan output, batasi asupan cairan dan berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat yaitu menggunakan lasix 2 x 40 mg.

Menurut peneliti berdasarkan kasus diatas bahwa intervensi yang digunakan pada klien berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

#### **7. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan (D.0143)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan Ny. S dan Tn. S yaitu dengan risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan yang dimana didapatkan kedua klien mengatakan pusing dan lemas, kedua klien terdapat luka kemerahan dan bula-bula, dan pada klien kedua sudah

memasuki usia giat. Setelah dilakukan pengkajian selama 3 x 24 jam diharapkan klien **tingkat jatuh** berkurang dengan **Kriteria Hasil: (L.14138)** jatuh dari tempat tidur menurun(5), jatuh saat duduk menurun(5), jatuh saat dipindahkan menurun(5), jatuh dikamar mandi menurun(5).

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap pelaksanaan, penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ada. Disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada disekitar klien saat ini.

Intervensi pada diagnosa prioritas pertama tidak dilakukan modifikasi dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi mandiri adalah evidence based yaitu terapi music, terapi music dilakukan untuk mengulangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri. Teknik mendengarkan music berefek mengurangi kegelisahan sehingga merasa nyaman bila mendengarkan music akan merasa nyaman, serta pikiran terasa santai sehingga terlupa sampai lupa dengan rasa sakit yang dirasakan. Hal ini didukung oleh pelepasan endorfin, hormone ini;ah yang memberi rasa nyaman, ketenangan sehingga rasa sakit dirasakan pada proses nyeri berkurang (Juwita, 2022), melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan kolaborasi intervensi kolaborasi memberikan heparin 10.000 dan obat analgesik pemberian paracetamol. Dan klien kedua untuk mengurangi dan membatasi minum klien dan mengubah posisi 2 jam sekali.

Intervensi pada diagnosa ke dua tidak dilakukan modifikasi dalam melakukan semua tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat berdasarkan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi mandiri.

Intervensi pada diagnosa ke tiga tidak dilakukan modifikasi dalam melakukan tindakan semua Tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat berdasarkan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan

sesuai dengan intervensi mandiri yaitu pada klien kelolaan pertama yaitu melakukan Gerakan pasif dan massif.

Intervensi pada diagnosa ke empat tidak dilakukan modifikasi dalam melakukan tindakan semua tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat berdasarkan kebutuhan klien. Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi mandiri yaitu menjelaskan faktor penyebab terjadinya penyakit.

Intervensi pada diagnosa ke lima tidak melakukan modifikasi dalam melakukan tindakan semua tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat berdasarkan kebutuhan klien. Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi mandiri yaitu menganjurkan asupan nutrisi, dan menganjurkan makan-makanan buah-buahan dan sayuran. Dan berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makan.

Intervensi pada diagnosa ke enam tidak melakukan modifikasi dalam melakukan tindakan semua tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat berdasarkan kebutuhan klien. Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi mandiri yaitu melakukan memasang handrall.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Pada tahap evaluasi diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dan dilakukan intervensi serta implementasi selama 3 x 24 jam. Penulis membandingkan apakah masalah tersebut teratasi sesuai tujuan yang telah dibuat atau tidak, serta telah mencapai kriteria hasil yang diinginkan atau tidak. Dari 6 masalah keperawatan pada klien pertama 1 masalah sudah teratasi yaitu defisit pengetahuan dan 1 masalah keperawatan teratasi sebagian yaitu nyeri akut, pada klien kelolaan kedua 1 masalah teratasi sebagian 1 risiko syok. Sedangkan 4 masalah keperawatan belum teratasi yaitu pada klien kelolaan pertama gangguan integritas kulit/jaringan, defisit nutrisi, dan intoleransi aktivitas, risiko jatuh. Dan pada klien kelolaan kedua yaitu hypervolemia, gangguan integritas kulit/jaringan, nyeri akut, intoleransi aktivitas, risiko jatuh.

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

1. Selulitis merupakan infeksi yang menyebar difusi pada kulit. Infeksi ini menyerang lapisan kulit yang paling dalam, yaitu jaringan subkutan dan menimbulkan kerusakan pada kuling yang sering tidak terlihat (Soebono Hardyanto et.,al 2020)
2. Dari hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik diperoleh dari wawancara dan observasi pada klien didapatkan kesenjangan manifestasi klinis teori dan kasus. Pada kasus didapatkan klien pertama nyeri, kemerahan pada luka hal tersebut terjadi karena peradangan akut pada luka yang disebabkan oleh bakteri yang masuk ke dalam lapisan kulit. Pada klien kedua didapatkan klien lemas dan pusing, didapatkan oleh terdapat edema atau pembengkakan pada ekstremitas pedis bilateral dan terdapat pada pemeriksaan radiologi dengan hasil kardiomegali (pembengkakan jantung) dengan aorta elongasi dan kalasifikasi.
3. Diagnosa keperawatan pada Ny. S Selulitis Cruris dan Tn. S dengan Selulitis Pedis Bilateral terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang dimana pada teori terdapat 4 diagnosa dan pada kasus terdapat 6 diagnosa keperawatan. Pada kelolaan pertama didapatkan 3 berbeda dengan teori yaitu intoleransi aktivitas, risiko defisit nutrisi dan risiko jatuh. Sedangkan pada kelolaan ke dua didapatkan 3 perbedaan anantara kasus dan teori, pada kasus terdapat hipervolemia, ntoleransi aktifitas dan risiko jatuh pada teori yang sama yaitu nyeri akut, gangguan integritas kulit/ jaringan, risiko infeksi dan defisit pengetahuan.
4. Pada tahap perencanaan asuhan keperawatan pada Ny. S Selulitis Cruris dan Tn. S dengan Selulitis Pedis Bilateral telah dibuat sesuai

dengan kondisi klien dengan menentukan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil sampai dengan menentukan kasus sesuai dengan kondisi klien dan peneliti mengembangkan intervensi secara mandiri kepada klien.

5. Pada tahap pelaksanaan yang telah ada, penulis melaksan dengan rencana keperawatan yang telah ada. Disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada disekitar klien pada saat itu. Pada klien yang menderita selullitis tindakan salah satunya yaitu melakukan perawatan luka dan membersihkan luka menggunakan NaCl 0,9% 2x 1hari.
6. Pada tahap evaluasi semua diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dan dilakukan intervensi serta implementasi selama 3 x 24 jam. Penulis membandingkan apakah masalah tersebut teratasi sesuai tujuan yang telah dibuat atau tidak, serta telah mencapai kriteria hasil yang diinginkan atau tidak. Dari 6 masalah keperawatan pada klien pertama 1 masalah sudah teratasi yaitu defisit pengetahuan dan 1 masalah keperawatan teratasi sebagian yaitu nyeri akut. Sedangkan 4 masalah keperawatan belum teratasi yaitu pada klien kelolaan pertama gangguan integritas kulit/jaringan, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, risiko jatuh. Dan pada klien kelolaan kedua yaitu hypervolemia, gangguan integritas kulit/jaringan, nyeri akut, intoleransi aktivitas dan risiko jatuh.

#### **B. Saran**

1. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan untuk penatalaksanaan pada klien Selulitis.
2. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/STIKes Medistra Indonesia sebagai bahan untuk menambah pengetahuan dan wawasan dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah.
3. Penulis measa dalam penulisan tugas akhir ini masih banyak kekurangan untuk itu penulis meminta saran dan masukan.

## DAFTAR PUSTAKA

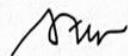
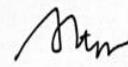
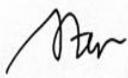
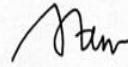
- Darmawan, D. (2019). Anatomi Fisiologi Kulit. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Deri Ezra, Asrawati Sofyan, T. S. (2022). *Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Tadulako University Departemen of Dermatovenereology, Hospital of Tadulako University 3 Departemen of Biochemistry, Faculty of Medicine , Tadulako University*. 8(2), 132–137.
- Hadzovic-Cengic, M., Sejtarija-Memisevic, A., Koluder-Cimic, N., Lukovac, E., Mehanic, S., Hadzic, A., & Hasimbegovic-Ibrahimovic, S. (2012). Cellulitis-epidemiological and clinical characteristics. *Medicinski Arhiv*, 66(3 Suppl 1), 51–53. <https://doi.org/10.5455/medarh.2012.66.s51-s53>
- Juwita, A. U. (2022). *Pengaruh Terapi Musik Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan The Effect of Music Therapy on Reducing Labor Pain*. 5(2), 80–92.
- Keperawatan, A., Tn, P., Chronic, D., Disease, K., Asites, M., Surakarta, M., & Paryanti, Y. (2012). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN*.
- Rukmana Ade. (2022). *Asuhan keperawatan medikal bedah pada tn. s dengan trauma inhalasi pada combustio grade ii di ruang sirsak rsud cengkareng tahun 2022*.
- Soebono Hardyanto et., A. (2020). *DERMATOLOGI DAN VENEREOLOGI*.
- Sudigdoadi, S. S. (n.d.). *MIKROBIOLOGI PADA INFEKSI KULIT*. 2016.
- Version, D. (2019). *Chapter 2 Cellulitis : current insights into*. (May 2021).
- Wicaksana, A. (2016). selulitis. <https://Medium.Com/>, 6–18. Retrieved from <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
- Zamrodah, Y. (2016). *Selulitis*. 15(2), 1–23. Retrieved from [http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/8742/4/CHAPTER\\_2.pdf](http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/8742/4/CHAPTER_2.pdf)

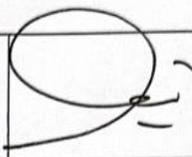
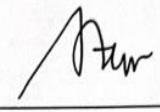
## **LAMPIRAN**

*Lampiran 1*

LAMPIRAN

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

No	Tanggal Bimbingan	Waktu Bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing	Keterangan
1.	21-10-2022	14.00 Wib	Konsultasi judul KIAN, sambil menunggu panduan KIAN		Revisi
2.	29-10-2022	13.30 Wib	Konsultasi judul KIAN lengkap		ACC Judul
3.	31-10-2022	17.00 Wib	Arahan Penyusunan BAB 1		Revisi
4.	07-11-2022	15.00 Wib	Konsul Bab 1-3		Revisi mengikuti draf penulisan panduan
5.	9-11-2022	11.00 Wib	Konsul Bab 4-5		Revisi
6.	16-11-2022	15.00	Konsul BAB 4-5		Revisi
7.	17-11-2022	10.00	ACC Sidang KIAN		
8.	18-11-2022	09.00	Sidang KIAN		Revisi merubah diagnosa keperawatan menambahkan diagnosa keperawatan Cek typo

9.	22-11-2022	09.46	Revisian Hasil KIAN Penguji I		ACC Hard Cover
10.	21-11-2022	09.10	Revisi Hasil Sidang KIAN Penguji II		Benarkan yang typo dan ACC Hard Cover

**Kepala Program Studi Keperawatan (S1) dan Profesi Ners**

Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN. 0316028302

Lampiran 2

### Teknik Relaksasi Nafas Dalam



**Bagaimana Manfaat Relaksasi Nafas Dalam**

1. Ketentraman hati
2. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
3. Tekanan dan ketegangan jiwa menjadi rendah
4. Detak jantung lebih rendah
5. Kerahangan yang lebih besar
6. Tidur nyenyak
7. Kesehatan mental menjadi lebih baik mengurangi rasa nyeri

**Apa itu teknik relaksasi napas dalam?**

Teknik relaksasi napas dalam merupakan teknik untuk mengurangi insensitas nyeri, kecemasan, mengatur pola napas dengan baik, menenangkan, mengatur batuk, membantu mendamaikan dan meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

**Tujuan**

tujuan teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.



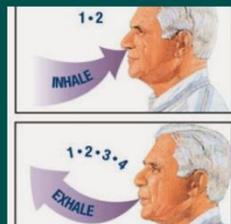
**Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

INDAH HANDAYANI  
22.156.03.11.043

- Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.
- Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat.



*Terima Kasih*



- Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
- Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut
- secara perlahan-lahan
- Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
- Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri

**Langkah-langkah teknik relaksasi napas dalam**

- Ciptakan lingkungan yang tenang
- Usahakan tetap rileks dan tenang
- Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
- Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks

*Lampiran 3*

**BIODATA PENULIS**



**I. DATA PRIBADI**

Nama Lengkap : Indah Handayani  
Tempat, Tanggal Lahir : Karawang, 02 September 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Hobi : Menonton, Berenang  
E-mail : [handayaniindah726@gmail.com](mailto:handayaniindah726@gmail.com)  
Alamat : Dusun Sungai Buntu, Kab. Karawang  
Moto : Allah selalu bersamamu

**II. RIWAYAT PENDIDIKAN**

TK : Al-Fazhar Tahun 2005-2006  
SD : SDN Sungai Buntu I Tahun 2006-2012  
SMP : MTS Al-Hurriyyah Tahun 2012-2015  
SMA : SMAN 1 Pedes Tahun 2015-2018  
Perguruan Tinggi :

- Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Medistra Indonesia (S1 Keperawatan) Tahun 2018- 2022
- Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Indonesia (Profesi Ners) Tahun 2022-2023