

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST DEBRIDEMENT**

**DI RSUD dr.KANUDJOSO DJATIWIWOWO**

**BALIKPAPAN**

**2021**



**Oleh:**

**Nama : Karil Dhea Virginia Tandi**

**NIM : P07220118090**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**

**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**

**SAMARINDA**

**2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST DEBRIDEMENT***

**DI RSUD dr.KANUDJOSO DJATIWIBOWO**

**BALIKPAPAN**

**2021**

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)  
Pada Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur



**Oleh:**

**Nama : Karil Dhea Virginia Tandi**

**NIM : P07220118090**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**

**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**

**SAMARINDA**

**2021**

## SURAT PERNYATAAN

Saya mengatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda,.....

Yang menyatakan



**Karil Dhea Virginia Tandil**  
**NIM. P07220118090**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH INI TERLAH DISETUJUI UNTUK DIAJUKAN**

TANGGAL 26 JULI 2021

Oleh

Pembimbing



**Ns. Nurhayati, S.ST, M.Pd**

**NIDN. 4024016801**

Pembimbing Pendamping



**Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd**

**NIDN. 4008047301**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

**Ns. Andi Lis A.G. M.Kep**

**NIP. 196803291994022001**

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Post Debridement*  
di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021  
Telah diuji  
Pada tanggal 26 Juli 2021

### PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Ns. Grace C. Sipasulta, M.Kep.Sp.Kep.Mat. (.....)  
NIDN. 4013106302

Penguji Anggota :

1. Ns. Nurhayati, S.ST.M.Pd (.....)  
NIDN. 4024016801

2. Ns. Asnah. S.Kep.M.Pd (.....)  
NIDN. 4008047301

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes.  
NIP. 19650825198503200

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep.  
NIP. 19680329199402200

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

1. Nama : Karil Dhea Virginia Tandi
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 30 Agustus 1999
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jl. Sultan Alauddin RT.02 No.45

### B. Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 009 Balikpapan Tengah
2. SMP Negeri 2 Balikpapan Kota
3. SMA Negeri 2 Balikpapan Utara
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2018  
sampai sekarang

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala sehingga dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul “Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Post Debridement* di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021”

Adapun tujuan dari penulisan penelitian ini adalah untuk menyusun karya tulis ilmiah yang ditekankan pada aspek Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Post Debridement* pada Poltekkes Kemenkes Kaltim dan untuk memperoleh gelar Ahli madya keperawatan

Pada kesempatan ini, peneliti menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materil sehingga penelitian ini dapat selesai. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. H. Supriadi B, S. Kp., M. Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M. Kes, selaku Ketua Jurusan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arming G, S. Kep, M. Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M. Kep.,Sp.Kep.Mat. selaku penanggung jawab Prodi D-III Keperawatan Samarinda jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
5. Ns. Nurhayati, S.ST.,M.Pd. sebagai Dosen Pembimbing I penyelesaian laporan Karya Tulis Ilmiah.
6. Ns.Asnah, S.Kep.M.Pd sebagai Dosen Pembimbing II dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
7. Para Dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
8. Rekan-rekan mahasiswa/i jurusan keperawatan Prodi D-III Keperawatan Samarinda Poltekkes kemenkes kaltim.

Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Samarinda, 21 Maret 2021



Karil Dhea Virginia Tandil



## ABSTRAK

### “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST DEBRIDEMENT DI RSUD dr.KANUDJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN TAHUN 2021”

**Pendahuluan :** Pada zaman yang maju seperti sekarang, perkembangan ilmu kesehatan khususnya keperawatan semakin meningkat. Salah satu bukti bahwa telah terjadi perkembangan dalam ilmu keperawatan adalah, beralihnya perawatan luka konvensional menjadi modern. Salah satu perawatan luka modern adalah debridement. Penelitian ini bertujuan untuk Mempelajari dan memahami secara mendalam mengenai Asuhan keperawatan pada pasien *post debridement* di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

**Metode :** penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil satu kasus sebagai unit analisis. Unit analisis adalah pasien dengan post debridement di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan. Metode pengambilan data adalah dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.

**Hasil dan Pembahasan :** Berdasarkan pengkajian, penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi dan hasil evaluasi, didapatkan data dari masing-masing pasien mengeluh nyeri pada area luka. Pada pasien pertama ditemukan 5 diagnosa post debridement sedangkan pada pasien 2 juga didapatkan 5 diagnosa post debridement. Masalah keperawatan yang berbeda antar pasien yaitu pada pasien 1 ditemukan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif pada pasien 2 ditemukan masalah nausea.

**Kesimpulan dan Saran :** Dari hasil penelaitan ini diharapkan perawat lebih mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif serta meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien *post debridement*.

**Kata kunci :** *Asuhan Keperawatan, post debridement*

## DAFTAR ISI

<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I</b> .....	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penelitian .....	3
D. Manfaat Penelitian .....	4
<b>BAB II</b> .....	<b>5</b>
<b>TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>5</b>
A. Konsep Medis Debridement .....	5
1. Pengertian Debridement .....	5
2. Anatomi Fisiologi Kulit.....	5
3. Indikasi dan Kontraindikasi Debridement .....	10
4. Etiologi Debridement .....	16
5. Klasifikasi Debridement.....	20
6. Patofisiologi dan pathway post debridement .....	24
7. Komplikasi .....	25
B. Konsep Masalah Keperawatan .....	26
1. Pengertian Masalah Keperawatan.....	26
2. Kriteria Mayor dan Minor .....	26
3. Kondisi Terkait.....	26
C. Konsep Asuhan Keperawatan.....	28
1. Pengkajian .....	28
2. Diagnosa keperawatan.....	33

3. Intervensi keperawatan.....	34
4. Implementasi keperawatan .....	38
5. Evaluasi keperawatan .....	38
<b>BAB III.....</b>	<b>39</b>
<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>39</b>
A. Design Penelitian .....	39
B. Subyek Penelitian.....	39
C. Definisi Operasional.....	40
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	40
E. Prosedur Penelitian.....	41
F. Metode dan Pengumpulan Data.....	41
G. Keabsahan Data.....	42
H. Analisis Data .....	42
<b>BAB IV .....</b>	<b>44</b>
<b>HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>44</b>
A. Hasil.....	44
B. Pembahasan.....	105
<b>BAB V.....</b>	<b>124</b>
<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>124</b>
A. Kesimpulan .....	124
B. Saran .....	126
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>128</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Kulit Manusia.....	10
Gambar 2.2 Klasifikasi Luka Kronik .....	15
Gambar 2.3 Debridement Pada Patah Tulang Terbuka.....	16
Gambar 2.4 Klasifikasi Patah Tulang .....	17
Gambar 2.5 Debridement Pada Luka Bakar.....	18
Gambar 2.6 Derajat Luka Bakar .....	19

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Post Operasi Debridement.....	26
---	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Identitas Pasien 1 dan Pasien 2.....	45
Tabel 4.2 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Fisik.....	46
Tabel 4.3 Data Pemeriksaan Penunjang.....	60
Tabel 4.4 Data Fokus.....	61
Tabel 4.5 Analisa Data.....	62
Tabel 4.6 Diagnosa Keperawatan.....	65
Tabel 4.7 Perencanaan Keperawatan.....	66
Tabel 4.8 Implementasi Pasien 1.....	71
Tabel 4.9 Implementasi Pasien 2.....	77
Tabel 4.10 Evaluasi Pasien 1.....	85
Table 4.11 Evaluasi Pasien 2.....	94

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1

Lembar Konsul

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Pada zaman yang maju seperti sekarang, perkembangan ilmu kesehatan khususnya keperawatan semakin meningkat. Salah satu bukti bahwa telah terjadi perkembangan dalam ilmu keperawatan adalah, beralihnya perawatan luka konvensional menjadi modern (Labertus, 2017).

Salah satu perawatan luka modern yaitu Debridement. Debridement adalah tindakan menghilangkan jaringan nekrotik, eskar, jaringan yang rusak, jaringan yang terinfeksi, hiperkeratosis, pus, hematoma, benda asing, fragmen tulang, atau perkembangbiakan bakteri dari luka untuk meningkatkan penyembuhan luka ((EWMA), 2013).

Menurut *World Health Organization (2016)*, diperkirakan terdapat 312,9 juta tindakan operasi di dunia pada tahun 2012, terjadi peningkatan sebesar 38,2% dibandingkan dengan tahun 2004 dengan perkiraan 226,4 juta tindakan operasi. Jumlah rata-rata tindakan operasi secara global adalah 4.469 operasi per 100.000 orang per tahun.

Berdasarkan data tabulasi nasional Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2009, menjabarkan bahwa tindakan operasi menempati urutan ke-11 dari 50 pola penyakit di Indonesia, dengan presentase 12,8% (Rahmayati, 2018).

Menurut Lipsky (2012) debridement dapat menghilangkan bakteri yang berkoloni, membantu tahap granulasi dan re-epitalisasi formasi



jaringan, mengurangi tekanan pada kalus, dengan tujuan untuk mempermudah penyembuhan luka dan menghilangkan tempat berkembangbiakan patogen potensial.

Menurut Everret (2018) dalam penelitiannya mengatakan bahwa debridement berperan penting dalam pengendalian infeksi pada luka. Walaupun demikian, Nunez (2019) bahwa sama seperti tindakan invasif lainnya, debridement juga disertai beberapa resiko komplikasi seperti nyeri, rusaknya jaringan kulit yang sehat, dan infeksi.

Dalam penelitiannya, Bernard (2018) mengatakan bahwa pasien dengan luka post operasi mengalami infeksi akibat dari gagalnya perawat dalam memberikan edukasi terhadap pasien. Edukasi yang tidak efektif dapat mengarah pada kurangnya pengetahuan pasien tentang pentingnya perawatan diri dan tidak tahu akan tanda dan gejala infeksi atau komplikasi yang mungkin terjadi.

Sehingga peran perawat sangat penting dalam memberikan edukasi yang efektif kepada pasien seperti pentingnya *personal hygiene* yang baik, pencegahan komplikasi pada luka, serta nutrisi yang tepat dapat menghindarkan pasien dari terhambatnya proses penyembuhan luka.

Data yang didapat dari hasil wawancara dengan staff perawat di ruang perawatan Flamboyan B di RSKD Balikpapan, dari bulan Januari hingga Juni tahun 2021 terdapat 9 tindakan debridement dari diagnosa yang berbeda.

Berdasarkan penjelasan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan post debridement.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan permasalahan yang telah dijelaskan, maka rumusan masalah keluarga dari penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Debridement di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021?”

## **C. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dari penulisan proposal karya tulis ilmiah ini dibedakan menjadi dua, yaitu :

### **1. Tujuan umum**

Tujuan dari penulisan karya tulis ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Debridement.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan debridement
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan debridement
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan debridement

- d. Melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien dengan debridement
- e. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan debridement

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Bagi peneliti

Melalui kegiatan penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti dalam melakukan studi kasus dan kompetensi penulis dalam mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan debridement.

##### 2. Bagi tempat penelitian

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah pemahaman dan pengetahuan pasien melalui asuhan keperawatan pada dengan debridement.

##### 3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan dalam mengembangkan ilmu keperawatan dan dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan debridement.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Medis Debridement**

##### **1. Pengertian Debridement**

Debridement adalah proses mengangkat jaringan mati dan benda asing dari dalam luka untuk memaparkan jaringan sehat di bawahnya. Jaringan mati bisa berupa pus, krusta, eschar (pada luka bakar), atau bekuan darah (Ariningrum, 2018)

Debridement meliputi pengangkatan jaringan nekrotik atau tidak layak, *slough*, atau benda asing dari luka, dan juga memangkas sekeliling hiperkeratosis (kalus) (Lipsky, 2012).

Pengangkatan jaringan mati dan *slough* dapat meningkatkan penyembuhan, memastikan migrasi sel melintasi luka yang lembab tanpa dihalangi tingkat eksudat yang tinggi dan semua resiko infeksi yang berhubungan dengan *slough* dan jaringan mati (Lumbers, 2018).

Ringkasnya, debridement sebagai bagian terpadu dari manajemen individu dengan luka, menciptakan luka, tepi luka dan jaringan yang sehat, dengan tujuan meningkatkan dan mempercepat penyembuhan luka.

##### **2. Anatomi Fisiologi Kulit**

###### **a. Anatomi**

Kulit adalah bagian terluas dan menutupi seluruh permukaan terluar dari tubuh. Kulit terdiri dari 3 lapis; epidermis, dermis dan hypodermis. Struktur kulit terdiri dari jaringan kompleks yang berfungsi sebagai penghalang awal tubuh terhadap pathogen, sinar ultra violet (UV), bahan kimia dan cedera mekanis. Kulit juga mengatur suhu tubuh dan jumlah air yang dilepaskan tubuh.

Ketebalan dari setiap lapisan kulit beragam, tergantung dari letak dan kategori kulit berdasarkan ketebalan dari lapisan epidermal dan dermal. Kulit tanpa rambut seperti pada telapak tangan dan kaki, lebih tebal karena epidermisnya mengandung lapisan lebih yang disebut stratum lucidum.

#### 1) Lapisan epidermis

Lapisan epidermis terdiri dari stratum basale (bagian terdalam dari epidermis), stratum spinosum, stratum granulosum, stratum lucidum dan stratum corneum (bagian terluar dari epidermis).

##### a) Stratum basale

Stratum basale dikenal juga sebagai stratum germinativum adalah lapisan terdalam, terpisah dari dermis oleh membrane basal dan menempel pada membrane basal dengan hemidesmosomes. Sel-sel yang ditemukan di lapisan ini adalah sel kuboidal dan kolumnar yang secara

konstan memproduksi keratinosit. Lapisan ini mengandung melanosit.

b) Stratum spinosum

Stratum spinosum terdiri dari 8-10 lapisan sel, dikenal juga sebagai lapisan sel duri yang berisi sel polyhedral tidak teraur dengan proses sitoplasma. Meluas keluar dan berdekatan pada sel sekitar dengan desmosomes.

c) Stratum granulosum

Stratum granulosum terdiri dari 3-4 lapisan sel, berisi sel-sel berbentuk diamond dengan granula keratohialin dan lamellar. Granula keratohialin mengandung prekursor keratin yang akhirnya beragregasi, berkaitan silang dan membentuk bundle. Granula lamellar mengandung glycolipid yang disekresi ke permukaan sel dan berfungsi sebagai perekat, yang membuat sel-sel tetap melekat.

d) Stratum lucidum

Stratum lucidum terdiri dari 2-3 lapis sel, terdapat pada lapisan kulit yang lebih tebal seperti pada telapak tangan dan kaki. Lapisan ini adalah lapisan yang bening dan tipis yang terdiri dari eleidin. Yaitu produk transformasi hasil keratohialin.

e) Stratum corneum

Stratum corneum terdiri dari 20-30 lapis sel, merupakan bagian teratas dari lapisan epidermis, terbentuk dari keratin dan keratosin yang sudah mati. Lapisan ini yang paling bervariasi ketebalannya, khususnya pada kalus (kapalan). Pada lapisan ini, keratosin mati menghasilkan defensin, yaitu bagian dari sistem imun.

2) Lapisan dermis

Lapisan dermis terhubung ke lapisan epidermis di tingkat membrane basal dan terdiri dari dua lapisan jaringan ikat, yaitu lapisan papilari dan reticular yang menyatu tanpa batas pemisah yang jelas. Lapisan dermis merupakan rumah bagi kelenjar keringat, rambut, folikel rambut, neuron saraf dan pembuluh darah.

a) Lapisan papilari adalah lapisan teratas dari dermis, lebih tipis, terdiri dari jaringan ikat yang longgar dan kontak dengan epidermis.

b) Lapisan reticular adalah lapisan yang lebih dalam, lebih tebal, kurang seluler, terdiri dari jaringan ikat yang lebih padat akan serat kolagen.

3) Lapisan hypodermis

Hipodermis adalah lapisan yang lebih dalam dari dermis, umumnya juga disebut fascia subkutan. Mengandung lobul

adiposa bersama dengan beberapa pelengkap kulit seperti rambut, folikel rambut, neuron saraf dan pembuluh darah.

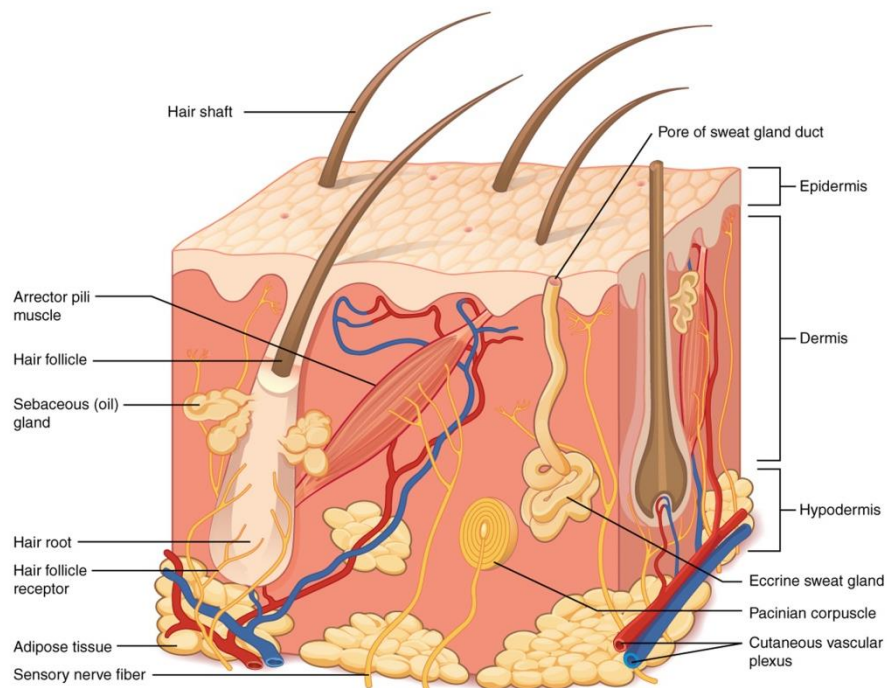
b. Fisiologi

Kulit memiliki banyak fungsi. Bertindak sebagai penghalang air, invasi oleh mikroorganisme, trauma mekanik dan kimia, kerusakan oleh sinar UV. Penghalang air epidermal yang dibentuk oleh sel envelop, bagian dari protein tidak larut air pada permukaan dalam membran plasma.

Kulit mempertahankan homeostasis tubuh dengan meregulasi suhu tubuh dan pengeluaran air tubuh, sekaligus melayani fungsi endokrin dan eksokrin. Fungsi endokrin termasuk pembentukan vitamin D di dalam keratinosit yang bertanggung jawab dalam merubah 7-dehidrokolesterol didalam epidermis ke vitamin D, dengan bantuan sinar UV dari matahari. Keratinosit menghantarkan reseptor vitamin D dan juga mengandung enzim yang dibutuhkan untuk mengubah vitamin D menjadi bentuk yang aktif. Fungsi eksokrin dari kulit adalah sebagai jalan keringat dan kelenjar subkutan.



Peran penting lain dari kulit adalah sebagai sensasi untuk meraba, sensasi pada panas, dingin dan sakit dari aksi nociceptor (reseptor sensoris untuk nyeri). Penampilan umum, turgor dan kualitas lain dari kulit juga memberikan pandangan terhadap keadaan kesehatan tubuh secara umum (William D. Losquadro, 2017).



Gambar 2.1 Anatomi Kulit Manusia (Omniskin, 2020)

### 3. Indikasi dan Kontraindikasi Debridement

Karena debridement merupakan langkah utama dalam penanganan luka, maka tindakan ini dapat diterapkan pada semua jenis luka, terlepas dari diagnosis dan asal luka. Sebuah indikasi yang jelas dapat

dihasilkan melalui diagnosis berbagai jenis jaringan yang menutupi dasar luka, keadaan luka tepid dan kulit peri-luka.

Definisi terkait jenis jaringan debridement memungkinkan dokter untuk menentukan titik waktu yang tepat untuk dilakukan debridement dan untuk mengidentifikasi paling banyak metode yang tepat. Oleh karena itu, sebuah diagnosis yang tepat harus terlebih dulu dilakukan untuk menentukan masalah (nekrosis, eschar, slough, sumber infeksi). Kedua, tentukan tingkat eksudat dari dasar luka (dari basah ke kering).

Banyak parameter tambahan yang mempengaruhi keputusan dilakukannya debridement, dan khususnya pilihan untuk memilih metode debridement yang tepat. Parameter yang mempengaruhi seperti; tingkat ketahanan pasien terhadap nyeri, lingkungan pasien, pilihan pasien, umur, kemampuan dan sumberdaya *care giver* pasien, kualitas hidup pasien, dan regulasi (EWMA, 2013).

Indikasi dan kontraindikasi debridement menurut Majid (2011), antara lain :

a. Indikasi :

- 1) Luka dengan proses pemulihan lambat disertai fraktur tulang akibat kecelakaan atau trauma. Jenis fraktur ini biasanya merusak kulit sehingga luka terus mengeluarkan darah dan hematoma. Jika kondisi fraktur sangat parah dan memerlukan pencangkokan tulang, debridement akan dilakukan untuk

membersihkan dan mempersiapkan area fraktur untuk prosedur pencangkokan.

- 2) Pasien yang terdiagnosis osteomyelitis. Kondisi ini ditandai dengan tulang yang meradang akibat infeksi, kondisi ini jarang terjadi di Negara mau dan umumnya disebabkan oleh bakteri *Staphylococcus aureus* yang dapat menyebar hingga sumsum tulang.
- 3) Pasien yang terdiagnosis pertumbuhan lesi jinak pada tulang. Dalam kasus tertentu, pencangkokan tulang diperlukan untuk menyempurnakan pengobatan, dan debridement tulang merupakan salah satu proses yang harus dijalani.
- 4) Pasien diabetes dengan luka terbuka pada tangan dan kaki yang beresiko mengalami infeksi. Infeksi kaki cukup umum diantara pasien diabetes, umumnya memerlukan perawatan khusus dan agresif untuk menyelamatkan anggota tubuh dari amputasi total.
- 5) Korban dengan luka bakar, terutama dengan cedera yang agak dalam.

b. Kontraindikasi

- 1) Kondisi yang tidak memungkinkan
- 2) Gangguan pada proses pembekuan darah
- 3) Tidak tersedia donor yang cukup untuk menutup permukaan terbuka (raw surface) yang timbul (Majid, 2011).

c. Berikut beberapa indikasi dilakukannya debridement berdasarkan jenis debridement :

1) *Mechanical debridement*

Indikasi : *Mechanical debridement* direkomendasikan hanya sebagai terapi jangka pendek pada luka nekrotik yang terinfeksi. Seperti pada luka tekan kategori III.

2) *Surgical debridement*

Indikasi : secara umum *surgical debridement* diindikasikan hanya apabila metode lain dari debridement tidak efektif dilakukan, atau kondisi pasien yang membutuhkan intervensi mayor yang cepat. Kedalaman luka, kerusakan pembuluh darah dan saraf menjadi indikasi dari dilakukannya surgical debridement ((EWMA), 2013).

3) *Biological debridement*

Indikasi : *biological debridement* dapat dipertimbangkan untuk digunakan pada pasien dengan toleransi nyeri yang rendah atau luka menyakitkan yang membuat debridement jenis lain tidak dapat dilakukan dimana debridement yang cepat diperlukan daripada menggunakan metode yang lambat (McGuire, 2020)

4) *Enzymatic debridement*

Indikasi : *enzymatic debridement* biasanya dilakukan untuk perawatan luka jangka panjang karena nyeri yang tidak hebat

dan perawat dapat melakukan debridement ini sehari-hari (WoundSource, 2018).

5) *Autolytical debridement*

Indikasi : *Autolytic debridement* diindikasikan untuk luka akut dan kronik dengan jaringan nekrotik jenis yang berbeda. Sebagai contoh, hydrogel hanya digunakan untuk luka dengan eksudat sedang atau tidak ada eksudat. Sedangkan hydrofibers dapat digunakan sebagai perawatan luka dengan eksudat (sedikit, sedang, banyak) yang memiliki slough berwarna kuning di permukaannya. *Autolytic debridement* dapat digunakan untuk luka yang terinfeksi, hanya jika infeksi luka dalam keadaan terawat atau dibawah pengawasan.

Indikasi : secara umum *surgical debridement* diindikasikan hanya apabila metode lain dari debridement tidak efektif dilakukan, atau kondisi pasien yang membutuhkan intervensi mayor yang cepat. Kedalaman luka, kerusakan pembuluh darah dan saraf menjadi indikasi dari dilakukannya surgical debridement (EWMA, 2013).

d. Berikut beberapa kontraindikasi dilakukannya debridement berdasarkan jenisnya :

1) *Mechanical debridement*

Kontraindikasi : tergantung pada modalitas debridement mekanikal yang digunakan, jumlah jaringan granulasi yang

lebih tinggi dari pada jaringan mati, ketidakmampuan untuk mengontrol nyeri, pasien dengan perfusi yang buruk, pasien dengan eskar yang utuh tanpa adanya infeksi jaringan di bawah eskar.

2) *Surgical debridement*

Kontraindikasi : debridement yang dilakukan di ruang bedah harus memperhitungkan resiko bedah tertentu sesuai stratifikasi pasien. *Surgical debridement* dikontraindikasikan pada pasien dengan eschar yang utuh dan tidak ada bukti klinis adanya infeksi dibawahnya. Karena dalam kasus ini eschar yang utuh berfungsi sebagai penutup biologis untuk luka dibawahnya. Hal ini biasanya ditemukan pada luka tekan pada sacrum atau bokong atau tumit dengan eschar yang utuh dan kering.

3) *Enzymatical debridement*

Kontraindikasi : tidak dapat digunakan pada luka dengan infeksi berat.

4) *Biological debridement*

Kontraindikasi : kontraindikasi pada *biological debridement* adalah luka abdomen yang berdekatan dengan rongga intreperitonal, pyoderma gengrenosum pada pasien dengan terapi immunosupresan (Manna, 2021).

5) *Autolytical debridement*

Kontraindikasi : tendon/tulang yang terekspos, kulit yang rapuh, neutropenia berat, dan pasien dengan terapi immunosupresan (AWMA, 2013).

#### 4. Etiologi Debridement

Debridement dapat dilakukan pada luka :

##### a. Luka kronik

Luka kronik menunjukkan adanya gangguan pada proses perbaikan jaringan, dimana hasil yang baik dari fisiologi dan anatomi yang berkelanjutan tidak tercapai dalam waktu yang normal.

Respon inflamasi tidak normal yang dikombinasikan dengan sel yang rusak serta respon sistemik yang buruk dapat memperparah luka kronik, rantai ini harus diputuskan dengan tindakan debridement untuk meningkatkan penyembuhan luka (Zhao, 2016). Berikut adalah derajat luka pada luka kronik :

- 1) Derajat 0 : kulit kaki intak, dapat disertai deformitas atau selulitis, tidak ada kerusakan pada kulit
- 2) Derajat 1 : ulkus superfisial pada kulit dan jaringan subkutan
- 3) Derajat 2 : ulkus meluas ke ligament, tendon, kapsul sendi atau fascia dalam tanpa adanya abses atau osteomyelitis
- 4) Derajat 3 : ulkus dalam dengan osteomyelitis atau abses
- 5) Derajat 4 : adanya gangren pada sebagian kaki bagian depan atau tumit

6) Derajat 5 : gangren ekstensif yang melingkupi seluruh kaki



Gambar 2.2 Klasifikasi Luka Kronik (dr.Zezo, 2019)

b. Patah tulang

Aspek terpenting pada perawatan patah tulang terbuka adalah intervensi pembedahan awal dengan irigasi dan debridement yang teliti dari lokasi injuri. Faktanya, dokter bedah seharusnya menghabiskan waktu untuk perencanaan dan melakukan debridement sebagai fiksasi dari patah tulang. Debridement awal ini harus mencakup evaluasi kulit, lemak, fascia, otot dan tulang secara berurutan (William W Cross, 2008).

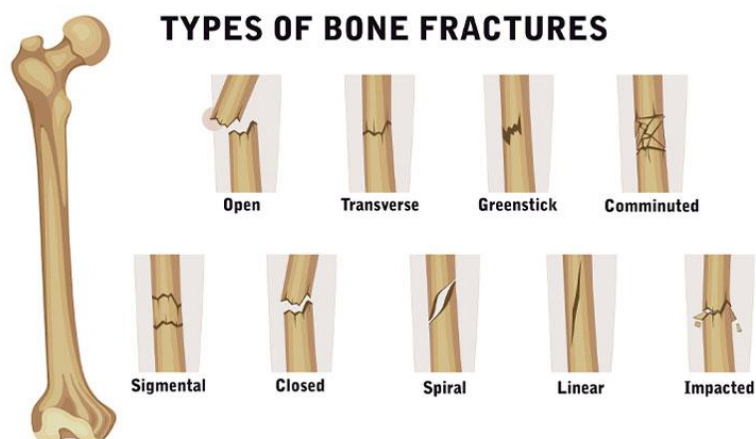




Gambar 2.3 Debridement pada patah tulang terbuka

Berikut klasifikasi patah tulang :

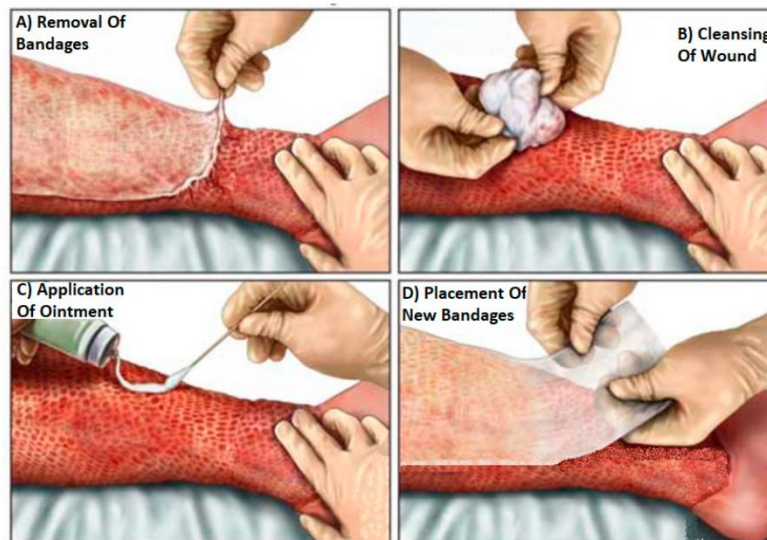
- 1) *Greenstick* : patah tulang *incomplete*. Dimana tulang tidak sepenuhnya terpisah
- 2) *Transverse* : patahan tulang berbentuk garis lurus
- 3) *Spiral* : patahan tulang berbentuk spiral mengelilingi tulang, umumnya pada *twist injury*
- 4) *Oblique* : patahan tulang berbentuk diagonal
- 5) *Compression* : tulang hancur, mengakibatkan tulang tampak lebih lebar atau pipih
- 6) *Comminuted* : patahan tulang terdiri dari 3 atau lebih bagian dan terdapat pecahan tulang di sisi tulang yang patah
- 7) *Segmental* : tulang yang sama patah pada dua titik, sehingga ada bagian tulang yang “melayang” (Care, 2018)



Gambar 2.4 Klasifikasi patah tulang

c. Luka bakar

Saat merawat klien dengan trauma thermal seperti luka bakar, pembedahan mayor seperti debridement, dan skin grafting dibutuhkan. Tindakan ini mereview perawatan pada luka bakar dan menjadi peran utama dalam merawat klien dengan luka bakar (Browning, 2020).



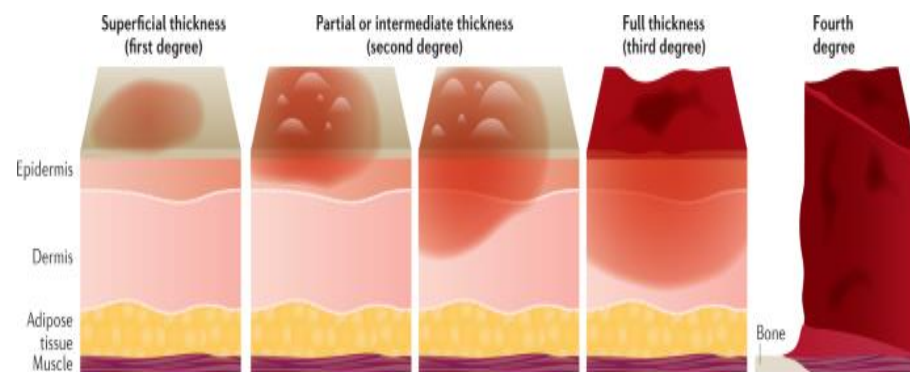
Gambar 2.5 Debridement pada luka bakar (Owda, 2019)

Berikut derajat luka bakar :

- 1) Derajat 1 : luka bakar ini hanya merusak lapisan terluar dari kulit. Terbakar sinar matahari salah satunya. Kulit akan tampak merah dan terasa nyeri, namun tidak ada bula, dan kerusakan jangka panjang sangat jarang terjadi
- 2) Derajat 2 : lapisan kulit yang rusak adalah lapisan terluar dan juga dermis (lapisan dibawahnya). Kulit akan tampak merah

terang, bengkak, terlihat basah dan mengkilap, terdapat bula dan nyeri saat disentuh.

- 3) Derajat 3 : biasanya disebut “luka bakar keadalaman penuh”, tipe ini merusak dua lapisan kulit secara menyeluruh. Bukannya terlihat merah, kulit akan tampak hitam, coklat, putih atau kuning. Tidak akan terasa sakit karena luka bakar tipe ini merusak ujung saraf.
- 4) Derajat 4 : tipe ini adalah yang terdalam dan terparah. Berpotensi mengancam nyawa. Luka bakar tipe ini menghancurkan semua lapisan kulit, begitu juga tulang, otot dan tendon (Sarkissian, 2021).



Gambar 2.5 Derajat luka bakar (Marc, 2020)

## 5. Klasifikasi Debridement

### a. *Mechanical debridement*

Debridement ini dilakukan untuk mengangkat aliran (drainage) dan jaringan mati dari luka. Wet-to-moist dressing

adalah pilihan lain dalam perawatan jangka panjang. Dressing tipe ini digunakan untuk meningkatkan kelembaban dan penyembuhan serta menghilangkan drainase dan jaringan mati pada luka. Luka dalam dengan kerusakan sirkulasi harus di balut dengan longgar. Tipe dressing ini diganti setiap 4-6 jam (Steed, 2004).

*Mechanical debridement* adalah sebuah tipe nonselektif dari debridement, yang berarti itu akan mengangkat jaringan dan puing-puing yang rusak serta jaringan yang layak. Diindikasikan untuk luka akut dan kronis dengan luas jaringan nekrotik sedang hingga besar terlepas dari adanya infeksi aktif (Manna, 2021).

b. *Surgical debridement*

Bentuk paling umum dari debridement adalah *surgical debridemen*. Yaitu, menghilangkan jaringan tisu dengan pisau atau gunting. Debridement ini adalah yang paling cepat dan efisien. Umumnya dilakukan oleh ahli bedah dari spesialis mana saja. Salah satu resiko dari surgical debridement adalah nyeri. Beberapa pasien khususnya pasien dengan neuropati diabetic mungkin tidak peka terhadap sensasi. Namun beberapa pasien dengan neuropati dapat merasakan sensasi.

Dalam beberapa kasus, anestesi lokal menggunakan blok saraf mungkin digunakan. Hanya kasus yang sangat parah saja yang menggunakan anestesi umum, spinal atau epidural. *Surgical debridement* mungkin dapat mengakibatkan perdarahan, khususnya

pada pasien dengan luka neuropati atau inflamasi yang intens. Perdarahan ini umumnya dapat di kontrol dengan penekanan secara langsung. Elektrokauter mungkin dibutuhkan jika perdarahan signifikan. Luka yang membutuhkan elektrokauteri harus dilakukan di ruang operasi. Jika perdarahan berlanjut, aplikasi agen topical hemostatic seperti thrombin mungkin bermanfaat dalam mengendalikan perdarahan.

Tidak semua pasien menjadi kandidat yang baik untuk tindakan *surgical debridement*, baik karena beresiko secara medis atau karena luka yang tidak memerlukan debridement ekstensif. Dalam hal ini ada pilihan lain untuk debridement. Mengaplikasikan kasa yang dibasahi dengan saline, membiarkannya kering dan mengangkat kasa tanpa membasahinya juga disebut debridement (Steed, 2004).

c. *Enzymatic debridemen*

Enzymatic debridement menggunakan gel dengan enzim yang dapat melunakkan jaringan tisu. Enzim yang digunakan dapat berasal dari hewan, tumbuhan atau bakteri. penggunaan gel enzim dilakukan satu kali dalam sehari. Luka tertutup dengan dressing yang diganti setiap hari. Dressing tersebut akan mengangkat jaringan mati saat dressing dibuka.

Enzymatic debridement sangat direkomendasikan bagi pasien yang memiliki masalah perdarahan atau memiliki resiko

tinggi komplikasi pembedahan. Tidak direkomendasikan pada luka besar yang terinfeksi (Nunez, 2019).

d. *Biological debridement*

Biological debridement diketahui juga sebagai terapi larva, menggunakan larva steril dari *Lucilia sericata* spesies dari lalat botol hijau. Tindakan ini direkomendasikan saat debridement tanpa rasa sakit dibutuhkan.

Larva *free-range* dapat melakukan debridement pada luka setidaknya dua kali lebih cepat dibandingkan dengan larva *bag-pain*. Dengan perbandingan dalam melakukan debridement secara tuntas yaitu; larva *free-range* selama 14 hari dan larva *bag-pain* selama 28 hari (Manna, 2021).

e. *Autolytic debridement*

Tindakan ini adalah tindakan debridement yang paling sederhana. Debridement tipe ini adalah proses natural oleh sel fagosit dan enzim proteolitik yang mengurai jaringan nekrotik. Hal ini adalah proses yang sangat selektif dimana hanya jaringan nekrotik saja yang akan terpengaruh pada tindakan debridement ini (Manna, 2021).

Saat kelembaban terakumulasi, jaringan yang rusak akan membengkak dan terpisah dari luka (Nunez, 2019). Debridement ini diindikasikan untuk luka yang tidak terinfeksi (non-infeksius), dapat dilakukan bersamaan dengan debridement lain seperti

mekanikal debridement pada kasus luka dengan infeksi (Manna, 2021).

Keefektifan debridement ini tergantung dari banyaknya jaringan rusak yang harus dihilangkan dan juga luasnya luka. Autolytic debridement akan memerlukan beberapa hari. Jika tidak ada penurunan jaringan nekrotik secara signifikan selama 1 atau 2 hari, debridement tipe lain harus dipertimbangkan.

#### 6. Patofisiologi dan pathway post debridement

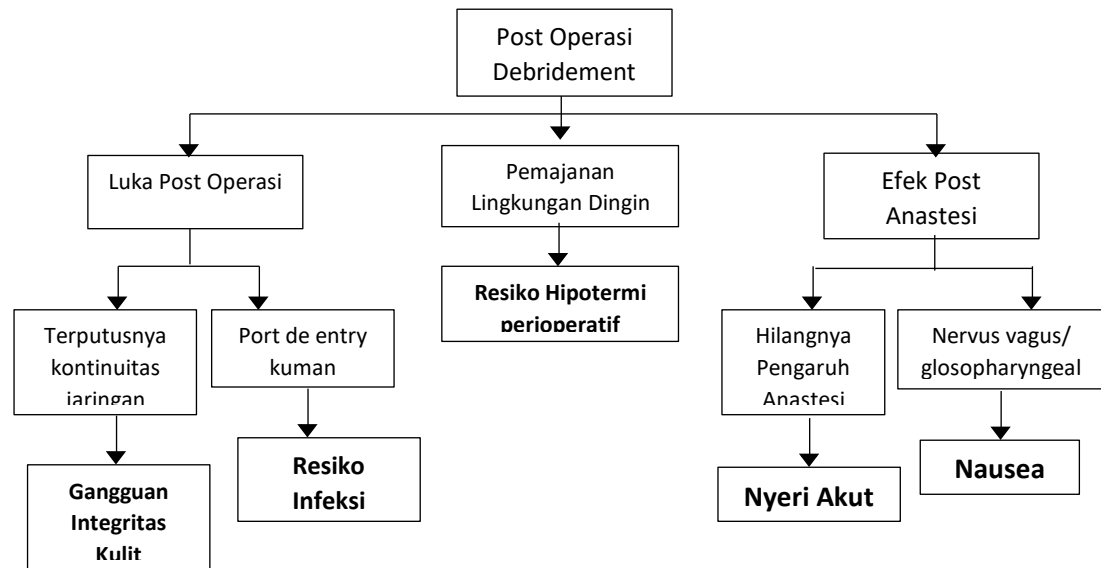
Semua cedera yang menyebabkan kerusakan jaringan dan perdarahan akan mengaktifkan mekanisme humoral dan selular yang berfungsi menghentikan perdarahan dan mencegah terjadinya infeksi. Sel-sel pertama yang bergerak untuk mencegah kerusakan jaringan adalah granulosit neutrofilik dan makrofag. Leukosit berfungsi sebagai pertahanan non spesifik terhadap infeksi.

Fungsi makrofag adalah menghilangkan jaringan nekrotik dan mikroorganisme dengan sekresi protease dan fagositosis serta memproduksi dan melepaskan sitokin.

Walaupun demikian kapasitas fagositosis makrofag terbatas. Bila kapasitas fagositosis makrofag berlebih karena banyaknya jaringan nekrotik, aktivitas fagositosis akan menurun, aktivitas fagositosis ini juga berhubungan dengan konsumsi oksigen tinggi, daerah dengan hipoksia avascular memiliki resiko terkena infeksi yang lebih besar. Dengan berdasarkan pada patofisiologi ini maka perlu dilakukan

debridement pada jaringan mati atau nekrotik untuk membantu dan mendukung fagositosis dari makrofag (Refdian, 2016).

### Pathway



Bagan 2.1 Pathway Post Debridement (Alkhar, 2020)

### 7. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi setelah dilakukan tindakan debridement adalah :

- a. Nyeri
- b. Perdarahan
- c. Infeksi
- d. Penyembuhan yang lama
- e. Hilangnya jaringan yang sehat

Keadaan ini dapat diperparah jika klien memiliki faktor resiko :

- a. Infeksi pada area luka



- b. Memiliki masalah kesehatan lain
- c. Merokok
- d. Diabetes
- e. Mengonsumsi steroid atau obat lain yang dapat menekan sistem imun
- f. Nutrisi yang buruk
- g. Sirkulasi yang buruk
- h. Masalah pada sistem imun

## B. Konsep Masalah Keperawatan

### 1. Pengertian Masalah Keperawatan

Masalah atau label diagnosis keperawatan merupakan gambaran inti respon dan masalah kesehatan klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan dan faktor yang berhubungan (PPNI,2017).

### 2. Kriteria Mayor dan Minor

- a. Kriteria mayor : Tanda/gejala yang ditemukan dalam rentang 80-100% untuk validasi penegakan diagnosis
- b. Kriteria minor : Tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat digunakan sebagai pendukung tanda/gejala mayor dalam penegakan diagnosa (PPNI,2017).

### 3. Kondisi Terkait

Merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien dalam mengalami masalah kesehatan atau proses kehidupannya.

Berikut adalah penjelasan mengenai masalah yang timbul pada pasien dengan *post debridement* menurut Nur Handayani (2016) :

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)
  - 1) Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.
  - 2) Penyebab : agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, , terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)
  - 3) Gejala dan Tanda Mayor :
    - a) Subjektif : mengeluh nyeri
    - b) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
  - 4) Gejala dan Tanda Minor :
    - a) Subjektif : tidak ada
    - b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.
  - 5) Kondisi klinis terkait : kondisi pembedahan
- b. Gangguan integritas kulit b.d faktor elektrik (elektrodiatermi)

- 1) Definisi : kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament)
  - 2) Penyebab : afaktor elektris (mis. Elektroditermi, energy listrik bertegangan tinggi)
  - 3) Gejala dan Tanda Mayor :
    - a) Subjektif : tidak ada
    - b) Objektif : kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
  - 4) Gejala dan Tanda Minor :
    - a) Subjektif : tidak ada
    - b) Objektif : nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma
- c. Resiko infeksi d.d efek prosedur invasive (D.0142)
- 1) Definisi : beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik
  - 2) Penyebab : efek prosedur invasive

## C. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses yang sistematis yang dilakukan dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.

Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien, sangat penting dalam penegakan diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Budiono, 2016).

a. Biodata

- 1) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnose medis)
- 2) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien)

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama :

Biasanya keluhan utama yang dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian pada pasien post debridement adalah nyeri.

2) Riwayat penyakit sekarang

Berisikan tentang perjalanan penyakit pasien dari sebelum dibawa ke instalasi gawat darurat (IGD) sampai dengan mendapatkan perawatan.

3) Riwayat penyakit dahulu

Berisikan adakah riwayat penyakit terdahulu yang pernah diderita oleh pasien tersebut, seperti pernah menjalani operasi berapa kali dan dirawat di rumah sakit berapa kali.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit keluarga, adalah anggota keluarga dari pasien yang menderita penyakit menurun.

c. Pola fungsional Gordon

1) Pola persepsi kesehatan

Apakah pasien pernah mengalami riwayat penyakit tersebut sebelumnya, persepsi pasien dan keluarga mengenai penyakit yang diderita, dan pentingnya kesehatan bagi pasien dan keluarga.

2) Pola nutrisi dan cairan

Pola makan dan minum sehari-hari, jumlah makanan dan minuman yang dikonsumsi, jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, berapa kali sehari, nafsu makan menurun/tidak, jenis makanan yang disukai, penurunan berat badan.

3) Pola eliminasi

Mengkaji pola buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) sebelum dan selama sakit, konsistensi, warna dan bau, berapa kali sehari, adanya konstipasi atau tidak, adanya gangguan berkemih atau tidak.

4) Pola aktivitas dan latihan

Reaksi setelah beraktivitas (muncul keringat dingin, kelelahan/keletihan), perubahan pola nafas setelah aktifitas, kemampuan pasien dalam aktivitas secara mandiri.

5) Pola tidur dan istirahat

Berapa jam sehari, terbiasa tidur siang atau tidak, gangguan selama tidur (sering terbanugn), nyenak atau tidak, nyaman atau tidak.

6) Pola persepsi kognitif

Konsentrasi, daya ingatm dan kemampuan mengetahui tentang penyakitnya

7) Pola persepsi dan konsep diri

Adakah perasaan terisolasi diri atau perasaan tidak percaya diri karena penyakit yang diderita

8) Pola reproduksi dan seksual

Adakah gangguan reproduksi dan seksual, atau adakah perubahan pola reproduksi dan seksual selama sakit

9) Pola mekanisme dan coping

Emosi, ketakutan terhadap penyakitnya, kecemasan yang muncul tanpa alasan yang jelas.

10) Pola hubungan

Hubungan antar keluarga harmonis, interaksi, komunikasi dan cara berkomunikasi

11) Pola keyakinan dan spiritual

Agama pasien, gangguan beribadah selama sakit, ketaatan dalam berdoa dan beribadah

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pada pasien post debridement biasanya timbul nyeri akibat pembedahan, luka kemungkinan rembes pada balutan, tanda-tanda vital pasien (terjadi peningkatan suhu, takikardi). Kelemahan akibat efek anestesi.

2) Sistem pernafasan

Adanya gangguan dalam pola nafas pasien, biasanya pada pasien post debridement, pernafasan sedikit terganggu akibat efek anestesi yang diberikan di ruang bedah.

3) Sistem kardiovaskuler

Denyut jantung, pemeriksaan meliputi inspeksi, palpasi perkusi dan auskultasi pada permukaan jantung, tekanan darah dan nadi meningkat.

4) Sistem pencernaan

Pada penderita post pembedahan biasanya menderita mual akibat efek anestesi, setelahnya normal dan dilakukan pengkajian nafsu makan, bising usus, berat badan.

5) Sistem muskuloskeletal

Pada penderita post debridement biasanya ada penurunan kekuatan otot akibat efek anestesi

6) Sistem integument

Turgor kulit biasanya normal, pada luka post debridement kulit dikelupas untuk membuka jaringan mati yang bersembunyi dibawah kulit tersebut (Handayani, 2016).

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menggambarkan keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual atau potensial dari individu atau kelompok. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan actual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil perawat bertanggung jawab.

Tujuan proses diagnosis keperawatan adalah memudahkan perawat dalam menganalisis dan mensistesis data yang telah dikelompokkan, selain itu diagnosa keperawatan juga digunakan sebagai sarana untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah dan kemampuan klien dalam mencegah atau memecahkan masalah (Budiono, 2016).

Berikut adalah diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan *Post Debridement* :

- a. Resiko Hipotermia Perioperatif d.d Suhu Lingkungan Rendah (D.0141)
- b. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi) (D.0047)
- c. Nausea b.d Efek Agen Farmakologis (D.0076)



d. Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (Elektrodiatermi)  
(D.0129)

e. Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)

### 3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018).

a. Resiko Hipotermia Perioperatif d.d Suhu Lingkungan Rendah  
(D.0141)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termogulasi pasien membaik

Kriteria Hasil : Termogulasi (L.14134)

- 1) Menggigil menurun (5)
- 2) Suhu tubuh membaik (5)
- 3) Suhu kulit membaik (5)

Intervensi : Manajemen hipotermia (I.14507)

- 1) Monitor suhu tubuh
- 2) Identifikasi penyebab hipotermia (mis. terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- 3) Sediakan lingkungan yang hangat
- 4) Gunakan penghangatan pasif (mis. selimut, penutup kepala, pakaian tebal)

- 5) Gunakan penghangatan aktif eksternal (mis. kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, perawatan metode kangguru)
  - 6) Anjurkan makan/minum hangat
- b. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi) (D.0077)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri pasien menurun

Kriteria Hasil : Tingkat nyeri (L.08066)

- 1) Keluhan nyeri menurun (5)
- 2) Meringis menurun (5)
- 3) Gelisah menurun (5)

Intervensi : Manajemen nyeri (I.08238)

- 1) Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 5) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- 6) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 7) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 8) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 9) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 10) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 11) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

12) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

c. Nausea b.d Efek Agen Farmakologis (D.0076)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nausea menurun

Kriteria Hasil : Tingkat nausea (L.08065)

- 1) Keluhan mual menurun (5)
- 2) Perasaan ingin muntah menurun (5)

Intervensi : Manajemen mual (I.03117)

- 1) Identifikasi penyebab mual (mis.pengobatan dan prosedur)
- 2) Monitor mual (mis.frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)
- 3) Monitor asupan nutrisi dan kalori
- 4) Berikan maknana dan jumlah kecil
- 5) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
- 6) Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu

d. Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (Elektrodiatermi) (D.0129)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat

Kriteria Hasil : Integritas kulit dan jaringan (I.14125)

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

Intervensi : Perawatan Luka (I.14564)

- 1) Monitor karakteristik luka (mis: drainase,warna,ukuran,bau
  - 2) Monitor tanda –tanda infeksi
  - 3) Lepaskan balutan secara perlahan
  - 4) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan
  - 5) Bersihkan jaringan nekrotik
  - 6) Berikan salep yang sesuai di kulit/lesi, jika perlu
  - 7) Pasang balutan sesuai jenis luka
  - 8) Pertahankan teknik steril sesaat perawatan luka
  - 9) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
  - 10) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
  - 11) Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu
  - 12) Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
- e. Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun

Kriteria Hasil : Tingkat infeksi (L.14137)

- 1) Nyeri menurun (5)
- 2) Kemerahan cukup menurun (4)
- 3) Bengkak cukup menurun (4)

Intervensi : Pencegahan infeksi (I.14539)

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema

- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
- 5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 6) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 7) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna untuk mengetahui apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. (Dinarti, 2017).

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Design Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pasien ulkus diabetikum dengan post debridemet. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan perencanaan keperawatan dan evaluasi.

#### **B. Subyek Penelitian**

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan adalah dua orang pasien dengan debridement di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan dengan kriteria sebagai berikut :

Kriteria inklusi,yaitu :

1. Pasien dengan debridement
2. Dua pasien dengan debridement yang dirawat di ruang rawat inap RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
3. Pasien berjenis kelamin perempuan maupun laki-laki
4. Pasien bersedia menjadi responden

Kriteria eksklusi, yaitu :

1. Pasien tidak bersedia menjadi responden
2. Pasien dengan penurunan kesadaran

### C. Definisi Operasional

Definisi operasional menjelaskan semua istilah yang digunakan dan batasan yang berhubungan dengan judul penelitian “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Post Debridement di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021”

1. Post Debridement adalah individu yang sudah dilakukan proses pengangkatan jaringan mati atau benda asing dari luka guna meningkatkan proses penyembuhan luka.
2. Asuhan keperawatan pada pasien dengan post debridement adalah proses rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien yang dilandasi kode etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan, sistematis dan teoritis melalui pengkajian, penegakan diagnosa, penyusunan intervensi keperawatan, melakukan intervensi keperawatan hingga melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien yang telah dilakukan pengangkatan jaringan mati atau benda asing dari luka (debridement).

### D. Lokasi dan Waktu Penelitian

#### 1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan 2021.

## 2. Waktu Penelitian

Asuhan keperawatan dilakukan sejak pasien masuk rumah sakit sampai pulang dan atau klien yang dirawat minimal 3 hari. Jika sebelum 3 hari klien sudah pulang, maka perlu penggantian klien yang sejenis.

## E. Prosedur Penelitian

Prosedur penulisan diawali dengan penyusunan proposal penulisan dan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh tim penguji proposal maka penulisan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data menggunakan pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, meumuskan diagnosa keperawatan, membuat rencana tindakan, melakukan pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian terhadap kasus yang dijadikan subyek penulisan.

## F. Metode dan Pengumpulan Data

### 1. Teknik Pengumpulan Data

- a. Wawancara (hasil anamnesis berisi ttg identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya)
- b. Observasi dan pemeriksaan fisik pada sistem tubuh klien
- c. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik).

### 2. Instrumen Pengumpulan Data



Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku.

#### G. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validasi tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan / tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

##### 1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan langsung dari klien dan keluarga seperti orang tua, saudara atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan yang dihadapinya.

##### 2. Data sekunder

Catatan klien (perawatan atau rekam medis) yang merupakan riwayat penyakit atau perawatan klien sebelumnya.

#### H. Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak penelitian di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini

pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### 1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tepatnya di Jalan MT. Haryono No.656 Kota Balikpapan. RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo dibuka sejak 12 September 1949. Fasilitas yang tersedia antara lain; instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan IGD 24 jam.

Peneliti melakukan penelitian di ruang Anggrek Hitam Lantai 6 pada tanggal 26 juni – 30 juni 2021 dan Anggrek Hitam Lantai 5 pada tanggal 15 juni – 18 juni 2021. Ruang Anggrek Hitam adalah ruang perawatan klien dengan kasus bedah dan non bedah untuk pria dan wanita dewasa. Ruang Anggrek Hitam terpisah dengan ruangan lainnya karena berbeda gedung.

Adapun letak gedung ruang Anggrek Hitam yaitu, sebelah utara bersebrangan dengan bagian belakang ruang Kemuning, sebelah barat berbatasan dengan masjid Rumah Sakit, sebelah timur berbatasan dengan gedung Instalasi Gizi, sebelah selatan gedung Anggrek Hitam adalah lahan parkir.

Ruang Anggrek Hitam lantai 5 dan 6 terdiri dari 10 kamar dengan masing-masing kamar terdiri dari 2 tempat tidur dan 1 kamar mandi, 1

ruang tindakan, 1 ruang spoelhoek, 1 ruang perawat (nurse station), 1 pantry, 1 gudang, 1 kamar mandi perawat, 1 musholla khusus perawat, 1 ruang pertemuan, dan 1 ruang konsultasi.

a. Pengkajian

**Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Identitas Pasien Dengan Post Debridement di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.**

Data Anamnesis	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. M	Ny.S
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Perempuan
Umur	67 tahun	72 tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Tidak bekerja	Tidak bekerja
Agama	Katholik	Islam
Diagnosa Medis	Abses Pedis + DM + HT	Ulkus Gangren + DM +HT
Nomor Register	80.60.XX	30.55.XX
MRS/ Tgl Pengkajian	MRS : 15 Juni 2021 Tgl pengkajian : 17 Juni 2021	MRS : 22 Juni 2021 Tgl pengkajian : 26 Juni 2021
Keluhan Utama	Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi	Pasien mengatakan nyeri pada luka dan merasa mual
Riwayat penyakit sekarang	Pasien mengatakan jempol kaki kanannya bengkak dan terasa nyeri yang tidak diketahui penyebabnya, hari ketiga setelahnya pasien demam, lalu dibawa ke IRD RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan pada tanggal 15 Juni 2021. Lalu pasien dibawa ke ruang Anggrek Hitam lantai 5 untuk menjalani perawatan lanjutan, kemudian pasien dilakukan tindakan operasi	Pasien mengatakan adanya luka pada jempol kaki kirinya yang tidak dirasakan dan tidak diketahui penyebab luka, lalu adanya kemerahan yang menjalar dari jempol hingga pergelangan kaki, dilakukan perawatan luka dirumah namun luka tidak membaik, luka menyebar hingga

	debridement pada tanggal 16 Juni 2021.	telapak kaki, karena nyeri selama lebih kurang 3 minggu, pasien dibawa ke IRD RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan pada tanggal 22 Juni 2021. Kemudian pasien dibawa ke ruang Anggrek Hitam lantai 6 untuk menjalani perawatan lanjutan, lalu pasien dilakukan tindakan operasi debridement pada tanggal 26 juni 2021.
Riwayat penyakit dahulu	Pasien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit karena sesak nafas	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu
Riwayat penyakit keluarga	Pasien mengatakan keluarga ada yang memiliki penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi	Pasien mengatakan memiliki keluarga yang menderita penyakit Diabetes Melitus
Data psikososial	Pasien mau diajak berkomunikasi dengan perawat, jawaban pasien cenderung pendek. Pasien lebih banyak diam, dan menjawab pertanyaan sambil beberapa kali memejamkan mata dan meringis. pasien mengatakan telah mengetahui tentang penyakitnya namun tidak tahu kalau bisa sampai merusak tubuh seperti ini (luka pada jempol kaki).orientasi pasien baik, pasien mengetahui berada dimana, mengetahui hari dan tanggal. Saat ditanya mengenai istri, ekspresi wajah pasien berubah dan suara menjadi pelan, pasien mengatakan istri pasien di rumah dan tidak bisa ke rumah sakit karna berbahaya. pasien mengatakan ingin segera pulang agar bisa berkumpul dengan keluarga. Pasien menggunakan bahasa indonesia	Pasien dapat berkomunikasi dengan sangat baik dengan perawat, pasien dengan mudah menjawab dan menceritakan awal mula penyakitnya. Pasien sangat paham dengan penyakitnya serta komplikasi yang ditimbulkan dari penyakitnya, pasien tampak tenang, tidak murung ataupun menutup diri. Orientasi pasien baik, pasien mengetahui berada dimana, mengetahui hari dan tanggal. Pasien mengatakan ingin segera pulang agar bisa berkumpul dengan anak dan cucu-cucunya. Pasien menggunakan bahasa indonesia
Data spiritual	Pasien mengatakan sebelum sakit, sering beribadah	Pasien mengatakan sebelum sakit selalu

		beribadah. Pasien mengatakan, saat merasa kesakitan pasien selalu berdzikir untuk mengurangi rasa sakitnya.
--	--	---

<b>Pola Fungsional</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Pola persepsi kesehatan	Pasien mengatakan memahami penyakit yang dideritanya, pasien mengatakan pentingnya kesehatan bagi lansia agar bisa terus bersama keluarganya.	Pasien mengatakan sangat memahami penyakit yang dideritanya. Pasien mengatakan sehat itu penting agar pasien bisa terus bersama anak dan cucu.
Pola nutrisi dan cairan	Pasien mengatakan nafsu makan berkurang selama di rumah sakit	Pasien mengatakan nafsu makan sangat berkurang karena sering mual setelah operasi
Pola eliminasi	Pasien mengatakan sebelum sakit, buang air kecil lancar, urine berwarna kuning gelap. Buang air besar 2 – 3 hari sekali, konsistensi padat agak keras	Pasien mengatakan sebelum sakit, buang air kecil lancar, urine berwarna kuning. Buang air besar 2-3 hari sekali, konsistensi lunak agak padat
Pola aktivitas dan latihan	Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasa beraktivitas sendiri walaupun lambat, semenjak sakit pasien perlu bantuan untuk berpindah	Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasa beraktivitas sendiri walaupun lambat, semenjak sakit pasien perlu bantuan untuk berpindah dan duduk
Pola tidur dan istirahat	Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidur jam 22.00 WITA dan bangun jam 05.30 WITA. Selama di rumah sakit pasien tidak mengalami gangguan tidur.	Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidur jam 21.00 WITA dan bangun jam 05.00 WITA. Selama di rumah sakit pasien tidak mengalami gangguan tidur. Pasien mengatakan dapat tertidur dengan mudah.
Pola persepsi kognitif	Pasien mengatakan mengetahui tentang penyakitnya, konsentrasi pasien baik, daya ingat pasien baik.	Pasien mengatakan sangat mengetahui penyakitnya, konsentrasi pasien baik, daya ingat pasien baik.

Pola persepsi dan konsep diri	Pasien mengatakan tidak cemas akan lukanya, pasien tidak menunjukkan adanya isolasi diri atau kurangnya percaya diri pasien akibat luka dan penyakit yang diderita.	Pasien mengatakan tidak cemas akan lukanya, pasien tidak menunjukkan adanya isolasi diri atau kurangnya percaya diri pasien akibat luka dan penyakit yang diderita.
Pola reproduksi dan seksual	Pasien mengatakan tidak ada perubahan seksual yang terjadi sebelum dan saat sakit.	Pasien mengatakan tidak ada perubahan seksual yang terjadi sebelum dan saat sakit.
Pola mekanisme dan coping	Pasien mengatakan tidak terlalu cemas	Pasien mengatakan sedikit cemas akan lukanya, karena lumayan besar. Namun yakin akan hasil yang baik karena sudah dirawat.
Pola hubungan	Pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga cukup baik	Pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga sangat baik
Pola keyakinan dan spiritual	Pasien beragama Katholik, pasien mengatakan saat sakit seperti ini, pasien selalu berdoa sebelum tidur untuk kesembuhannya.	Pasien beragama Islam, pasien mengatakan bahwa berdzikir dan berdoa saat merasakan sakit dan cemas adalah cara paling tepat bagi pasien untuk mengurangi sakit dan cemas yang dirasakan.

**Tabel 4.2 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Fisik Pasien Dengan Post Debridement di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.**

Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
A. Keadaan umum	sedang	Sedang
B. Kesadaran	Compos mentis GCS : E4 M6 V5	Compos mentis GCS : E4 M6 V5
C. Tanda tanda vital	TD : 122/78 mmHg N : 109x/m S : 36,5°C RR : 21x/m MAP : 93 TB : 160 cm BB : 63 kg	TD : 146/80 mmHg N : 60x/m S : 36,2°C RR : 20x/m MAP : 102 TB : 153cm BB : 45kg
D. Kenyamanan Nyeri	P : pasien mengatakan	P : pasien mengatakan nyeri

	<p>nyeri pada bagian luka pada jempol kakinya. Nyeri berkurang saat imobilisasi pada kaki kanannya.</p> <p>Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk, hilang timbul</p> <p>R : pasien mengatakan nyeri di jempol kaki kanan</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri skala 4</p> <p>T : pasien mengatakan nyeri baru terasa sejak 30 menit lalu, tidak mereda.</p>	<p>pada bagian luka di kakinya. Nyeri berkurang saat imobilisasi, dan tidak tersentuh daerah dekat lukanya.</p> <p>Q : pasien mengatakan nyeri tertusuk-tusuk, hilang timbul</p> <p>R : pasien mengatakan nyeri di kaki kirinya</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri skala 5</p> <p>T : pasien mengatakan nyeri sejak 1 jam lalu, tidak ada mereda.</p>
E. Status Fungsional/ Aktivitas dan Mobilisasi	<p>Pasien mengatakan bisa miring kanan kiri dan duduk tanpa bantuan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengendalikan rangasangan defekasi (BAB) : 2 (mandiri)</li> <li>- Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) : 2 (mandiri)</li> <li>- Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) : 1 (perlu pertolongan dalam pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain)</li> <li>- Makan : 2 (mandiri)</li> <li>- Berubah sikap dari berbaring ke duduk : 3 (mandiri)</li> <li>- Berpindah/berjalan : 2 (berjalan dengan bantuan 1 orang)</li> <li>- Memakai baju : 1 (sebagian dibantu misal mengancing baju)</li> <li>- Naik turun tangga : 0 (tidak mampu)</li> <li>- Mandi : 0 (tergantung orang lain)</li> </ul> <p>Total : 14</p>	<p>Pasien mengatakan bisa miring kanan kiri dan duduk tanpa bantuan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengendalikan rangasangan defekasi (BAB) : 1 (Kadang-kadang terkendali)</li> <li>- Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) : 0 (tak terkendali/pakai kateter)</li> <li>- Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) : 1 (perlu pertolongan dalam pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain)</li> <li>- Makan : 1 (perlu ditolong memotong makanan)</li> <li>- Berubah sikap dari berbaring ke duduk : 1 (perlu banyak bantuan untuk bisa duduk, 2 orang)</li> <li>- Berpindah/berjalan : 1 (bisa berpindah dengan kursi roda)</li> <li>- Memakai baju : 1 (sebagian dibantu misal mengancing baju)</li> <li>- Naik turun tangga : 0 (tidak mampu)</li> <li>- Mandi : 0 (tergantung orang lain)</li> </ul> <p>Total : 6</p>



	Kategori : ketergantungan ringan	Kategori : ketergantungan berat
F. Pemeriksaan kepala dan leher 1. Kepala dan rambut	<b>Inspeksi :</b> - Bentuk kepala oval - Warna rambut hitam beruban - Kulit kepala bersih <b>Palpasi :</b> - Tidak ada benjolan	<b>Inspeksi :</b> - Bentuk kepala oval - Warna rambut hitam beruban - Kulit kepala bersih <b>Palpasi :</b> - Tidak ada benjolan
2. Mata	- Sclera non ikterik, conjungitva tidak anemis, tidak ada edema pada kelopak mata, kornea jernih, pasien dapat melihat dengan jelas kecuali di malam hari.	- Sclera non ikterik, conjungitva tidak anemis, tidak ada edema pada kelopak mata, kornea keruh, pasien tidak dapat melihat dengan jelas, pasien hanya dapat melihat bayangan benda atau orang.
3. Hidung	<b>Inspeksi :</b> - Tulang hidung septum nasi ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada gangguan penciuman, tidak ada hambatan atau secret pada lubang hidung pasien. tidak ada nafas cuping hidung <b>Palpasi :</b> - Tidak ada nyeri tekan	<b>Inspeksi :</b> - Tulang hidung septum nasi ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada gangguan penciuman, tidak ada hambatan atau secret pada lubang hidung pasien. tidak ada nafas cuping hidung. <b>Palpasi :</b> - Tidak ada nyeri tekan
4. Telinga	<b>Inspeksi :</b> - Telinga simetris - Lubang telinga bersih - Pasien dapat mendengar suara gesekan jari. - Tidak dilakukan pemeriksaan dengan cahaya polister	<b>Inspeksi :</b> - Telinga simetris - Lubang telinga bersih - Pasien dapat mendengar suara gesekan jari. - Tidak dilakukan pemeriksaan dengan cahaya polister
5. Mulut dan faring	<b>Inspeksi :</b> - Tidak ada luka pada bibir - Tidak ada sianosis - Mukosa mulut lembab - Warna merah muda - Lidah bersih - Berwarna merah muda - Tidak ada pembengkakan gusi - Tidak ada tanda peradangan orofaring.	<b>Inspeksi :</b> - Tidak ada luka pada bibir - Tidak ada sianosis - Mukosa mulut lembab - Warna merah muda - Lidah bersih - Berwarna merah muda - Tidak ada pembengkakan gusi - Tidak ada tanda peradangan orofaring.

6. Leher	<b>Inspeksi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kelenjar getah bening tidak teraba</li> <li>- Pembesaran kelenjar Tiroid tidak teraba</li> <li>- Posisi trakea berada ditengah</li> <li>- Tidak ada peningkatan JVP</li> </ul>	<b>Inspeksi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kelenjar getah bening tidak teraba</li> <li>- Pembesaran kelenjar Tiroid tidak teraba</li> <li>- Posisi trakea berada ditengah</li> <li>- Tidak ada peningkatan JVP</li> </ul>
G. Pemeriksaan payudara dan ketiak	<b>Inspeksi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Payudara simetris, tidak ada benjolan pada axilla, areola berwarna cokelat.</li> </ul>	<b>Inspeksi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Payudara simetris, tidak ada benjolan pada axilla, areola berwarna cokelat.</li> </ul>
H. Pemeriksaan thorak/dada 1. Pemeriksaan paru-paru	<b>Keluhan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada sesak</li> <li>- Tidak ada nyeri saat bernafas</li> <li>- Batuk produktif</li> <li>- Terdapat secret</li> <li>- Warna bening kekuningan</li> <li>- Konsistensi cair agak padat</li> </ul> <b>Inspeksi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bentuk dada simetris</li> <li>- Frekuensi nafas 21x/m</li> <li>- Irama nafas teratur</li> <li>- Pola pernafasan normal</li> <li>- Tidak ada pernafasan cuping hidung</li> <li>- Tidak ada penggunaan otot bantu nafas</li> </ul> <b>Palpasi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vocal premitus anterior dan posterior dada simetris kanan dan kiri</li> <li>- Ekspansi paru anterior dan posterior dada simetris kanan dan kiri</li> </ul> <b>Perkusi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Redup</li> </ul> <b>Auskultasi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suara nafas ronkhi</li> <li>- Suara ucapan jelas</li> </ul>	<b>Keluhan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tidak ada sesak</li> <li>- tidak ada nyeri saat bernafas</li> <li>- batuk tidak produktif</li> <li>- tidak ada sekret</li> </ul> <b>Inspeksi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bentuk dada simetris</li> <li>- Frekuensi nafas 20x/m</li> <li>- Irama nafas teratur</li> <li>- Pola pernafasan normal</li> <li>- Tidak ada pernafasan cuping hidung</li> <li>- Tidak ada penggunaan otot bantu nafas</li> <li>- Tidak menggunakan alat bantu nafas</li> </ul> <b>Palpasi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vocal premitus anterior dan posterior dada simetris kanan dan kiri</li> <li>- Ekspansi paru anterior dan posterior dada simetris kanan dan kiri</li> </ul> <b>Perkusi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonor</li> </ul> <b>Auskultasi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suara nafas vesikuler</li> <li>- Suara ucapan jelas</li> </ul>
2. Pemeriksaan jantung	<b>Keluhan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada nyeri dada</li> </ul> <b>Inspeksi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictus cordis tidak tampak</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> <li>- Tidak ada jari tabuh</li> </ul>	<b>Keluhan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada nyeri dada</li> </ul> <b>Inspeksi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictus cordis terlihat</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> <li>- Tidak ada jari tabuh</li> </ul> <b>Palpasi :</b>

	<p><b>Palpasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictus cordis teraba di ICS V</li> <li>- Akral teraba hangat</li> </ul> <p><b>Perkusi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batas atas jantung di ICS III linea parasternal kanan sampai linea parasternal kiri</li> <li>- Batas bawah jantung di ICS V, linea parasternal kanan sampai linea axillaris anterior kiri</li> <li>- Batas kanan jantung di ICS III sampai V pada liena parasternal kanan</li> <li>- Batas kiri jantung di ICS III linea parasternal kiri sampai ICS V linea axillaries anterior kiri.</li> </ul> <p><b>Auskultasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BJ II-Aorta : Dub, Reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ II-Pulmonal : Dub, Reguler dan intensitas kuat.</li> <li>- BJ I-Trikuspid : Lub, Reguler dan intensitas kuat.</li> <li>- BJ I-Mitral : Lub, Reguler dan intensitas kuat.</li> <li>- Tidak ada bunyi jantung tambahan</li> <li>- Tidak ada kelainan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictus cordis teraba di ICS V</li> <li>- Akral teraba hangat</li> </ul> <p><b>Perkusi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batas atas jantung di ICS III linea parasternal kanan sampai linea parasternal kiri</li> <li>- Batas bawah jantung di ICS V, linea parasternal kanan sampai linea axillaris anterior kiri</li> <li>- Batas kanan jantung di ICS III sampai V pada liena parasternal kanan</li> <li>- Batas kiri jantung di ICS III linea parasternal kiri sampai ICS V linea axillaries anterior kiri.</li> </ul> <p><b>Auskultasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BJ II-Aorta : Dub, Reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ II-Pulmonal : Dub, Reguler dan intensitas kuat.</li> <li>- BJ I-Trikuspid : Lub, Reguler dan intensitas kuat.</li> <li>- BJ I-Mitral : Lub, Reguler dan intensitas kuat.</li> <li>- Tidak ada bunyi jantung tambahan</li> <li>- Tidak ada kelainan</li> </ul>
I. Pemeriksaan pencernaan dan Nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BB : 63kg</li> <li>- TB : 160cm</li> <li>- IMT : 24,6</li> <li>- Kategori : kelebihan</li> <li>- Tidak ada penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir, asupan makanan tidak berkurang.</li> <li>- Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari terakhir tanggal 16 Juni 2021</li> <li>- Konsistensi lunak</li> <li>- Diet lunak dengan jenis diet Rendah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BB : 45 kg</li> <li>- TB : 153 cm</li> <li>- IMT : 19,2</li> <li>- Kategori : normal</li> <li>- Tidak ada penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir, asupan makanan berkurang.</li> <li>- Pasien mengatakan BAB 2 hari sekali terakhir tanggal 25 Juni 2021</li> <li>- Konsistensi lunak</li> <li>- Diet lunak dengan jenis diet Rendah lemak Tinggi Protein</li> </ul>

	<p>lemak Tinggi Protein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nafsu makan baik, frekuensi makan selama sakit yaitu 3x sehari</li> <li>- Porsi makan tidak habis dengan alasan kebanyakan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nafsu makan baik, frekuensi makan selama sakit yaitu 2x sehari</li> <li>- Porsi makan tidak habis dengan alasan mual.</li> </ul>
J. Pemeriksaan abdomen	<p><b>Inspeksi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bentuk perut cembung</li> <li>- Tidak ada bayangan vena</li> <li>- Tidak ada benjolan/massa</li> <li>- Tidak ada luka operasi pada abdomen</li> </ul> <p><b>Auskultasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peristaltik 9x/m</li> </ul> <p><b>Palpasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak terasa tegang, kembung atau ascites</li> <li>- Tidak ada nyeri tekan</li> <li>- Tidak teraba massa</li> <li>- Tidak ada pembesaran hepar dan ginjal</li> </ul> <p><b>Perkusi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada ascites</li> <li>- Tidak ada nyeri ketuk</li> <li>- Suara abdomen timpang</li> </ul>	<p><b>Inspeksi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bentuk perut datar</li> <li>- Tidak ada bayangan vena</li> <li>- Tidak ada benjolan/massa</li> <li>- Tidak ada luka operasi pada abdomen</li> </ul> <p><b>Auskultasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peristaltik 11x/m</li> </ul> <p><b>Palpasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak terasa tegang, kembung atau ascites</li> <li>- Tidak ada nyeri tekan</li> <li>- Tidak teraba massa</li> <li>- Tidak ada pembesaran hepar dan ginjal</li> </ul> <p><b>Perkusi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada ascites</li> <li>- Tidak ada nyeri ketuk</li> <li>- Suara abdomen timpang</li> </ul>
K. Pemeriksaan persyarafan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tingkat kesadaran Compos Mentis</li> <li>- GCS : E4 M6 V5</li> <li>- Memori : panjang</li> <li>- Perhatian : dapat mengulang</li> <li>- Bahasa : menggunakan bahasa Indonesia, dapat berkomunikasi dengan baik</li> <li>- Kognisi : baik</li> <li>- Orientasi : dapat mengenal orang tempat dan waktu</li> <li>- Saraf sensoris : pasien dapat merasakan nyeri tusuk, merasakan perubahan suhu, dan merasakan sentuhan.</li> <li>- Reflex fisiologis Patella 2 Achilles 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tingkat kesadaran Compos Mentis</li> <li>- GCS : E4 M6 V5</li> <li>- Memori : panjang</li> <li>- Perhatian : dapat mengulang</li> <li>- Bahasa : menggunakan bahasa Indonesia, dapat berkomunikasi dengan baik</li> <li>- Kognisi : baik</li> <li>- Orientasi : dapat mengenal orang tempat dan waktu</li> <li>- Saraf sensoris : pasien dapat merasakan nyeri tusuk, merasakan perubahan suhu, dan merasakan sentuhan.</li> <li>- Reflex fisiologis Patella 2 Achilles 2</li> </ul>

	<p>Bisep 2 Tricep 2 Brakioradialis 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada reflex patologis</li> <li>- Tidak ada keluhan pusing</li> <li>- Pasien mengatakan istirahat tidur selama lebih +/- 7-8 jam sehari</li> <li>- Pasien mengatakan terkadang terbangun untuk buang air kecil di malam hari tapi tidak mengganggu tidurnya</li> <li>- Pemeriksaan saraf kranial N1 = pasien tidak mengalami gangguan penciuman N2 = pasien mengatakan tidak ada gangguan penglihatan N3 = tidak ada gangguan pada respon pupil N4 = tidak ada gangguan pada gerakan bola mata N5 = tidak ada gangguan gerakan rahang N6 = tidak ada gangguan pada gerakan mata N7 = tidak ada gangguan pada gerakan otot wajah N8 = tidak ada gangguan keseimbangan N9 = tidak ada gangguan reflex muntah N10 = tidak ada gangguan menelan N11 = tidak ada gangguan pada gerakan leher N12 = tidak ada gangguan pada gerak otot.</li> </ul>	<p>Bisep 2 Tricep 2 Brakioradialis 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada reflex patologis</li> <li>- Tidak ada keluhan pusing</li> <li>- Pasien mengatakan istirahat tidur selama lebih +/- 7-8 jam sehari</li> <li>- Pasien mengatakan terkadang terbangun untuk buang air kecil di malam hari tapi tidak mengganggu tidurnya</li> <li>- Pemeriksaan saraf kranial N1 = pasien tidak mengalami gangguan penciuman N2 = pasien mengatakan ada gangguan penglihatan N3 = tidak ada gangguan pada respon pupil N4 = tidak ada gangguan pada gerakan bola mata N5 = tidak ada gangguan gerakan rahang N6 = tidak ada gangguan pada gerakan mata N7 = tidak ada gangguan pada gerakan otot wajah N8 = tidak ada gangguan keseimbangan N9 = tidak ada gangguan reflex muntah N10 = tidak ada gangguan menelan N11 = tidak ada gangguan pada gerakan leher N12 = tidak ada gangguan pada gerak lidah.</li> </ul>
--	--	---

L. Sistem perkemihan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebersihan baik</li> <li>- Keluhan kencing poliuri</li> <li>- Kemampuan berkemih, dengan alat bantu Jenis : kateter folley Ukuran : 20 Hari ke : 2</li> <li>- Produksi urin 1200ml/hari</li> <li>- Warna kekuningan</li> <li>- Bau amonia</li> <li>- Kandung kemih tidak membesar, tidak ada nyeri tekan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebersihan baik</li> <li>- Keluhan kencing poliuri</li> <li>- Kemampuan berkemih, dengan alat bantu : pampers</li> <li>- Produksi urin 1000ml/hari</li> <li>- Warna kekuningan</li> <li>- Bau amonia</li> <li>- Kandung kemih tidak membesar, tidak ada nyeri tekan</li> </ul>
M. Pemeriksaan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pergerakan sendi bebas</li> <li>- Kekuatan otot : <ul style="list-style-type: none"> <li>4   4</li> <li>--- ---</li> <li>3   3</li> </ul> </li> <li>- Tidak ada kelainan ekstremitas</li> <li>- Tidak ada kelainan tulang belakang</li> <li>- Tidak ada fraktur</li> <li>- Tidak ada traksi/spalk/gips</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pergerakan sendi bebas</li> <li>- Kekuatan otot : <ul style="list-style-type: none"> <li>4   4</li> <li>--- ---</li> <li>3   3</li> </ul> </li> <li>- Tidak ada kelainan ekstremitas</li> <li>- Tidak ada kelainan tulang belakang</li> <li>- Tidak ada fraktur</li> <li>- Tidak ada traksi/spalk/gips</li> </ul>
N. Pemeriksaan integument	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kompartemen sindrom</li> <li>- Turgor kulit baik</li> <li>- Terdapat luka <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luas luka : 3cm</li> <li>• Derajat luka : 2</li> <li>• Warna dasar luka : merah</li> <li>• Goa : tidak ada</li> <li>• Tipe eksudat/cairan luka : kental berwarna kekuningan</li> <li>• Warna kulit sekitar luka : merah muda</li> <li>• Tidak ada edema sekitar luka</li> <li>• Tidak ada tanda infeksi</li> </ul> </li> <li>- Tidak ada edema ekstremitas</li> <li>- Tidak ada ekskoriasis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kompartemen sindrom</li> <li>- Turgor kulit menurun</li> <li>- Terdapat luka <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luas luka : 4cm</li> <li>• Derajat luka : 3</li> <li>• Warna dasar luka : merah</li> <li>• Goa : ada, 3cm</li> <li>• Tipe eksudat/cairan luka : kental berwarna kekuningan</li> <li>• Warna kulit sekitar luka : merah muda</li> <li>• Tidak ada edema sekitar luka</li> <li>• Tidak ada tanda infeksi</li> </ul> </li> <li>- Tidak ada edema ekstremitas</li> <li>- Tidak ada ekskoriasis</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada psoriasis</li> <li>- Tidak ada urtikaria</li> <li>- Penilaian resiko decubitus : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persepsi sensori : tidak ada gangguan (4)</li> <li>• Kelembaban : jarang basah (4)</li> <li>• Aktivitas : kadang kadang jalan (3)</li> <li>• Imobilisasi : tidak ada keterbatasan (4)</li> <li>• Nutrisi : adekuat (3)</li> <li>• Gesekan dan pergeseran : tidak menimbulkan masalah (3)</li> </ul> </li> </ul> <p>Total : 21 Kategori pasien low risk</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada psoriasis</li> <li>- Tidak ada urtikaria</li> <li>- Penilaian resiko decubitus : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persepsi sensori : sangat terbatas (2)</li> <li>• Kelembaban : kadang-kadang basah (3)</li> <li>• Aktivitas : bedfast (1)</li> <li>• Mobilisasi : Keterbatasan ringan (3)</li> <li>• Nutrisi : kemungkinan tidak adekuat (2)</li> <li>• Gesekan dan pergeseran : tidak bermasalah (3)</li> </ul> </li> </ul> <p>Total : 14 Kategori pasien : moderate risk</p>
O. Pemeriksaan sistem endokrin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid</li> <li>- Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</li> <li>- Pasien mengalami trias DM</li> <li>- Hiperglikemia dengan GDP : 239 mg/dL</li> <li>- Kondisi kaki DM : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka ganggren : iya</li> <li>• Warna luka : merah</li> <li>• Lama luka : 1 hari</li> <li>• Luas luka : 3cm</li> <li>• Kedalaman : 0.5 cm</li> <li>• Kulit kaki : normal</li> <li>• Kuku kaki : bersih</li> <li>• Telapak kaki : bersih</li> <li>• Jari kaki : terdapat luka pada digit 1 kanan</li> <li>• Infeksi : tidak</li> <li>• Riwayat luka sebelumnya : tidak ada</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid</li> <li>- Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</li> <li>- Pasien mengalami trias DM</li> <li>- Hiperglikemia dengan GDP : 148 mg/dL</li> <li>- Kondisi kaki DM : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka ganggren : iya</li> <li>• Warna luka : merah</li> <li>• Lama luka : 1 hari</li> <li>• Luas luka : 10 cm</li> <li>• Kedalaman : 1 cm</li> <li>• Kulit kaki : pucat</li> <li>• Kuku kaki : bersih</li> <li>• Telapak kaki : terdapat luka</li> <li>• Jari kaki : terdapat luka pada digit 1 kiri</li> <li>• Infeksi : tidak</li> <li>• Riwayat luka sebelumnya : tidak ada</li> </ul> </li> </ul>
P. Keamanan lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir : tidak (0)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir : tidak (0)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa : ya (15)</li> <li>- Menggunakan alat bantu : berpegangan pada benda sekitar (30)</li> <li>- Menggunakan IV dan kateter : ya (20)</li> <li>- Kemampuan berjalan : lemah (0)</li> <li>- Status mental : orientasi sesuai kemampuan diri (0)</li> </ul> <p>total skor : 65 kategori : risiko</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa : ya (15)</li> <li>- Menggunakan alat bantu : bedrest/dibantu perawat (0)</li> <li>- Menggunakan IV dan kateter : ya (20)</li> <li>- Kemampuan berjalan : bedrest/imobilisasi(0)</li> <li>- Status mental : orientasi sesuai kemampuan diri (0)</li> </ul> <p>total skor : 35 kategori : sedang</p>
Q. Pengkajian psikososial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persepsi klien terhadap penyakitnya : cobaan tuhan</li> <li>- Ekspresi klien terhadap penyakitnya : gelisah</li> <li>- Reaksi saat interaksi : kooperatif</li> <li>- Gangguan konsep diri : tidak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persepsi klien terhadap penyakitnya : cobaan tuhan</li> <li>- Ekspresi klien terhadap penyakitnya : gelisah</li> <li>- Reaksi saat interaksi : kooperatif</li> <li>- Gangguan konsep diri : tidak</li> </ul>
R. Personal hygiene dan kebiasaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sebelum sakit mandi 2 kali sehari</li> <li>- Pasien mengatakan keramas setiap mandi</li> <li>- Pasien mengatakan memotong kuku 2 minggu sekali</li> <li>- Pasien mengatakan mengganti pakaian tiap habis mandi</li> <li>- Pasien mengatakan sikat gigi 2 kali sehari sehabis mandi</li> <li>- Pasien mengatakan tidak mengonsumsi alcohol</li> <li>- Pasien mengatakan dulu pernah merokok sekarang sudah tidak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sebelum sakit mandi 2 kali sehari</li> <li>- Pasien mengatakan keramas 3 hari sekali</li> <li>- Pasien mengatakan memotong kuku 1 minggu sekali</li> <li>- Pasien mengatakan mengganti pakaian tiap habis mandi</li> <li>- Pasien mengatakan sikat gigi 2 kali sehari sehabis mandi</li> <li>- Pasien mengatakan tidak mengonsumsi alcohol</li> <li>- Pasien mengatakan tidak pernah merokok</li> </ul>
S. Pengkajian spiritual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sebelum sakit sering beribadah</li> <li>- Pasien mengatakan selama sakit hanya kadang kadang, lebih banyak berdoa saja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sebelum sakit sering beribadah</li> <li>- Pasien mengatakan semenjak masih bisa beribadah, namun pasien memperbanyak</li> </ul>



		doa dan dzikir.
--	--	-----------------

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan kenyamanan dan nyeri pada klien 1 didapatn nyeri pada kaki kanan yang di operasi jika digerakkan, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri 4, nyeri terasa saat digerakkan dan hilang saat diistirahatkan. Sedangkan pada klien 2 didapatkan nyeri pada kaki kiri yang dioperasi, nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri 5, nyeri terasa saat digerakkan dan hilang saat diistirahatkan.

Pada pemeriksaan status fungsional dan aktivitas dan mobilisasi yang menggunakan *barthel indeks* didapatkan pada Pasien 1 total skor sebanyak 14 (ketergantungan sedang) sedangkan pada Pasien 2 total sebanyak 6 (ketergantungan berat).

Pada pemeriksaan *muskuloskeletal* dan *integument* pada pasien 1 pemeriksaan tangan kanan, dan tangan kiri didapatkan kekuatan otot 5, sedangkan pada kaki kanan dan kiri didapatkan kekuatan otot 4. Terdapat luka post operasi *debridement* di kaki kanan digit 1. Dengan panjang luka +/- 5cm, lebar +/- 3cm, kedalaman luka +/- 0,5cm. warna dasar luka merah, terdapat slough pada luka, tidak ada bau yang menyengat. Sedangkan pada pasien 2 pemeriksaan tangan kanan dan kiri didapatkan kekuatan otot 5, sedangkan kaki kanan dan kiri

didapatkan kekuatan otot 4. Terdapat luka *post operasi debridement* di kaki kiri dari digit 1 hingga telapak kaki. Dengan panjang luka +/- 15cm, lebar luka +/-4cm, dan kedalaman luka +/-1cm. warna dasar luka yaitu merah, terdapat slough pada luka, tidak ada bau menyengat pada luka.

Pemeriksaan sistem endokrin pada pasien 1 didapatkan adanya trias DM dan hiperglikemia dengan GDP : 239 mg/dL. Kondisi kaki DM terdapat ganggren dengan jenis luka abses pedis *post debridement*. Lama luka 1 hari, warna luka merah, luas luka luka +/- 5cm, lebar +/- 3cm, kedalaman luka +/- 0,5cm. tidak ada riwayat amputasi sebelumnya. Sedangkan pada pasien 2 didapatkan adanya trias DM dan hiperglikemia dengan GDP : 148 mg/dL. Kondisi kaki DM terdapat luka gangrene dengan jenis luka ulkus gangren *post debridement*. Lama luka 1 hari, warna luka merah, luas luka +/- 15cm, lebar luka +/-4cm, dan kedalaman luka +/-1cm. tidak ada riwayat amputasi sebelumnya.

Pemeriksaan keamanan lingkungan dengan skala morse pada pasien 1 didapatkan total skor yaitu 65 (risiko), sedangkan pasien 2 didapatkan total skor yaitu 35 (sedang).

Pengkajian psikososial pada pasien 1 persepsi pasien terhadap penyakit yaitu cobaan dari tuhan,ekspresi kilen terhadap penyakit tengang dan reaksi saat interaksi kooperatif, sedangkan pasien 2 persepsi kilen terhadap penyakit yaitu cobaan dari tuhan,ekspresi kilen

terhadap penyakit gelisah dan reaksi saat interaksi kooperatif.

**Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien 1 dan Pasien 2**

<b>Pemeriksaan Penunjang</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Pemeriksaan laboratorium	<b>16 Juni 2021 (06.15)</b> - GDP : 239 mg/dL <b>17 Juni 2021 (06.10)</b> - Hb : 10,1 g/dL - Leukosit : 12,3 $10^3/uL$ - Eritrosit : 4,34 $10^6/uL$ - Hematokrit : 32,7 % - MCV : 82 fL - Basophil : 1 - Neutrofil : 72% - Limfosit : 17,3% - GDP : 211 mg/dL	<b>26 Juni 2021 (06.30)</b> - GDP : 148 mg/dL <b>27 Juni 2021 (06.41)</b> - Hb :8,6 g/dL - Leukosit : 19,2 $10^3/uL$ - Eritrosit : 3,21 $10^6/uL$ - Hematocrit :25,7% - MCV : 80 fL - RDW-CV : 14,7 % - Neutrofil : 77% - Limfosit : 13,3% - GDP :113 mg/dL <b>28 Juni 2021 (06.16)</b> - Hb :8,6 g/dL - Leukosit : 19,2 $10^3/uL$ - Eritrosit : 3.70 $10^6/uL$ - Hematocrit :29,7% - MCV : 80,3 fL - RDW-CV : 14,7 % - Eosinophil : 4,1% - Neutrofil : 72,5% - Limfosit : 16,0% - GDP :139 mg/dL <b>29 Juni 2021 (06.30)</b> - GDP : 177 mg/dL

**Tabel 4.4 Obat Yang Diterima Pasien 1 dan Pasien 2**

<b>Penatalaksanaan Terapi</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Obat-Obatan	- NaCl 0,9% 15 tpm - NaCl 3% 21cc/jam - Ketorolac 3x1 amp - Metronidazole 3x500 tab - Ceftriaxone 2x1 gr - Sansulin 12 unit	- Transfusi 1 unit 200cc golongan darah O (27 Juni 2021, 17.30) - NR : 3x6 Unit - Sansulin : 12 Unit - NaCl 0,9% 1000 cc/24 jam - Ceftriaxone 2x1gr IV - Metronidazole 3x500mg IV - Meloxicam : 2x7,5mg - Omeprazole : 1x1 amp

**Tabel 4.4 Data Fokus Pada Pasien 1 dan Pasien 2 Dengan Post Debridement di RSUD dr.kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021**

Pasien 1	Pasien 2
<p><b>DS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pasien mengatakan sedikit sesak nafas, dan merasakan ada dahak</li> <li>pasien mengatakan terdapat luka post operasi debridement di jempol kaki kanannya</li> <li>pasien mengatakan nyeri pada lukanya P : luka post operasi Q : nyeri seperti tertusuk tusuk, hilang timbul. Nyeri mereda jika tidak menggerakkan kakinya. R : kaki digit 1 dextra, nyeri tidak menyebar S : nyeri skala 4 T : nyeri mulai 30 menit lalu.</li> <li>Pasien mengatakan berpindah dibantu 1 orang atau berpegangan benda sekitar</li> <li>Pasien mengatakan tidak ada demam</li> </ol> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pasien tampak meringis</li> <li>pasien tampak protektif jika daerah sekitar luka disentuh</li> <li>bunyi nafas ronkhi</li> <li>batuk tidak efektif</li> <li>terdapat luka post operasi debridement di digit 1 kaki dextra pasien, dengan panjang luka 3cm lebar 2cm dan dalam luka 0,5cm</li> <li>kulit di sekitar luka tampak kemerahan</li> <li>warna dasar luka : merah</li> <li>terdapat darah pada luka</li> <li>terdapat slough pada luka</li> <li>TD : 122/78 mmHg N : 109x/m S : 36,5°C RR : 21x/m</li> <li>Penilaian resiko jatuh dengan skala morse : skor 65 (risiko)</li> </ol>	<p><b>DS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nyeri di lukanya P : luka post operasi debridement Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk tusuk, luka mereda jika pasien tidak menggerakkan kakinya R : kaki digit 1 dan telapak kaki sinistra S : skala 5 T : pasien mengatakan nyeri sudah +/- 45 menit yang lalu</li> <li>Pasien mengatakan hanya bisa melihat bayangan orang</li> <li>Pasien mengatakan nyeri pada lukanya</li> <li>Pasien mengatakan merasa mual sejak 30 menit lalu</li> <li>Pasien mengatakan merasa ingin muntah</li> <li>Pasien mengatakan tidak ingin makan</li> <li>Pasien mengatakan perlu bantuan untuk duduk dan berpindah</li> </ol> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak meringis</li> <li>Pasien tampak protektif saat daerah sekitar luka disentuh</li> <li>Pasien tampak gelisah</li> <li>Pasien tampak lemah</li> <li>Terdapat luka di kaki kiri dari digit 1 sampai telapak kaki pasien, Dengan panjang 15cm lebar terbesar 4cm, kedalaman luka 1cm</li> <li>Kulit sekitar luka tampak kemerahan</li> <li>Warna dasar luka : merah</li> <li>Teradapat darah dan slough pada luka</li> <li>Pasien tidak menghabiskan 1 porsi makanannya</li> <li>TD : 140/80 mmHg N : 60x/m RR : 20x/m S : 36,2°C</li> <li>Penilaian resiko jatuh dengan skala morse : skor 35 (sedang)</li> </ol>

## b. Analisa data

**Table 4.5 Analisa data Keperawatan Pasien dengan Post Debridement di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021**

No.	Analisa Data	Etiologi	Masalah
<b>Pasien 1 Post Operasi debridement</b>			
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di lukanya</li> <li>P : luka post operasi debridement</li> <li>Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul. Nyeri mereda jika pasien tidak menggerakkan kakinya (imobilisasi)</li> <li>R : luka di digit 1 dextra, nyeri tidak menyebar</li> <li>S : nyeri skala 4</li> <li>T : nyeri sejak +/- 30 menit lalu</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak protektif jika daerah sekitar luka disentuh</li> </ul>	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri Akut
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa sedikit sesak dan merasakan ada dahak</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada otot bantu nafas</li> <li>- Bunyi nafas ronkhi</li> <li>- Batuk tidak efektif</li> <li>- Sputum berlebih</li> <li>- TD : 122/78 mmHg</li> <li>N : 109x/m</li> <li>S : 36,5°C</li> <li>RR : 22x/m</li> </ul>	Efek agen farmakologis (anastesi)	Bersihan jalan nafas tidak efektif
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah menjalani operasi untuk luka di kakinya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi debridement di digit 1 kaki dextra pasien</li> </ul>	Faktor Elektris (elektrodiatermi)	Gangguan integritas kulit

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luas luka +/- 3cm, dalam luka 0,5cm</li> <li>- Terdapat darah pada luka</li> <li>- Terdapat slough pada luka</li> </ul>		
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka di kakinya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit disekitar luka berwarna merah</li> <li>- Dasar luka berwarna merah</li> <li>- Terdapat slough pada luka</li> <li>- TD : 122/78 mmHg</li> <li>N : 109x/m</li> <li>S : 36,5°C</li> <li>RR : 22x/m</li> </ul>	Efek Prosedur Invasif	Risiko Infeksi
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan butuh bantuan untuk berpindah atau dengan memegang benda sekitar</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penilaian resiko jatuh dengan skala morse : skor 65 (risiko)</li> </ul>	Kekuatan Otot Menurun	Risiko jatuh
<b>Pasien 2 Post Operasi debridement</b>			
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada lukanya</li> <li>P : luka post operasi debridement</li> <li>Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul</li> <li>R : nyeri di luka digit 1 – telapak kaki sinistra</li> <li>S : nyeri skala 5</li> <li>T : nyeri sejak +/- 1 jam yang lalu</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak protektif saat daerah sekitar luka disentuh</li> <li>- TD : 146/80 mmHg</li> <li>N : 60x/m</li> <li>S : 36,2°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul>	Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi)	Nyeri Akut
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa mual setelah operasi</li> <li>- Pasien mengatakan merasa ingin muntah</li> </ul>	Efek Agen Farmakologis (Mis. Anastesi)	Nausea

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak ingin makan</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tidak menghabiskan 1 porsi makannya</li> </ul>		
3.	DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi debridement di digit 1 sampai telapak kaki sinistra</li> <li>- Panjang luka +/- 15cm</li> <li>- Lebar luka +/- 4cm</li> <li>- Kedalaman luka +/- 1cm</li> <li>- Kulit sekitar luka kemerahan</li> <li>- Warna dasar luka merah</li> <li>- Terdapat slough pada luka</li> </ul>	Faktor elektrik (Elektrodiatermi)	Gangguan Integritas Kulit
4.	DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada lukanya</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit disekitar luka tampak merah</li> <li>- Terdapat slough pada luka</li> <li>- TD : 146/80 mmHg</li> <li>- N : 60x/m</li> <li>- S : 36,2°C</li> <li>- RR : 20x/m</li> </ul>	Efek Prosedur Invasif	Resiko Infeksi
5.	DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan hanya dapat melihat bayangan orang dan benda</li> <li>- Pasien mengatakan perlu bantuan untuk duduk</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penilaian resiko jatuh dengan skala morse : skor 35 (Moderate Risk)</li> </ul>	Gangguan Penglihatan (Glaukoma)	Resiko jatuh

## c. Diagnosa keperawatan

**Tabel 4.6 Diagnosa Keperawatan Pada Pasien 1 dan 2 dengan Post Debridement di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan**

No.	Pasien 1		Pasien 2	
	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi) (D.0077)	17 Juni 2021	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi) (D.0077)	26 Juni 2021
2.	Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d Efek Agen Farmakologis (Anestesi) (D.0001)	17 Juni 2021	Nausea b.d Efek Agen Farmakologis (mis. Anestesi) (D.0076)	26 Juni 2021
3.	Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (Elektrodiatermi) (D.0129)	17 Juni 2021	Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (Elektrodiatermi) (D.0129)	26 Juni 2021
4.	Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)	17 Juni 2021	Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)	26 Juni 2021
5.	Resiko Jatuh d.d Kekuatan Otot Menurun (D.0143)	17 Juni 2021	Resiko Jatuh d.d Gangguan Penglihatan (Glaukoma) (D.0143)	26 Juni 2021

Berdasarkan table 4.6 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada pasien 1 dan 2 post operasi debridement, pada pasien 1 ditemukan sebanyak 5 diagnosa keperawatan di tanggal 17 Juni 2021. Sedangkan pada pasien 2 ditemukan sebanyak 5 diagnosa keperawatan di tanggal 26 Juni 2021.



## d. Perencanaan

**Tabel 4.7 Perencanaan pada Pasien 1 dan Pasien 2 dengan Post Operasi Debridement di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan**

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
<b>Pasien 1 post operasi debridement</b>			
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi) (D.0077)	<p><b>L: Tingkat Nyeri (L.08066)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri cukup menurun</li> <li>b. Meringis cukup menurun</li> <li>c. Sikap protektif cukup menurun</li> </ul>	<p><b>I : Manajemen Nyeri (I.08238)</b> <b>Observasi</b> 1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 1.2. Identifikasi skala nyeri 1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal <b>Terapeutik</b> 1.4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Kompres dingin) <b>Edukasi</b> 1.5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri <b>Kolaborasi</b> 1.6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	Bersihkan jalan nafas b.d efek agen farmakologis (anastesi) (D.0001)	<p><b>L: Bersihkan jalan nafas (L.01001)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x4 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Produksi sputum cukup menurun</li> <li>b. Batuk efektif cukup meningkat</li> </ul>	<p><b>I : Pemantauan respirasi (I.01014)</b> <b>Observasi</b> 2.1. Monitor adanya produksi sputum 2.2. Auskultasi bunyi napas <b>I : Latihan batuk efektif (I.01006)</b> <b>Observasi</b> 2.3. Identifikasi kemampuan batuk <b>Terapeutik</b> 2.4. Atur posisi semi-fowler atau fowler 2.5. Pasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien</p>

			<p>2.6. Buang sekret pada tempat sputum</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>2.7. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif</p> <p>2.8. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik dan kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu selama 8 detik</p> <p>2.9. Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam 3 kali</p> <p>2.10. Anjurkn batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>2.11. Kolaborasi pemberian mukolitik, jika perlu</p>
3.	Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (Elektrodiatermi) (D.0129)	<p><b>L : Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x4 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kerusakan jaringan cukup menurun</li> <li>Kerusakan lapisan kulit cukup menurun</li> <li>Nyeri cukup menurun</li> </ol>	<p><b>I : Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>3.1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>3.2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>3.4. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan</p> <p>3.5. Berikan salep yang sesuai, jika perlu</p> <p>3.6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3.7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>3.8. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
4.	Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p><b>L: Tingkat infeksi (L.14137)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan</p>	<p><b>I : Pencegahan infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>4.1. Monitor tanda dan</p>

		selama 3x4 jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil : a. Kemerahan cukup menurun b. Nyeri cukup menurun	gejala infeksi local dan sistemik <b>Terapeutik</b> 4.2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <b>Edukasi</b> 4.3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <b>Kolaborasi</b> 4.4. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi
5.	Resiko jatuh d.d kekuatan otot menurun (D.0143)	<b>L: Tingkat jatuh (L.14138)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil : a. Jatuh dari tempat tidur menurun b. Jatuh saat berdiri menurun c. Jatuh saat berjalan menurun	<b>I: Pencegahan jatuh (I.14540)</b> <b>Observasi</b> 5.1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia>65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, deficit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, nepropati) <b>Terapeutik</b> 5.2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci 5.3. Pasang handrail tempat tidur 5.4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5.5. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <b>Edukasi</b> 5.6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
<b>Pasien 2 post operasi debridement</b>			
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi) (D.0077)	<b>L: Tingkat Nyeri (L.08066)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4jam diharapkan tingkat nyeri menurun	<b>I : Manajemen Nyeri (I.08238)</b> <b>Observasi</b> 1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri

		<p>dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri cukup menurun</li> <li>Meringis cukup menurun</li> <li>Sikap protektif cukup menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Kompres dingin)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
2.	Nausea b.d efek agen farmakologis (anestesi) (D.0076)	<p><b>L: Tingkat nausea (L.08065)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x4 jam diharapkan tingkat nausea menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan mual menurun</li> <li>Perasaan ingin muntah menurun</li> <li>Nafsu makan meningkat</li> </ol>	<p><b>I : Manajemen Mual (I.03117)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi faktor penyebab mual (mis.pengobatan/prosedur)</li> <li>Monitor mual (mis.frekuensi, durasi dan tingkat keparahan)</li> <li>Berikan makanan dingin, cairan bening, jika perlu</li> <li>Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. Relaksasi)</li> <li>Kolaborasi antiemetic, jika perlu</li> </ol>
3.	Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (Elektrodiatermi) (D.0129)	<p><b>L : Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x4 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kerusakan jaringan cukup menurun</li> <li>Kerusakan</li> </ol>	<p><b>I : Perawatan Luka (I.14564)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai</li> </ol>

		<p>lapisan kulit cukup menurun</p> <p>c. Nyeri cukup menurun</p>	<p>kebutuhan</p> <p>3.5. Berikan salep yang sesuai, jika perlu</p> <p>3.6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3.7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>3.8. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
4.	Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p><b>L: Tingkat infeksi (L.14137)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x4 jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Kemerahan cukup menurun</p> <p>b. Nyeri cukup menurun</p>	<p><b>I : Pencegahan infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>4.2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>4.3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.4. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi</p>
5.	Resiko jatuh d.d kekuatan otot menurun (D.0143)	<p><b>L: Tingkat jatuh (L.14138)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Jatuh dari tempat tidur menurun</p> <p>b. Jatuh saat berdiri menurun</p> <p>c. Jatuh saat berjalan menurun</p>	<p><b>I: Pencegahan jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>5.1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, deficit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, nepropati)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>5.2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>5.3. Pasang handrail tempat tidur</p> <p>5.4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.5. Dekatkan bel</p>

			<p>pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5.6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
--	--	--	---

e. Pelaksanaan tindakan keperawatan

**Tabel 4.8 Implementasi keperawatan pasien 1 dengan post debridement di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo**

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
<b>Pasien 1</b>		
17/06/2021 (13.00)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>1.2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>2.1. Monitor adanya produksi sputum</li> <li>2.2. Auskultasi bunyi nafas</li> <li>2.3. Identifikasi kemampuan batuk</li> <li>3.1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>3.2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>5.1. Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>5.2. Memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci</li> <li>5.3. Memasang handrail tempat tidur</li> <li>5.4. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> </ol>	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien mengatakan belum ada nyeri pada kaki kanannya</li> <li>2) Pasien mengatakan sedikit sesak</li> <li>3) Pasien mengatakan merasakan ada dahak</li> <li>4) Pasien mengatakan tidak ada demam</li> <li>5) Pasien mengatakan dapat menjangkau bel pemanggil</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tidak ada bau yang menyengat pada luka</li> <li>2) Tidak ada rembes pada luka</li> <li>3) Tidak ada drainase</li> <li>4) Tidak ada pembengkakan</li> <li>5) Bunyi nafas ronkhi</li> <li>6) Pasien dapat melakukan batuk, tidak ada nyeri saat batuk</li> <li>7) Penilaian resiko jatuh dengan skala morse : skor 65 (risiko)</li> <li>8) Handrail kasur terpasang</li> <li>9) Roda pada tempat tidur pasien terkunci</li> <li>1) Pasien dapat menjangkau bel pemanggil</li> </ol>

(14.40)	<p>1.1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.6 Melakukan kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>4.2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>	<p>DS :</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya P : nyeri pada luka operasi Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul R : nyeri pada luka operasi di kaki kanan S : skala nyeri 4 T : nyeri dirasakan terus menerus.</p> <p>DO :</p> <p>1) Pasien tampak meringis 2) Pasien tampak gelisah 3) Pasien tampak protektif terhadap lukanya 4) Pasien telah diberikan analgetik ketorolac IV</p>
(15.00)	<p>1.4. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (mis.kompres dingin)</p> <p>1.5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Melakukan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>2.4. Mengatur posisi semi fowler</p> <p>2.7. Menjelaskan tujuan batuk</p> <p>2.5. Memasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien</p> <p>2.8. Menganjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik dan kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu selama 8 detik</p> <p>2.9. Menganjurkan mengulangi tarik nafas dalam selama 3 kali</p> <p>2.10. Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3</p> <p>2.6. Membuang sekret pada tempat sputum</p>	<p>DS :</p> <p>1) Pasien dan keluarga mengatakan memahami cara melakukan kompres dingin</p> <p>2) Pasien mengatakan memahami teknik batuk efektif yang diberikan perawat</p> <p>3) Pasien mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi</p> <p>4) Pasien mengatakan memahami anjuran perawat untuk meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>5) Pasien mengatakan paham dengan anjuran perawat untuk memanggil perawat jika butuh bantuan.</p> <p>DO :</p> <p>1) Pasien dapat mengulangi langkah langkah kompres dingin yang diberikan perawat</p> <p>2) Pasien tampak menyimak pembahasan dan langkah-langkah teknik nafas dalam yang diberikan</p>

	<p>4.3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.4. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>5.5. Mengajukan memanggil perawat jika butuh bantuan</p>	<p>3) Pasien dapat mengeluarkan sekret dengan teknik batuk efektif</p> <p>4) Pasien dapat mengulang apa saja tanda dan gejala infeksi</p> <p>5) Pasien tampak paham dengan anjuran yang diberikan perawat</p> <p>6) Pasien tampak lebih tenang</p> <p>7) TD : 122/78 mmHg N : 109x/m S : 36,5°C RR : 22x/m</p>
18/06/2021 (09.00)	<p>1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>2.1. Monitor adanya produksi sputum</p> <p>2.2. Auskultasi bunyi nafas</p> <p>2.3. Identifikasi kemampuan batuk</p> <p>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>4.2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5.2 Memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci</p> <p>5.3 Memasang handrail tempat tidur</p> <p>5.4 Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>5.5 Mengajukan memanggil perawat jika butuh bantuan untuk berpindah</p>	<p>DS :</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah mulai berkurang dibandingkan kemarin P : nyeri akibat luka post operasi di kaki sebelah kanan Q : nyeri seperti tertusuk tusuk R : nyeri dirasakan pasien di daerah luka saja, di kaki kanan, tidak menjalar ke bagian lain S : skala nyeri 3 T : nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>2) Pasien mengatakan sesak sudah berkurang namun masih merasakan dahak</p> <p>3) Pasien mengatakan tidak ada demam sejak kemarin</p> <p>DO :</p> <p>1) Pasien tampak meringis sesekali</p> <p>2) Pasien tampak gelisah</p> <p>3) Pasien tampak protektif terhadap lukanya</p> <p>4) Terdapat rembes pada balutan di ujung jari digit 1 kaki kanan pasien</p> <p>5) Tidak ada bau menyengat pada luka</p> <p>6) Tidak ada edema</p>



(11.30)	<p>3.1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran dan bau)</p> <p>3.2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>3.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>3.4. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan</p> <p>3.5. Berikan salep yang sesuai jikaperlu</p> <p>3.6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</p>	<p>ekstremitas</p> <p>7) TD : 130/80 mmHg N : 90x/m S : 36,2°C RR : 20x/m</p> <p>8) Roda tempat tidur terkunci</p> <p>9) Handrail terpasang</p> <p>10) Bel pemanggil dapat dijangkau pasien</p> <p>DS:</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri pada lukanya mulai berkurang</p> <p>2) Pasien mengatakan tidak ada demam</p> <p>DO :</p> <p>1) Luka berwarna merah</p> <p>2) Terdapat slough pada luka</p> <p>3) Tidak ada pembengkakan</p> <p>4) Tidak ada pes</p> <p>5) Tidak ada bau menyengat pada luka</p> <p>6) Tidak ada jaringan nekrotik</p>
(12.10)	<p>1.4. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (mis.kompres dingin)</p> <p>1.5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>1.6. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>2.4. Mengatur posisi semi fowler</p> <p>2.7. Menjelaskan tujuan batuk</p> <p>2.5. Memasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien</p> <p>2.8. Mengajarkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik dan kemudian keluarkan dari</p>	<p>DS :</p> <p>1) Pasien mengatakan memahami teknik nafas dalam yang diberikan</p> <p>2) Pasien mengatakan nafasnya sudah tidak sesak</p> <p>3) Pasien mengatakan tujuan dilakukannya teknik nafas dalam</p> <p>4) Pasien mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi</p> <p>5) Pasien mengatakan akan meningkatkan asupan nutrisinya</p> <p>DO :</p> <p>1) Pasien tampak lebih tenang</p>

	<p>mulut dengan bibir mencucu selama 8 detik</p> <p>2.9. Menganjurkan mengulangi tarik nafas dalam selama 3 kali</p> <p>2.10. Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3</p> <p>2.6. Membuang sekret pada tempat sputum</p> <p>4.3. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>5.6. Menganjurkan memanggil perawat jika butuh bantuan</p>	<p>2) Pasien meringis sesekali</p> <p>3) Pasien bisa menghabiskan seluruh porsi makanannya</p> <p>4) Pasien diberikan analgetik, Ketorolac IV</p> <p>5) Pasien diberikan antibiotic, ceftriaxone IV dan metronidazole IV</p> <p>6) Pasien diberikan antiemetic, Ondancetron IV</p>
19/06/2021 (08.10)	<p>1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>4.2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5.2. Memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci</p> <p>5.3. Memasang handrail tempat tidur</p> <p>5.4. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>5.5. Menganjurkan memanggil perawat jika butuh bantuan untuk berpindah</p>	<p>DS :</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah banyak berkurang P : nyei akibat luka post operasi di kaki sebelah kanan Q : nyeri seperti tertusuk tusuk R : nyeri dirasakan pasien di daerah luka saja, di kaki kanan, tidak menjalar ke bagian lain S : skala nyeri 3 T : nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>4) Pasien mengatakan tidak ada demam sejak kemarin</p> <p>DO :</p> <p>1) Meringis cukup menurun</p> <p>2) Gelisah cukup menurun</p> <p>3) Sikap protektif pada pasien cukup menurun</p> <p>4) Rembesan pada balutan berkurang</p> <p>5) Tidak ada bau menyengat pada luka</p> <p>6) Tidak ada edema ekstremitas</p> <p>7) TD : 132/87 mmHg N : 93x/m S : 36,4°C RR : 20x/m</p> <p>8) Roda tempat tidur</p>

		<p>terkunci</p> <p>9) Handrail terpasang</p> <p>10) Bel pemanggil dapat dijangkau pasien</p>
	<p>3.1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran dan bau)</p> <p>3.2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>3.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>3.4. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan</p> <p>3.5. Berikan salep yang sesuai jikaperlu</p> <p>3.6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</p>	<p>DS:</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>2) Pasien mengatakan tidak ada demam</p> <p>DO :</p> <p>1) Luka berwarna merah</p> <p>2) Terdapat slough pada luka</p> <p>3) Tidak ada pembengkakan</p> <p>4) Tidak ada pes</p> <p>5) Tidak ada bau menyengat pada luka</p> <p>6) Tidak ada jaringan nekrotik</p>
	<p>1.4. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (mis.nafas dalam)</p> <p>1.5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>1.6. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>4.4. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>3.7. Menganjurkan memanggil perawat jika butuh bantuan</p>	<p>DS :</p> <p>1) Pasien mengatakan memahami teknik nafas dalam yang diberikan</p> <p>2) Pasien mengatakan akan meningkatkan asupan nutrisinya</p> <p>DO :</p> <p>1) Pasien tmapak lebih tenang</p> <p>2) Meringis menurun</p> <p>3) Pasien bisa menghabiskan seluruh porsi makanannya</p> <p>4) Pasien diberikan analgetik, Ketorolac IV</p> <p>5) Pasien diberikan antibiotic, ceftriaxone IV dan metronidazole IV</p> <p>6) Pasien diberikan antiemetic, Ondancetron IV</p>

Berdasarkan table 4.8, implementasi tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan yang ditemukan pada klien sesuai dengan rencana intervensi keperawatan masing-masing diagnose keperawatn yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan post operasi dilakukan selama 3 hari perawatan yaitu tanggal 17 Juni 2021 sampai 19 Juni 2021. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilaksanakan secara komperhensif.

**Tabel 4.9 Implementasi keperawatan pasien 2 dengan post operasi debridement di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan**

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
<b>Pasien 2</b>		
26/06/2021 (13.30)	1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2. Identifikasi skala nyeri 1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal 2.1 Identifikasi faktor penyebab mual (mis.pengobatan/prosedur) 3.1 Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau) 3.2 Monitor tanda-tanda infeksi 4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 5.1 Identifikasi faktor resiko jatuh 5.2 Memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci 5.3 Memasang handrail tempat tidur 5.4 Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien	DS : 1) Klien mengatakan belum ada nyeri pada kaki kiri, 2) Pasien mengatakan mual sejak dipindahkan dari ruang operasi 3) Pasien mengatakan tidak ada demam 4) Pasien mengatakan dapat menjangkau bel pemanggil 5) Pasien mengatakan belum dapat menggerakkan kakinya dengan leluasa  DO : 1) Klien tampak protektif terhadap lukanya 2) Tidak ada bau yang mneyengat pada luka 3) Tidak ada drainase 4) Tidak ada pembengkakan pada luka 5) Penilaian resiko jatuh dengan skala morse : skor 35 (sedang) 6) Handrail kasur terpasang

(14.25)	<p>1.1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4.2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>	<p>7) Roda pada tempat tidur pasien terkunci</p> <p>8) Pasien dapat menjangkau bel pemanggil</p> <p>DS :</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya P : nyeri pada luka operasi Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul R : nyeri pada luka operasi di kaki kiri S : skala nyeri 5 T : nyeri dirasakan terus menerus.</p> <p>DO :</p> <p>1) Pasien tampak meringis 2) Pasien tampak gelisah 3) Pasien tampak protektif terhadap lukanya 4) Pasien telah diberikan analgetik ketorolac IV</p>
(14.35)	<p>1.4. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (mis.kompres dingin)</p> <p>1.5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>1.6. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>2.4. Mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi mual (mis.relaksasi)</p> <p>2.5. Melakukan kolaborasi pemberian antiemetic</p> <p>4.3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.4. Melakukan kolaborasi pemberian antibiotic</p> <p>4.5. Mengajarkan meningkatkan asupan</p>	<p>DS :</p> <p>1) Pasien dan keluarga mengatakan memahami cara melakukan kompres dingin</p> <p>2) Pasien mengatakan memahami teknik relaksasi yang diberikan untuk mengurangi mual</p> <p>3) Pasien mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi</p> <p>4) Pasien mengatakan memahami anjuran perawat untuk meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>5) Pasien mengatakan paham dengan anjuran perawat untuk memanggil perawat jika</p>

	<p>nutrisi</p> <p>5.6. Mengajukan memanggil perawat jika butuh bantuan</p>	<p>butuh bantuan.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien dapat mengulang langkah langkah yang diberikan perawat</li> <li>2) Pasien tampak menyimak pembahasan yang diberikan</li> <li>3) Pasien dapat mengulang apa saja tanda dan gejala infeksi</li> <li>4) Pasien tampak paham dengan anjuran yang diberikan perawat</li> <li>5) Pasien tampak lebih tenang</li> <li>6) TD : 150/80 mmHg N : 70x/m S : 36,3°C RR : 20x/m</li> </ol>
<p>27 Juni 2021 (08.15)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>1.2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>2.2. Monitor mual (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</li> <li>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>4.2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>5.2. Memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci</li> <li>5.3. Memasang handrail tempat tidur</li> <li>5.4. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> <li>5.5. Mengajukan memanggil perawat jika butuh bantuan untuk berpindah</li> </ol>	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah mulai berkurang dibandingkan kemarin P : nyeri akibat luka post operasi di kaki sebelah kiri Q : nyeri seperti tertusuk tusuk R : nyeri dirasakan pasien di daerah luka saja, di kaki kiri, tidak menjalar ke bagian lain S : skala nyeri 4 T : nyeri dirasakan terus menerus</li> <li>2) Pasien mengatakan mual sudah berkurang</li> <li>3) Pasien mengatakan tidak ada demam sejak kemarin</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak meringis sesekali</li> <li>2) Gelisah cukup menurun</li> <li>3) Pasien tampak protektif terhadap lukanya</li> <li>4) Terdapat rembes pada balutan di ujung jari digit 1 kaki kiri pasien</li> <li>5) Tidak ada bau menyengat pada luka</li> </ol>

(10.30)	<p>3.1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran dan bau)</p> <p>3.2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>3.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>3.4. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan</p> <p>3.5. Berikan salep yang sesuai jika perlu</p> <p>3.6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</p>	<p>6) Tidak ada edema ekstremitas</p> <p>7) TD : 140/85 mmHg N : 75x/m S : 36,2°C RR : 20x/m</p> <p>8) Roda tempat tidur terkunci</p> <p>9) Handrail terpasang</p> <p>10) Bel pemanggil dapat dijangkau pasien</p> <p>DS:</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri pada lukanya</p> <p>2) Pasien mengatakan tidak ada demam</p> <p>DO :</p> <p>1) Luka berwarna merah</p> <p>2) Terdapat slough pada luka</p> <p>3) Tidak ada pes</p> <p>4) Tidak ada bau menyengat pada luka</p> <p>5) Tidak ada jaringan nekrotik</p>
(12.10)	<p>1.4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis.nafas dalam)</p> <p>1.5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>1.6. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>2.3. Memberikan makanan dingin, cairan bening, jika perlu</p> <p>2.4. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi mual (mis.relaksasi)</p> <p>2.5. Melakukan kolaborasi antiemetic, jika perlu</p> <p>3.7 Menjelaskan tanda dan</p>	<p>DS :</p> <p>1) Pasien mengatakan memahami teknik nafas dalam yang diberikan</p> <p>2) Pasien mengatakan nafsu makannya mulai meningkat</p> <p>3) Pasien mengatakan memahami teknik relaksasi yang diberikan untuk mengurangi mual</p> <p>4) Pasien mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi</p> <p>5) Pasien mengatakan akan meningkatkan asupan nutrisinya</p> <p>DO :</p> <p>1) Pasien tampak lebih tenang</p>

	<p>gejala infeksi</p> <p>3.8 Melakukan kolaborasi pemberian antibiotic</p> <p>4.3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.4. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>2) Pasien meringis sesekali</p> <p>3) Pasien bisa menghabiskan separuh porsi makanannya</p> <p>4) Pasien diberikan analgetik, tramadol IV</p> <p>5) Pasien diberikan antibiotic, ceftriaxone IV dan metronidazole IV</p> <p>6) Pasien diberikan antiemetic, Ondancetron IV</p>
28 Juni 2021 (8.20)	<p>1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>4.2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5.2. Memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci</p> <p>5.3. Memasang handrail tempat tidur</p> <p>5.4. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>5.5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.6. Menganjurkan memanggil perawat jika butuh bantuan untuk berpindah</p>	<p>DS :</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang P : nyeri akibat luka post operasi di kaki sebelah kiri Q : nyeri seperti tertusuk tusuk R : nyeri dirasakan pasien di daerah luka saja, di kaki kiri, tidak menjalar ke bagian lain S : skala nyeri 4 T : nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>2) Pasien mengatakan tidak ada perasaan ingin muntah</p> <p>3) Pasien mengatakan tidak ada demam</p> <p>DO :</p> <p>1) Pasien tampak meringis sesekali</p> <p>2) Gelisah cukup menurun</p> <p>3) Sikap protektif pasien menurun</p> <p>4) Terdapat sedikit rembes pada balutan digit 1 kaki kiri pasien</p> <p>5) Tidak ada bau menyengat pada luka</p> <p>6) Tidak ada pembengkakan</p> <p>7) TD : 130/80 mmHg N : 65x/m S : 36,0°C RR : 20x/m</p> <p>8) Roda tempat tidur terkunci</p> <p>9) Handrail terpasang</p> <p>10) Bel pemanggil dapat</p>



		<p>dijangkau pasien</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan nyeri pada lukanya sudah menurun</li> <li>2) Pasien mengatakan tidak ada demam</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Luka berwarna merah</li> <li>2) Terdapat slough pada luka</li> <li>3) Kemerahan disekitar luka cukup menurun</li> <li>4) Tidak ada pembengkakan pada luka</li> <li>5) Tidak ada pes</li> <li>6) Tidak ada bau menyengat pada luka</li> <li>7) Tidak ada jaringan nekrotik</li> </ol>
(11.05)	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran dan bau)</li> <li>3.2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>3.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>3.4. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan</li> <li>3.5. Berikan salep yang sesuai jikaperlu</li> <li>3.6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</li> </ol>	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan memahami teknik nafas dalam yang diberikan</li> <li>2) Pasien mengatakan nafsu makannya mulai meningkat</li> <li>3) Pasien mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi</li> <li>4) Pasien mengatakan akan meningkatkan asupan nutrisinya</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak lebih bertenaga</li> <li>2) Pasien meringis sesekali</li> <li>3) Pasien bisa menghabiskan lebih dari separuh porsi makanannya</li> <li>4) Pasien diberikan analgetik, tramadol IV</li> <li>5) Pasien diberikan</li> </ol>
(12.30)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis.nafas dalam)</li> <li>1.5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>1.6. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> <li>2.2. Memberikan makanan dingin, cairan bening, jika perlu</li> <li>3.7. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>3.8. Melakukan kolaborasi pemberian antibiotic</li> <li>4.3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>4.4. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> </ol>	

		antibiotic, ceftriaxone IV dan metronidazole IV
29/06/2021 (08.30)	<p>1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>4.2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5.2. Memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci</p> <p>5.3. Memasang handrail tempat tidur</p> <p>5.4. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>5.5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.6. Mengajukan memnaggil perawat jika butuh bantuan untuk berpindah</p>	<p>DS :</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang P : nyeri akibat luka post operasi di kaki sebelah kiri Q : nyeri seperti tertusuk tusuk R : nyeri dirasakan pasien di daerah luka saja, di kaki kiri, tidak menjalar ke bagian lain S : skala nyeri 4 T : nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>2) Pasien mengatakan tidak ada demam</p> <p>DO :</p> <p>1) Pasien tampak meringis sesekali</p> <p>2) Gelisah menurun</p> <p>3) Sikap protektif pasien menurun</p> <p>4) Terdapat sedikit rembes pada balutan digit 1 kaki kiri pasien</p> <p>5) Tidak ada bau menyengat pada luka</p> <p>6) Tidak ada edema ekstremitas</p> <p>7) Akral teraba hangat</p> <p>8) CRT &lt; 2 detik</p> <p>9) TD : 130/80 mmHg N : 65x/m S : 36,0°C RR : 20x/m</p> <p>10)Roda tempat tidur terkunci</p> <p>11)Handrail terpasang</p> <p>12)Bel pemanggil dapat dijangkau pasien</p>
(11.40)	<p>3.1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran dan bau)</p> <p>3.2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>3.3. Lepaskan balutan dan</p>	<p>DS:</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri pada lukanya sudah menurun</p> <p>2) Pasien mengatakan tidak ada demam</p> <p>DO :</p>

(12.52)	<p>plester secara perlahan</p> <p>3.4. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan</p> <p>3.5. Berikan salep yang sesuai jikaperlu</p> <p>3.6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</p> <p>1.4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis.nafas dalam)</p> <p>1.5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>1.6. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>3.9. Melakukan kolaborasi pemberian antibiotic</p> <p>4.5. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Luka berwarna merah</li> <li>2) Terdapat slough pada luka</li> <li>3) Kemerahan disekitar luka cukup menurun</li> <li>4) Tidak ada pembengkakan</li> <li>5) Tidak ada pes</li> <li>6) Tidak ada bau menyengat pada luka</li> <li>7) Tidak ada jaringan nekrotik</li> </ol> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan memahami teknik nafas dalam yang diberikan</li> <li>2) Pasien mengatakan nafsu makannya mulai meningkat</li> <li>3) Pasien mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi</li> <li>4) Pasien mengatakan akan meningkatkan asupan nutrisinya</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak lebih bertenaga</li> <li>2) Pasien meringis sesekali</li> <li>3) Pasien diberikan analgetik, tramadol IV</li> <li>4) Pasien diberikan antibiotic, ceftriaxone IV dan metronidazole IV</li> </ol>
---------	--	--

Berdasarkan table 4.9, implementasi tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan yang ditemukan pada klien sesuai dengan rencana intervensi keperawatan masing-masing diagnose keperawatn yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan post operasi dilakukan selama 4 hari perawatan

yaitu tanggal 26 Juni 2021 sampai 29 Juni 2021. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilaksanakan secara komperhensif.

f. Evaluasi

**Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan pada Pasien 1 dengan Post Debridement di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan**

Hari	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
17 Juni 2021	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : pasien mengatakan nyeri akibat luka post operasi debridement</li> <li>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R : pasien mengatakan nyeri di kaki kiri</li> <li>S : pasien mengatakan skala 4</li> <li>T : pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak protektif terhadap lukanya</li> <li>- TD : 140/80 mmHg</li> <li>N : 70x/m</li> <li>S : 36,3°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri akut belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</li> </ul> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>1.2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Kompres dingin)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p>

		1.6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
17 Juni 2021	Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d Efek Agen Farmakologis (Anestesi) (D.0001)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sesak lumayan berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan dahak masih ada</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batuk efektif meningkat dibuktikan dengan mampunya pasien mengikuti dan mengulang arahan dari perawat mengenai langkah-langkah teknik batuk efektif, dan keluarnya sekret setelah melakukan batuk efektif</li> <li>- Bunyi nafas ronkhi</li> <li>- RR : 22x/m</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah bersihan jalan nafas teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi</li> </ul> <p>Pemantauan respirasi (I.01014) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1. Monitor adanya produksi sputum</li> <li>2.2. Auskultasi bunyi napas</li> </ul> <p>Latihan batuk efektif (I.01006) Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.4. Atur posisi semi-fowler atau fowler</li> <li>2.5. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien</li> <li>2.6. Buang sekret pada tempat sputum</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.7. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif</li> <li>2.8. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik dan kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu selama 8 detik</li> <li>2.9. Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam 3 kali</li> <li>2.10. Anjurkn batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.11. Kolaborasi pemberian mukolitik, jika perlu</li> </ul>
17 Juni 2021	Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada</li> </ul>

	<p>Elektris (Elektrodiatermi) (D.0129)</p>	<p>luka belum berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bengkak pada sekitar luka</li> <li>- Tidak ada rembes pada perban luka</li> <li>- Tidak ada bau tidak sedap pada luka</li> <li>- Tidak ada jaringan nekrotik</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi perawatan luka</li> </ul> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>3.2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>3.4. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan</li> <li>3.5. Berikan salep yang sesuai, jika perlu</li> <li>3.6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.7. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ol>
17 Juni 2021	<p>Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Pasien mengatakan tidak ada demam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bau tidak sedap pada luka</li> <li>- Kulit sekitar luka kemerahan</li> <li>- Tidak ad apes</li> <li>- Tidak ada pembengkakan</li> <li>- TD : 122/78 mmHg</li> <li>N : 109x/m</li> <li>S : 36,5°C</li> <li>RR : 21x/m</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko infeksi belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi</li> </ul>

		<p>Observasi</p> <p>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4.3. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>
17 Juni 2021	Resiko jatuh d.d kekuatan otot menurun (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skor pasien pada penilaian resiko jatuh dengan skala morse adalah 65 (risiko)</li> <li>- Handrail tempat tidur telah terpasang</li> <li>- Roda tempat tidur telah terkunci</li> <li>- Bel pemanggil dapat dijangkau oleh pasien</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko jatuh teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi pencegahan jatuh</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <p>5.2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>5.3. Pasang handrail tempat tidur</p> <p>5.4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.5. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
18 Juni 2021	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</li> </ul> <p>P : pasien mengatakan nyeri akibat luka post operasi debridement</p> <p>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : pasien mengatakan nyeri di kaki kiri</p> <p>S : pasien mengatakan skala 3</p> <p>T : pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis cukup menurun</li> <li>- Gelisah cukup menurun</li> <li>- Sikap protektif cukup menurun</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 130/80 mmHg</li> <li>N : 90x/m</li> <li>S : 36,2°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri akut teratasi sebagian</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</li> </ul> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>1.2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Kompres dingin)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
18 Juni 2021	Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d Efek Agen Farmakologis (Anestesi) (D.0001)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak sesak</li> <li>- Pasien mengatakan dahak masih ada</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batuk efektif meningkat dibuktikan dengan mampunya pasien mengikuti dan mengulang arahan dari perawat mengenai langkah-langkah teknik batuk efektif, dan keluarnya sekret setelah melakukan batuk efektif</li> <li>- Produksi sputum berkurang dibuktikan dengan sputum yang keluar tidak sebanyak hari sebelumnya, bunyi nafas ronkhi berkurang</li> <li>- RR : 20x/m</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah bersihan jalan nafas teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dihentikan</li> </ul>



18 Juni 2021	Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (Elektrodiatermi) (D.0129)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka mulai berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kerusakan jaringan cukup menurun dibuktikan dengan tidak adanya jaringan nekrotik tambahan setelah operasi</li> <li>- Warna luka merah, terdapat slough pada luka</li> <li>- Tidak ada bengkak pada sekitar luka</li> <li>- Tidak ada bau tidak sedap pada luka</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi perawatan luka</li> </ul> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>3.2 Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>3.4. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan</li> <li>3.5. Berikan salep yang sesuai, jika perlu</li> <li>3.6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.7. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ul>
18 Juni 2021	Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Pasien mengatakan tidak ada demam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bau tidak sedap pada luka</li> <li>- Kulit kemerahan disekitar luka cukup menurun</li> <li>- TD : 130/80 mmHg</li> <li>N : 90x/m</li> <li>S : 36,2°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko infeksi teratasi sebagian</li> </ul>

		<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi</li> </ul> <p>Observasi</p> <p>4.4. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.5. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4.6. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi</p>
18 Juni 2021	Resiko jatuh d.d kekuatan otot menurun (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skor pasien pada penilaian resiko jatuh dengan skala morse adalah 65 (risiko)</li> <li>- Handrail tempat tidur telah terpasang</li> <li>- Roda tempat tidur telah terkunci</li> <li>- Bel pemanggil dapat dijangkau oleh pasien</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko jatuh teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi pencegahan jatuh</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <p>5.2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>5.3. Pasang handrail tempat tidur</p> <p>5.4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.5. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
19 Juni 2021	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</li> </ul> <p>P : pasien mengatakan nyeri akibat luka post operasi debridement</p> <p>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : pasien mengatakan nyeri di kaki kiri</p> <p>S : pasien mengatakan skala 3</p> <p>T : pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>O :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis menurun</li> <li>- Sikap protektif menurun</li> <li>- TD : 132/87 mmHg</li> <li>N : 93x/m</li> <li>S : 36,4°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri akut teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen nyeri dihentikan</li> </ul>
19 Juni 2021	Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d Efek Agen Farmakologis (Anestesi) (D.0001)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak sesak</li> <li>- Pasien mengatakan dahak masih ada</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batuk efektif meningkat dibuktikan dengan kemampuan pasien mengikuti dan mengulang arahan dari perawat mengenai langkah-langkah teknik batuk efektif, dan keluarnya sekret setelah melakukan batuk efektif</li> <li>- Produksi sputum berkurang dibuktikan dengan sputum yang keluar tidak sebanyak hari sebelumnya, bunyi nafas ronkhi berkurang</li> <li>- RR : 20x/m</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah bersihan jalan nafas teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dihentikan</li> </ul>
19 Juni 2021	Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (Elektrodiatermi) (D.0129)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kerusakan jaringan cukup menurun dibuktikan dengan tidak adanya jaringan nekrotik tambahan setelah operasi</li> <li>- Warna luka merah, terdapat slough pada luka</li> <li>- Tidak ada bengkak pada sekitar luka</li> <li>- Tidak ada bau tidak sedap pada luka</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p>

		- Intervensi perawatan luka dihentikan
19 Juni 2021	Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Pasien mengatakan tidak ada demam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bau tidak sedap pada luka</li> <li>- Kulit kemerahan disekitar luka cukup menurun</li> <li>- TD : 132/87 mmHg</li> <li>N : 93x/m</li> <li>S : 36,4°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko infeksi teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi pencegahan infeksi dihentikan</li> </ul>
19 Juni 2021	Resiko jatuh d.d kekuatan otot menurun (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skor pasien pada penilaian resiko jatuh dengan skala morse adalah 65 (risiko)</li> <li>- Handrail tempat tidur telah terpasang</li> <li>- Roda tempat tidur telah terkunci</li> <li>- Bel pemanggil dapat dijangkau oleh pasien</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko jatuh teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi pencegahan jatuh dihentikan</li> </ul>

Berdasarkan table 4.10 setelah pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 1, dibuat evaluasi tindakan keperawatan. Pada pasien 1 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan post operasi, diagnosa nyeri akut teratasi pada tanggal 19 Juni 2021, bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi pada tanggal 18 Juni 2021, gangguan integritas kulit teratasi tanggal 19 Juni 2021, resiko infeksi

teratasi pada tanggal 19 Juni 2021, resiko jatuh teratasi pada tanggal 17 Juni 2021.

**Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan pada Pasien 2 dengan Post Debridement di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan**

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
26 Juni 2021	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : pasien mengatakan nyeri akibat luka post operasi debridement</li> <li>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R : pasien mengatakan nyeri di kaki kiri</li> <li>S : pasien mengatakan skala 5</li> <li>T : pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak protektif terhadap lukanya</li> <li>- TD : 150/80 mmHg</li> <li>N : 70x/m</li> <li>S : 36,3°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri akut belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</li> </ul> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>1.2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Kompres dingin)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.6. Kolaborasi pemberian</li> </ol>

		analgetik, jika perlu
26 Juni 2021	Nausea b.d efek agen farmakologis (anestesi) (D.0076)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mual masih dirasakan</li> <li>- Pasien mengatakan ingin muntah</li> <li>- Pasien mengatakan belum bisa makan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tidak menghabiskan makanannya</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nausea belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi manajemen mual</li> </ul> <p>Observasi</p> <p>2.2. Monitor mual (mis.frekuensi, durasi dan tingkat keparahan)</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.3. Berikan makanan dingin, cairan bening, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>2.4. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. Relaksasi)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.5. Kolaborasi antiemetic, jika perlu</p>
26 Juni 2021	Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (Elektrodiatermi) (D.0129)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka belum berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bengkak pada sekitar luka</li> <li>- Tidak ada rembes pada perban luka</li> <li>- Tidak ada bau tidak sedap pada luka</li> <li>- Terdapat kemerahan disekitar luka</li> <li>- Tidak ada jaringan nekrotik</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi perawatan luka</li> </ul> <p>Observasi</p> <p>3.1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>3.2. Monitor tanda-tanda infeksi</p>

		<p>Terapeutik</p> <p>3.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>3.4. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan</p> <p>3.5. Berikan salep yang sesuai, jika perlu</p> <p>3.6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</p> <p>Edukasi</p> <p>3.7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.8. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
26 Juni 2021	Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Pasien mengatakan tidak ada demam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bau tidak sedap pada luka</li> <li>- Tidak ada pes</li> <li>- Tidak ada pembengkakan</li> <li>- Tidak ada jaringan nekrotik</li> <li>- Kulit sekitar luka kemerahan</li> <li>- TD : 150/80 mmHg</li> <li>N : 70x/m</li> <li>S : 36,3°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko infeksi belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi</li> </ul> <p>Observasi</p> <p>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4.3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.4. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>
26 Juni 2021	Resiko jatuh d.d gangguan penglihatan (glaucoma) (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skor pasien pada penilaian resiko</li> </ul>

		<p>jatuh dengan skala morse adalah 35 (moderate risk)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handrail tempat tidur telah terpasang</li> <li>- Roda tempat tidur telah terkunci</li> <li>- Bel pemanggil dapat dijangkau oleh pasien</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko jatuh teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi pencegahan jatuh</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <p>5.2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>5.3. Pasang handrail tempat tidur</p> <p>5.4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.5. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
27 Juni 2021	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : pasien mengatakan nyeri akibat luka post operasi debridement</li> <li>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R : pasien mengatakan nyeri di kaki kiri</li> <li>S : pasien mengatakan skala 4</li> <li>T : pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak protektif terhadap lukanya</li> <li>- TD : 140/85 mmHg</li> <li>N : 65x/m</li> <li>S : 36,2°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri akut belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</li> </ul> <p>Observasi</p> <p>1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</p> <p>1.2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3. Identifikasi respon nyeri non</p>



		<p>verbal</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Kompres dingin)</p> <p>Edukasi</p> <p>1.5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
27 Juni 2021	Nausea b.d efek agen farmakologis (anestesi) (D.0076)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mual berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan perasaan ingin muntah sudah sangat berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa makan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lebih bertenaga</li> <li>- Pasien menghabiskan separuh porsi makannya</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nausea teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen mual dihentikan</li> </ul>
27 Juni 2021	Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (Elektrodiatermi) (D.0129)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka mulai berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bengkak pada sekitar luka</li> <li>- Terdapat rembes pada perban di ujung luka</li> <li>- Kerusakan jaringan cukup menurun dibuktikan dengan tidak ada bau tidak sedap pada luka, warna luka merah, terdapat slough, tidak ada jaringan nekrotik</li> <li>- Pes berkurang</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi perawatan luka</li> </ul> <p>Observasi</p> <p>3.1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)</p>

		<p>3.2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>3.4. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan</p> <p>3.5. Berikan salep yang sesuai, jika perlu</p> <p>3.6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</p> <p>Edukasi</p> <p>3.7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.8. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
27 Juni 2021	Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Pasien mengatakan tidak ada demam</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka mulai berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bau tidak sedap pada luka</li> <li>- Tidak ada pes</li> <li>- Tidak ada jaringan nekrotik</li> <li>- Tidak ada pembengkakan</li> <li>- Kemerahan pada kulit sekitar luka cukup menurun</li> <li>- TD : 140/85 mmHg</li> <li>N : 75x/m</li> <li>S : 36,2°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko infeksi teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi</li> </ul> <p>Observasi</p> <p>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4.3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.4. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>

27 Juni 2021	Resiko jatuh d.d gangguan penglihatan (glaucoma) (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skor pasien pada penilaian resiko jatuh dengan skala morse adalah 35 (moderate risk)</li> <li>- Handrail tempat tidur telah terpasang</li> <li>- Roda tempat tidur telah terkunci</li> <li>- Bel pemanggil dapat dijangkau oleh pasien</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko jatuh teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi pencegahan jatuh</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</li> <li>5.3. Pasang handrail tempat tidur</li> <li>5.4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>5.5. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> </ul>
28 Juni 2021	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</li> </ul> <p>P : pasien mengatakan nyeri akibat luka post operasi debridement</p> <p>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : pasien mengatakan nyeri di kaki kiri</p> <p>S : pasien mengatakan skala 4</p> <p>T : pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis cukup menurun</li> <li>- Gelisah cukup menurun</li> <li>- Sikap protektif pasien menurun</li> <li>- TD : 130/80 mmHg</li> <li>N : 65x/m</li> <li>S : 36,0°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri akut teratasi sebagian</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</li> </ul>

		<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>1.2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>1.3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Kompres dingin)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
28 Juni 2021	Nausea b.d efek agen farmakologis (anestesi) (D.0076)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mual berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan tidak ada perasaan ingin muntah</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa makan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lebih bertenaga</li> <li>- Pasien menghabiskan lebih dari separuh porsi makannya</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nausea teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen mual dihentikan</li> </ul>
28 Juni 2021	Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (Elektrodiatermi) (D.0129)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bengkak pada sekitar luka</li> <li>- Terdapat rembes pada perban di ujung luka</li> <li>- Kerusakan jaringan cukup menurun dibuktikan dengan tidak ada bau tidak sedap pada luka, warna luka merah, terdapat slough, tidak ada jaringan nekrotik</li> <li>- Pes berkurang</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi perawatan</li> </ul>

		<p>luka</p> <p>Observasi</p> <p>3.1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>3.2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>3.4. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan</p> <p>3.5. Berikan salep yang sesuai, jika perlu</p> <p>3.6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.7. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
28 Juni 2021	Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak ada demam</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bau tidak sedap pada luka</li> <li>- Tidak ada pes</li> <li>- Tidak pembengkakan</li> <li>- Tidak ada jaringan nekrotik</li> <li>- Kemerahan pada kulit sekitar luka cukup menurun</li> <li>- TD : 130/80 mmHg</li> <li>N : 65x/m</li> <li>S : 36,0°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko infeksi teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi</li> </ul> <p>Observasi</p> <p>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4.3. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi</p>
28 Juni 2021	Resiko jatuh d.d gangguan penglihatan (glaucoma) (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p>O :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skor pasien pada penilaian resiko jatuh dengan skala morse adalah 35 (moderate risk)</li> <li>- Handrail tempat tidur telah terpasang</li> <li>- Roda tempat tidur telah terkunci</li> <li>- Bel pemanggil dapat dijangkau oleh pasien</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko jatuh teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi pencegahan jatuh</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.2 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</li> <li>5.3. Pasang handrail tempat tidur</li> <li>5.4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>5.5. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> </ul>
29 Juni 2021	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : pasien mengatakan nyeri akibat luka post operasi debridement</li> <li>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R : pasien mengatakan nyeri di kaki kiri</li> <li>S : pasien mengatakan skala 3</li> <li>T : pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Sikap protektif menurun</li> <li>- TD : 135/90 mmHg</li> <li>N : 60x/m</li> <li>S : 36,3°C</li> <li>RR : 20x/m</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri akut teratasi sebagian</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen nyeri dihentikan</li> </ul>
29 Juni 2021	Nausea b.d efek agen farmakologis (anestesi) (D.0076)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mual berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan perasaan</li> </ul>

		<p>ingin muntah sudah sangat berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa makan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lebih bertenaga</li> <li>- Pasien menghabiskan separuh porsi makannya</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nausea teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <p>Intervensi manajemen mual dihentikan</p>
29 Juni 2021	Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (Elektrodiatermi) (D.0129)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bengkak pada sekitar luka</li> <li>- Terdapat rembes pada perban</li> <li>- Kerusakan jaringan cukup menurun dibuktikan dengan tidak ada bau tidak sedap pada luka, warna luka merah, terdapat slough, tidak ada jaringan nekrotik</li> <li>- Pes berkurang</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi perawatan luka dihentikan</li> </ul>
29 Juni 2021	Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak ada demam</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bau tidak sedap pada luka</li> <li>- Tidak ada pes</li> <li>- Tidak ada jaringan nekrotik</li> <li>- Tidak ada pembengkakan</li> <li>- Kemerahan pada kulit sekitar luka cukup menurun</li> <li>- TD : 135/90 mmHg</li> <li>- N : 60x/m</li> <li>- S : 36,3°C</li> <li>- RR : 20x/m</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko infeksi teratasi</li> </ul> <p>P :</p>

		- Intervensi pencegahan infeksi dihentikan
29 Juni 2021	Resiko jatuh d.d gangguan penglihatan (glaucoma) (D.0143)	S : - O : - Skor pasien pada penilaian resiko jatuh dengan skala morse adalah 35 (moderate risk) - Handrail tempat tidur telah terpasang - Roda tempat tidur telah terkunci - Bel pemanggil dapat dijangkau oleh pasien A : - Masalah resiko jatuh teratasi P : - Intervensi pencegahan jatuh dihentikan

Berdasarkan table 4.11, setelah pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 2, dibuat evaluasi tindakan keperawatan. Pada pasien 2 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan post operasi, diagnosa nyeri akut teratasi pada tanggal 29 Juni 2021, nausea teratasi pada tanggal 27 Juni 2021, gangguan integritas kulit teratasi pada tanggal 29 Juni 2021, resiko infeksi teratasi 29 Juni 2021, resiko jatuh teratasi pada tanggal 26 Juni 2021.

## B. Pembahasan

Dalam bab ini, peneliti membahas tentang asuhan keperawatan pada 2 pasien dengan post operasi debridement sesuai dengan konsep-konsep teori yang ada. Asuhan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari pada klien 1 dari tanggal 17 Juni sampai 19 Juni 2021 di ruang Anggrek Hitam lantai 5 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Sedangkan pada pasien 2 asuhan keperawatan dilaksanakan selama 4 hari mulai dari tanggal 26 Juni sampai



Juni 2021 di ruang Angrek Hitam Lantai 5 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada klien dengan *post* operatif *debridement* di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan sesuai fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses yang sistematis yang dilakukan dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien (Budiono, 2016).

Pengkajian pada pasien *post debridement*, Tn.M, dilakukan pada tanggal 17 Juni 2021 dan Ny.S pada tanggal 26 Juni 2021. Pengkajian yang dilakukan meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan klien, pola aktivitas sehari-hari, data psikososial, data pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan terapi klien.

Pada pemeriksaan fisik pasien 1 ditemukan luka pada digit 1 kaki kanan dengan panjang luka 5cm, lebar luka 3cm dan kedalaman luka 0,5cm. Pada pasien 2 didapatkan luka pada digit 1 sampai telapak kaki

kiri. Dengan panjang luka 15cm, lebar luka 4 cm dan kedalaman luka 1cm.

Menurut asumsi peneliti, kedua pasien kooperatif saat dilakukan pengkajian, namun menolak untuk dilakukan pengkajian genitalia karena merasa malu. Pada pasien 1 pengkajian mengenai riwayat penyakit tidak maksimal karena pasien kurang memahami riwayat penyakitnya ataupun riwayat penyakit keluarganya. Pada pasien 2 tidak kesulitan dalam mengkaji riwayat penyakit. Pada pasien 1 ditemukan keluhan nyeri pada luka post operasi dan adanya penumpukan sekret pada jalan nafas pasien. Pada pasien 2 ditemukan keluhan nyeri pada luka post operasi dan adanya mual. Hal ini sesuai dengan teori (Handayani, 2016) yang menyatakan bahwa efek anestesi pada post debridement bisa menyebabkan gangguan pada pola nafas pasien berupa penumpukan sekret. Dan juga adanya gangguan pada sistem pencernaan berupa mual.

## **2. Diagnosa keperawatan**

Berdasarkan data hasil pengajian keperawatan yang telah dilakukan, peneliti dapat menegakkan diagnose keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2. Menurut (Handayani, 2016), diagnosa yang biasa muncul pada pasien dengan post operasi debridement sebanyak 3 diagnosa. Sedangkan yang ditemukan peneliti pada pasien 1 didapatkan sebanyak 5 diagnosa dan pada pasien 2 sebanyak 5 diagnosa.

Diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan 2 yang sesuai dengan teori, antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Menurut (PPNI, Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017) nyeri akut memiliki definisi yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan beintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Gejala dan tanda mayornya yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur. Sedangkan pada tanda dan gejala minor yaitu tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

Pada pasien 1 dan 2, diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditemukan tanda dan gejala mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif dan tampak gelisah.

- b. (elektrodiatermi)

Menurut (PPNI, Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017) gangguan integritas kulit/jaringan memiliki definisi kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament). Gejala dan tanda mayor dan minor gangguan integritas

kulit/jaringan adalah kerusakan jaringan dan/atau kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.

Pada pasien 1, diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor elektrik (elektrodiatermi) ditandai dengan adanya luka *post debridement* pada digit 1 kaki kanan, luas luka kurang lebih 5cm dengan lebar 3cm, kedalaman luka yaitu 0,5 cm.

Pada pasien 2, diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor elektrik (elektrodiatermi) ditandai dengan adanya luka *post debridement* pada digit 1 sampai telapak kaki kiri pasien. Dengan luas luka 15cm dengan lebar kurang lebih 4 cm serta kedalaman luka 1cm.

c. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

Menurut (PPNI, Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017) resiko infeksi memiliki definisi yaitu beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Batasan karakteristiknya adalah penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltic, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan

haemoglobin, immunosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat).

Pada pasien 1 dan 2 resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif dibuktikan dengan adanya luka post operasi debridement pada kaki pasien, dan adanya kemerahan di sekitar luka pasien serta keluhan nyeri.

Pada teorinya, (Handayani, 2016) mengatakan bahwa diagnosa yang kemungkinan muncul pada pasien dengan post debridement sebanyak 3 diagnosa. Namun penulis menemukan 2 diagnosa tambahan pada pasien kelolaan yang tidak sesuai dengan teori. Diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan 2 yang tidak sesuai dengan teori, antara lain ;

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis

Bersihan jalan napas tidak efektif memiliki defisini ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. Gejala dan tanda mayor terdiri dari batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering, meconium di jalan napas (pada neonates). Sedangkan gejala dan tanda minor yaitu dyspnea, sulit bicara, ortopnea, gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, pola napas berubah.

Pada pasien 1, diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi)

dibuktikan dengan adanya batuk tidak efektif, sputum berlebih, dan ronkhi pada pasien 1 dengan post operasi debridement.

b. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi)

Menurut (PPNI, Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017) nausea memiliki definisi perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah. Gejala dan tanda mayor terdiri dari mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan. Sedangkan pada gejala dan tanda minor yaitu merasa asam di mulut, sensasi panas/dingin, sering menelan, saliva meningkat, pucat, daforesis, takikardi, pupil dilatasi.

Pada pasien 2, diagnosa keperawatan nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi) dibuktikan dengan pasien mengeluh mual, merasa ingin muntah dan tidak berminat makan.

c. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun

Menurut (PPNI, Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017), resiko jatuh memiliki definisi berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Batasan karakteristiknya yaitu usia > 65 tahun, atau < 2 tahun, riwayat jatuh, anggota gerak bawah protesis (buatan), penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman (mis.licin, gelap, lingkungan asing), kondisi pasca operasi, hipotesi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan

keseimbangan, gangguan penglihatan (mis. Glaucoma, katarak, ablasio retino, neuritis optikus), neuropati, efek agen farmakologis (mis. Sedasi, alcohol, anestesi umum).

Pada pasien 1, diagnosa keperawatan resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun dibuktikan dengan adanya pernyataan bahwa pasien membutuhkan pertolongan untuk berpindah, dan memegang benda sekitar jika berjalan.

Pada pasien 2, diagnosa resiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan (glaucoma) dibuktikan dengan didapatkannya data dari hasil pemeriksaan kornea tampak keruh, pasien mengatakan bahwa pasien menderita glaucoma akibat komplikasi dari diabetes mellitus.

Menurut asumsi peneliti, semua diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien 1 dan 2 sudah sesuai dengan ketentuan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu terpenuhinya 80-100% data mayor pada setiap diagnosa.

### **3. Perencanaan Tindakan Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dibuat setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari

menegakkan diagnose keperawatan, menentukan tujuan dan kriteria hasil, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Pada diagnose keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) pada pasien 1 dan pasien 2, peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri cukup menurun, meringis cukup menurun, sikap protektif cukup menurun.

Adapun intervensi tindakan keperawatan nyeri akut yang telah disusun oleh peneliti pada pasien 1 dan pasien 2 sudah menurut (PPNI, Definisi Intervensi Keperawatan, 2018) antara lain: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. kompres dingin) 5. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Menurut asumsi peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan



kolaborasi. Adapun kekurangan dari penerapan intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu dimana penerapan serta penulisan kriteria hasil sudah sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi)

Pada diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi) pada pasien 1, peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan maka bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil produksi sputum cukup menurun dan batuk efektif meningkat.

Adapun intervensi tindakan keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif yang telah disusun oleh peneliti pada pasien 1 sudah menurut (PPNI, Definisi Intervensi Keperawatan, 2018) antara lain:

1. Monitor adanya produksi sputum
2. Auskultasi bunyi napas
3. Identifikasi kemampuan batuk
4. Atur posisi semifowler atau fowler
5. Pasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien
6. Buang sekret pada tempat sputum
7. Jelaskan tujuan prosedur batuk efektif
8. Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan 2 detik dan kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu selama 8 detik.
9. Anjurkan mengulangi teknik napas dalam selama

3 hari 10. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 11. Kolaborasi pemberian mukolitik, jika perlu.

Menurut asumsi peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan bersihan jalan napas tidak efektif yang telah disusun pada pasien 1 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kekurangan dari penerapan intervensi tindakan bersihan jalan napas tidak efektif yang telah disusun pada pasien 1 yaitu dimana penerapan serta penulisan kriteria hasil sudah sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

c. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi)

Pada diagnosa keperawatan nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi) pada pasien 2, peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan maka tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun, nafsu makan meningkat.

Adapun intervensi tindakan keperawatan nausea yang telah disusun oleh peneliti pada pasien 2 sudah menurut (PPNI, Definisi Intervensi Keperawatan, 2018) antara lain: 1. Identifikasi faktor penyebab mual (mis. Pengobatan/prosedur) 2. Monitor mual (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 3. Berikan makanan dingin, cairan bening, jika perlu 4. Ajarkan menggunakan teknik

nonfarmakologis untuk mengurangi mual (mis.relaksasi) 5. Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu.

Menurut asumsi peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan nausea yang telah disusun pada pasien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kekurangan dari penerapan intervensi tindakan nausea yang telah disusun pada pasien 2 yaitu dimana penerapan serta penulisan kriteria hasil sudah sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

- d. Gangguan integrasi kulit/jaringan berhubungan dengan faktor elektrik (elektrodiatermi)

Pada diagnosa keperawatan gangguan integrasi kulit/jaringan berhubungan dengan faktor elektrik (elektrodiatermi) pada pasien 1 dan pasien 2, peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan cukup menurun, kerusakan lapisan kulit cukup menurun, nyeri cukup menurun.

Adapun intervensi tindakan keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan yang telah disusun oleh peneliti pada pasien 1 dan pasien 2 sudah menurut (PPNI, Definisi Intervensi Keperawatan, 2018) antara lain: 1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna,

ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan 5. Berikan salep yang sesuai jika perlu 6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka 7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu.

Menurut asumsi peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan gangguan integritas kulit/jaringan yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kekurangan dari penerapan intervensi tindakan gangguan integritas kulit/jaringan yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu dimana penerapan serta penulisan kriteria hasil sudah sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

e. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

Pada diagnosa keperawatan risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif pada pasien 1 dan pasien 2, peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kemerahan cukup menurun, nyeri cukup menurun.

Adapun intervensi tindakan keperawatan risiko infeksi yang telah disusun oleh peneliti pada pasien 1 dan pasien 2 sudah

menurut (PPNI, Definisi Intervensi Keperawatan, 2018) antara lain:

1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Menurut asumsi peneliti penerapan intervensi tindakan risiko infeksi yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 belum sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kekurangan dari penerapan intervensi tindakan risiko infeksi yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu dimana penerapan serta penulisan kriteria hasil sudah sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

- f. Risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun, gangguan penglihatan (glaucoma)

Pada diagnosa keperawatan risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun pada pasien 1 dan risiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan (glaucoma) pada pasien 2, peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun.

Adapun intervensi tindakan keperawatan risiko jatuh yang telah disusun oleh peneliti pada pasien 1 dan pasien 2 sudah menurut

(PPNI, Definisi Intervensi Keperawatan, 2018) antara lain: 1. Identifikasi faktor resiko jatuh 2. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien 5. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan.

Menurut asumsi peneliti penerapan intervensi tindakan risiko jatuh yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 belum sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kekurangan dari penerapan intervensi tindakan risiko jatuh yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu dimana penerapan serta penulisan kriteria hasil sudah sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

#### **4. Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Implementasi pada pasien 1 dilakukan dari tanggal 17 Juni – 19 Juni 2021. Sedangkan pada pasien 2 dilakukan dari tanggal 26 Juni - 29 Juni 2021. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat oleh peneliti, yang mengacu pada SLKI dan SIKI.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri akut pada pasien pasien 1 dan pasien 2 yaitu identifikasi lokasi,karakteristik,

durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri nonverbal, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis.kompres dingin), ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah bersihan jalan nafas tidak efektif pada pasien 1 yaitu monitor adanya produksi sputum, Auskultasi bunyi napas, Identifikasi kemampuan batuk, Atur posisi semifowler atau fowler, Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien, Buang sekret pada tempat sputum, Jelaskan tujuan prosedur batuk efektif , Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan 2 detik dan kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu selama 8 detik. Anjurkan mengulangi teknik napas dalam selama 3 hari. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3. Kolaborasi pemberian mukolitik, jika perlu.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah mual pada pasien 2 yaitu Identifikasi faktor penyebab mual (mis. Pengobatan/prosedur). Monitor mual (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan). Berikan makanan dingin, cairan bening, jika perlu. Ajarkan menggunakan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi mual (mis.relaksasi). Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan integritas kulit/jaringan pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu Monitor

karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau). Monitor tanda-tanda infeksi. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan. Berikan salep yang sesuai jika perlu. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah risiko infeksi pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah risiko jatuh pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu. Identifikasi faktor resiko jatuh. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci. Pasang handrail tempat tidur. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan.

Menurut asumsi peneliti, semua intervensi yang disusun telah dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2. Selama implementasi dilakukan tidak ada hambatan karena pasien 1 dan pasien 2 sangat kooperatif terhadap peneliti.

## **5. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna untuk mengetahui apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakuakn tercapai atau perlu pendekatan lain.



Evaluasi keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti, 2017).

Pada pasien 1 semua diagnosa keperawatan telah teratasi pada tanggal 19 Juni 2021 sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan peneliti. Pada diagnose nyeri akut didapatkan hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun dan sikap protektif menurun. Pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif didapatkan produksi sputum menurun, dan batuk efektif meningkat. Pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan didapatkan hasil kerusakan jaringan cukup menurun, kerusakan lapisan kulit cukup menurun dan nyeri cukup menurun. Pada diagnosa risiko infeksi didapatkan hasil kemerahan cukup menurun dan nyeri cukup menurun. Pada diagnosa risiko jatuh didapatkan hasil jatuh dari tempat tidur menurun, dan jatuh saat berdiri menurun.

Pada pasien 2 semua diagnosa keperawatan telah teratasi pada tanggal 29 Juni 2021 sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan peneliti. Pada diagnosa nyeri akut didapatkan hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun dan sikap protektif menurun. Pada diagnosa mual didapatkan hasil keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun, nafsu makan meningkat. Pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan didapatkan hasil kerusakan jaringan cukup menurun, kerusakan lapisan kulit cukup menurun dan nyeri cukup menurun. Pada diagnosa risiko infeksi didapatkan hasil kemerahan cukup menurun dan nyeri cukup menurun, risiko tidak menjadi aktual. Pada diagnosa risiko

jatuh didapatkan hasil jatuh dari tempat tidur menuru, dan jatuh saat berdiri menurun, risiko tidak menjadi aktual.

Menurut asumsi peneliti, hasil evaluasi dari asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari pada pasien 1 dan 4 hari pada pasien 2 yaitu, pada pasien 1 terdapat 1 diagnosa yang teratasi pada hari pertama yaitu diagnosa risiko jatuh. 1 diagnosa teratasi pada hari kedua yaitu diagnosa bersihan jalan nafas dan 3 diagnosa teratasi pada hari ketiga yaitu diagnosa nyeri akut, gangguan integritas kulit dan resiko infeksi.

Pada pasien 2, terdapat 1 diagnosa yang teratasi pada hari pertama yaitu diagnosa risiko jatuh, 1 diagnosa teratasi pada hari kedua yaitu diagnosa mual, dan 3 diagnosa teratasi pada hari ke 4 yaitu nyeri akut, gangguan integritas kulit dan resiko infeksi.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan 2 dengan *post* operasi *debridement* di RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan 2021, dapat disimpulkan sebagai berikut :

##### 1. Pengkajian

Pada pengkajian pasien 1 dan 2 dimana pengkajian ini difokuskan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan *post* operasi *debridemen*. Pengkajian pada pasien 1 umur 67 tahun dilakukan pada tanggal 17 Juni 2021 dan pasien 2 umur 72 tahun dilakukan pada tanggal 26 Juni 2021. Kedua pasien memiliki keluhan yang sama dengan yang ada di teori, yaitu adanya keluhan nyeri pada luka post operasi. Hanya saja adanya perbedaan respon pada pasien 1 dan 2 terhadap efek anestesi. Pasien 1 mengalami gangguan pada bersihan jalan nafasnya akibat efek anestesi, sedangkan pasien 2 mengalami mual akibat efek anestesi.

##### 2. Diagnosa keperawatan

Menurut teori yang diuraikan peneliti pada bab dua, diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada pasien post operasi *debridement* sebanyak 3 diagnosa. Namun pada pasien 1 peneliti menemukan 5 diagnosa, dan pasien 2 dengan 5 diagnosa pada post *debridement*.

### 3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, Intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kejasama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti seperti melakukan perawatan luka, monitor keadaan luka, melakukan identifikasi lokasi. Karakteristik, durasi, dan kuantitas nyeriserta identifikasi skala nyeri.

### 4. Pelaksanaan tindakan

Pelaksanaan tindakan pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat,dan disesuaikan dengan kebutuhan kedua pasien dengan *post debridement*.

### 5. Evaluasi

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 selama 3 hari dan pada pasien 2 selama 4 hari perawatan oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Respon pasien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan baik, pasien cukup kooperatif dalam pelaksanaan setiap tindakan keperawatan. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 dan 2 menunjukkan bahwa masalah yang dialami pada kedua pasien banyak yang teratasi.

## B. Saran

### 1. Bagi peneliti

Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien *post debridement* yang diberikan tepat, peneliti selanjutnya harus benar-benar menguasai konsep medis tentang *debridement* itu sendiri.

Selain itu peneliti harus melakukan pengkajian secara komprehensif agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien serta tidak ada masalah yang luput dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Peneliti juga harus teliti saat proses analisa data, dimana data subjektif dan objektif yang digunakan untuk penegakan diagnosa keperawatan harus berdasarkan data yang didapatkan saat melakukan pengkajian awal.

Pada bagian penegakan diagnosa keperawatan, diharapkan peneliti lebih teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik data subjektif maupun data objektif agar memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

Pada intervensi keperawatan, diharapkan peneliti dalam merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku panduan Standar luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Pada bagian implementasi keperawatan, diharapkan peneliti melakukan tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dirumuskan oleh peneliti agar diagnosa keperawatan yang muncul dapat teratasi. Pada

bagian evaluasi keperawatan, diharapkan peneliti lebih memahami tentang konsep evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

2. Bagi pengembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan agar selalu menambah dan memperdalam ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *post debridement* dengan menggunakan literatur-literatur terbaru.

## DAFTAR PUSTAKA

- (EWMA), T. E. (2013). Debridement. *journal of wound care*, 4.
- (WHO), W. H. (2016). size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bulletin World Health Organization*, 1.
- Alkhar, R. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum Post Debridement*. Retrieved Juni 11, 2021, from Repository Poltekkes Kaltim: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id>
- Ariningrum, D. (2018). *Buku Pedoman Keterampilan Klinis: Perawatan Luka*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- AWMA. (2013). Wound Management : Debridement - Autolytic. *The Joanna Briggs Institute*, 94.
- Bernard. (2018). Surgical patients' perspectives on nurses' education on post op. *BMC*, 2.
- Browning, J. A. (2020). Burn Debridement, Grafting and Reconstruction. *StatPearls*, 1.
- Budiono. (2016). *Konsep Keperawatan*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Care, S. H. (2018). *Types of Fracture*. Retrieved 2021, from [stanfordhealthcare.org: https://stanfordhealthcare.org/medical-conditions/bones-joints-and-muscles/fracture/treatments.html](https://stanfordhealthcare.org/medical-conditions/bones-joints-and-muscles/fracture/treatments.html)
- Dinarti. (2017). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- dr.Zezo. (2019, November 24). *Management of Diabetic Foot Ulcers*. Retrieved Juni 2021, 17, from [plasticsurgerykey.com: https://plasticsurgerykey.com/management-of-diabetic-foot-ulcers/](https://plasticsurgerykey.com/management-of-diabetic-foot-ulcers/)
- Everret, E. (2018). Update on Management of Diabetic Foot Ulcers. *Annals of New York Academy of Sciences*, 153.

- Handayani, N. (2016). ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN POST DEBRIDEMENT. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 3.
- Labertus, K. (2017). Perkembangan Perawatan Luka Terkini. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI)*, 4.
- Lipsky, B. A. (2012). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. *Infectious Disease Society of America*, 160.
- Lumbers, M. (2018). Wound Debridement : Choises and Practice. *British Journal of Nursing*, 1.
- Majid, A. (2011). *Buku Asuhan Keperawatan Perioperatif Edisi Pertama*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Manna, B. (2021, Februari 20). *Wound Debridement*. Retrieved Mei 25, 2021, from ncbi.nlm.nih.gov: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507882/>
- Marc. (2020, Februari 13). *Burn Injury*. Retrieved Juni 17, 2021, from nature.com: <https://www.nature.com/articles/s41572-020-0145-5/figures/1>
- McGuire, J. (2020, April 30). *Wound Debridement*. Retrieved Mei 2021, 2021, from [www.woundsource.com](http://www.woundsource.com): <https://www.woundsource.com/blog/wound-debridement-patient-considerations>
- Nunez, K. (2019, Februari 13). *Debridement*. Retrieved Mei 25, 2021, from [www.healthline.com](http://www.healthline.com): <https://www.healthline.com/health/debridement>
- Omniskin. (2020). *Memahami Lapisan Kulit Pada Manusia*. Retrieved 2021, from [Omniskin.co.id](http://Omniskin.co.id): <https://omniskin.co.id/apa-saja-lapisan-kulit-tubuh-kita/>
- Owda, A. Y. (2019, Desember 27). *Synthetic Aperture Radar Imaging for Burn Wounds Diagnostics*. Retrieved Juni 17, 2021, from [www.mdpi.com](http://www.mdpi.com): <https://www.mdpi.com/1424-8220/20/3/847/htm>
- PPNI. (2018, Oktober). *Definisi Intervensi Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.



- Rahmayati. (2018). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Lama Perawatan Pasien Pasca Operasi di Ruang Rawat Inap Bedah Rumah Sakit. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sei Betik*, 1.
- Refdian, A. (2016, April 05). *Debridement Pada Fraktur Terbuka*. Retrieved Juni 11, 2021, from [www.scribd.com](http://www.scribd.com): <https://www.scribd.com/doc/307023840/debridement-fraktur-terbuka>
- Sarkissian, C. D. (2021, April 14). *What are the types and degree of burns?* Retrieved Juni 17, 2021, from [www.webmd.com](http://www.webmd.com): <https://www.webmd.com/first-aid/types-degrees-burns>
- Steed, D. (2004). Debridement. *The American Journal of Surgery*, 72.
- William D. Losquadro, M. (2017, Maret). *Anatomy of the Skin and the pathogenesis of nonmelanoma skin cancer*. Retrieved Mei 2021, from [Pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28676156/>
- William W Cross, M. F. (2008). Treatment principles in the management of open fracture. *NCBI*, 6.
- WoundSource. (2018, April 19). *Wound Debridement Options : 5 Methods*. Retrieved Mei 24, 2021, from [www.woundsource.com](http://www.woundsource.com): <https://www.woundsource.com/blog/wound-debridement-options-5-major-methods#:~:text=Enzymatic%20debridement%20is%20performed%20by,tissue%20within%20the%20wound%20matrix>.
- Zhao, R. (2016). inflammation in chronic wounds. *Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)*, 1-14.

Lampiran



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM

PRODI D-III KEPERAWATAN






LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Karil Dhea Virginia Tandil  
 NIM : P07220118090  
 PEMIMBING I : Ns. Nurhayati, S.ST.,M.Pd.  
 PEMBIMBING II : Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd.

NO	TGL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1.	26/01/21	- Latar belakang masalah secara umum	- LBM bertitik : a. Introduksi b. Fenomena (data kasus mengencut dari internasional hingga lokasi penelitian) c. Dampak d. Solusi (masukkan peran perawat) e. Justifikasi (pemyataan keterbaritan peneliti terhadap kasus) - Sertakan penelitian sebelumnya	✓  Mun	
2.		- Judul penelitian	Judul penelitian bertitik : a. Subjek penelitian b. Masalah c. Tindakan yang dilakukan d. Lokasi penelitian e. Waktu penelitian	✓  Mun	

3.	17/02/21	- Bab 1 pendahuluan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada para pembuat disesuaikan dengan judul (keluarga)</li> <li>- Rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian tambahkan kata "keluarga"</li> </ul>			Mu
4.		- Bab 1 Tinjauan teori	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pahami pathway agar paham dengan konsep penyakit sehingga mudah dalam mengkaji dan menegakkan diagnosis</li> </ul>			Mu
5.	18/02/21	- Bab 1 pendahuluan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengumpulkan bab 1 yang sudah di print</li> </ul>			Di
6.	23/02/21	- Bab 1 pendahuluan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduksi latar belakang yang langsung ke inti pembahasan bahas umum terlebih dahulu</li> <li>- Perbaiki penulisan</li> </ul>			Di
7.	06/03/21	- Perubahan sistem penelitian	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peneliti boleh memilih lokasi penelitian (keluarga atau rumah sakit)</li> <li>- Mengetahui keputusan peneliti untuk penelitian di rumah sakit</li> </ul>			Di

8.	25/07/21	- Menyetujui peneliti untuk ujian hasil	- Menyetujui untuk ujian hasil pada tanggal 26 Juli 2021		
9	29/08/21	- Revisi	- Mengumpulkan revisi KTI : <ul style="list-style-type: none"> <li>• perbaikan pengetikan KTI</li> <li>• perbaikan spasi tabel</li> <li>• perbaikan kata fokus</li> <li>• perbaikan asuhan keperawatan</li> </ul>		
10.		- A&E KTI	- Menyetujui KTI peneliti	Mu	

Ketua Program Studi D III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

**Ns. Andi Lis Arming Gandini, S. Kep., M. Kep**  
NIP.196803291994022001