

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Data demografi

Pasien bernama Ny.C, usia 45 tahun, pasien sudah menikah, pekerjaan klien sebagai ibu rumah tangga, klien beragama Islam, pendidikan terakhir klien SMP, suku bangsa Sunda, dalam berkomunikasi klien menggunakan bahasa Indonesia, alamat Bukit Kemuning, sumber biaya klien berasal dari BPJS, klien masuk RS pada tanggal 28 Maret 2019, diagnosa medis Ulkus Diabetes Melitus. Penanggung jawab klien bernama Tn.T, umur 50 tahun, hubungan dengan klien adalah suami, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan wiraswasta.

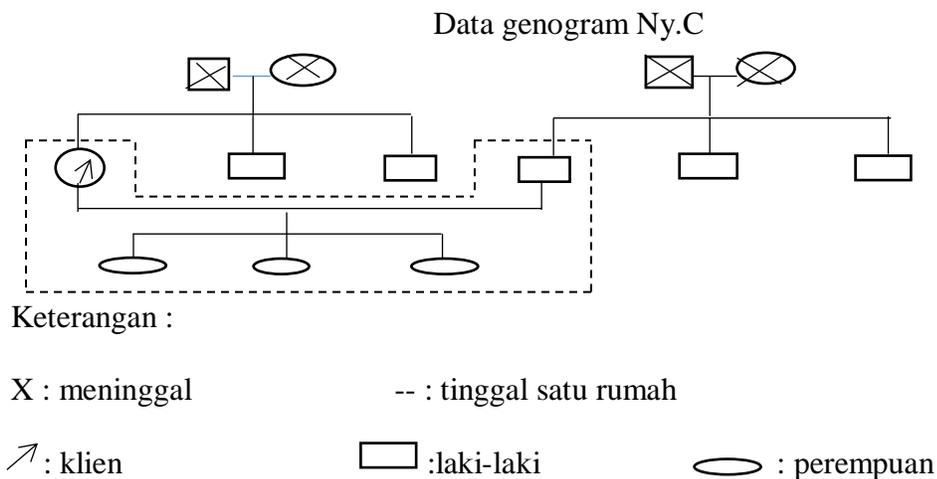
2. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan masuk RS Klien datang ke IGD Rumah Sakit Daerah Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara pada tanggal 28 Maret 2019 dengan keluhan luka di bagian manus bagian dextra yang tidak kunjung sembuh sejak 4 hari, di IGD klien telah mendapatkan obat Viccilin 1 gr (iv), Ketorolac 30 mg (iv), dan cairan infus NaCl 500 ml 20tpm infus, kemudian klien dibawa ke ruang perawatan untuk mendapatkan tindakan perawatan. sebelumnya klien dirawat di

Puskesmas Bukit Kemuning selama 3 hari dan telah mendapatkan tindakan pengobatan dan perawatan luka, namun tidak ada perkembangan sehingga harus dirujuk ke rumah sakit.

Saat dilakukan pengkajian riwayat kesehatan pasien didapatkan keluhan yang paling dirasakan klien, yaitu klien mengeluh nyeri pada tangan kanannya, klien mengatakan nyeri pada luka di manus dextra, klien mengatakan nyeri terasa sekali pada saat beraktivitas dan nyeri berkurang pada saat beristirahat dan minum obat, nyeri terasa berdenyut-denyut, nyeri datang sewaktu-waktu terutama saat beraktifitas, klien juga mengatakan nyeri di rasakan pada bagian tangan dextra terutama bagian manus, nyeri menyebar ke tangan yang tidak ada luka (tangan kiri), nyeri menyebabkan klien sulit beraktifitas, skala nyeri 6 dari (0-10), nyeri terjadi dalam waktu yang cukup lama. klien juga mengeluh mual, klien juga mengatakan alergi terhadap air yang keruh dan kotor, dan mengatakan memiliki riwayat penyakit magh.

Gambar 3.1



Klien merupakan anak pertama dari 3 bersaudara, kedua orangtua klien sudah meninggal. Klien sudah menikah dan memiliki 3 orang anak, saat ini klien tinggal satu rumah dengan suami dan 3 orang anaknya. Klien mengatakan tidak ada riwayat penderita Diabetes Melitus dikeluarganya.

3. Riwayat psikososial-spiritual

Klien mengatakan lingkungan tempat tinggalnya bersih dan aman dari polusi. Pola nutrisi dan cairan klien sebelum dan saat sakit yaitu sebelum sakit klien mengatakan makan 3x sehari dengan nafsu makan sedikit. Saat sakit klien hanya menghabiskan 1/3 dari porsi yang disediakan, klien mengeluh tidak nafsu makan, klien juga mengeluh mual pada saat makan dan memiliki riwayat penyakit maag dan selama sakit klien mengalami penurunan berat badan 3 kg dan berat badan klien saat ini 54 kg.

Sebelum sakit klien mengatakan banyak mengkonsumsi cairan di pagi hari. Pada saat sakit klien mengatakan banyak minum dan terpasang infus NaCl 8 tpm/makro. Intake cairan infus: 500cc/hari, oral : 1600cc/hari, dari air metabolisme $5\text{cc} \times 54 = 270\text{ cc}$. Jadi, total intake cairan klien : 2770cc/hari

Pada pola eliminasi sebelum sakit klien mengatakan BAK 3x sehari $\pm 900\text{cc/hari}$ dan pada saat sakit klien mengatakan buang air kecil 3x sehari dengan jumlah sedikit $\pm 700\text{cc/hari}$ warna urin sedikit keruh, IWL : $15 \times 54 = 810\text{ cc}$ dalam 24 jam, dari pus $\pm 10\text{ cc}$. Jadi, total

output : 1520 cc/24 jam. Balance cairan klien : intake – output = 2370cc – 1520cc = 850cc terjadi kelebihan volume cairan dalam tubuh klien.

Sebelum sakit klien mengatakan BAB 2x sehari dengan konsistensi baik (lembek) dan pada saat sakit klien mengatakan tidak ada masalah, klien BAB tetap 2x sehari dengan konsistensi lembek.

Pada personal hygiene sebelum sakit klien mengatakan mandi 2x sehari dan rajin menggosok gigi sedangkan pada saat sakit klien mengatakan belum pernah mandi dan menggosok gigi.

Pada pola tidur sebelum sakit klien mengatakan tidur selama 8 jam sehari dan pada saat sakit klien mengatakan sulit tidur serta sering terbangun di malam hari dikarenakan nyeri pada tangan kanannya.

Pola aktifitas dan latihan sebelum sakit klien bekerja sebagai ibu rumah tangga dan disaat waktu luang klien lebih banyak menghabiskan waktu untuk menonton televisi , klien juga mengatakan tidak memiliki olahraga khusus. Pada saat sakit klien mengeluh nyeri pada bagian tangan dextra manus dan mudah lelah , klien juga mengatakan sulit untuk berhias.

Klien tidak mengetahui tentang penyakitnya, klien pergi ke fasilitas kesehatan apabila memiliki keluhan penyakit, klien mengatakan tidak merokok, tidak meminum-minuman keras dan tidak memiliki ketergantungan obat.

Klien mengatakan tidak ada perubahan pola seksual dan klien mengatakan tidak memiliki masalah pada sistem reproduksi

Klien mengatakan sebelum sakit klien beribadah tepat waktu dan pada saat sakit klien mengatakan sulit untuk beribadah dikarenakan nyeri pada tangan klien.

Sebelum sakit klien juga mengatakan tidak memiliki keluhan apapun mengenai psikososial klien dan pada saat sakit klien merasa malu untuk berjabat tangan dengan orang lain dan klien merasa tidak berguna serta sulit untuk melakukan aktifitas seperti biasanya..

4. Pengkajian fisik

Pada pengkajian fisik pemeriksaan umum diperoleh data kesadaran klien composmentis, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 78 x/menit, pernapasan 22 x/menit, suhu 36,7°C, TB/BB 155cm/54kg. Pada pemeriksaan fisik sistem penglihatan posisi mata simetris, pergerakan bola mata baik, konjungtiva nonanemis, lapang pandang baik, ketajaman penglihatan baik, tidak ada tanda peradangan, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Sistem pendengaran posisi telinga simetris, tidak ada serumen dan cairan telinga, tidak ada tanda peradangan, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Sistem wicara tidak ada kesulitan dan gangguan wicara.

Pada sistem pernapasan jalan napas baik dan tidak ada obstruksi, klien mengeluh sedikit sesak saat sedang beraktivitas, tidak ada keluhan nyeri saat bernafas, frekuensi nafas 22 x/menit dengan irama

teratur, tidak ada suara nafas tambahan, klien tidak batuk, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, dan tidak menggunakan alat bantu nafas, klien tidak terpasang WSD. Sistem kardiovaskuler nadi : 78 x/menit (teratur), denyut nadi teraba lemah, kulit klien teraba dingin pada seluruh ujung ekstremitas, warna kulit pucat, CRT 3 detik pada ujung jari tangan yang terdapat luka dan terdapat edema pada manus dextra klien.

Pada sistem neurologi diperoleh data GCS : E4 M6 V5, dan pada penilaian kekuatan otot ekstremitas atas sebelah kanan untuk lengan atas, lengan bawah, tangan, dan jari masing-masing secara berurutan adalah 2,2,2,2 ; ekstremitas atas sebelah kiri untuk lengan atas, lengan bawah, tangan, dan jari masing-masing secara berurutan adalah 5,5,5,5 ; serta kekuatan otot ekstremitas bawah sebelah kanan untuk paha atas, paha bawah, betis, dan jari masing-masing secara berurutan adalah 5,5,5,5 ; ekstremitas bawah sebelah kiri untuk paha atas, paha bawah, betis, dan jari masing-masing secara berurutan adalah 5,5,5,5.

Terdapat masalah pada ekstremitas atas sebelah kanan klien. tidak ada masalah pada ekstremitas atas sebelah kiri dan ekstremitas bawah. Sistem pencernaan mulut klien tampak kering dan terdapat nyeri tekan pada bagian gastrium karena klien memiliki riwayat penyakit maag, klien mengeluh mual, pada pemeriksaan palpasi tidak teraba distensi abdomen dan nyeri tekan, pada pemeriksaan perkusi abdomen didapati

suara timpani, pada pemeriksaan auskultasi terdengar bising usus 10 x/menit.

Pada sistem immunology tidak terjadi pembesaran kelenjar getah bening di leher kanan dan kiri klien. Sistem endokrin terdapat luka di manus dextra, luka tersebut berwarna kebiruan dan terdapat lubang pada telapak tangan, luas luka 2-3 cm, kedalam luka 1 cm, luka gangrene derajat 1.

Gambar 3.2
Luka pada Ny.C



Terdapat pus pada luka serta terdapat edema derajat 1 pada tangan kanannya hingga ke pergelangan tangan kanannya. Sistem urogenital tidak mengalami distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada nyeri perkusi, tidak ada gangguan pola eliminasi, klien tidak terpasang kateter, keadaan genital baik. Sistem integument rambut klien tampak lengket dan kusam, kuku tampak kotor, turgor kulit menurun, serta kulit tampak pucat dan kotor, edema pada bagian manus dextra, tidak ada edema pada ekstremitas lainnya. Sistem muskuloskeletal klien sulit menggerakkan tangan kanan karena terdapat luka, tidak ada nyeri pada sendi dan tulang, tidak ada tanda fraktur, tonus otot kuat, tidak ada tanda-tanda radang pada sendi, tidak ada penggunaan alat bantu.

5. Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium ditampilkan pada tabel 3.1

Tabel 3.1
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny.C Di Rumah Sakit Daerah Mayjend
HM Ryacudu Kotabumi Kabupaten Lampung Utara

No	Tanggal	Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	02 April 2019	Gula darah puasa	471 mg/dl	<125 mg/dl
2	03 April 2019	Gula darah puasa	284 mg/dl	<125 mg/dl
3	04 April 2019	Gula darah puasa	170 mg/dl	<125 mg/dl

6. Penatalaksanaan

a) Penatalaksnaan medis

Terapi obat di tampilkan pada tabel 3.2

Tabel 3.2
Pengobatan Ny. C Di Ruang Bedah Rumah Sakit Daerah Mayjend HM
Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Tanggal pemberian	Terapi	Dosis
1	2	3
02 April 2019	Nacl (cairan infus) Metronidazole (cairan infus) Vicilin (vial) Ketorolac (ampul)	500 ml 20 tpm 3 x 1 500 mg 3 x 1 1 g 2 x 1 30 mg

1	2	3
03 April 2019	Nacl (cairan infus)	500 ml 20 tpm
	Metronidazole (cairan infus)	3 x 1 500 mg
	Viccilin (vial)	3 x 1 1 g
	Ketorolac (ampul)	2 x 1 30 mg
04 April 2019	Nacl (cairan infus)	500 ml 20 tpm
	Metronidazole (cairan infus)	3 x 1 500 mg
	Viccilin (vial)	3 x 1 1 g
	Ketorolac (ampul)	2 x 1 30 mg

b) Penatalaksanaan keperawatan

Klien telah dilakukan pencucian luka berdasarkan SOP, debridement, diberikan nutrisi yang cukup dan diit yang tepat untuk klien, telah dilakukan pemilihan jenis balutan yang tepat untuk klien yang kemudian dilakukan pergantian balutan secara rutin guna mencegah infeksi pada klien dan melakukan kolaborasi pemberian antibiotik dengan dokter

7. Data fokus

Data fokus di tampilkan pada tabel 3.3

Tabel 3.3

Data fokus Ny.C di ruang bedah Rumah Sakit Daerah Mayjend HM Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara

Data subjektif	Data objektif
- Mengeluh nyeri	- Klien meringis
- Skala nyeri 6	- Mendapat terapi ketorolac 3x1 30

<ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh mual - Mengeluh tidak nafsu makan - Mengatakan tidak pernah mandi selama sakit - Mengeluh sulit tidur - Mengeluh sulit menggerakan ekstremitas - Mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya - Mengatakan mudah lelah - Mengatakan cemas 	<ul style="list-style-type: none"> mg (iv) - Menghabiskan 1/3 dari porsi yang tersedia - Berat badan berkurang 3kg selama sakit - Terdapat luka pada bagian manus dekstra - Luka tampak kebiruan - Terdapat pus pada luka - Luas luka 2-3 cm  - Mendapat terapi viccilin 3x1 1 gr (iv) - Mendapat terapi metronidazole 1x500 mg - GDP : 471 mg/dl - Kulit teraba dingin - Kulit pucat - Turgor kulit menurun - Klien cemas - Sulit menggerakan ekstremitas - Klien lemah - Kekuatan otot menurun <table border="1" data-bbox="938 1486 1336 1612" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">2.2.2.2.2</td> <td style="text-align: center;">5.5.5.5.5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5.5.5.5.5</td> <td style="text-align: center;">5.5.5.5.5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rambut kusam dan kotor - Kulit kusam dan kotor - Mulut kering - Nadi teraba lemah - Alergi terhadap air yang tidak 	2.2.2.2.2	5.5.5.5.5	5.5.5.5.5	5.5.5.5.5
2.2.2.2.2	5.5.5.5.5				
5.5.5.5.5	5.5.5.5.5				

	cocok - Tidak pernah mandi selama sakit - Kelebihan volume cairan - Balance cairan positif 850cc
--	---

B. Analisa data

Analisa data di tampilkan pada tabel 3.4

Tabel 3.4
 Analisa data Ny.C di Ruang Bedah Rumah Sakit Daerah Mayjend HM
 Ryacudu Kotabumi Lampung Utara 02 April-04 April 2019

No.	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	DS : 1. Klien mengeluh nyeri 2. Skala nyeri 6 dari (0-10) 3. Mengatakan sulit tidur DO : 1. Tampak meringis 2. Tampak cemas	Nyeri akut	Inflamasi
2.	DS : 1. Klien mengeluh tidak nafsu makan 2. Klien mengeluh mual DO : 1. BB klien menurun 3kg	Resiko defisit nutrisi	Keengganan untuk makan

	2. TB/BB : 155cm/54kg		
3.	<p>DS :</p> <p>Mengeluh nyeri pada luka</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka pada bagian manus dekstra 2. Terdapat pus pada luka 3. Luka tampak kebiruan 4. Luas luka 2-3 cm 	Gangguan integritas kulit	Perubahan sirkulasi
4.	<p>DS :</p> <p>-</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat edema 2. Kebiruan pada luka 3. Kulit pucat 4. Turgor kulit menurun 5. CRT 3 detik 6. GDP : 471 mg/dl 	Perfusi perifer tidak efektif	Hiperglikemia
5.	<p>DS :</p> <p>Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>DO :</p> <p>Klien sulit menggerakkan ekstremitas</p>	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri
6.	<p>DS :</p> <p>Tidak pernah mandi selama sakit</p> <p>DO :</p>	Defisit perawatan diri	Kelemahan

	1. Tampak lemah 2. Rambut kusam dan kotor 3. Kulit kusam dan kotor		
7.	DS : - DO : 1. Balans cairan positif 350 cc 2. Edema pada ekstremitas	Hipervolemia	Kelebihan asupan cairan
8.	DS : Klien mengeluh sulit tidur DO : -	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur
9	DS : Klien mengeluh mudah lelah DO : GDP 471 mg/dl	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Gangguan glukosa darah puasa

B. Diagnosa prioritas

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan glukosa darah puasa ditandai dengan mengeluh mudah lelah, GDP 471 mg/dl.
2. Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi ditandai dengan mengeluh nyeri, skala nyeri 6, klien tanpa meringis, mengeluh sulit tidur, cemas.

3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan edema, kebiruan pada luka, kulit pucat, turgor kulit menurun, CRT 3 detik pada ujung jari tangan dextra, GDP : 471 mg/dl.
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan terdapat luka pada bagian manus dekstra, kebiruan pada luka, terdapat pus pada luka, luas luka 2-3 cm.
5. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan di tandai dengan edema pada ekstremitas, balans cairan positif 850cc.
6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, tampak sulit menggerakkan ekstremitas.
7. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur.
8. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan kelemahan
9. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan

C. Rencana Tindakan Keperawatan

Dalam rencana keperawatan terkait dengan prioritas diagnosa keperawatan diatas maka penulis hanya membuat 3 intervensi diagnosa keperawatan prioritas utama sebagai berikut :

Tabel 3.5
Rencana Keperawatan Ny.C Di Ruang Bedah
Rumah Sakit Daerah Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
02 April-04 April 2019

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi dan iskemi) d.d klien mengeluh nyeri, klien tampak meringis, mengeluh sulit tidur, dan tampak cemas, skala nyeri 6 (0-10)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun Sikap protektif menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur Menurun	Manajemen nyeri (I.08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Monitor keberhasilan

1	2	3	4
			<p>komplementer yang telah diberikan</p> <p>6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>7. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>8. Fasilitasi istirahat & tidur</p> <p>9. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>10. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>12. Kolaborasi pemberian analgesic</p>
2	Gangguan integritas kulit b.d perubahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	Perawatan integritas kulit (I.11353) 1. Identifikasi

1	2	3	4
.	sirkulasi d.d terdapat luka pada bagian manus dextra, kebiruan pada luka, terdapat pus pada luka, luas luka 2-3 cm	diharapkan integritas kulit/ jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit Menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun 5. Pigmentasi abnormal menurun 6. Nekrosis menurun 7. Sensasi membaik 	penyebab gangguan integritas kulit <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Perawatan luka (I.14564) <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka Monitor tanda-tanda infeksi 2. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan

1	2	3	4
			teknik steril perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 10. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi pemberian antibiotic 11. Lakukan perawatan kaki diabetik
3	Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Hiperglikemi ditandai dengan terdapat edema, kulit pucat, turgor kulit menurun, CRT 3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer (L.02011) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun.	Perawatan sirkulasi (I.02079) 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak.

1	2	3	4
	detik pada ekstremitas yang terdapat luka, kebiruan pada luka, GDP : 471 mg/dl	3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik 6. Edema perifer menurun 7. Nyeri ekstremitas Menurun 8. Glukosa darah puasa menurun	4. Hindari melakukan pengukuran tekanan darah pada ekstremitas terbatas perfusi 5. Lakukan pencegahan infeksi 6. Lakukan hidrasi 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 8. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi

D. Implementasi dan evaluasi keperawatan

Catatan perkembangan ditampilkan pada tabel 3.6

Tabel 3.6
 Catatan Perkembangan Keperawatan Ny.C
 Di Ruang Bedah Rumah Sakit Daerah Mayjend HM Ryacudu Kotabumi

Tanggal	No dx	Implementasi	Evaluasi
02 April	1	Pukul 21.30	S :

1	2	3	4
2019		<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Pukul 21.30</p> <p>Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Pukul 21.30</p> <p>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>Pukul 22.00</p> <p>Meminta keluarga tidak gaduh</p> <p>Pukul 06.00</p> <p>Memberikan obat analgesik ketorolac 30 mg/8jam IV</p>	<p>Pukul 21.45</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada bagian manus dekstra masih belum berkurang</p> <p>Pukul 06.30</p> <p>Klien mengatakan masih sering terbangun saat tidur</p> <p>Klien mengatakan nyeri berkurang setelah diberi obat</p> <p>O :</p> <p>Pukul 21.45</p> <p>Klien tampak meringis</p> <p>Skala nyeri 6 Klien tampak gelisah</p> <p>A :</p> <p>Nyeri akut belum teratasi</p>

1	2	3	4
			<p>P :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lanjutkan intervensi2. Identifikasi skala nyeri3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri4. Identifikasi respon nyeri non verbal5. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri <p>Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p> Rifan</p>

1	2	3	4
03 April 2019	1	<p>Pukul 16.30</p> <p>Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Pukul 16.30</p> <p>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>Pukul 18.30</p> <p>Membatasi jumlah pengunjung agar klien bisa beristirahat</p> <p>Pukul 20.00</p> <p>Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>Pukul 20.00</p> <p>Mengajarkan teknik nonfarmakologis nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</p>	<p>S :</p> <p>Pukul 18.30</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada bagian manus dekstra mulai berkurang</p> <p>Pukul 06.30</p> <p>Klien mengatakan masih sering terbangun saat tidur</p> <p>O :</p> <p>Pukul 18.30</p> <p>Klien tampak sedikit rileks</p> <p>Skala nyeri 5</p> <p>Pukul 20.00</p> <p>Klien mengatakan masih sering terbangun saat tidur</p> <p>A : Nyeri akut teratasi sebagian</p>

1	2	3	4
			<p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri  <p>Rifan</p>
04 April 2019	1	<p>Pukul 09.00</p> <p>Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Pukul 09.00</p> <p>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>Pukul 10.30</p> <p>Menjelaskan strategi meredakan nyeri (kompres hangat)</p>	<p>S :</p> <p>Pukul 10.30</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada bagian manus dekstra mulai berkurang</p> <p>Pukul 06.30</p> <p>Klien mengatakan sudah dapat tidur</p>

1	2	3	4
		<p>Pukul 10.30</p> <p>Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>Pukul 13.00</p> <p>Memberikan obat analgesik ketorolac 1 ampul/8jam</p>	<p>dengan nyenyak</p> <p>Klien mengatakan nyeri berkurang setelah diberi obat</p> <p>O :</p> <p>Pukul 13.30</p> <p>Klien tampak sedikit rileks</p> <p>Skala nyeri 3</p> <p>A :</p> <p>Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non Verbal 2. Kontrol lingkungan yang memperberat

1	2	3	4
			nyeri.  Rifan
02 April 2019	2	Pukul 21.30 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit Pukul 21.30 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Pukul 21.30 Memonitor karakteristik luka Pukul 06.00 Memberikan antibiotik viccilin 1 gr IV	S : O : Pukul 21.30 Luka menyebabkan gangguan integritas kulit Terdapat kerusakan integritas kulit, luka tampak kebiruan, luka berbau Pukul 07.00 Terdapat tanda-tanda infeksi pada luka berupa pus A : Gangguan integritas kulit belum teratasi

1	2	3	4
			<p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 2. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 3. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <p> Rifan</p>
03 April 2019	2	<p>Pukul 15.40</p> <p>Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>Pukul 15.45</p> <p>Menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p>	<p>S :</p> <p>Pukul 16.00</p> <p>Klien mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi dan gejala infeksi</p>

1	2	3	4
		<p>Pukul 16.00</p> <p>Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<p>O :</p> <p>Pukul 16.00</p> <p>Terdapat kerusakan integritas kulit</p> <p>Klien tampak memperhatikan penjelasan perawat dengan baik</p> <p>A :</p> <p>Gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 2. Monitor karakteristik luka 3. Monitor tanda-tanda infeksi 4. Lepaskan balutan

1	2	3	4
			<p>dan plester secara perlahan</p> <p>5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>6. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>7. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi</p> <p>8. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>9. Pertahankan teknik steril perawatan luka</p> <p>Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p>

1	2	3	4
			 Rifan
04 April 2019	2	Pukul 09.00 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Pukul 09.00 Memonitor karakteristik luka Pukul 09.00 Memonitor tanda-tanda infeksi Pukul 09.30 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan Pukul 09.30 Membersihkan dengan cairan NaCl Pukul 09.35 Membersihkan jaringan Nekrotik Pukul 09.40 Memberikan salep gentamicin	S : Pukul 09.50 Klien mengatakan nyaman setelah dilakukan perawatan luka O : Pukul 09.00 Masih terdapat warna kebiruan pada luka Pus berkurang Luka tampak berlubang Luka tampak bersih Jaringan nekrotik berkurang Pus berkurang

1	2	3	4
		<p>sesuai kebutuhan</p> <p>Pukul 09.45</p> <p>Memasang balutan foam pada luka</p> <p>Pukul 09.45</p> <p>Mempertahankan teknik steril perawatan luka</p> <p>Pukul 09.45</p> <p>Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p>	<p>A :</p> <p>Gangguan integritas teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 2. Monitor tanda-tanda infeksi  <p>Rifan</p>
02 April 2019	3	<p>Pukul 21.30</p> <p>Memeriksa sirkulasi perifer</p> <p>Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi</p> <p>Memonitor panas, kemerahan, nyeri, dan bengkak pada bagian manus dextra</p> <p>Pukul 21.45</p> <p>Melakukan pencegahan infeksi</p>	<p>S :</p> <p>Pukul 21.30</p> <p>Klien mengeluh nyeri pada luka</p> <p>O :</p> <p>Pukul 21.30</p> <p>Luka tampak kebiruan dan bengkak derajat 1</p> <p>Suhu kulit teraba</p>

1	2	3	4
		<p>dengan melakukan tehnik aseptic selama tindakan</p>	<p>dingin</p> <p>Kulit tampak pucat</p> <p>GDP : 471 mg/dl</p> <p>A :</p> <p>Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor panas, kemerahan, nyeri, dan bengkak pada bagian manus dextra <p>Lakukan pencegahan infeksi dengan melakukan tehnik aseptik selama tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Lakukan pemberian cairan

1	2	3	4
			infus Nacl 500 ml 8 tpm  Rifan
03April 2019	3	Pukul 15.30 Memonitor panas, kemerahan, nyeri, dan bengkak pada bagian manus dextra Melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan tehnik aseptik selama tindakan Pukul 18.00 Melakukan pemberian cairan infus Nacl 500 ml 8 tpm	S : Pukul 18.00 Klien mengatakan nyeri pada luka berkurang O : Pukul 18.00 Luka tampak kebiruan dan bengkak derajat 1 Pukul 20.00 Kulit mulai teraba Hangat Kulit tampak pucat GDP : 284 mg/dl A : Perfusi perifer tidak efektif teratasi

1	2	3	4
			<p>sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Monitor panas, kemerahan, nyeri, dan bengkak pada bagian manus dextra2. Lakukan pencegahan infeksi dengan melakukan tehnik aseptik selama tindakan3. Ajarkan diet yang baik untuk meningkatkan sirkulasi4. Anjurkan melakukan perawatan kulit

1	2	3	4
			<p>yang tepat</p>  <p>Rifan</p>
<p>04 April 2019</p>	<p>3</p>	<p>Pukul 09.00</p> <p>Memonitor panas, kemerahan, nyeri, dan bengkak pada bagian manus dextra</p> <p>Melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan tehnik aseptik selama tindakan</p> <p>Pukul 09.30</p> <p>Mengajarkan diet yang baik untuk meningkatkan sirkulasi</p> <p>Menganjurkan melakukan perawatan kulit dengan menjaga kebersihan kulit</p>	<p>S :</p> <p>Pukul 09.30</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada luka sudah berkurang</p> <p>Pukul 10.30</p> <p>Klien mengatakan memahami diet yang baik untuk meningkatkan sirkulasi</p> <p>O :</p> <p>Pukul 09.30</p> <p>Luka tampak kebiruan dan bengkak derajat 1</p> <p>Kulit mulai teraba hangat</p> <p>Kulit tampak pucat</p>

1	2	3	4
			<p>Pukul 10.30</p> <p>Klien mampu menjelaskan kembali apa yang sudah diajarkan</p> <p>GDP : 170 mg/dl</p> <p>A :</p> <p>Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Monitor panas, kemerahan, nyeri, dan bengkak pada bagian manus dextra2. Lakukan pencegahan infeksi dengan melakukan tehnik

1	2	3	4
			aseptic selama tindakan  Rifan