

A. PENILAIAN KEPERAWATAN

I. DATA UMUM

a. IDENTITAS

1.) Klien

Nama : Ny. M
Umur : 69 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Suku/Bangsa : Indonesia
Alamat : Jl. Ledian Raya Rt. 05/02 Bandarharjo Semarang Utara

2.) Peranggung jawab

Nama : Ny. U
Umur : 50 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Indonesia
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Swasta
Hub dengan klien : Anak kandung
Alamat : Jl. Ledian Raya Rt. 05/02 Bandarharjo Semarang Utara

3. Medis

Tanggal Masuk : 25 Februari 2020
Tanggal Pengkajian : 27 Februari 2020
No RM : 01407318
Diagnosa Medis : Nekrosis pedis acris sinistra dd/EMO
Kucing : Bakus Saluran 2
Tanggal Operasi : 27 Februari 2020
Dokter : Drs. H. Haryono, dr. M.Si, Med, SpA

4. Keluhan Utama

Pasien mengatakan kaki kiri terasa nyeri panas pada area luka yang telah dilakukan tindakan amputasi

5. Riwayat Penyakit Sekarang.

Pasien mengatakan pernah jatuh dari kamar mandi, hingga rasa sakit kesemutan mengeluh jari kaki berubah warna menjadi ungu kemerahan, lalu dibawa oleh anggota keluarga ke rumah sakit. 10 setelah itu terdapat perubahan luka dan semakin menyebar ke bagian kaki dan tangan menyebar sekitar bawah lutut. Setelah itu terdapat perubahan warna sekitar dipangsaan amputasi dan untuk melihat kondisi luka di bawa pasien dan anggota keluarga pada dilakukan tindakan pada area luka tetapi tidak ada pendarahan dan luka dilakukan pembalutan, sering 3 hari dokter dan perawat datang untuk melihat kondisi luka dan diberikan kearah dokter menarakan untuk diujuk ke rumah sakit dan dari anggota medis di rumah menarakan untuk diujuk ke RS Sultan Agung Semarang pada tanggal 25 Februari 2020 pukul 07:00 WIB, diujuk ke rumah sakit 2. Pada tanggal 26 Februari 2020 dokter menarakan untuk dilakukan amputasi dan dan pihak keluarga menyetujui tindakan amputasi

6. Riwayat Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah menderita DM 1 tahun yang lalu dan 227 pasien mengatakan juga pernah hipertensi 2 tahun yang lalu TD: 200/100 mengakibatkan pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti duduk, berdiri dan berjalan teratur

7. Keadaan

Pasien mengatakan mengalami keadaan jatuh dikamar mandi 2 minggu yang lalu.

8. Imunisasi

Pasien tidak terdapat karena tidak lengkap

9. Alergi Obat

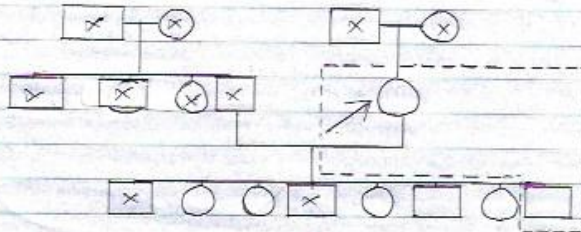
Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat.

10. Alergi Makanan

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan, pasien memiliki pantangan makanan manis dan kacang karbohidrat.

11. Riwayat kesehatan keluarga

a. genogram



Keterangan :

- = laki-laki
- = perempuan
- ⊗ = meninggal
- ⊙ = meninggal
- ↑ = pasien
- = pindah atau pindah
- = garis keturunan

b. Penyakit yang pernah dialami keluarga

pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit menular seperti hepatitis dan keluarga lain memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM.

c. Riwayat penyakit yang sedang dialami keluarga

pasien mengatakan anak ke-2 saat ini menderita penyakit DM.

d. Penyakit kesehatan keluarga

pasien mengatakan saat ini di keluarga ada yang menderita riwayat DM, dan di dalam keluarga tidak ada yang menderita hepatitis.

II. Pola asuhan transitional

a. Pola persepsi dan pemeliharaan asuhan

sebelum sakit = Pasien mengatakan tidak merasa tentang penyakit yang sedang dialami, dan belum merasa tentang masalah kulit secara mandiri

sakit dikaji = Pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu penyebab yang dialami pasien dan sudah memahami masalah kulit secara mandiri

b. Pola nutrisi dan metabolisme

sebelum sakit = keluarga pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi makan yang mengandung karbohidrat seperti nasi, mie, dimakan dengan bersantap, dan minum 6-8 gelas / hari lebih banyak minum minuman berenergi dan manis, jarang minum air putih

sakit dikaji = Pasien makan 3x sehari dengan porsi makanan dari rumah sakit sesuai diet dan yang diberikan seperti bulgur halus 1/2 piring, dengan sayur sup, dan minum 6-8 gelas / hari air putih, dan juga kekelan

c. Pola eliminasi

sebelum sakit = Pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan feses berwarna kuning, BAB 6-7x / hari dengan konsistensi lunak-jernih.

sakit dikaji = Pasien BAB 1x sehari feses berwarna kuning fecaloiden BAB 6-7 kali, pasien menggunakan popok.

d. Pola aktifitas dan istirahat

sebelum sakit = Pasien aktif beraktifitas dengan keluarga dan lingkungan keluarga.

sakit dikaji = Pasien beraktifitas dibantu oleh anggota keluarga dan tenaga medis.

e. Pola kognitif

sebelum sakit = Pasien dapat menangkap dan menerima informasi

sakit dikaji = Pasien sulit menerima informasi

f. Pola istirahat dan tidur

sebelum sakit = Pasien mengatakan tidur, jam sehari dan tidak mengalami kesulitan dalam memulai tidur.

sakit dikaji = Pasien mengalami kesulitan tidur karena merasa sakit di bagian bintan, dan waktu tidur 5-6 jam

g. Pola persepsi dan konsep diri

sebelum sakit = Pasien mengatakan sebelumnya tidak memperhatikan tentang penyakit yang dialami

dan merasa baik-baik saja.

saat alihali = pasien merasakan lebih memperhatikan kesehatan
luka agar luka post operasi tidak terjadi infeksi

h. Pola mekanisme coping.

sebelum sakit = pasien merasa aman dan nyaman berkumpul
dengan anggota keluarga.

saat alihali = pasien merasa gelisah karena luka post operasi
dimitasi menjadikan susah untuk berkumpul
anggota keluarga.

i. Pola seksual dan reproduksi

sebelum sakit = pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pola
seksual dan reproduksi

saat alihali = pasien tidak memiliki masalah seksual dan reproduksi

j. Pola peran dan hubungan dengan orang lain

sebelum sakit = pasien mengatakan hubungan dengan orang lain
berjalan dengan baik, dan mengikuti kegiatan
masyarakat seperti berkumpul

saat alihali = pasien mengatakan semakin lemah karena
tidak boleh di komputeri susah untuk berkumpul
dengan masyarakat sekitar

k. Pola nilai dan kepercayaan

sebelum sakit = pasien memperhatikan bersama Islam dan sholat 5 waktu

saat alihali = pasien mengatakan sholat dengan jujur karena
tidak ingin dicemoi hal-hal yang berhalal

III Pemeriksaan Fisik

1. kesadaran = komposmentis

2. Tampilan = lemah, kurus.

3. vital sign = TD = 140/90 mmHg

IK = 80 x /menit

S = 37 °C

RR = 20 x /menit

4. kepala

Bentuk prosopikal, rambut tidak rontok, tidak ada ketombe, terjadi perubahan warna warna rambut menjadi putih (wanita)

5. mata

konjunktiva mata merah kekuningan, dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan

6. hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada sekret, menggunakan kacamata

7. telinga

Bentuk telinga simetris terdapat serumen, tidak menggunakan alat bantu pendengaran

8. mulut dan tenggorokan

tidak mengalami kesulitan berbicara, disitatis lidah konstansial, tonjil lunak. gusi tidak ada perdarahan, mukosa bibir kemerahan, lidah bersih tidak ada selaput putih.

9. jantung

inspeksi : tidak ada / tidak tampak

palpasi : tidak ada / tidak teraba

perkusi : tidak

Auskultasi : teratur reguler

- paru-paru

inspeksi : pengembangan dada simetris

palpasi : tidak ada krepitan

perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler

- abdomen

inspeksi : tidak ada / tidak teraba

Auskultasi : tidak ada / tidak teraba

perkusi : tidak ada / tidak teraba

perkusi : tidak teraba

re-sonansi = tidak ada / tidak teraba, tidak teraba, tidak teraba, tidak teraba, menggunakan pampers

11. Prosternitas

tanaman = kebulu tangan normal, tangan sebelah kanan terbitang
INRIS Klatom

kelel = 1221 tangan lidat, kebulu lapa, kebulu sebelah kiri
kebulu lapa yang operasi amputasi, kebulu lapa
kebulu jahitan lapa berwarna merah, kerbau.

B. Keul

keul kerbau, kerbau sawah matang

DATA PENUNJANG.

NO Km = 0403318

Nama = Minatin

Alamat = Jl. Kadek Raya Rt. 05, Rw. 02 Bandung Barat Semarang Utara.

tanggal (usia / kelamin) = 31-12-1980 / 39 th / Perempuan

Dokter = IVO DEWI BRICHMANI, dr. M.Si, med. SpK

Revisi = Bantuselam 2.

DAFTAR = HEMODIALISIS KEMAS SMIFFA

PEMERIKSAAN	Hasil		Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOG					
Darah rutin 1					
Hemoglobin	10.1		11.7 - 15.5	g/dl	
Hematokrit	30.1		33 - 45	%	
Leukosit	27.47	H	3.6 - 11.0	mlu/lul	sedikit SAPT
trombosit	257		150 - 440	mlu/lul	
Skorapan darah / en	B/RSHP			-	
APIT / PTK	27.8		21.8 - 28.0	DEK	
kontrol	25.3		21.0 - 28.9	DEK	
PPT	10.7		9.3 - 11.4	DEK	
kontrol	10.6		9.3 - 12.5	DEK	
IMUNOSTROLOG					
HBSAG kualitatif	non reaktif		non reaktif	-	
BIMIA					
Gula darah sewaktu	68	L	75 - 110	mg/dl	
ureum	49		10 - 50	mg/dl	
creatinin darah	0.61		0.6 - 1.1	mg/dl	
As, f, c1					
Albumin	129.6	L	135 - 147	mmol/L	
kalsium	9.60		8.5 - 9	mmol/L	
clonidif	22.2		25 - 105	mmol/L	

- Diet yang diresepkan

Masi tim dan diet prekuensi 3x sehari

- Terapi

nama obat	salur	dosis	Kegunaan
ceftriaxon	IV	1x2gr	obat antibiotik untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri
ketorolak	IV	3x1A	obat untuk mengatasi nyeri sedang hingga nyeri berat untuk sementara
infus RL	IV	200ml	menambah elektrolit tubuh untuk menstabilkan keseimbangan tubuh

B. Analisa data

Tgl/jam/lokasi	Datafokus	pelelem	Ekologi
24/02 0700 WAB	<p>1. DS: pasien mengatakan baru selesai melakukan tindakan post operasi amputasi kaki sebelah kiri</p> <p>DS: luka pasien nampak terdapat jatan, luka berwarna merah, ada nanah.</p> <p>Kontik pernafasan (mls): leukosit - 27,47</p> <p>Kontik TTV: TD = 140/90 mmHg RR = 20 x/menit NI = 80 x/menit S = 37°C</p>	<p>Rasio intake (50ml, 0,47)</p>	<p>Penyakit kronis</p>

C. Intervensi

Tgl dan No	Tujuan dan K-H	Intervensi	TTS
27/02	1. Sediaan alat-alat Andalasan 2x24jam	D = Monitor karakteristik luka (misal: warna, bau)	
02/03	alasan pemberian resep infeksi		
WUB	dapat terdapat dengan karena hasil :	N = 1) Berhenti menggunakan Nasi	
	a) kemampuan memori informasi tentang faktor risiko	2) Berhenti seketika 3) Pasang balutan khusus jenis luka	
	b) kemampuan menginterpretasi tanda-tanda faktor risiko	E = 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi	
	c) kemampuan melakukan strategi kontrol risiko	2) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	
	(SKH, L (1/12/20))	c = 1) bedah-bedah pemberian antibiotik	
		(SKH, L (1/15/20))	

IMPLEMENTASI

Tgl/jam	Klasifikasi	Implementasi	Kecamatan Pasien.	TTD
27/02/20 07.00	1.	monitor TTV	S = Pasien mengatakan bersedia saat diukur tanda-tanda vital O = Tekanan darah pasien 140/90 mmHg, S = 37°C, RR: 20x/menit, PA: 20x/menit	X
07.15		memonitor karakteristik luka	S = Pasien mengatakan bersedia saat akan dilakukan pengamatan pada luka. O = Luka pasien nampak terdapat di Jahitan, luka berwarna merah, berbau, terdapat bus (nanah).	X
07.20		membersihkan luka menggunakan cairan NaCl 0,9%	S = Pasien mengatakan bersedia saat akan dilakukan pembersihan luka menggunakan cairan NaCl 0,9% O = Luka pasien nampak dibersihkan menggunakan cairan NaCl 0,9%.	X
07.25		membalut luka pasien	S = Pasien mengatakan bersedia saat luka akan dibalut. O = Luka pasien nampak dibalut. Ut menggunakan elastic bandage.	X
28/02/20 07.00	1.	memonitor TTV	S = Pasien mengatakan bersedia saat diukur TTV. O = Tekanan darah pasien 130/80 mmHg, S = 37,5°C, RR: 20x/menit, PA: 20x/menit.	X
07.05		memonitor karakteristik luka	S = Pasien mengatakan bersedia saat luka akan dilihat/observasi O = Luka pasien nampak masih kemerahan, terdapat nanah	X
07.10		membersihkan luka menggunakan NaCl 0,9%	S = Pasien mengatakan bersedia saat luka akan dibersihkan O = Luka pasien nampak dibersihkan menggunakan NaCl 0,9%	X

Tgl/Waktu	RU/DA	Implementasi	Respon Pasien	TTD
07.20	1.	memastikan kelutan sesuai jenis luka.	S: pasien menyatakan bersedia saat luka akan dibalut. O: luka pasien nampak dibalut menggunakan elastic bandage.	Jat
07.25		menjelaskan tanda dan gejala	S: pasien menyatakan bersedia saat akan dijelaskan tanda dan gejala pasien saat luka karena infeksi O: pasien nampak mendengarkan dan belum menyetujui tanda dan gejala infeksi	Jat
07.35		mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	S: pasien menyatakan bersedia saat akan diajarkan perawatan luka. O: pasien dan keluarga nampak belum memahami perawatan luka secara mandiri	Jat
29/02/2019.05	1.	memonitor TTV	S: pasien menyatakan bersedia saat akan diukur TTV O: tekanan darah pasien 130/80 mmHg, S: 37°C, N: 79% ka. 20x/menit	Jat
15.00		membersihkan luka menggunakan cairan NaCl 0,9%	S: pasien menyatakan bersedia saat luka akan dibersihkan O: luka pasien nampak dibersihkan menggunakan cairan NaCl 0,9%	Jat
15.05		memasang balutan sesuai jenis luka	S: pasien menyatakan bersedia saat luka akan dibalut. O: luka pasien nampak dibalut menggunakan elastic bandage.	Jat
15.15		menjelaskan tanda dan gejala infeksi	S: pasien menyatakan bersedia saat akan dijelaskan tanda-gejala infeksi O: pasien dan keluarga nampak sudah mengerti tanda-gejala infeksi	Jat

DISTINCTION

Tgl/Jan No	Implementasi	Respon Pasien.	Ttd.
15.25	mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	5 = pasien mengatakan berhasil saat diajarkan perawatan luka secara mandiri 0 = pasien masih butuh arahan dalam melakukan perawatan luka secara mandiri) /

Evaluasi

Tgl dan Wkt	No dan	Evaluasi	TTD
27/06/20	07.40	<p>1. S = Pasien mengatakan bersedia saat luka akan dibersihkan menggunakan NaCl 0,9%</p> <p>O = Luka pasien nampak dibersihkan menggunakan cairan NaCl 0,9%, luka berwarna kemerahan, terdapat nanah, berbau, tekan fondus 140 (90 mmHg), K = 80x (menit), S = 37,5°C, RR = 20 x (menit)</p> <p>A = masalah belum teratasi</p> <p>P = lanjutkan intervensi</p>	<p>Hand</p>
28/06/20	09.00	<p>1. S = Pasien menyatakan bersedia saat luka akan dibersihkan menggunakan cairan NaCl 0,9%</p> <p>O = Luka pasien nampak dibersihkan menggunakan cairan NaCl 0,9%, luka pasien masih berwarna merah, terdapat nanah, tidak berbau. Hasil tanda-tanda vital: TD = 130 (70 mmHg), S = 37°C, K = 80x (menit), RR = 20 x (menit)</p> <p>A = masalah belum teratasi</p> <p>P = lanjutkan intervensi</p>	<p>Hand</p>
28/06/20	19.00	<p>1. S = Pasien mengatakan bersedia saat luka akan dibersihkan menggunakan cairan NaCl 0,9%, luka sudah tidak merah, tidak ada nanah</p> <p>O = Luka pasien nampak dibersihkan menggunakan cairan NaCl 0,9%. Hasil tanda-tanda vital: TD = 130 (80 mmHg), S = 37°C, K = 80x (menit), RR = 20 x (menit)</p> <p>A = masalah teratasi</p> <p>P = hentikan intervensi</p>	<p>Hand</p>

DOSEN PEMBIMBING : Ns. Erna Melastuti, M.Kep

NO	MASUKAN/ REVISI	BAB	HAL	REVISI		KETERANGAN
				SUDAH	BELUM	
1	COVER		1	✓		Penulisan Karya Tulis Ilmiah
2	Laporan Asuhan Keperawatan	III		✓		File ASKEP asli diScan dan disertakan di ASKEP
			22	✓		Pengkajian keluarga
			25	✓		Pengkajian lingkungan
				✓		Persiapan keluarga terkait keputungan pasien
3	Pembahasan	IV	27	✓		Kenapa menggunakan oksigen
4			28	✓		Penulisan No Rm dihapus
5			29	✓		Penulisan leukosit diperbaiki