

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “TN.H.” YANG MENGALAMI  
VULNUS LACERATUM DI RUANG PERAWATAN  
BEDAH RSUD KOTA MAKASSAR  
TAHUN 2021**



**Karya Tulis Ilmiah**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan  
Pada program studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin**

**FRANSISKUS.X.K.SARKOL  
NIM : C017182035**

**PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022**

## HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

NAMA : **Fransiskus. X.K. Sarkol**  
NIM : C017182035  
INSTITUSI : D-III Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul *Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. H Yang Mengalami Vulnus Laceratum di Ruang Perawatan Bedah RSUD Kota Makassar Tahun 2021*, adalah benar-benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 28 September 2022

**YANG MEMBUAT PERNYATAAN,**



**Fransiskus. X.K. Sarkol**

**PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Tn.H” DENGAN  
VULNUS LACERATUM DI RUANG PERAWATANBEDAH  
RSUD KOTA MAKASSAR TANGGAL 01 DESEMBER S/D  
06 DESEMBER 2021**

Disusun dan Diajukan Oleh:

**FRANSISKUS.X.K.SARKOL**  
**NIM : C017182035**

“Diterima dan disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang  
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin”

Makassar 19 Juni 2022

“Menyetujui :”

“Pembimbing I”

  
Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MHS., ETN., Ph.D

“Pembimbing II

  
Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN., Ph.D

“Mengetahui :”

“Ketua Program Studi D.III Keperawatan”

  
**NURMAULID, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
NIP . 198312192010122004

**LEMBAR PENGESAHAN**

**"ASUHAN KEPERAWATAN PADA "Tn.H" DENGAN VULNUS LACERATUM DI  
RUANG PERAWATAN BEDAH RSUD DAYA  
KOTA MAKASSAR**

Disusun Dan Diajukan Oleh :

**FRANSISKUS.X.K.SARKOL**  
**C017182035**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Makassar, 19 juni 2022

Tim Penguji :

1. Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D  
NIK. 197810262018073001

(.....)

2. Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D  
NIP. 198007172008122003

(.....)

3. Dr.Rosyidah Arafat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB  
NIP. 198503042010122003

(.....)

4. Syahrul Ninggrat, S.Kep.,Ns.,M.kep.,Sp.Kep.MB  
NIP. 198310162020053001

(.....)

Mengetahui  
Ketua Program Studi D. III keperawatan

**Nurmaulid, S. Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP .198312192010122004**

## RIWAYAT HIDUP



### A. IDENTITAS

1. Nama : Fransiskus xaferius kristofel sarkol
2. Tempat/Tgl Lahir : Manokwari, 23 Mei Tahun 2000
3. Jenis Kelamin : Laki - Laki
4. Suku/Bangsa : Kei/Indonesia
5. Agama : Khatolik
6. No.Tlp : 081244979655
7. Email : juansarkol11@gmail.com
8. Alamat : Jln.Ayam Kecil

### A. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. TK SALIB SUCI AGATS TAHUN 2005 S/D 2008
2. SD NEGERI PERUMNAS MAKASSAR TAHUN 2009 S/D 2012
3. SMP NEGERI 02 RANSIKI TAHUN 2012 S/D 2015
4. SMA NEGERI 01 AGATS TAHUN 2015 S/D 2018

## “ABSTRAK”

Fransiskus.x.k.sarkol. “Asuhan Keperawatan pada klien “Tn.H” dengan “vulnus laceratum” di ruangan perawatan bedah “RSUD kota Makassar” mulai tanggal 01 desember s/d 6 desember 2021 “(Dibimbing Oleh Saldy Yusuf Dan Rini Ra1chmawaty).”

Vulnus laceratum adalah terjadinya gangguan kontinuitas suatu jaringan sehingga terjadi pemisahan jaringan yang semula normal, luka robek terjadi akibat kekerasan yang hebat sehingga memutuskan jaringan. Studi kasus ini dilaksanakan di ruangan perawatan bedah “Rumah sakit umum daerah kota Makassar” Selama 6 hari mulai Tanggal “1 desember s/d 6 desember 2021” sumber data dari klien, keluarga, catatan “Medical Record” dan penulisan literatur yang berkaitan dengan kasus. Teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik hasil pemeriksaan diagnostic dan program pengobatan yang berpedoman pada format pengkajian keperawatan “medical bedah”. Studi kasus ini memberikan gambaran tentang penerapan asuhan keperawatan pada Tn.H dan kesenjangan antara teori dan kasus pada setiap tahapan proses keperawatan. Pada tahap pengkajian ditemukan data pada teori tetapi tidak ditemukan pada kasus, sedangkan pada tahap diagnosa ditemukan 5 diagnosa pada teori dan 3 diagnosa pada kasus. Tahap perencanaan, semua rencana pada teori dapat direncanakan pada kasus, tetapi tidak semua dapat diimplementasikan pada kasus, evaluasi proses dilakukan hanya dilakukan 1 kali dalam 24 jam yang seharusnya dilakukan setiap shift dan setiap perubahan keadaan pasien. Kesimpulan dari studi kasus ini bahwa 4 tahap proses keperawatan meliputi : Pengkajian, diagnosa keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Kecuali pada tahap rencana keperawatan tidak ditemukan antara rencana keperawatan pada teori dan rencana keperawatan pada kasus. pendokumentasian dilakukan selama 3 hari di ruang perawatan bedah “RSUD kota Makassar” Mulai tanggal 03 s/d 06 2021

**Kata Kunci : Vulnus laceratum, nyeri akut, defisit perawatan diri, resiko infeksi**

## KATA PENGANTAR

“Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, taufik dan hidayah Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini” dengan judul : *“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Tn.H” DENGAN VULNUS LACERATUM DI RUANG PERAWATANBEDAH RSUD KOTA MAKASSAR”*

Karya Tulis Ilmiah ini telah membantu penulis untuk belajar menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan ilmiah pada setiap tahap proses keperawatan. Penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan mulai dari pengambilan kasus sampai pendokumentasiannya, namun berkat usaha, bantuan dan motivasi dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

- **“Prof. Dr. Jamaluddin Jompa, M.Sc,”** Rektor Universitas Hasanuddin terima kasih banyak sudah banyak membantu
- **“Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si,”** selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin makaasar yang senantiasa memberikan bimbingan, motivasi yang baik bagi mahasiswa/mahasiswi.
- Bapak Bupati Asmat **“Elisa Kambu, S.Sos”** selaku kepala pemerintahan asmat terima kasih untuk semua yang telah bapak berikan buat kami putra/putri asmat
- **“Nurmaulid, S.Kep.,Ns.,M.Kep,”** selaku Ketua Program Studi “D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan” yang senantiasa memberikan bimbingan, dan motivasi untuk penulis dan juga teman satu angkatan penulis terima kasih banyak
- **Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D.”** selaku pembimbing Utama yang selalu setia dalam memberikan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan “karya tulis ilmiah ini” ditengah-tengah kesibukanya.

- “**Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D.**” selaku pembimbing anggota yang telah banyak memberikan motivasi, pengarahan dan ketelitian dalam penyusunan “karya tulis ilmiah”
- Para seluruh dosen dan staf prodi “D.III Keperawatan kaka Firman,kaka fatma,kaka zakinah,kaka erwin” dan seluruh staf “Universitas Hasanuddin Makassar” Yang telah memberikan doa dan restu serta dorongan baik moral material selama penulis mengikuti pendidikan selama 3 tahun ini.
- Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang sedalam-dalamnya , terutama dan yang paling utama kepada bapak “**Petrus Paulus Sarkol**” dan Mama Tercinta “**Nilda.A.Seum**” dengan penuh cinta dan kasih sayang selama ini dengan ikhlas mengasuh, mendidik , dan selalu memberikan dukungan baik moral maupun material dan semangat serta doa yang tulus setiap saat. Agar peneliti dapat menjadi orang yang dibanggakan oleh mereka. Terima kasih untuk setiap cinta yang terpancar yang selalu mengiringi setiap langkah penulisi sehingga penulis bisa sampai di titik ini. Terima kasih untuk setiap tetesan keringat yang penulis tidak dapat menggantinya dengan apapun, terima kasih sudah menjadi orang tua yang sangat pengertian, dan pendengar yang baik dan setia untuk setiap keluhan penulis selama ini. Yang telah memberikan semangat , dukungan serta motivasi ,
- yang spesial buat sahabatku paling terbaik angkatan “2018” Dorkas Mnumumes yang selama ini membantu penulis baik pikiran dan tenaga serta semangat.
- Terakhir pada almamaterku tersayang “Universitas Hasanuddin Fakultas Keperawatan Makassar” yang telah yang telah menjadikanku insan yang berarti

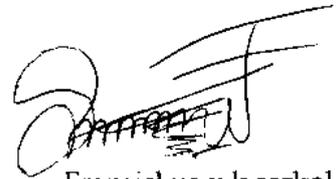
Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan. Jadi kritikan maupun

saran – saran dari pihak yang bersifat membangun peneliti akan menerima dengan senang hati

Akhir kata semoga “Karya Tulis Ilmiah” Ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan mahasiswa khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Tn H yang mengalami Vulnus Laceratum di ruangan keperawatan bedah “RSUD kota makassar tahun 2021”

Semoga segala bantuan dan kebaikan yang telah di berikan kepada peneliti mendapat imbalan yang setimpal dari “Tuhan Yang Maha Esa”

Makassar, 19 juni 2022



Fransiskus.x.k.sarkol

## “DAFTAR ISI”

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>iv</b>
<b>ASBTRAK .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>x</b>
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. LATAR BELAKANG .....	1
B. TUJUAN PENULISAN .....	2
C. MANFAAT PENULISAN.....	2
D. METODE PENULISAN .....	3
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKAN</b>	
<b>A. KONSEP DASAR PENYAKIT ..</b>	<b>4</b>
1. PENGERTIAN.....	4
2. ANATOMI FISIOLOGI .....	5
3. ETIOLOGI .....	8
4. INSIDEN .....	8
5. PATOFISIOLOGI.....	9
6. MANIFESTASI KLINIK.....	9
7. TES DIAGNOSTIK .....	10
8. PENATALAKSANAAN MEDIK. ....	10
<b>B. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN.....</b>	<b>11</b>
1. PENGKAJIAN KEPERAWATAN .....	12
2. DIAGNOSA KEPERAWATAN ...	13

3. RENCANA KEPERAWATAN .....	15
4. TINDAKAN KEPERAWATAN ... ..	15
5. EVALUASI KEPERAWATAN ....	17

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

1. PENGKAJIAN KEPERAWATAN .....	19
2. DIAGNOSA KEPERAWATAN ... ..	25
3. RENCANA KEPERAWATAN .....	29
4. TINDAKAN KEPERAWATAN ... ..	34
5. EVALUASI KEPERAWATAN ....	35

**BAB IV PEMBAHASAN**

1. PENGKAJIAN KEPERAWATAN .....	36
2. DIAGNOSA KEPERAWATAN ... ..	37
3. RENCANA KEPERAWATAN .....	38
4. TINDAKAN KEPERAWATAN ... ..	40
5. EVALUASI KEPERAWATAN ....	41

**BAB V PENUTUP**

A. KESIMPULAN .....	43
B. PENUTUP .....	44

**DAFTAR PUSTAKA.....45**

**LAMPIRAN-LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	25
Tabel 2.1	29
Tabel 3.1	35

**“DAFTAR GAMBAR”**

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Kulit	5

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pada perkembangan dewasa ini, ilmu pengetahuan dan teknologi telah meningkat pesat. Kemajuan di bidang teknologi membawa manfaat yang besar bagi manusia. Penambahan jalan raya dan penggunaan kendaraan bermotor yang tidak seimbang menyebabkan jumlah korban kecelakaan lalu lintas meningkat, tetapi peningkatan jumlah tertinggi lebih banyak terjadi di Negara berkembang. Tingginya angka kecelakaan menyebabkan angka kejadian *vulnus laceratum grade I* semakin tinggi, dan salah satu kondisi *vulnus laceratum grade I* yang paling sering terjadi termasuk dalam kelompok besar kasus yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas dan harus menjalani perawatan yang lebih lanjut "(Robbert, 2012)".

*Vulnus laceratum grade I* merupakan hilangnya dan rusaknya sebagian jaringan tubuh yang pada umumnya banyak dialami seseorang dalam kecelakaan lalu lintas. Post kecelakaan menimbulkan rasa nyeri akibat adanya *vulnus laceratum*. Rasa nyeri merupakan stresor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat merespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis *Vulnus laceratum grade I* bisa disebabkan oleh trauma benda tajam atau tumpul (Potter dan Perry, 2010).

*Vulnus laceratum* merupakan terjadinya gangguan kontinuitas suatu jaringan sehingga terjadi pemisahan jaringan yang semula normal, luka robek terjadi akibat kekerasan yang hebat sehingga memutuskan jaringan. Secara umum *vulnus laceratum* dapat dibagi menjadi dua yaitu *simple* bila hanya melibatkan kulit, dan *kompukatum*, bila melibatkan kulit dan jaringan dibawahnya. Trauma arteri umumnya dapat disebabkan oleh trauma benda tajam (50%) misalnya karena tembakan, luka-luka tusuk, trauma kecelakaan kerja atau kecelakaan lalulintas (Robert, 2010).

Statistik untuk prevalensi dan insiden luka terbuka tercatat 60.052 kasus di Viktoria pada tahun 1996. Insiden di USA 3.581.927. setiap tahun, 298.493 per bulan, 68.883 per minggu, 408 per jam dan 6 per menit yang penyebabnya kecelakaan transportasi (Anonymous, 2006).

Pada tahun 2014 sampai saat ini kejadian yang menyebabkan vulnus laseratum semakin meningkat khususnya di daerah kabupaten Mimika. Pada bulan Januari terdapat 13 kasus, bulan Februari terdapat 19 kasus, bulan Maret terdapat 18 kasus, bulan April terdapat 8 kasus, bulan Mei terdapat 5 kasus, bulan Juni terdapat 8 kasus, bulan Juli 11 kasus, bulan Agustus terdapat 6 kasus, bulan September terdapat 8 kasus, bulan Oktober terdapat 12 kasus, bulan November terdapat 16 kasus, dan pada bulan Desember terdapat 14 kasus. Jumlah keseluruhan pada Tahun 2014 berjumlah 138 Kasus Vulnus Laseratum. Hal ini yang menyebabkan kami tertarik untuk mengangkat vulnus laseratum menjadi kasus kelompok kami.

#### A. Tujuan

##### 1. Tujuan Umum

Memperoleh gambaran nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada Tn.H dengan, vulnus laceratum dengan infeksi sekunder hari ke 3 di ruangan bedah RSUD kota makassar.

##### 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengakjian keperawatan pada Tn.H. dengan vulnus laceratum
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada Tn.H. dengan vulnus laceratum dengan
- c. Menyusun rencana keperawatan pada Tn.H dengan vulnus laceratum
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada Tn.H. dengan vulnus laceratum
- e. Melakukan evaluasi pada Tn.H. dengan vulnus laceratum
- f. Membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada Tn.H. dengan vulnus laceratum

#### B. MANFAAT PENULISAN

##### 1. Bagi Rumah Sakit

Dapat menjadi masukan bagi perawat-perawat yang ada di rumah sakit untuk mengambil langkah-langkah kebijakan dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan khusus pada yang mengalami vulnus laceratum

##### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi bagi institusi dalam memberatkan mutu pendidikan penelitian di masa yang akan datang.

##### 3. Penulis / Kelompok

Menambah wawasan pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan serta mengaplikasikan ilmu yang di peroleh selama pendidikan.

4. Pasien

Membantu pasien untuk dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman tentang keperawatan dengan vulnus laceratum sehingga tidak terjadi komplikasi lebih lanjut.

## BAB II

### “TINJAUAN TEORI”

#### A. KONSEP DASAR MEDIS

##### 1. Pengertian

Vulnus laceratum adalah terjadinya gangguan kontinuitas suatu jaringan sehingga terjadi pemisahan jaringan yang semula normal, luka robek terjadi akibat kekerasan yang hebat sehingga memutuskan jaringan.

Chada (1995) menyatakan “Vulnus (luka) adalah satu keadaan dimana terputusnya kontinuitas jaringan tubuh”.

Mansjoer (2000) menyatakan “Vulnus Laceratum merupakan luka terbuka yang terdiri dari akibat kekerasan tumpul yang kuat sehingga melampaui elastisitas kulit atau otot”.

Vulnus Laceratum ( luka robek ) adalah luka yang terjadi akibat kekerasan benda tumpul , robekan jaringan sering diikuti kerusakan alat di dalam seperti patah tulang. (<http://one.indoskripsi.com>)

Secara umum luka dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

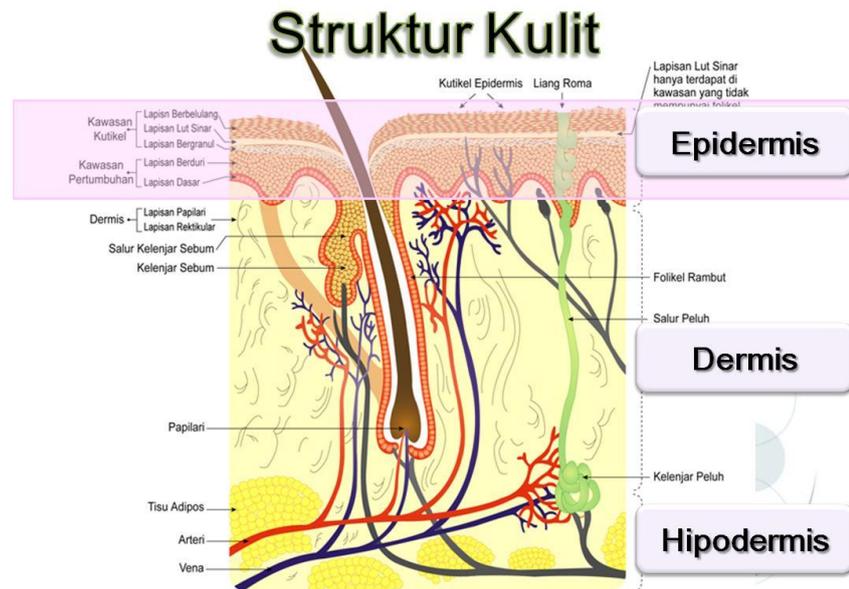
- a. Simple, bila hanya melibatkan kulit.
- b. Kompukatum, bila melibatkan kulit dan jaringan dibawahnya.

Trauma arteri umumnya dapat disebabkan oleh trauma benda tajam ( 50 % ) misalnya karena tembakan, luka-luka tusuk, trauma kecelakaan kerja atau kecelakaan lalu lintas, trauma arteri dibedakan berdasarkan beratnya cidera :

- a) Derajat I adalah robekan adventicia dan media, tanpa menembus dinding.
- b) Derajat II adalah robekan varisial sehingga dinding arteri juga terluka dan biasanya menimbulkan pendarahan yang hebat.
- c) Derajat III adalah pembuluh darah putus total, gambaran klinis menunjukkan pendarahan yang tidak besar, arteri akan mengalami vasokonstriksi dan retraksi sehingga masuk ke jaringan karena elastisitasnya.

##### 1. Anatomi Dan Fisiologis

- a. Anatomi kulit



Kulit merupakan organ tubuh yang terletak paling luar dan merupakan proteksi terhadap organ-organ yang terdapat dibawahnya dan membangun sebuah barrier yang memisahkan organ-organ internal dengan lingkungan luar dan turut berpartisipasi dalam banyak fungsi tubuh yang vital. Luas kulit orang dewasa 1,5 -2 m<sup>2</sup> dengan berat kira-kira 15 % dari berat badan manusia. Tebal bervariasi antara 1/2 - 3 mm. Kulit sangat kompleks, elastis dan sensitif bervariasi pada keadaan iklim, umur, sex, ras dan juga bergantung pada lokasi tubuh.

Secara struktural, maka kulit dapat kita bagi secara garis besar dalam 3 lapisan. Yaitu lapisan epidermis, lapisan dermis, dan lapisan subkutis (disebut juga lapisan hypodermis).

#### 1) Lapisan epidermis

Lapisan ini merupakan lapisan yang paling luar. Kalian bisa langsung menyentuhnya. Kulit paling luar itulah epidermis. Pada epidermis tidak ada pembuluh darah. Coba kalian review ulang, saat kalian tergores sesuatu yang tidak begitu tajam, maka kulit kalian hanya tergores dan menimbulkan seperti garis putih namun tidak berdarah. Hal ini menandakan, goresan tadi hanya merusak bagian dermis.

Lapisan epidermis ada 5 lapis (stratum)

- a) Stratum corneum Stratum corneum merupakan lapisan paling luar. Lapisan ini terdiri dari sel-sel yang sudah mati, dalam artian sel-sel tidak lagi memiliki inti. Protoplasma sel menjadi keratin/lapisan tanduk.. Pada kondisi patologis (penyakit) ada namanya psoriasis. Yaitu kondisi dimana turnover atau

pergantian kulit lebih cepat, jadi terbentuk stratum corneum yang berlapis-lapis, kulit jadi bersisik. Masih banyak lagi sih kondisi kelainan atau gangguan kulit yang mengakibatkan kulit bersisik.

b) Stratum lucidum

Stratum ini cukup sulit diperhatikan dibawah mikroskop. Stratum lucidum merupakan lapisan dibawah stratum corneum dan berisi sel-sel yang tidak memiliki inti. Protoplasma sel menjadi protein (eleidin).

c) Stratum granulosum

Stratum granulosum merupakan lapisan ketiga dibawah stratum lucidum. Pada lapisan ini sel-sel masih memiliki inti. Protoplasma mengandung banyak granula (butir-butir kasar). Lapisan ini terlihat jelas di telapak tangan dan kaki. Dan pada mukosa (seperti pada pipi bagian dalam, atau hidung bagian dalam) tidak ada lapisan ini. Apa yang terjadi jika ada lapisan stratum granulosum pada dinding pipi kita. Mungkin saat kita makan akan terasa kasar-kasar. Bersyukur, Sang Maha Pencipta telah mendesain tubuh ini demikian sempurna.

d) Stratum spinosum

Stratum spinosum merupakan lapisan dengan kumpulan bentuk sel yang beragam. Bagian bawah lapisan ini bentuk sel umumnya polygonal dan semakin ke atas, bentuk sel makin gepeng. Sitoplasma nya jernih, intinya ditengah. Pada lapisan ini terdapat sel Langerhans yang berfungsi sebagai prajurit pertahanan tubuh.

e) Stratum basale

Stratum basale merupakan lapisan terbawah dari epidermis. Sel-sel pada bagian ini berfungsi seperti stem sel, yang memproduksi sel-sel di atasnya. Jadi pada stratum basale ini terus terjadi proses mitosis atau pembelahan. Sel basal tersusun palisading (atau seperti pagar, berjejer susunannya). Diantara sel basal terdapat sel melanosit. Sel melanosit menghasilkan melanin yang memberi pigmen warna kulit. Semakin banyak melanosit maka warna kulit seseorang itu semakin gelap.

2) Lapisan dermis

Berbeda dengan epidermis yang berlapis jelas ibarat bolu lapis, pada bagian dermis bagian-bagiannya tidak begitu jelas. Sehingga lapisan dermis hanya dibagi dalam dua bagian (atau pars). Yaitu pars papillare, dan pars retikulare.

- a) Pars papilare  
Pars papilare merupakan bagian yang dekat / menonjol ke arah epidermis. Terdapat ujung saraf dan pembuluh darah
  - b) Pars retikulare  
Pars retikulare merupakan bagian yang menonjol ke arah subcutis. Komposisi pada bagian ini terdiri dari jaringan ikat kolagen, retikulin, dan elastin. Kolagen sangat elastis. Dan komposisi kolagen pada dermis seseorang menentukan kekencangan kulitnya. Semakin tua usia seseorang, maka komposisi kolagennya semakin sedikit, sehingga kelenturan kulitnya pun berkurang (keriput?).
- 3) Lapisan hypodermis (subkutis)  
Lapisan hypodermis terdiri dari jaringan ikat longgar dan sel lemak. Pada lapisan ini terdapat ujung saraf, pembuluh darah dan kelenjar getah bening. Ketebalan lemak pada lapisan hypodermis ini bervariasi. Area lengan atas memiliki lapisan lemak yang lebih tebal, sedang kelopak mata memiliki lapisan lemak yang tipis. Hal ini sudah ditentukan sesuai dengan fungsinya.
- b. Fisiologi kulit
- 1) Proteksi  
proteksi merupakan fungsi pertama yang paling mudah diingat. Fungsi barrier (pembatas) kulit sangat penting. Bayangkan jika tidak ada kulit, maka organ-organ dalam tubuh kita tidak ada yang melindungi.  
Kulit melindungi dari berbagai kontaminasi luar seperti :
    - a) Trauma mekanik (gesekan, tekanan, dll)
    - b) Kimiawi (zat-zat iritatif, zat kimia, air, dll)
    - c) Gangguan panas (matahari, radiasi)
    - d) Infeksi (kulit memiliki pH yang asam, dan diduga ini merupakan mekanisme pertahanan dari invasi mikroorganisme seperti bakteri dan lainnya agar tidak berkoloni atau hidup di kulit).
  - 2) Absorpsi  
Absorpsi melalui celah antar sel, menembus sel epidermis, atau kelenjar. Saya sempat berpikir, jika fungsi absorpsi ini tidak ada maka tidak ada gunanya kita menggunakan salep, krim, dan lain sebagainya. Karena obat-obat topical (yang dioles di kulit) semuanya harus diserap oleh kulit agar memberi efek terapi.
  - 3) Eksresi  
Kita semua tahu bahwa kulit menghasilkan keringat dan minyak. Hal ini merupakan fungsi eksresi (mengeluarkan zat yang tidak

diperlukan lagi bagi tubuh). Hasil sisa metabolisme : NaCl, air, asam urat, ammonia.

4) Persepsi

Kulit memiliki ujung-ujung saraf yang berfungsi menerima rangsangan.

- a) Badan ruffini : sensasi panas
- b) Badan Meisner / ranvier : sensasi raba
- c) Badan Paccini : sensasi tekanan
- d) Badan Krausse : sensasi dingin

5) Termoregulasi

Kulit juga berfungsi mengatur suhu tubuh. Saat kita kepanasan, maka tubuh mengatur untuk mempertahankan suhu dalam tubuh dengan mengeluarkan, dan juga sebaliknya.

6) Pembentukan pigmen

Seperti yang telah saya jelaskan sebelumnya, bahwa pigmen dihasilkan oleh sel melanosit yang berada di lapisan basale. Wana kulit dipengaruhi oleh :

- a) Jumlah sel melanosit
- b) Jumlah dan besar melanosom (butiran pigmen)
- c) Oksi Hb
- d) Reduksi Hb
- e) karoten

7) Pembentukan vitamin D

Kulit dapat membentuk vitamin D melalui bantuan sinar matahari.

8) Keratinisasi

Fungsi keratinisasi merupakan fungsi pembentukan lapisan tanduk tadi. Turnover atau pergantian kulit dapat terjadi dalam 14-28 hari.

Sel basal-sel spinosum-sel granulosum-sel lucidum—à hingga akhirnya menjadi sel keratin, dan kemudian terlepas dari kulit dan diganti dengan lapisan sel keratin selanjutnya. Demikianlah kulit kita senantiasa mengelupas dan digantikan oleh lapisan selanjutnya. Jika tidak demikian, dalam hal ini kulit kita tidak pernah berganti, tentu kita akan seperti siput, yang harus mencari kulit yang baru yang lebih besar seiring tubuh kita yang bertambah besar. Namun manusia tidak diciptakan demikian, kulit kita ikut tumbuh dan berkembang seiring pertumbuhan diri kita.

2. Etiologi

Chada 1995 menyatakan Vulnus Laseratum dapat di sebabkan oleh beberapa hal di antaranya :

- a. Alat yang tumpul.
- b. Jatuh ke benda tajam dan keras.
- c. Kecelakaan lalu lintas dan kereta api.
- d. Kecelakaan akibat kuku dan gigitan
- e. Trauma mekanis yang disebabkan karena tergesek, terpotong, terbentur dan terjepit.
- f. Trauma listrik dan penyebab cedera karena listrik dan petir.
- g. Trauma termis, disebabkan oleh panas dan dingin.
- h. Trauma kimia, disebabkan oleh zat kimia yang bersifat asam dan basa serta zat iritatif dan berbagai korosif lainnya.

### 3. Klasifikasi

Secara umum luka dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

- a) Simple, bila hanya melibatkan kulit.
- b) Kompukatum, bila melibatkan kulit dan jaringan dibawahnya.  
Trauma arteri umumnya dapat disebabkan oleh trauma benda tajam ( 50 % ) misalnya karena tembakan, luka-luka tusuk, trauma kecelakaan kerja atau kecelakaan lalu lintas, trauma arteri dibedakan berdasarkan beratnya cedera :
  - a) Derajat I adalah robekan adventicia dan media, tanpa menembus dinding.
  - b) Derajat II adalah robekan varisial sehingga dinding arteri juga terluka dan biasanya menimbulkan pendarahan yang hebat.
  - c) Derajat III adalah pembuluh darah putus total, gambaran klinis menunjukkan pendarahan yang tidak besar, arteri akan mengalami vasokonstriksi dan retraksi sehingga masuk ke jaringan karena elastisitasnya.

### 4. Patofisiologi

Menurut Price (2006), Vulnus laserratum terjadi akibat kekerasan benda tumpul, goresan, jatuh, kecelakaan sehingga kontinuitas jaringan terputus. Pada umumnya respon tubuh terhadap trauma akan terjadi proses peradangan atau inflamasi. Reaksi peradangan akan terjadi apabila jaringan terputus. Dalam keadaan ini ada peluang besar timbulnya infeksi yang sangat hebat. Penyebabnya cepat yang di sebabkan oleh mikroorganisme yang biasanya tidak berbahaya. Reaksi peradangan itu sebenarnya adalah peristiwa yang di koordinasikan dengan baik yang dinamis dan kontinyu untuk menimbulkan reaksi peradangan maka jaringan harus hidup dan harus di mikrosekulasi fungsional. Jika jaringan yang nekrosis luas maka reaksi peradangan tak di temukan di tengah jaringan yang hidup dengan sirkulasi yang utuh terjadi pada tepinya antara jaringan mati dan hidup.

## 5. Manifestasi klinis

Apabila seseorang terkena luka maka dapat terjadi gejala setempat (local) dan gejala umum (mengenai seluruh tubuh)

### a. Gejala Local

- 1) Nyeri terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf sensoris. Intensitas atau derajat rasa nyeri berbeda-beda tergantung pada berat / luas kerusakan ujung-ujung saraf dan lokasi luka.
- 2) Perdarahan, hebatnya perdarahan tergantung pada Lokasi luka, jenis pembuluh darah yang rusak.
- 3) Diastase yaitu luka yang menganga atau tepinya saling melebar
- 4) Gangguan fungsi, fungsi anggota badan akan terganggu baik oleh karena rasa nyeri atau kerusakan tendon.

### b. Gejala umum

Gejala/tanda umum pada perlukaan dapat terjadi akibat penyuli/komplikasi yang terjadi seperti syok akibat nyeri dan atau perdarahan yang hebat.

Mansjoer (2000) menyatakan “Manifestasi klinis vulnus laseratum adalah:

- 1) Luka tidak teratur
- 2) Jaringan rusak
- 3) Bengkak
- 4) Pendarahan
- 5) Akar rambut tampak hancur atau tercabut bila kekerasanya di daerah rambut
- 6) Tampak lecet atau memer di setiap luka”

## 6. Penatalaksanaan Medis

Dalam manajemen perawatan luka ada beberapa tahap yang dilakukan yaitu evaluasi luka, tindakan antiseptik, pemberian luka, penjahitan luka, penutupan luka, pembalutan, pemberian antiboitik dan pengangkatan jahitan.

- a. Evaluasi luka meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisik ( lokasi dan eksplorasi).
- b. Tindakan Antiseptik, prinsipnya untuk mensuci kulit. Untuk melakukan pencucian/pembersihan luka biasanya digunakan cairan atau larutan antiseptik seperti:
  - 1) Alkohol, sifatnya bakterisida kuat dan cepat (efektif).
  - 2) Halogen dan senyawanya
    - a) Yodium, merupakan antiseptik yang sangat kuat, berspektrum luas dan dalam konsentrasi 2% membunuh spora dalam 2- 3 jam

- b) Povidon Yodium (Betadine, septadine dan isodine), merupakan ompleks yodium dengan polyvinylpirrolidone yang tidak merangsang, mudah dicuci karena larut dalam air dan stabil karena tidak menguap.
  - c) Yodoform, sudah jarang digunakan. Penggunaan biasanya untuk antiseptik borok.
  - d) Klorhesidin (Hibiscrub, savlon, hibitane), merupakan senyawa biguanid dengan sifat bakterisid dan fungisid, tidak berwarna, mudah larut dalam air, tidak merangsang kulit dan mukosa, dan baunya tidak menusuk hidung.
- 3) Oksidansia
- a) Kalium permanganat, bersifat bakterisid dan fungisida agak lemah berdasarkan sifat oksidator.
  - b) Perhidrol (Peroksida air, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>), berkhasiat untuk mengeluarkan kotoran dari dalam luka dan membunuh kuman anaerob.
- 4) Logam berat dan garamnya
- a) Merkuri klorida (sublimat), berkhasiat menghambat pertumbuhan bakteri dan jamur.
  - b) Merkurokrom (obat merah) dalam larutan 5-10%. Sifatnya bakteriostatik lemah, mempercepat keringnya luka dengan cara merangsang timbulnya kerak (korts)
- 5) (Asam borat, sebagai bakteriostatik lemah (konsentrasi 3%).
- 6) Derivat fenol
- Trinitrofenol (asam pikrat), kegunaannya sebagai antiseptik wajah dan eksterna sebelum operasi dan luka bakar.
  - Heksaklorofan (pHisohex), berkhasiat untuk mencuci tangan.
- 7) Basa ammonium kuartener, disebut juga etakridin (rivanol), merupakan turunan aridin dan berupa serbuk berwarna kuning dan konsentrasi 0,1%. Kegunaannya sebagai antiseptik borok bernanah, kompres dan irigasi luka terinfeksi (Mansjoer, 2000:390).

Dalam proses pencucian/pembersihan luka yang diperhatikan adalah pemilihan cairan pencuci dan teknik pencucian luka. Penggunaan cairan pencuci yang tidak tepat akan menghambat pertumbuhan jaringan sehingga memperlama waktu rawat dan biaya perawatan. Pemilihan cairan dalam pencucian luka harus cairan yang efektif dan aman terhadap luka. Selain larutan antiseptik yang telah dijelaskan di atas ada cairan pencuci luka lain yang saat ini sering digunakan yaitu Normal Saline.

Normal saline atau disebut juga NaCl 0,9%. Cairan ini merupakan cairan yang bersifat fisiologis, non toksik dan tidak mahal. NaCl dalam setiap liternya mempunyai komposisi natrium klorida 9,0g dengan osmolaritas 308 mOsm/l setara dengan ion-ion Na<sup>+</sup> 154 mEq/l dan Cl<sup>-</sup> 154 mEq/l (InETNA,2004:16 ; ISO Indonesia,2000:18).

c. Pembersihan Luka

Tujuan dilakukannya pembersihan luka adalah meninngkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka; meng hindari terjadinya infeksi; membuang jaringan nekrosis dan debris (InE TNA, 2004:16).

d. Penjahitan luka

Luka bersih dan diyakini tidak mengalami infeksi serta berumur kurang dari 8 jam boleh dijahit primer, sedangkan luka yang terkontaminasi berat dan atau tidak berbatas tegas sebaiknya dibi arkan sembuh persekondam atau pertertiam.

e. Penutupan Luka

Adalah mengupayakan kondisi lingkungan yang baik pada luka sehingga proses penyembuhan berlangsung optimal.

f. Pembalutan

Pertimbangan dalam menutup dan membalut luka sangat tergantung pada kondisi luka. Pembalutan berfungsi sebagai pelindung terh adap penguapan, infeksi, mengupayakan lingkungan yang baik bagi luka dalam proses penyembuhan, sebagai fiksasi dan efek penekanan yang mencegah berkumpulnya rembesan darah yang menyebabkan hematoma.

g. Pemberian Antibiotik

Prinsipnya pada luka bersih tidak perlu diberikan antibiotik dan pada luka terkontaminasi atau kotor maka perlu diberikan antibiotik.

h. Pengangkatan Jahitan

Jahitan diangkat bila fungsinya sudah tidak diperlukan lagi. Waktu pengangkatan jahitan tergantung dari berbagai faktor seperti , lokasi, Widiyas pengangkatan luka, usia, kesehatan, sikap pender ita dan adanya infeksi (Mansjoer,2000:398 ; Walton, 1990:44)..

Waktu Pengangkatan Jahitan :

1) Kelopak Mata

Waktu : 3 hari

2) Pipi

Waktu : 3-5 hari

3) Hidung, dahi, leher

Waktu : 5 hari

4) Telinga, kulit kepala

Waktu : 5-7 hari

5) Lengan, tungkai, tangan, kaki

Waktu : 7-10 hari

6) Dada, punggung, abdomen

Waktu : 7-10+ hari

Tanda : perubahan frekwensi jantung takikardi atau bradikardi.

a. Integritas ego

Gejala : perubahan tingkah laku dan kepribadian.

Tanda : ketakutan, cemas, gelisah.

b. Eliminasi

Gejala : konstipasi, retensi urin.

Tanda : belum buang air besar selama 2 hari.

c. Neurosensori

Gejala : vertigo, tinitus, baal pada ekstremitas, kesemutan, nyeri.

Tanda : sangat sensitif terhadap sentuhan dan gerakan, pusing, nyeri pada daerah cidera , kemerah-merahan.

d. Nyeri / kenyamanan

Gejala : nyeri pada daerah luka bila di sentuh atau di tekan.

Tanda : wajah meringis, respon menarik pada rangsang nyeri yang hebat, gelisah, tidak bisa tidur.

e. Kulit

Gejala : nyeri, panas.

Tanda : pada luka warna kemerahan , bau, edema.

1. Diagnosa

Diagnose keperawatan menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual dan potensial dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal megidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status keadaan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan.

a. Nyeri Akut b.d Terputusnya kontinuitas jaringan.

b. Kerusakan Integritas Jaringan b.d Faktor Mekanik (Robekan)

c. Hambatan mobilitas b.d nyeri

d. Resiko infeksi b.d trauma jaringan

e. Resiko syok b.d perdarahan

2. ntervensi dan Rasional

Intetervensi adalah pengembangan stragtegi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah di identiikasi dalam diagnosis keperawatan dan Rasional adalah dasar pemikiran atau alasan ilmiah yang mendasari ditetapkannya rencana tindakan keperawatan.

- a. Nyeri akut
  - 1) Lakukan hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga R/Membina hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat, perawat dan keluarga.
  - 2) lakukan penkajian nyeri secara komperhensif R/menentukan kebutuhan dan keefektifan intervensi
  - 3) Observasi TTV R/Merupakan indicator atau derajat nyeri yang tidak langsung dialami.
  - 4) Ajarkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam. R/Memokuskan perhatian membantu menurunkan tegangan otot dan meningkatkan proses penyembuhan.
  - 5) Pertahhankan tirah baring selama fase akut atau beri posisi nyaman. R/Tirah baring dalam posisi yang nyaman memungkinkan pasien untuk menurunkan spasme otot, menurunkan peningkatan pada bagian tubuh tertentu.
  - 6) Berikan analgetik sesuai indikasi  
R/Diberikan untuk mengurangi nyeri
- b. Kerusakan integritas jaringan
  - 1) lakukan hubungan teraupetik dengan pasien dan keluarga  
R/ Membina hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat, perawat dan keluarga
  - 2) kaji keadaan luka (ukuran, warna, kedalaman, jaringan nekroti dan kondisi sekitar luka)  
R/ Memberikan informasi dasar tentang kebutuhan penanaman kulit dan mungkin petunjuk tentang sirkulasi
  - 3) berikan informasi tentang proses penyembuhan  
R/ Memberikan informasi tentang status proses penyembuhan dan mewaspadaan terhadap tanda dini infeksi
  - 4) Observasi tanda-tanda vital  
R/ peningkatan TTV menunjukkan perubahan sirkulasi dan infeksi
  - 5) mengubah posisi pasien sesering mungkin  
R/ mengurangi tekanan konstan pada area yang sama dan meminimalkan resiko kerusakan kulit
  - 6) berikan perawatan luka dengan teknik steril dan tindakan control infeksi  
R/ menyiapkan jaringan untuk penanaman dan turunkan resiko infeksi.
- c. Hambatan mobilitas fisik b.d nyeri
  - 1) Ubah posisi klien tiap 2 jam  
R/menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan akibat sirkulasi darah yang jelek pada daerah yang tertekan
  - 2) Ajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit  
Rasional ; Gerakkan aktif memberikan massa, tonus dan kekuatan otot serta memperbaiki fungsi jantung dan pernapasan.
  - 3) Lakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit

- R/ otot volunter akan kehilangan tonus otot dan kekuatannya bila tidak dilatih untuk digerakkan
- 4) Berikan papan kaki pada ekstremitas dalam posisi fungsionalnya  
R/ mencegah terjadinya kontraktur dan memfasilitasi kegunaannya jika berfungsi kembali.
  - 5) Tinggikan kepala dan tangan  
R/meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegah terbentuknya edema.
  - 6) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik klien  
R/program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti/menjaga kekurangan tersebut dalam
- d. Resiko infeksi b.d trauma jaringan
- 1) Monitor tanda-tanda perdarahan dan trombosit yang disertai dengan tanda-tanda klinis.  
R/Penurunan jumlah trombosit merupakan tanda-tanda adanya perforasi pembuluh darah yang pada tahap tertentu dapat menimbulkan tanda-tanda klinis berupa perdarahan (petekie, epistaksis, dan melena).
  - 2) Anjurkan klien untuk banyak istirahat.  
R/Aktivitas yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya perdarahan.
  - 3) Berikan penjelasan pada keluarga untuk segera melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan.  
R/Mendapatkan penanganan segera mungkin.
  - 4) Antisipasi terjadinya perdarahan dengan menggunakan sikat gigi lunak, memberikantekanan pada area tubuh setiap kali selesai pengambilan darah.  
R/Mencegah terjadinya pendarahan.
- e. Resiko Syok b.d perdarahan
- 1) Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan dengan cermat dan pembuangan pengalasan kotoran, pembalut perineal dan linen terkontaminasi dengan tepat.  
R/membantu mencegah atau membatasi penyebaran infeksi.
  - 2) Tinjau ulang hemoglobin / hematokrit pranatal ; perhatikan adanya kondisi yang mempredisposisikan pasien pada infeksi pasca operasi.  
R/anemia, diabetes dan persalinan yang lama sebelum kelahiran sesarea meningkatkan resiko infeksi dan memperlambat penyembuhan.
  - 3) Kaji status nutrisi pasien. Perhatikan penampilan rambut, kuku jari, kulit dan sebagainya Perhatikan berat badan sebelum hamil dan penambahan berat badan prenatal.  
R/pasien yang berat badan 20% dibawah berat badan normal atau yang anemia atau yang malnutrisi, lebih rentan terhadap infeksi pascapartum dan dapat memerlukan diet khusus.
  - 4) Dorong masukkan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin C dan besi.  
R/mencegah dehidrasi ; memaksimalkan volume, sirkulasi dan aliran urin,

- protein dan vitamin C diperlukan untuk pembentukan kolagen, besi diperlukan untuk sintesis hemoglobin.
- 5) Inspeksi balutan abdominal terhadap eksudat atau rembesan. Lepasnya balutan sesuai indikasi. R/balutan steril menutupi luka pada 24 jam pertama kelahiran sesarea membantu melindungi luka dari cedera atau kontaminasi. Rembesan dapat menandakan hematoma.
  - 6) Inspeksi insisi terhadap proses penyembuhan, perhatikan kemerahan odem, nyeri, eksudat atau gangguan penyatuan. R/tanda-tanda ini menandakan infeksi luka biasanya disebabkan oleh *streptococcus*.
  - 7) Bantu sesuai kebutuhan pada pengangkatan jahitan kulit, atau klips. R/insisi biasanya sudah cukup membaik untuk dilakukan pengangkatan jahitan pada hari ke 4 / 5.
  - 8) Dorong pasien untuk mandi shower dengan menggunakan air hangat setiap hari. R/Mandi shower biasanya diizinkan setelah hari kedua setelah kelahiran sesarea, meningkatkan higienis dan dapat merangsang sirkulasi atau penyembuhan luka.
  - 9) Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih. R/Demam paska operasi hari ketiga, *leucositosis* dan *tachicardia* menunjukkan infeksi. Peningkatan suhu sampai 38,3 C dalam 24 jam pertama sangat mengidentifikasi infeksi.

### 3. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.

### 4. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Tahap evaluasi berpedoman pada kriteria tujuan yang tercantum pada rencana keperawatan.

- a. Nyeri akut
  - 1) Pasien mampu menontrol nyeri
  - 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang
  - 3) Mampu kenali nyeri
  - 4) Menyatakan rasa nyaman
  - 5) Tanda-tanda vital dalam batas normal
- b. Kerusakan Integritas Jaringan
  - 1) perfusi jaringan normal
  - 2) ketebalan dan tekstur jaringan normal
  - 3) menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera
  - 4) menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka.

- c. Hambatan mobilitas fisik b.d nyeri
  - 1) Terdapat peningkatan aktivitas / kekuatan otot
  - 2) Pasien dapat melakukan sebagian aktivitas dengan sendiri
  - 3) Tanda-tanda vital dalam batas normal
  - 4) Tidak terjadi kontraktur sendi
- d. Resiko infeksi b.d trauma jaringan
  - 1) Tidak ada tanda-tanda infeksi
  - 2) Luka tampak kering dan tumbuh jaringan baru
  - 3) Luka tampak bersih
  - 4) Tanda-tanda vital dalam batas normal
- e. Resiko syok b.d perdarahan
  - 1) Perdarahan tidak terjadi
  - 2) Jumlah trombosit meningkat
  - 3) Tanda-tanda vital dalam batas normal

### **“DIAGNOSA KEPERAWATAN”**

- 1.** Nyeri Akut b.d diskontinuitas jaringan
- 2.** Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b.d asupan yang tidak adekuat
- 3.** Resiko infeksi b/d adanya luka