

**“UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN SELULITIS
DI RSOP Dr. SOEHARSO SURAKARTA”**



PUBLIKASI ILMIAH

**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III
pada Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh:

FERUNI FURLAN

J 200 130 035

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2016**

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN SELULITIS
DI RSOP Dr. SOEHARSO SURAKARTA**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh:

FERUNI FURLAN
J 200 130 035

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing




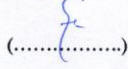
Arina Maliya, S.Kep, M.Si, Med
NIK. 745

HALAMAN PENGESAHAN

UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN SELULITIS
DI RSOP Dr. SOEHARSO SURAKARTA




Dewan Penguji:

1. Arina Maliya, S.Kep, M.Si. Med (Ketua Dewan Penguji) 
2. Enita Dewi, S. Kep., Ns, MN (Anggota Dewan Penguji) 



Dekan,


Dr. Suwaji, M.Kes
NIP: 195311231983031002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam studi kasus karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 13 Juni 2016

Penulis



FERUNI FURLAN

J 200 130 035

“UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN SELULITIS DI RSOP Dr. SOEHARSO SURAKARTA”

Feruni Furlan, Arina Maliya
Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Jl. Ahmad Yani, Tromol Pos 1, Pabelan, Kartasura
Email: fferuni@gmail.com

Abstrak

Penyakit kulit dan penyakit subkutan di Indonesia menduduki peringkat kedua berdasarkan prevalensi 10 penyakit terbanyak setelah ISPA. Salah satunya adalah selulitis, selulitis adalah suatu infeksi kulit, disebabkan oleh bakteri *streptococcus* dan *staphylococcus*, dengan keluhan umum nyeri. Nyeri dikarenakan adanya respon inflamasi. Beberapa manajemen nyeri dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri yaitu mengatur posisi fisiologis dan imobilisasi ekstremitas yang mengalami nyeri, mengistirahatkan klien, kompres, manajemen lingkungan, teknik relaksasi nafas dalam, teknik distraksi, manajemen sentuhan, kolaborasi pemberian analgetik. Strategi keperawatan utama yang spesifik dalam meningkatkan rasa nyaman bagi pasien yang sedang mengalami nyeri, bersifat non farmakologi. Sebagaimana diketahui bahwa perawat tidak memiliki wewenang untuk memberikan analgetik. Penulis dapat memahami asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *selulitis cruris tibia dextra* di bangsal Parang Kusumo RSOP Dr. Soeharso Surakarta. Metode yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus, yaitu dengan melakukan asuhan keperawatan pada pasien selulitis mulai dari pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada pasien dengan *selulitis cruris tibia dextra* masalah nyeri akut, gangguan tidur, intoleransi aktivitas, ansietas, bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi sebagian dan intervensi harus dilanjutkan. Adanya pengaruh pemberian terapi nonfarmakologi dalam menurunkan skala nyeri. Kelima masalah keperawatan teratasi sebagian, sehingga membutuhkan perawatan lebih lanjut dan kerjasama dengan tim medis lain, pasien serta keluarga yang sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan. Adanya pengaruh terapi nonfarmakologi terhadap penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Direkomendasikan untuk pasien selulitis sebagai tindakan mandiri keperawatan.

Kata Kunci: Selulitis, nyeri, tindakan nonfarmakologi.

THE EFFORT TO REDUCE PAIN IN PATIENT WITH CELLULITIS IN ORTHOPAEDIC DR. R. SOEHARSO SURAKARTA HOSPITAL

Feruni Furlan, Arina Maliya
Health Sciences Faculty of Nursing Departments
Muhammadiyah University Surakarta
Ahmad Yani streets, Tromol Pos 1, Pabelan, Kartasura
Email: fferuni@gmail.com

Abstracts

Skin disease and subcutaneous diseases based on the prevalence of diseases in the Indonesia was ranked second after acute respiratory infections. One of them are cellulitis, cellulitis is a skin infection caused by the bacteria *streptococcus* and *staphylococcus*, with common complaints of pain. Pain due to inflammatory responses. Some pain management can be done to overcome the pain there are with give the physiological position, immobilization ekstermitas with pain, hot and cold compress, guide imaginary, relaxation progressive distraction techniques, touch management, environmental management and collaboration analgesic drug. The main specific nursing strategies to improve comfort for patients who are experiencing pain, non pharmacological. As we know that nurse don't have the authority to provide an analgesic. Scientific publication can understand nursing care for patients with a diagnosis of *cellulitis cruris dextra tibia* in Parang Kusumo class Orthopaedic Dr. R. Soeharso Surakarta Hospital. The method used is descriptive case study approach, namely by performing nursing care in patients with cellulitis, ranging from assessment, intervention, implementation and evaluation of nursing. After 3x24 hour nursing care for patients with *cellulitis cruris dextra tibia* acute pain problems, sleep disturbances, activity intolerance, anxiety, ineffective airway clearance partially resolved and interventions should be continued. The effect are showed nonpharmacological therapy in reducing pain scale. These five nursing problems resolved partially, thus requiring further treatment and cooperation with the other medical team, the patients and families are indispensable for the success of nursing care. The influence nonpharmacological therapy to decrease pain scale before and after the intervention. Recommended for patients with cellulitis as an act nursing treatment.

Keywords : Cellulitis, pain, nonpharmacological treatment.

I. PENDAHULUAN

Penyakit kulit dalam dewasa ini masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan di Indonesia. Menurut Depkes RI (2006) penyakit kulit dan penyakit subkutan menurut ranking dari 10 penyakit terbanyak di Indonesia menduduki peringkat kedua setelah penyakit infeksi saluran pernapasan akut dengan jumlah 501.280 kasus atau 3.16% (Bahar, 2009 dalam Tuti Astriyanti et al, 2010). Infeksi bakteri jamur, virus, dan karena dasar alergi menjadi dominasi terbesar dalam penyebab penyakit kulit di Indonesia, sedangkan faktor degeneratif menjadi penyebab penyakit kulit di Negara Barat. Selain faktor yang disebutkan di atas life style, lingkungan yang tidak bersih, personal hygiene juga menjadi penyebab timbulnya penyakit kulit (Siregar, 2015).

Salah satu penyakit kulit tersebut adalah selulitis. Selulitis adalah inflamasi jaringan subkutan di mana proses inflamasi, yang disebabkan oleh bakteri *S.aureus* dan/atau *Streptococcus* (Muttaqien, 2011).

Prevalensi selulitis di seluruh dunia tidak diketahui secara pasti. Menurut jurnal *Celulitis – Epidemiological and Clinical Characteristic* (2012) menganalisis bahwa di Clinical Center Universitas Sarajevo dalam 3 tahun terakhir periode 1 Januari 2009 hingga 1 Maret 2012 ada 123 pasien, 35 pasien dengan tipe erisipelas superfisial dan 88 pasien dengan selulitis. Persentasi laki-laki lebih sering yaitu 56,09%, dengan usia rata-rata 50,22 tahun. Prevalensi lokasi selulitis yaitu tungkai (71,56%), lengan (12,19%), kepala/leher (13,08%), tubuh (3,25%). Penanganan pertama dengan memberikan antibiotik golongan lincosamide. (Melina et al, 2012). Berdasarkan data rekam medis dari RSOP Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta untuk satu tahun terakhir dari tanggal 2 April 2016, terdapat 10 pasien yang menderita selulitis di kelas III yang terdiri dari bangsal Ceplok, bangsal Parang Seling, bangsal Parang Kusumo.

Selulitis menyebabkan kemerahan atau peradangan pada ekstermitas juga biasa pada wajah, kulit menjadi bengkak, licin disertai nyeri yang terasa panas. Gejala lainnya adalah demam, merasa tidak enak badan, bisa terjadi kekakuan (Susanto dan Made, 2013). Selulitis merupakan penyakit serius sampai harus dilakukan pembedahan, tapi bisa dicegah, jika pasien menderita selulitis harus dilakukan perawatan untuk mengurangi kesakitan serta mengecilkan pembengkakan sehingga penyebaran infeksi ke darah dan organ lain dapat di cegah (Susanto dan Made, 2013). Dari beberapa referensi, ciri manifestasi klinis dari selulitis adalah nyeri akut disertai bengkak, jika nyeri dan bengkak tersebut menyerang ekstermitas bawah tentu akan mengganggu mobilitas pasien, terjadi kekakuan otot dan kekuatan otot pasien menurun sehingga mengganggu pergerakan.

Menurut data dari RSOP Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta keluhan umum pasien adalah nyeri. Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional, sensasi ketidaknyamanan akibat dari kerusakan jaringan bersifat individual, keluhan seperti pegal, linu, keju, kemeng, cangkeul, dan seterusnya dapat dianggap sebagai modalitas nyeri (Muttaqin, 2011). Nyeri yang tak pernah mereda menyebabkan komplikasi, sehingga pasien akan lebih lama tinggal di rumah sakit dan menyebabkan distress (Helmi, 2013 dalam Elia et al, 2014). Pengkajian nyeri meliputi P (Provoking incident/insidens pemicu). Q (Quality of pain). R (Region, radiation, relief). S (Severity/Scale of pain). T (time) (Muttaqin, 2011).

Managemen nyeri adalah upaya dalam ilmu medis dalam menghilangkan keluhan nyeri yang di rasa pasien nyeri (Rifham, 2010 dalam Ani et al, 2014). Beberapa manajemen nyeri keperawatan adalah mengatur posisi fisiologis dan imobilisasi ekstremitas yang mengalami nyeri, mengistirahatkan klien, kompres, manajemen lingkungan, teknik relaksasi nafas dalam, teknik distraksi, manajemen sentuhan (Muttaqin, 2011). Terapi non farmakologis dapat digunakan sebagai pelengkap untuk mendapatkan efek pengobatan farmakologis yang lebih baik.

Salah satu upaya penurunan nyeri non farmakologis yang telah disebutkan diatas adalah kompres, kompres tersebut bisa kompres panas ataupun dingin. Kompres hangat bisa membuat otot rileks dan rasa nyeri akan berkurang, sedangkan kompres dingin dapat mengurangi bengkak dan reaksi radang, sementara waktu bisa mematikan saraf (Tandra, 2009).

Menurut Susanto dan Made (2013) jika selulitis menyerang tungkai, tungkai diberikan ganjalan sehingga posisinya terangkat dan dikompres dingin untuk mengurangi nyeri dan pembengkakan. Perawat mempunyai mempunyai peran penting dalam mengurangi nyeri antara lain mengurangi ansietas, mengkaji nyeri secara regular, memberi analgesik sesuai advise dan mengevaluasi keefektifannya (Kneale, 2011 dalam Eliaet al, 2014). Strategi keperawatan utama bagi pasien yang sedang mengalami nyeri, bersifat non farmakologi, karena perawat tidak memiliki wewenang untuk memberikan analgetik. Tujuan umum penulisan ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa selulitis serta melaporkan pemberian terapi nonfarmakologi terhadap penurunan skala nyeri pada Tn. RI dengan selulitis cruris tibia dextra. Tujuan khususnya yaitu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa dan intervensi keperawatan, serta melakukan implementasi dan evaluasi kepada Tn. RI dengan selulitis cruris tibia dextra.

Mengingat pentingnya memberikan rasa nyaman atas nyeri, penulis akan membahas tentang aplikasi upaya penurunan skala nyeri pada pasien selulitis. Berdasarkan fenomena diatas penulis tertarik untuk mengangkat judul Publikasi Ilmiah “Upaya Penurunan Nyeri pada Tn. RI dengan Gangguan Sistem Integumen: Selulitis Cruris Tibia Dextra di RS Ortopedi Prof. DR. R. Soeharso Surakarta”.

II. METODE

Karya tulis ilmiah ini penulis susun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data. Penyusunan karya tulis ilmiah ini mengambil kasus di Rumah Sakit Ortopedi Prof. DR. R. Soeharso Surakarta di bangsal Parang Kusumo pada tanggal 29 Maret 2016 – 31 Maret 2016. Dalam memperoleh data penulis menggunakan beberapa cara diantaranya sebagai berikut: rekam medik, wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi dari jurnal maupun buku. Di dukung dengan hasil jurnal-jurnal yang mempunyai tema yang berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan penulis.

Mengingat kompres dingin mempunyai efek fisiologis yang bersifat vasokonstriksi, membuat area menjadi mati rasa, memperlambat kecepatan hantaran syaraf sehingga memperlambat aliran impuls nyeri, meningkatkan ambang nyeri dan memiliki efek anestasi lokal (Mutia, et al 2015), maka penulis melakukan kompres dingin sebagai upaya penurunan nyeri. Alat dan bahan yang digunakan termometer, air, es batu, waslap, baskom. Prosedurnya dengan memberikan kompres pada area nyeri, lakukan berulang dengan suhu 15°C yang sama selama 10 menit. (Uliyah dan Hidayat, 2008., Eliaet al, 2014).

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian merupakan point kunci dalam proses keperawatan, sehingga perawat lebih kritikal untuk mendeteksi perubahan pada klien, sehingga dapat dilakukan intervensi dini dan asuhan keperawatan yang tepat (Talbot, 2007).

Pengkajian dilakukan pada tanggal 29 Maret 2016 jam 08.00 dengan keluhan utama nyeri pada kaki kanan. Klien mengatakan pasien pernah jatuh 3 tahun yang lalu. Saat jatuh kaki pertama yang napak adalah kaki kanan, lalu pasien periksa ke dokter karena merasa nyeri, kesleo. Dokter hanya mengatakan kesleo dan di beri obat. Sejak saat itu kaki pasiensebelah kanan sering mengalami nyeri. Saat nyeri klien hanya beli obat di apotek, minum jamu/herbal. Senin, 21 Maret 2016 klien masuk IGD RSOP rujukan dari DKR karena kaki kanan nyeri dan bengkak

besar sekali, tidak bisa jalan. Hasil rontgen dari pemeriksaan sebelumnya menunjukkan adanya massa/cairan pada tibia cruris dextra. Dokter mendiagnosa Tn. RI dengan *selulitis cruris tibia dextra*. Riwayat penyakit yang di derita, sebelum sakit ini klien hanya pernah sakit pusing, demam, flu, kecapekan. Klien mengatakan kakeknya pernah menderita penyakit seperti ini, klien tidak tahu nama penyakitnya yang klien tahu kaki kakeknya bengkak memerah. Tidak ada alergi, klien bukan perokok. KU (Keadaan Umum): baik. Kesadaran: compos mentis. GCS (Glasgow Coma Scale): E₄V₅M₆. TTV (Tanda-tanda vital) : TD (Tekanan Darah): 130/90mmHg, RR (Respiratory Rate): 20x/menit, suhu: 36,7°C, nadi: 80x/menit. Berat badan: 74 kg. Tinggi badan: 168 cm. Lingkar lengan atas: 31,5cm. GDS (Gula Darah Sewaktu): 476 mg/dl.

Pemeriksaan penunjang menurut Siregar (2015) yaitu rontgen, pemeriksaan darah akan di dapatkan leukositosis, eosinofil, peningkatan LED (Laju Endap Darah) dan peningkatan lajusedimentasi eritrosit, biakan sekret fistel dan uji resistensi. Hasil pemeriksaan hematologi pada tanggal 29 Maret 2016 Hb (Hemoglobin) 8.5 gr/dl (13-17). Hematokrit 25% (40-54). Leukosit 12900/ul (4000-10000). Eritrosit 2,6 juta/uL (4.5-6.5). Trombosit 548000/uL (150.000-500.000). Pada tanggal 30 Maret 2016 hasil pemeriksaan hematologi Hb 10,7 gr/dl (13-17). Hematokrit 32% (40-54). Leukosit 17500/ul (4000-10000). Eritrosit 3.4 juta/uL (4.5-6.5). Trombosit 614000/uL (150.000-500.000). Albumin 2.1 gr/dl (3.8-5.1). GDS: 74mg/dl (<120). LED J-1 95mm/jam (<10). LED J-2 100mm/jam (<20).

Hasil pemeriksaan laboratorium kultur jaringan tanggal 26 Maret 2016, menunjukkan tidak ada pertumbuhan kuman aerob. Foto rontgen thorax, tanggal 28 Maret 2016, normal (tidak ada pembacaan). Foto rontgen kaki kanan tanggal 31 Maret 2016, tulang normal, terdapat massa (tidak ada pembacaan).

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium di atas menunjukkan adanya penurunan nilai Hb, peningkatan nilai leukosit. Penurunan kadar Hb dapat terjadi pada anemia, sirosis, hipertiroidisme, perdarahan, peningkatan asupan cairan dan kehamilan. Perdarahan, trauma, obat, nekrosis, toksin, leukimia dan keganasan adalah penyebab leukositosis. (Kemenkes, 2011).

Terapi tanggal 21 Maret - 31 April 2016 klien mendapat terapi Injeksi novorapid 4unit, lovemir 4 unit, actrapid 4unit, ceftriaxon 1gr/12jam. Obat oral clindamicin 300mg/12jam, paracetamol 500mg/8jam, amlodiplin 5mg/24jam, candesartan 8mg/24jam, codein 10mg/12jam, bisolvon 3x1 sdm (sendok makan). Terapi infus, RL 20 tetes permenit (tpm), ciprofloxacilin 200ml/12 jam 80tpm, glukosa 5% 200ml 80 tpm, albumin 20% 200ml 80tpm, NaCl 20tpm. Terapi nebulizer, birotek+NaCl 1:1/12jam. Diet DM 1900kkal dan tranfusi darah 2 PRC (Packed Red Cells). Ada terapi antibiotik ceftriaxon, clindamicin, ciprofolaxin hal ini sesuai dengan teori Graham-Brown et al (2011) bahwa pengobatannya dengan penisilin (sejenis antibiotic), bila klien alergi penisilin dapat diberi klaritromisin atau sefalosporin.

Pada tahap diagnosa perawat akan mendapatkan Ds (data subjektif) dan Do (data objektif) yang di dapat dari respons individu, keluarga, atau komunitas serta data yang dilihat oleh perawat yang aktual atau potensial lalu perawat akan menganalisis dan mensintesis data lalu menghasilkan problem dan etiologi (Allen, 2010).

Teori mengenai masalah keperawatan yang timbul pada Tn. RI tidak jauh berbeda dengan masalah keperawatan yang terjadi di lapangan. Menurut teori, masalah nyeri berhubungan dengan respons inflamasi lokal saraf perifer, hipertermi berhubungan dengan respon inflamasi sistemik, kerusakan integritas jaringan kulit berhubungan dengan respons inflamasi lokal dan nekrotik jaringan subkutis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, kecemasan berhubungan dengan prognosis penyakit, kondisi sakit, dan perubahan kesehatan (Muttaqin, 2011).

Pada pengkajian di dapatkan Ds: pasien mengatakan nyeri. P: Selulitis. Q: panas, cekot-cekot. R: tibia cruris dextra. S: 5. T: terus menerus, hilang saat tidur setelah minum obat, nyeri meningkat pada malam hari. Pasien mengatakan tidak bisa tidur pada malam hari. Tidur 2-3

jam/hari. Klien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga, buang air kecil dan buang air besar dibantu istrinya dengan pisipot, belum mampu berjalan secara mandiri. Pasien mengatakan cemas dengan penyakitnya karena tidak sembuh-sembuh, terlalu lama di rumah sakit dan tidak tahu prosedur apa yang akan dilakukan, katanya mau di operasi untuk mengangkat daging di lutut tapi tidak tahu itu pasti atau tidak. Pasien mengatakan masih batuk, tidak sesak, ada sekret yang belum keluar, batuk kering.

Data objektif di dapatkan klien terlihat sesekali meringis dan memegang, mengurut kakinya sebelah kanan, penurunan selera makan, klien terlihat sesekali bernapas panjang, klien sesekali tidak langsung menjawab pertanyaan saat ditanya karena berfokus pada nyerinya, mata sayu, klien terlihat gelisah, kurang istirahat, kurang bersemangat, kurang berkonsentrasi, klien terlihat melakukan ambulasi di tempat tidur dan sesekali duduk di bed, klien solat duduk di bed, hasil lab GDS 104mg/dl. Batuk tidak efektif, saat tidur klien mengorok, ada terapi nebulizer 2x1 dan obat oral bisolvon 3x1sdm.

Berdasarkan data di atas penulis merumuskan diagnosa keperawatan pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan respons inflamasi lokal saraf perifer. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (NANDA, 2012). Intervensi keperawatan, tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri hilang/berkurang atau teradaptasi dengan kriteria hasil secara subjektif melaporkan nyeri hilang/berkurang skala 0-4 atau dapat diadaptasi, mampu mengontrol nyeri. Rencana keperawatan yang dilakukan menurut Muttaqin (2011) yaitu kaji nyeri dengan pendekatan PQRST, manajemen nyeri: atur posisi fisiologis dan imobilisasi ekstermitas yang mengalami selulitis, istirahatkan klien, lakukan kompres, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, tehnik distraksi, manajemen sentuhan, jelaskan dan bantu pasien dengan tindakan pereda nyeri nonfarmakologi dan noninvasif, kolaborasi pemberian analgetik dan antibiotik.

Dalam merencanakan intervensi keperawatan perawat harus memperhatikan beberapa kriteria yang terkait dengan rumusan intervensi keperawatan. Kriteria tersebut, antara lain: memakai kata kerja yang tepat, bersifat spesifik, dapat dimodifikasi (Asmadi, 2008).

Diagnosa keperawatan kedua adalah gangguan tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik: nyeri. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam gangguan pola tidur pasien teratasi, pasien tidur sesuai harapan dengan kriteria hasil jumlah tidur, pola tidur, kualitas tidur dalam batas normal, perasaan fresh sesudah tidur/istirahat, mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur. Intervensi yang dapat dilakukan berdasarkan NOC dalam buku Nurarif dan Kusuma, 2013, yaitu observasi jumlah jam tidur klien dan penyebab terganggunya pola tidur, fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur dan ciptakan lingkungan yang nyaman, jelaskan pentingnya tidur yang adekuat, kolaborasi pemberian obat tidur.

Diagnosa keperawatan ketiga adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien dapat bertoleransi terhadap aktivitas fisik dengan kriteria hasil NIC, berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan TD, nadi, RR, mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, keseimbangan aktivitas dan istirahat. Intervensi NOC yang dapat dilakukan, observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat, bantu klien mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan, bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek, anjurkan untuk tirah baring, bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan. Intoleransi aktivitas yaitu mengalami ketidakcukupan energi fisiologis atau psikologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang harus dan ingin dilakukan (NANDA, 2012).

Masalah keperawatan keempat, ansietas berhubungan dengan progress penyakit, kondisi sakit. Ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons

autonom, perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya (NANDA, 2012). Menurut Muttaqin (2011) tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam kecemasan pasien berkurang, dengan kriteria evaluasi, pasien menyatakan cemas berkurang, mengenal perasaannya dapat mengidentifikasi penyebab atau faktor yang mempengaruhinya, kooperatif terhadap tindakan, wajah rileks. Intervensi yang dapat dilakukan, kaji tanda verbal dan nonverbal kecemasan, beri lingkungan yang tenang dan suasana penuh istirahat, orientasikan pasien terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan, berikan privasi untuk pasien dan orang terdekat.

Diagnosa keperawatan kelima, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekret atau obstruksi saluran napas guna mempertahankan jalan napas yang baik. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam pasien menunjukkan keefektifan jalan nafas, dengan kriteria evaluasi NIC mendemonstrasikan batuk efektif, suara nafas bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea, menunjukkan jalan napas yang paten, saturasi O₂ dan pemeriksaan foto thorax dalam batas normal. Intervensi NOC yang dapat dilakukan, observasi pola nafas, anjurkan klien untuk istirahat dan nafas dalam, posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, lakukan fisioterapi dada, jelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan O₂, suction, inhalasi, kolaborasi pemberian obat bronkodilator.

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan (Asmadi, 2008). Dalam melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari penulis tidak mengalami hambatan, penulis melakukan implementasi berdasarkan intervensi yang telah dibuat. Penulis akan memaparkan hasil implementasi tanggal 29 Maret – 31 Maret 2016.

Tanggal 29 Maret 2016. Pukul 09.00 mengukur TTV. Ds: klien mengucapkan terima kasih. Do: TD: 130/80mmHg, nadi: 84x/menit. RR: 20x/menit, suhu: 37°C. Pukul 09.06 mengkaji intensitas nyeri klien dan cara untuk menanggulangi nyerinya. Ds: klien mengatakan masih nyeri, dan nyeri terlebih pada malam hari. Saat nyeri klien hanya tirah baring dan mengurut kakinya. P: selulitis. Q: panas cekot-cekot. R: cruris dextra. S: 5. T: terus menerus. Do: klien kooperatif, klien terlihat memegang kakinya dan mengurutnya. Pukul 09.07 menganjurkan nafas dalam dan mengganjal kaki yang bengkak dengan bantal. Ds: klien mengatakan iya sudah melakukan apa yang disarankan. Do: klien terlihat mengubah posisinya dan mengganjal kaki dengan bantal serta sesekali menarik nafas dalam. Pukul 09.08 mengobservasi pola tidur klien. Ds: pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri, batuk, dan kamar yang panas. Do: klien terlihat bingung dan gelisah. Pukul 09.09 mengkaji pola nutrisi klien dan menjelaskan pentingnya nutrisi adekuat. Ds: keluarga mengatakan makanan tidak habis dari rumah sakit, karena tidak nafsu. Do: klien terlihat lemah. Hb 8,5 gr/dl. Pukul 09.09 menganjurkan klien untuk latihan jalan dengan krek. Ds: klien mengatakan masih takut untuk latihan jalan dengan krek. Do: klien terlihat lemah. Pukul 09.10 mengkaji tingkat kecemasan klien. Ds: klien mengatakan cemas karena penyakitnya yang tidak kunjung sembuh dan mengganggu aktivitasnya selama ini. Do: klien terlihat bosan. Pukul 09.10 memberi penjelasan tentang prosedur pengobatan. Ds: klien mengangguk. Do: klien terlihat mengerti. Pukul 09.11 mengobservasi pola napas. Ds: klien mengatakan masih batuk dan tidak sesak. Do: RR: 20x/menit. Pukul 09.11 menganjurkan untuk posisi semi fowler dan alasannya. Ds: pasien mengangguk. Do: pasien terlihat mengerti. Pukul 09.12 memberi penjelasan tentang nebulizer. Ds: pasien mengangguk. Do: pasien terlihat mengerti. Pada pukul 10.00 memberikan terapi kompres dingin. Ds: pasien mengatakan nyeri berkurang. P: selulitis. Q: panas cekot-cekot. R: cruris dextra. S: 4. T: terus menerus. Do: pasien terlihat nyaman dengan kompres dingin. Pukul 11.00 menganjurkan pasien untuk makan dan menjelaskan tentang pentingnya nutrisi yang adekuat. Ds: pasien mengangguk. Do: pasien terlihat mengerti. Pukul 13.00, kolaborasi pemberian terapi antibiotik ciprofloxacin 80tpm. Ds:

klien mengucapkan terima kasih. Do: infus menetes lancar 80tpm. Pukul 13.12 mengganti infus RL 20tpm. Ds: pasien mengatakan terima kasih. Do: infus masuk lancar 20tpm. Pukul 13.20 mengganti infus RL dengan NaCl 20tpm. Ds: pasien mengatakan bersedia. Do: infus masuk lancar 20tpm. Pukul 15.00 mengganti NaCl dan memasang tranfusi darah 2 PRC. Ds: pasien mengatakan bersedia. Do: pasien terlihat lemah. Pada pukul 15.30 memberikan terapi kompres dingin, Ds: pasien mengatakan nyeri berkurang. P: selulitis. Q: panas cekot-cekot. R: cruris dextra. S: 4. T: terus menerus. Do: pasien terlihat nyaman dengan kompres dingin.

Hasil evaluasi hari Selasa, 29 Maret 2016 jam 16.00. Diagnosa I *subjektif*, pasien mengatakan masih nyeri. P: Selulitis. Q: panas cekot-cekot. R: cruris dextra. S: 4. T: terus menerus. *Objektif*: kaki kanan bengkak, kemerahan, sesekali nafas panjang. *Analisa*: masalah teratasi sebagian. *Planning*: lanjutkan intervensi (kaji nyeri, berikan kompres dingin, kolaborasi pemberian analgetik).

Evaluasi adalah pernyataan kesimpulan dan penilaian yang dilakukan perawat selama asuhan keperawatan dilakukan setiap hari yang menunjukkan tujuan dan memberikan indikator kualitas diharapkan mendapat hasil yang positif dari pasien (Tucker, 2008).

Diagnosa II *subjektif*, pasien mengatakan tidak bisa tidur dan bingung. Keluarga mengatakan jika tidak bisa tidur klien diam saja. *Objektif*: klien terlihat gelisah, capek, tidak bersemangat. *Analisa*: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi (observasi jumlah jam tidur, fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur, ciptakan lingkungan yang nyaman).

Diagnosa III *subjektif*, pasien mengatakan tadi buang air kecil tidak ada yang menunggui merangkak dari bed ke kamar mandi. *Objektif*: pasien sedang tiduran di bed dan lemah. Aktivitas dibantu keluarga, dan sudah di sbin oleh istrinya, makan siang hanya 3 sendok. Hb: 8.5gr/dl. *Analisa*: masalah teratasi sebagian. *Planning*: lanjutkan intervensi (monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat, bantu melakukan aktivitas dengan alat bantuan seperti kursi roda, krek, bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan, anjurkan untuk tirah baring).

Diagnosa IV *subjektif*, pasien mengeluhkan penyakitnya yang tidak kunjung sembuh. *Objektif*: klien dan keluarga terlihat cemas. *Analisa*: masalah teratasi sebagian. *Planning*: lanjutkan intervensi (motivasi klien dan orientasikan prosedur rutin).

Diagnosa V *subjektif*: pasien mengatakan masih batuk walaupun intensitasnya berkurang dan sekret belum keluar. *Objektif*: pasien terlihat batuk sesekali. *Analisa*: masalah teratasi sebagian. *Planning*: lanjutkan intervensi (observasi pola nafas, posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, kolaborasi pemberian obat bronkodilator).

Tanggal 30 Maret 2016 pukul 09.00 mengukur TTV. Ds: klien mengucapkan terima kasih. Do: TD: 110/70mmHg, nadi: 76x/menit. RR: 20x/menit, suhu: 36,7°C. Pukul 09.05 mengkaji intensitas nyeri klien. Ds: klien mengatakan masih nyeri, dan nyeri terlebih pada malam hari. P: selulitis. Q: panas cekot-cekot. R: cruris dextra. S: 4. T: terus menerus. Do: klien kooperatif, klien terlihat memegang kakinya dan mengurutnya. Pukul 09.06 mengobservasi pola tidur klien. Ds: pasien mengatakan tidak bisa tidur tadi malam, dan hanya tidur setelah minum obat tablet, setelah efek hilang klien bangun lagi dan merasakan nyeri, walaupun diberi suasana yang nyaman klien tidak bisa tidur. Do: klien terlihat bingung, mata sayu. Pukul 09.07 mengkaji aktivitas klien. Ds: klien mengatakan selalu melakukan tirah baring. Do: klien terlihat lemah. Pukul 09.08 mengkaji tingkat kecemasan klien dan menjelaskan prosedur pengobatan. Ds: klien mengatakan ingin pulang karena dirasa tidak ada progress walaupun kakinya sudah mengecil. Do: klien terlihat bosan. Pukul 09.08 mengobservasi pola napas. Ds: klien mengatakan masih batuk dan tidak sesak. Do: RR: 20x/menit. Pukul 10.00 memberikan terapi kompres dingin. Ds: pasien mengatakan bersedia di kompres, nyeri berkurang. P: selulitis. Q: panas cekot-cekot. R: cruris dextra. S: 3. T: terus menerus. Do: pasien terlihat rileks, klien terlihat sudah terbiasa dengan nyerinya. Pukul 11.11 mengkaji tingkat toleransi klien terhadap penggunaan krek. Ds: klien

mengatakan masih tidak kuat untuk berjalan dengan krek.Do: klien terlihat lemah. Pukul 11.12 menganjurkan klien makan sedikit tapi sering.Ds: klien mengatakan semua makanan rasanya tidak enak.Do: nafsu makan menurun. Hb10,07gr/dl. Pukul 11.30 menganjurkan pasien untuk makan dan penjelasan tentang pentingnya nutrisi yang adekuat.Ds: pasien mengangguk. Do: pasien terlihat mengerti. Pukul 13.01 kolaborasi pemberian terapi antibiotik ciprofloxacin 80tpm.Ds: klien mengucapkan terima kasih.Do: infus menetes lancar 80tpm. Pukul 13.20 mengganti infus glukosa 5% 100ml 80 tpm. Ds: pasien mengatakan bersedia. Do: infus menetes lancar 80tpm. Pukul13.36 mengganti infus albumin 20% 100ml 80 tpm. Ds: pasien mengatakan bersedia. Do: infus menetes lancar 80tpm. Pukul13.55 mengganti infus glukoa 5% 100ml 80 tpm. Ds: pasien mengatakan bersedia. Do: infus menetes lancar 80tpm. Pukul14.08 mengganti infus RL 20tpm. Ds: pasien mengucapkan terimakasih.Do: obat masuk lancar 20tpm.Pukul 14.15 memberikan terapi kompres dingin. Ds: pasien mengatakan bersedia di kompres, nyeri berkurang. P: selulitis. Q: panas cekot-cekot. R: cruris dextra. S: 3. T: terus menerus.Do: pasien terlihat rileks, klien terlihat sudah beradaptasi dengan nyerinya.

Evaluasi hari Rabu, 30 Maret 2016 jam 15.00. Diagnosa I, *subjektif*: pasien mengatakan masih nyeri. P: Selulitis. Q: panas cekot-cekot. R: cruris dextra. S: 3. T: terus menerus, lebih nyeri saat malam hari. *Objektif*: pasien lebih nyaman setelah kompres dingin. *Analisa*: masalah teratasi sebagian. *Planning*: lanjutkan intervensi (kaji nyeri, berikan kompres dingin, kolaborasi pemberian analgetik).

Diagnosa II, *subjektif*: pasien mengatakan tidak tidur tadi malam. *Objektif*: pasien terlihat sering mengubah posisi. *Analisa*: masalah teratasi sebagian. *Planning*: lanjutkan intervensi (observasi jumlah jam tidur, fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur, ciptakan lingkungan yang nyaman).

Diagnosa III, *subjektif*: pasien mengatakan aktivitas hanya di tempat tidur dan sering melakukan tirah baring. *Objektif*: pasien terlihat sering melakukan tirah baring dengan hati-hati, GDS: 74mg/dl. *Analisa*: masalah teratasi sebagian. *Planning*: lanjutkan intervensi (monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat, bantu melakukan aktivitas dengan alat bantuan seperti kursi roda, krek, bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan, anjurkan untuk tirah baring).

Diagnosa IV, *subjektif*: pasien mengatakan cemas dengan penyakitnya. *Objektif*: pasien terlihat putus asa. *Analisa*: masalah teratasi sebagian. *Planning*: lanjutkan intervensi (motivasi klien dan orientasikan prosedur rutin).

Diagnosa V, *subjektif*: pasien mengatakan pasien masih batuk kering. *Objektif*: pasien tidak sesak, tidak batuk. *Analisa*: masalah teratasi sebagian. *Planning*: lanjutkan intervensi (observasi pola nafas, posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi,kolaborasi pemberian obat bronkodilator).

Tanggal 31 Maret 2016, pukul 11.45, mengukur TTV klien. Ds: klien mengucapkan terima kasih.Do: TD: 130/70mmHg. N: 72x/menit. RR: 20x/menit. S: 36,6°C. Pada pukul 11.50, mengkaji intensitas nyeri klien. Ds: klien mengatakan masih nyeri. P: selulitis. Q: panas cekot-cekot. R: cruris dextra. S: 3. T: terus menerus.Do: klien terlihat terbiasa dengan nyerinya. Pada pukul 13.00 kolaborasi pemberian terapi antibiotik ciprofloxacin 80tpm. Ds: klien mengucapkan terima kasih.Do: tidak ada reaksi alergi, infus menetes lancar 80tpm. Pada pukul 13.11 mengganti infus RL 20tpm. Ds: klien mengucapkan terima kasih. Do: infus menetes lancar 20tpm. Pukul 13.12 menganjurkan klien makan sedikit tapi sering. Ds: pasien mengatakan ya nanti makan.Do: pasien terlihat lemah, GDS 89mg/dl. Pukul 13.12 kolaborasi pemberian obat oral untuk sore yaitu, clindamicin 300mg, amlodipin 5mg, codein 10mg. Ds: pasien mengatakan terima kasih. Do: obat diterima pasien.Pukul 17.00 memberikan terapi nebulizer Birotec+NaCl 1:1 dan memberikan obat oral bisolvon 1sdm, diminum setelah pasien di nebu. Ds: pasien mengatakan lega.Do: pasien di nebu ±15menit, obat diminum klien. Terapi aerosol membantu

mengencerkan sekret sehingga dapat dikeluarkan, brokodilator yang dihirup untuk memperbaiki ventilasi paru (Muttaqien, 2008). Pada pukul 17.17 mengkaji pola tidur klien. Ds: Pasien mengatakan tadi malam bisa tidur sebentar dan tadi siang bisa tidur sebentar. Do: pasien terlihat sudah terbiasa dengan pola tidurnya yang kurang. Pada pukul 19.30 memberikan terapi kompres dingin dan evaluasi selama 3 hari pemberian kompres dingin. Ds: klien mengatakan nyeri berkurang saat dikompres, tapi setelah tidak di kompres efek nyeri muncul lagi, tapi klien lega karena bisa mengurangi nyeri sendiri tanpa obat. P: selulitis. Q: panas cekot-cekot. R: cruris dextra. S: 3. T: terus menerus. Do: pasien terlihat rileks, klien terlihat beradaptasi dengan nyerinya.

Hasil evaluasi pada tanggal 31 Maret 2016 jam 21.00 diagnosa I, *subjektif*: keluarga mengatakan klien masih nyeri, tapi agak mendingan, klien sudah terbiasa dengan nyerinya. P: Selulitis. Q: panas cekot-cekot. R: cruris dextra. S: 3. T: terus menerus. *Objektif*: pasien tidur. *Analisa*: masalah teratasi sebagian (nyeri). *Planning*: lanjutkan intervensi (kaji nyeri, berikan kompres dingin, kolaborasi pemberian analgetik).

Diagnosa II, *subjektif*: keluarga mengatakan klien Alhamdulillah bisa tidur. *Objektif*: pasien tidur. *Analisa*: masalah teratasi sebagian (kurang jam tidur). *Planning*: lanjutkan intervensi (observasi jumlah jam tidur, fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur, ciptakan lingkungan yang nyaman).

Diagnosa III, *subjektif*: keluarga mengatakan terakhir kali memakai krek sejak saat itu klien belum memakai krek lagi, klien juga selalu melakukan tirah baring, makanan dari RS habis ½ porsi. *Objektif*: pasien sedang tidur, GDS: 89mg/dl. *Analisa*: masalah teratasi sebagian (intoleransi aktifitas). *Planning*: lanjutkan intervensi (monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat, bantu melakukan aktivitas dengan alat bantuan seperti kursi roda, krek, bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan, anjurkan untuk tirah baring).

Diagnosa IV, *subjektif*: keluarga mengatakan pasrah dan mengikuti prosedur rumah sakit yang penting klien sehat kembali. *Objektif*: pasien tidur. *Analisa*: masalah teratasi sebagian. *Planning*: lanjutkan intervensi (motivasi klien dan orientasikan prosedur rutin).

Diagnosa V, *subjektif*: keluarga mengatakan klien sudah tidak batuk, mungkin hanya 5-7x sehari. *Objektif*: pasien tidur. *Analisa*: masalah teratasi sebagian (bersihan jalan nafas). *Planning*: lanjutkan intervensi (observasi pola nafas, posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, kolaborasi pemberian obat bronkodilator).

Implementasi dari Tindakan Nonfarmakologi Kompres Dingin.

Pada intervensi keperawatan nyeri tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri hilang/berkurang atau teradaptasi dengan kriteria hasil secara subjektif melaporkan nyeri hilang/berkurang skala 0-4 atau dapat diadaptasi, mampu mengontrol nyeri. Pada pengkajian nyeri di dapatkan data *subjektif*, pasien mengatakan nyeri. P: Selulitis. Q: panas, cekot-cekot. R: tibia cruris dextra. S: 5. T: terus menerus, hilang saat tidur setelah minum obat, nyeri meningkat pada malam hari. Setelah dilakukan kompres dingin pada tanggal 29 Maret 2016 sebanyak 2 kali pada pukul 10.00 dan 15.30 skala nyeri berkurang menjadi 4. Pada hari kedua tanggal 30 Maret 2016 dilakukan kompres dingin sebanyak 2 kali pada pukul 10.00 dan 14.15 skala nyeri berkurang menjadi 3. Pada hari ketiga tanggal 31 Maret 2016 dilakukan kompres dingin pada pukul 19.30 skala nyeri tetap 3 karena pasien mengatakan nyeri meningkat pada malam hari.

Kompres dingin ini terbukti menurunkan nyeri, hal ini sesuai dengan teori Mutia (2015) yang menyatakan kompres dingin efektif dalam menurunkan derajat nyeri.

IV. PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian di dapatkan diagnosa pada Tn. RI yaitu nyeri akut berhubungan dengan respons inflamasi lokal saraf perifer. Gangguan tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik: nyeri. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Ansietas berhubungan dengan progress penyakit, kondisi sakit. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret.
2. Intervensi keperawatan yang tidak dapat dilakukan oleh penulis yaitu mengajarkan tehnik distraksi dan manajemen sentuhan, kolaborasi pemberian obat tidur, melakukan fisioterapi dada.
3. Implementasi modifikasi penulis yang tidak ada dalam intervensi yaitu mengukur tanda-tanda vital, kolaborasi pemberian transfusi darah 2 PRC, kolaborasi pemberian infus NaCl, glukosa 5% 200ml dan albumin 20% 100ml, serta menganjurkan makan sedikit tapi sering.
4. Evaluasi masalah nyeri akut, gangguan tidur, intoleransi aktivitas, ansietas, bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi sebagian dan intervensi harus dilanjutkan.
5. Analisis pemberian kompres dingin pada Tn. RI dengan *selulitis cruris tibia dextra* yaitu terbukti mampu menurunkan skala nyeri klien, terbukti pada hari terakhir skala nyeri klien menurun dari 5 menjadi 3.

B. Saran

Berdasarkan hasil pembahasan dan kesimpulan, maka penulis memberikan saran – saran sebagai berikut :

1. Bagi Rumah Sakit
Diharapkan kompres dingin dapat sebagai masukan dalam tindakan keperawatan mandiri untuk menangani nyeri pada pasien dengan diagnosa *Selulitis* sehingga dapat mengurangi komplikasi lebih lanjut. Untuk meminimalkan keluhan nyeri dapat dilakukan baik secara farmakologi maupun nonfarmakologi.
2. Bagi Klien dan Keluarga
Diharapkan klien dan keluarga dapat menambah pengetahuan dan ikut serta secara aktif dalam upaya penurunan nyeri dengan pendekatan nonfarmakologi untuk meningkatkan kenyamanan pasien, sehingga saat klien mengalami nyeri klien dan keluarga mengetahui cara yang dapat dilakukan untuk menurunkan intensitas nyeri.
3. Bagi Peneliti Lain
Diharapkan hasil karya ilmiah ini sebagai referensi serta acuan untuk dapat dikembangkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *Selulitis* secara nonfarmakologi.

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, Carol Vestal. 2010. *Memahami Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Ani, Dwi Pratintya., Harmilah., Subroto. 2014. Kompres Hangat Menurunkan Nyeri Persendian Osteoartritis pada lanjut usia. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan, Vol. 10, No. 1*.
- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. EGC: Jakarta.
- Elia, Purnamasari., Ismonah., Supriyadi. 2014. Efektifitas Kompres Dingin Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur di RSUD Ungaran. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (JIKK) Vol 3 No 1*.
- Graham-Brown Robin., Bourkey Johnny., Cunliffe Tim. 2011. *Dermatologi Dasar Untuk Praktek Klinik*. Dialih bahasakan oleh Brahm U. Jakarta: EGC.
- Kemendes RI. 2011. *Pedoman Interpretasi Data Klinik*.
- Meliha, Hadzovic-Cengic., Alma Sejtarija-Memisevic., Nada Koluder-Cimic., Enra Lukovac., Snjezana Mehanic., Amir Hadzic., Selma Hasimbegovic-Ibrahimovic. 2012. Cellulitis-Epidemiological and Clinical Characteristic. *Med Arb 65: 51-53 Profesional Papper*.
- Mutia, Felina., Masrul., Detty Iryani. 2015. Pengaruh Kompres Panas dan Dingin terhadap Penurunan Nyeri Kala I Fase Aktif Persalinan Fisiologis Ibu Primipara. *Jurnal Kesehatan Andalas. Volume 4, No. 1*.
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuban Keperawatan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2011. *Asuban Keperawatan Gangguan Sistem Integumen*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2011. *Asuban Keperawatan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurarif, Amin Huda., Kusuma Hardhi. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediaction Publishing.
- Siregar, R. S. 2015. *Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Susanto, R Clevere., M GA Made Ari., 2013. *Penyakit Kulit dan Kelamin*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Talbot, A Laura., Marquardt, Mary Meyers. 2007. *Pengkajian Keperawatan Kritis Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Tandra, Hans. 2009. *Segala Sesuatu Yang Harus Anda Ketahui Tentang Osteoporosis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Tucker, Susan Martin. 2008. *Standart Perawatan Pasien (Proses Diagnosis dan Evaluasi) Edisi 5 Volume 4*. Jakarta: EGC.
- Tuti, Astriyanti., Mariana, Dinah Charlota Lerik., Mustakim Sahdan. Perilaku Hygine Perorangan Pada Narapidana Penderita Penyakit Kulit Bukan Penderita Penyakit Kulit di Lembaga Perumahan Klas II A Kupang. *MKM Volume 5 No 1 Desember 2010*.
- Uliyah M., Hidayat, A. Aziz Alimul. 2008. *Praktikum Ketrampilan Dasar Praktik Klinik: Aplikasi Dasar-Dasar Praktik Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Vonny, Merdianita Dwi Anugraheni., Aries, Wahyuningsih. 2013. Efektifitas Kompres Hangat dalam Menurunkan Intensitas Nyeri Dysmenorrhoe pada Mahasiswi Stikes RS. Baptis Kediri. *Jurnal STIKES Volume 6 No. 1*.
- Wilkinson, Judith M., Ahern, Nancy R. 2012. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan, Edisi 9 (NANDA 2012)*. Jakarta : EGC