

BAB III TINJAUAN KASUS



**PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI NERS FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS
JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA**

**ASUHAN KEPERAWATAN
KLIEN DENGAN CLOSE FRAKTUR COLUM FEMUR DEXTRA
DI RUANG ALAMANDA 2 RSUD SLEMAN**

Nama Mahasiswa : Didan Pramadya
Tempat Praktik : RSUD Sleman
Tanggal Praktik : 24 - 26 Juli 2023
Tanggal Pengkajian : 24 - 26 Juli 2023
Sumber data : Pasien, keluarga, dan rekam medis

A. Data Umum Klien

No. RM : 451xxx
Nama Klien : Ny. J
Umur : 86 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jagang Lor RT 01/02, Salam, Salam, Magelang, Jawa Tengah
Pendidikan : SD
Pekerjaan : IRT
Agama : Islam
Tanggal masuk : 21 Juli 2023
Ruang : Alamanda 2
Diagnosa Medis : Close fraktur colum femur dextra

B. Riwayat Kesehatan

Alasan masuk RS: Pasien mengatakan pada saat keluar kamar mandi terjatuh dan tidak bisa berjalan. Pasien juga mengatakan kaki sulit digerakkan. Setelah itu keluarga pasien langsung membawa pasien ke IGD RSUD Sleman dan di rawat di ruang Alamanda 2.

Keluhan utama saat ini: Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan

Riwayat kesehatan masa lalu: DM dan jatuh pada bulan Desember 2023 sudah dibawa ke sangkal putung

Riwayat kesehatan keluarga: Tidak ada

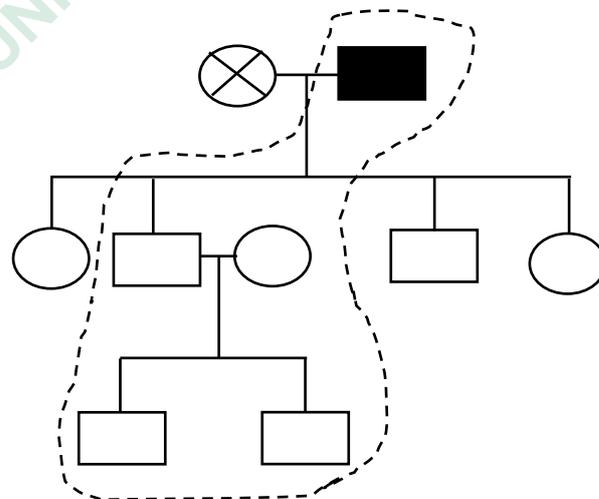
Penyakit keturunan: Tidak ada

- DM
- Asma
- Hipertensi
- Jantung
- Lain:.....

Riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya: Pasien mengatakan tidak ada

Riwayat alergi dan pengobatan yang pernah diperoleh: Pasien mengatakan tidak ada alergi

Genogram



Gambar 3.1. Genogram

Keterangan:

: Perempuan : Pasien

: Laki-laki - - - - - : 1 rumah

: Meninggal

C. Pengkajian Fisik

1. Sistem Pernafasan (Tgl 24-7-2023 pukul 08.00 WIB)

- a. Dispnea : ~~Ya~~/**Tidak**
- b. Sputum : ~~Ya~~/**Tidak**
- c. Riwayat penyakit Bronktis : ~~Ya~~/**Tidak**; Asthma: Ya/**Tidak**; TBC: ~~Ya~~/**Tidak**; Emphysema: ~~Ya~~/**Tidak**; Pneumonia: ~~Ya~~/**Tidak**
- d. Merokok : Ya/**Tidak**; Sehari berapa pak:.....; Nilai Pack of Year: -
- e. Respirasi : 20x/menit; ~~Dalam/Dangkal~~/**Regular/Iregular**; **Simetris/tidak**
- f. Penggunaan otot bantu pernapasan: ~~Ya~~/**Tidak**
- g. Fremitus :~~Ya~~/**Tidak**
- h. Nasal flaring : ~~Ya~~/**Tidak**
- i. Sianosis : ~~Ya~~/**Tidak**
- j. Pemeriksaan Thorax
 - 1) Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak terdapat edema, dan warna kulit merata
 - 2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi/massa, dan vokal fremitus normal
 - 3) Perkusi : Sonor
 - 4) Auskultasi : Vesikuler
 - 5) Data Tambahan Lain-lain : Tidak ada

2. Sistem Kardiovaskular (Tgl 24-7-2023 pukul 08.00 WIB)

- a. Riwayat Penyakit : Hipertensi: ~~Ya~~/**Tidak**; Penyakit gangguan jantung: ~~Ya~~/**Tidak**
- b. Edema kaki : ~~Ya~~/**Tidak**
- c. Plebitis : ~~Ya~~/**Tidak**
- d. Claudicasio : ~~Ya~~/**Tidak**
- e. Dysreflexia : ~~Ya~~/**Tidak**
- f. Palpitasi : ~~Ya~~/**Tidak**; Sinkop: ~~Ya~~/**Tidak**
- g. Rasa kebas/kesemutan: ~~Ya~~/**Tidak** di ekstremitas: -
- h. Batuk darah : ~~Ya~~/**Tidak**
- i. TD (Tgl 24-7-2023 pukul 08.00 WIB) : 119/59 mmHg, pengukuran di: ekstermitas kanan atas; Posisi pengukuran: **Tidur**/~~Berdiri~~/~~Duduk~~
- j. Nadi (Tgl 24-7-2023 pukul 08.00 WIB) : 102 x/menit diukur di ~~earotis/ temporal/ jugular/ radial/ femoral/popliteal/post tibial/dorsalis pedis/brakialis~~
- k. TD (Tgl 24-7-2023 pukul 12.00 WIB) : 157/74 mmHg, pengukuran di: ekstermitas kanan atas; Posisi pengukuran: **Tidur**/~~Berdiri~~/~~Duduk~~
- l. Nadi (Tgl 24-7-2023 pukul 12.00 WIB) : 97 x/menit diukur di ~~earotis/ temporal/ jugular/ radial/ femoral/popliteal/post tibial/dorsalis pedis/brakialis~~
- m. Kualitas nadi : ~~Lemah~~/**Kuat**/~~tidak teraba~~
- n. CRT : <3 detik
- o. Homans sign : Tidak ada
- p. Abnormalitas kuku: Tidak ada
- q. Perubahan kulit : Turgor kulit baik
- r. Membran mukosa: Membran mukosa lembab
- s. Pemeriksaan Kardio
 - 1) Inspeksi : Bentuk dada simetris
 - 2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi/massa
 - 3) Perkusi : Bunyi pekak
 - 4) Auskultasi : Terdapat bunyi lup dup

5) Lain-lain : Tidak ada

3. Sistem Gastrointestinal (Tgl 24-7-2023 pukul 08.00 WIB)

a. Antropometri

1) BB : 80 kg TB: 157 cm IMT : 32,45 kg/m² LLA : 28 cm

Gizi kurang

Gizi cukup

Gizi lebih

2) Berat badan: 80 Kg, ada perubahan BB: ~~Ya~~/**Tidak**; Naik/Turun, berapa kg:.....dalam.....bulan

b. Biokimia

Hb : 10,7 gr/dl

Hmt : 33 %

Albumin : Tidak terkaji

Serum glukosa: Tidak terkaji

c. Clinical sign

1) Turgor kulit : Elastis

2) Membran mukosa: Lembab

3) Edema : ~~Ya~~/**Tidak**, di seluruh tubuh, periorbital atau bagian lain,sebutkan: Pasien tidak edema

4) Ascites : ~~Ya~~/**Tidak**; Derajat: -

5) Pembesaran tiroid: ~~Ya~~/**Tidak**

6) Kondisi gigi dan mulut: Tidak ada gigi palsu, dapat merasakan makanan, tidak sakit ketika menelan

7) Kondisi lidah: Tampak bersih

8) Halitosis: ~~Ya~~/**Tidak**

9) Hernia: ~~Ya~~/**Tidak**

10) Massa abdomen : ~~Ya~~/**Tidak**, di: -

11) Bising usus: 12 x/menit

12) Data tambahan dalam Pemeriksaan abdomen:

Inpeksi : Bentuk perut simetris, warna kulit merata, dan tidak ada lesi/massa

Auskultasi : Bising usus normal, 12x/menit

Perkusi : Bunyi timpani

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi/massa

d. **Diet** :

- 1) Pola makan sebelum dirawat: 3x/sehari; waktu: pagi, siang, dan malam
- 2) Ada larangan/pantangan makanan: ~~Ya~~/**Tidak**; Sebutkan: Tidak ada larangan
- 3) Penggunaan suplemen makanan: ~~Ya~~/**Tidak**; Sebutkan: Tidak menggunakan
- 4) Kehilangan nafsu makan: ~~Ya~~/**Tidak**; alasan: Nafsu makan pasien baik
- 5) Mual/Muntah: ~~Ya~~/**Tidak**; Frekuensi: Tidak mual/muntah
- 6) Alergi makanan: ~~Ya~~/**Tidak**; Sebutkan: Tidak ada alergi
- 7) Dada serasa terbakar sesaat setelah makan: ~~Ya~~/**Tidak**; jika ya, diredakan dengan: Tidak merasa terbakar
- 8) Masalah dalam menelan: ~~Ya~~/**Tidak**; Sebutkan: Tidak ada masalah
- 9) Gigi Palsu: ~~Ya~~/**Tidak**
- 10) Penggunaan diuretik: ~~Ya~~/**Tidak**
- 11) Pola makan selama sakit/dirawat: 3x/sehari; waktu: Pagi, siang, dan sore
- 12) Kebutuhan cairan selama sakit:

13) Balance cairan selama 24 jam (25-07-2023) Post OP

Tabel 3.1. Balance Cairan

Intake	Output	Balance cairan
Parenteral: 1500 cc Makan + minum : 600 + 300 = 900 cc	Urine : 1400 cc IWL : - cc Feses : 100 cc Muntah : - cc Drain : - cc Darah : - cc	Input - output : 2400 - 1500 = 900 cc
Total : 2400 cc	Total : 1500 cc	

4. Sistem Neurosensori (Tgl 24-7-2023 pukul 08.00 WIB)

- a. Merasa pusing/mau pingsan: **Ya/Tidak**
- b. Sakit kepala : **Ya/Tidak**, Lokasi: Tidak sakit kepala
- c. Kesemutan/Kebas/lemah : **Ya/Tidak**; Lokasi: -
- d. Riwayat stroke : **Ya/Tidak**, lokasi: Tidak ada riwayat stroke
- e. Kejang : **Ya/Tidak**, tipe kejang: Tidak kejang
- f. Kehilangan daya penglihatan : **Ya/Tidak** pemeriksaan visus:
Penglihatan masih bagus
- g. Glaukoma : **Ya/Tidak**; Katarak: **Ya/Tidak**; Alat bantu penglihatan:
Ya/Tidak, sebutkan: Tidak ada
- h. Kehilangan daya pendengaran: **Ya/Tidak**; Hasil pemeriksaan: Tidak ada
Alat bantu dengar: **Ya/Tidak**, sebutkan: Tidak menggunakan
- i. Pengecap : Pasien dapat merasakan rasa manis, asin, pahit, dan asam
- j. Pengidul : Pasien dapat mencium dengan baik
- k. Peraba : Pasien dapat merasakan rasa sakit dan nyeri
- l. Status mental : Pasien biasa saja, jika ada perubahan, tulis jam berapa ada perubahan tersebut: Tidak ada perubahan
- m. Orientasi : Waktu: **Normal/Tidak**; Tempat: **Normal/Tidak**; Orang: **Normal/Tidak**; Situasi: **Normal/Tidak**
- n. Tingkat kesadaran : Compos Mentis
- o. GCS : E: 4 M: 6 V: 5 Total: 15
- p. Afek (gambarikan): Afek pasien normal bisa tersenyum juga
- q. Memori : Saat ini: Bagus
masa lalu: Pasien masih ingat masa lalu
- r. Pupil: **Isokor/anisokor**; ukuran:- mm, reaksi cahaya: R -/L -
- s. Facial droop: **Ya/Tidak**, bagian: Tidak ada
- t. Postur tubuh: Pasien kondisi bed rest
- u. Reflek tendon: Tidak terkaji
- v. Paralisis: **Ya/Tidak**, lokasi: -
- w. Nyeri: **Ya/Tidak**

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1) Pre OP: | Post OP: |
| a) Pasien tampak meringis | Pasien mengatakan nyeri kaki kanan |
| b) Pasien tampak menahan nyeri | P: Merasakan nyeri post operasi |
| c) P: Jatuh di depan kamar mandi | Q: Di pukul-pukul |
| Q: di tusuk-tusuk | R: Menjalar ke ujung kaki |
| R: Menjalar sampai ke kaki | S: 6 (0-10) |
| S: 5 (0-10) | T: Hilang timbul |
| T: Ketika digerakkan terasa nyeri | |

5. Sistem Muskuloskeletal (Tgl 24-7-2023 pukul 08.00 WIB)

- a. Kegiatan utama sebelum sakit: Pasien mengatakan dirumah saja dan memberi makan ayam
- b. Kegiatan senggang: Duduk santai
- c. Kondisi keterbatasan: Pasien bed rest
- d. Tidur malam: **Ya/tidak**, ± 2 jam, Tidur siang: **Ya/Tidak**, ± 1 jam
- e. Kesulitan untuk tidur: **Ya/Tidak**; Insomnia: **Ya/Tidak**
- f. Sulit bangun tidur: **Ya/Tidak**
- g. Perasaan tidak tenang saat bangun tidur: **Ya/Tidak**, alasan: Pasien merasa tenang
- h. Rentang gerak : Terbatas
- i. Kekuatan otot : Tidak terkaji
- j. Deformitas : Tidak
- k. Postur : kifosis/lordosis/skoliosis (**Normal**)
- l. Gaya Berjalan : Pasien bedrest
- m. Kemampuan ADL's

(Menggunakan kode 2 = *independent*, 1 = butuh bantuan, 0 = *dependent*)

Tabel 3.2 Kemampuan ADL's

	0	1	2
Buang air besar		✓	
Buang air kecil		✓	
Menggunakan toilet		✓	
Berdandan		✓	
Makan		✓	
Berpakaian		✓	
Berpindah tempat		✓	
Mobilisasi		✓	
Naik tangga		✓	
Mandi		✓	

Ket: Pasien membutuhkan bantuan orang lain/keluarga terkait ADL

6. Sistem Integumen (Tgl 24-7-2023 pukul 08.00 WIB)

- a. Riwayat alergi: Pasien tidak alergi
- b. Riwayat imunisasi: Pasien mengatakan lupa
- c. Perubahan sistem imun: Tidak terkaji
- d. Transfusi darah: ~~Ya/Tidak~~, kapan terakhir dilakukan: Senin, 24 Juli 2023
- e. Temperatur kulit: 36°C
- f. Diaphoresis: Tidak
- g. Integritas kulit: **bagus/kurang**; Scar: ~~Ya~~/**Tidak**, lokasi: Tidak ada; Rash: ~~Ya~~/**Tidak**, lokasi: Tidak ada; Laserasi: ~~Ya~~/**Tidak**, lokasi: Tidak ada
- h. Ulcer: ~~Ya~~/**Tidak**, lokasi: Tidak ada
- i. Luka bakar: ~~Ya~~/**Tidak**, lokasi: Tidak ada
- j. Pressure Ulcer : Persepsi sensori (4), Kelembaban (4), Aktivitas (1), Mobilitas (2), Nutrisi (2), Gesekan (1). Total skor: 14 (Resiko sedang)
- k. Edema : Pasien tidak edema

Post OP (Tgl 24-7-2023 pukul 12.00 WIB)

- 1) Pasien tampak terdapat luka di area kaki kanan
- 2) Panjang luka operasi sekitar 20 cm dengan sayatan vertical
- 3) Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanan
- 4) Pasien mengatakan sulit untuk aktivitas seperti biasa

7. Sistem Eliminasi (Tgl 24-7-2023 pukul 08.00 WIB)

a. Fecal

- 1) Frekuensi BAB : 1x/hari
 - Konstipasi
 - Diare
- 2) Karakteristik feses
 - Konsistensi : Padat
 - Warna : Kuning
 - Bau : Khas
- 3) Penggunaan laxative : Ya/**Tidak**, frekuensi: -; alasan: -
- 4) Perdarahan per anus : Ya/**Tidak**
- 5) Hemoroid : Ya/**Tidak**, Grade: -

b. Bladder

- 1) Inkontinensia: Ya/**Tidak**, kapan: -
- 2) Urgensi: Ya/**Tidak**
- 3) Retensi urin: Ya/**Tidak**
- 4) Frekuensi BAK: Pasien terpasang kateter
- 5) Karakteristik Urin: Berwarna kuning jernih dan bau khas
- 6) Volume urin: 600 cc
- 7) Nyeri/kesulitan terbakar/kesulitan BAK : Pasien mengatakan tidak merasa nyeri/kesulitan BAK
- 8) Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih: Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat ginjal/kandung kemih

8. Sistem Reproduksi (Tgl 24-7-2023 pukul 08.00 WIB)

- a. Keluhan sistem reproduksi: Tidak ada
- b. Akseptor KB: (Ya/Tidak); Jenis: - (Jika Ya tulislah alat KB yang digunakan dan berapa lama)
- c. Kegiatan sexual teratur: ~~Ya~~/**Tidak**
- d. Perempuan:
 - 1) Usia menarkhe: Tidak terkaji
 - 2) Durasi menstruasi: Tidak terkaji
 - 3) Periode menstruasi: Tidak terkaji
 - 4) Waktu menstruasi terakhir: Pada tahun 1976
 - 5) Hamil: **Ya**/~~Tidak~~
 - 6) Perdarahan diantara waktu mestruasi?Ya/Tidak, seberapa sering?-
 - 7) Menopause: Ya/Tidak, sudah berapa lama: Tidak terkaji
 - 8) Vaginal discharge: Tidak terkaji
 - 9) Pemeriksaan payudara sendiri: Ya/Tidak, hasil: Tidak terkaji
 - 10)Pemeriksaan lain: Tidak ada
 - 11) Terapi hormonal: Ya/Tidak, sebutkan: Tidak terkaji
 - 12) Lain – lain: Tidak ada

D. Pengkajian Psikososial

1. Nilai / Kepercayaan

Agama yang dianut: Islam

Kegiatan keagamaan yang di jalani: Sholat 5 waktu dan sholat sunah

Nilai / kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan: Tidak ada

Gaya hidup: pasien mengatakan biasa saja dan bersyukur

Perubahan gaya hidup: pasien mengatakan tidak ada

2. **Koping / stress**

Pasien merasa stres: ~~Ya~~/**Tidak**

Faktor penyebab stres : Tidak ada

Cara mengatasi permasalahan: Mendekatkan diri kepada Allah SWT

Status emosional: **Tenang** / ~~Cemas~~ / ~~Marah~~ / ~~Menarik diri~~ / ~~Takut~~ / ~~Mudah tersinggung~~ / ~~Tidak sabar~~ / ~~euforia~~.

Lain – lain: Tidak ada

3. Hubungan

Tinggal dengan: Pasien tinggal satu rumah dengan anak dan cucu

Orang yang mendukung: Keluarga

Penyakit mempengaruhi hubungan keluarga/ orang lain: Tidak mempengaruhi

Kegiatan di masyarakat: Pasien mengatakandi rumah saja

Lain – lain: Tidak ada

4. Persepsi Diri

Yang dirasakan terkait hospitalisasi: Pasien mengatakan pingin pulang

Perilaku klien sesuai dengan situasi: Pasien tampak tenang

Lain – lain: Tidak ada

E. Defisit pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan Klien

Bahasa utama: Bahasa Jawa dan Bahasa Indonesia

Daftar kebutuhan pendidikan selama di rawat: Kebutuhan mobilisasi pasien

F. Discharge Planning (disiapkan sesuai dengan kebutuhan klien)

- a. Mengedukasi terkait penanganan nyeri ketika di rumah (napas dalam)
- b. Menganjurkan perawatan luka ganti perban di faskes 1
- c. Segera datang ke pelayanan kesehatan terdekat apabila sakit semakin memperberat

G. Data Penunjang

Tabel 3.3. Data Penunjang

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal dlm satuan	Interpretasi
21/7/2023	Hemoglobin	10,7 gr/dl	12.0-16.0	Abnormal
	Hematokrit	33 %	37-47	Abnormal
	Lekosit	9.4 rb/uL	4.5-11.0	Normal
	Eritrosit	3.58 jt/uL	4.2-5.4	Abnormal
	Trombosit	260 rb/uL	150-440	Normal
	MPV	9.5 fL	7.2-11.1	Normal
	PDW	9.6 fL	9-13	Normal
	RDW-CV	13.5 %	11.5-14.5	Normal
	MCV	91.6 fL	80-100	Normal
	MCH	29.9 pg	26-34	Normal
	MCHC	32.6 %	32-36	Normal
	Basofil	0.1 %	0-1	Normal
	Monosit	4.8 %	4-8	Normal
	Eosinofil	0.2 %	1-6	Abnormal
	Limfosit	7.2 %	22-40	Abnormal
	Neutrofil	87.7 %	40-70	Abnormal
	PT	13.6 detik	9-15	Normal
	INR	1.01	0.8-1.2	Normal
	APTT	25.4 detik	22-35	Normal
	GDS	141	<200	Normal
	Gol. Darah	O		

1. Data penunjang yang lain:

(Tanggal 22-7-2023)

a. Foto Thorax

Hasil:

- 1) Tampak corakan bronchovaskuler normal

- 2) Kedua diafragma licin
- 3) Pleural space tak menebal
- 4) Cor, CTR = 0,64, klasifikasi arc aorta
- 5) Tak tampak osteofit
- 6) Sistema tulang yang tervisualisasi intak.

Kesan:

- 1) Pulmo tak tampak kelainan
- 2) Cardiomegaly dengan aortosklerosis

b. Foto Pelvis, Femur dextra

Hasil:

- 1) Tak tampak soft tissue swelling
- 2) Densitas menurun
- 3) Facies articularis licin
- 4) Joint of space tak melebar/menyempit
- 5) Caput femoris berada di dalam fossa acetabulum
- 6) Shenton line dan skinner line dextra asimetris
- 7) Tampak diskontinuitas komplit inter trochanterica femur dextra
- 8) Osteofit condylus femur et tibia, sela sendi femoralis tibial sempit

Kesan:

- 1) Fraktur komplit inter trochanterica femur dextra
- 2) Osteoporosis
- 3) Osteoarthritis genu dextra

(Tanggal 24-7-2023)

a. Foto Pelvis, Femur dextra

Hasil:

- 1) Tampak soft tissue swelling
- 2) Densitas menurun
- 3) Facies articularis licin
- 4) Joint of space tak melebar/menyempit

- 5) Tampak terpasang protese AMP pada femur proximal dextra, aposisi baik
- 6) Tampak caput femur protese berada dalam fossa acetabulum dextra
- 7) Shenton line dan skinner line dextra simetris

Kesan:

- 1) Terpasang protese AMP pada femur proximal dextra, aposisi baik
- 2) Osteoporosis

H. Terapi Yang Diberikan

Tabel 3.4. Terapi Yang Diberikan

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi
24/07/2023 (Pre OP)	Ketorolac	IV	3x1 (30 mg)	Digunakan untuk meredakan nyeri.
	Omeprazole	IV	1 (40 mg)/24 jam	Digunakan untuk menangani asam lambung berlebih
	Cefazolin	IV	2x1 gr	Antibiotik untuk menangani infeksi bakteri
	Novorapid	SC	3x4 UI	Digunakan untuk pengobatan pada DM

24,25,26/07/ 2023 (Post OP)	Ketorolac	IV	3x1 (30 mg)	Digunakan untuk meredakan nyeri.
	Omeprazole	IV	1 (40 mg)/24 jam	Digunakan untuk menangani asam lambung berlebih
	Cefazolin	IV	2x1 gr	Antibiotik untuk menangani infeksi bakteri
	Novorapid	SC	3x4 UI	Digunakan untuk pengobatan pada DM
	Ondansetron	IV	2x1 (4 mg)	Digunakan untuk menangani rasa mual dan muntah.

I. ASUHAN KEPERAWATAN PRE OPERASI (24-07-2023)

Tabel 3.5. Asuhan Keperawatan Pre Operasi

NO	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri kaki kanan - P: Jatuh di depan kamar mandi Q: Di tusuk-tusuk R: Menjalar sampai ke kaki S: 5 (0-10) T: Ketika digerakkan terasa nyeri <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien tampak menahan nyeri - TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 119/59 mmHg N: 102 x/menit S: 36 °C RR: 20 x/menit SPO₂: 97 % 	<p>Nyeri akut (D.0077)</p>	<p>Agen pencedera fisik</p>

2	DS: -	Risiko Jatuh
	DO:	(D.0143)
	- Pasien usia 86 tahun	
	- Pasien jenis kelamin Perempuan	
	- Pagar pembatas bed tidak pernah dinaikkan	
	- TTV:	
	TD: 119/59 mmHg	
	N: 102 x/menit	
	S: 36 °C	
	RR: 20 x/menit	
	SPO ₂ : 97 %	

DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan kaki kanan pasien terasa nyeri akibat jatuh di depan kamar mandi (D.0077).
2. Risiko jatuh dibuktikan dengan pagar pembatas bed tidak pernah dinaikkan (D.0143).

RENCANA KEPERAWATAN

Tabel 3.6. Rencana Keperawatan Pre Operasi

NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan kaki kanan pasien terasa nyeri akibat jatuh di depan kamar mandi (D.0077)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1 jam, maka Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun <p>Kontrol nyeri (L.08063)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melaporkan nyeri terkontrol meningkat - Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat - Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat - Dukungan orang dekat meningkat 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal • Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (napas dalam) • Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (napas dalam) • Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2	Risiko jatuh dibuktikan dengan pagar pembatas bed tidak pernah dinaikkan (D.0143)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 30 menit, maka Tingkat Jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none">- Jatuh dari tempat tidur menurun- Jatuh saat duduk menurun- Jatuh saat dipindahkan menurun	Pencegahan Jatuh (14540) <ul style="list-style-type: none">• Observasi<ul style="list-style-type: none">- Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift• Terapeutik<ul style="list-style-type: none">- Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga- Pastikan roda tempat tidur terkunci- Pasang <i>handrall</i> tempat tidur• Edukasi<ul style="list-style-type: none">- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
---	---	--	---

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.7. Implementasi Keperawatan Pre Operasi

NO DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
1	24/07/2023	Manajemen nyeri (I.08238)	24/07/2023 (09.00)	
	07.45	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri	S: - Pasien mengatakan masih merasa nyeri P: Jatuh di depan kamar mandi	
	07.50	- Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	Q: Di tusuk-tusuk	
	07.55	- Mengajarkan teknik tarik napas dalam ke pasien dan keluarga	R: Menjalar ke ujung kaki S: 4 (0-10)	
	08.00	- Memberikan teknik tarik napas dalam	T: Ketika digerakkan terasa nyeri	
			O: - Pasien dan keluarga mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri - Terpasang infus RL 20 tpm - TTV:	



Didan
Pramadya

TD: 130/62 mmHg

N: 106 x/menit

S: 36,2 °C

RR: 20 x/menit

SPO₂: 96 %

A: Masalah teratasi sebagian

P: Pertahankan intervensi

- Melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (tarik napas dalam)
- Melakukan kolaborasi pemberian analgetik pereda nyeri
- Pengukuran tanda-tanda vital
- Dilakukan Operasi

2 24/07/2023 **Pencegahan Jatuh (14540)** 24/07/2023 (08.20)

07.50 - Mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift

07.55 - Mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga

08.00 - Memastikan roda tempat tidur terkunci
- Memasang handrall tempat tidur

S:

- Pasien dan keluarga pasien mengatakan paham penjelasan perawat dan akan menaikkan pagar pembatas

O:



Didan
Pramadya

-
- Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
 - Pasien dan keluarga pasien tampak memahami instruksi dari perawat
 - Pasien dan keluarga pasien tampak menaikkan pagar pembatas
 - Pasien tampak tenang
 - Terpasang infus RL 20 tpm
 - TTV:
 - TD: 130/62 mmHg
 - N: 106 x/menit
 - S: 36,2 °C
 - RR: 20 x/menit
 - SPO₂: 96 %
- A:** Masalah teratasi
-

J. ASUHAN KEPERAWATAN POST OPERASI (24-07-2023) Pukul 12.00 WIB

Tabel 3.8. Asuhan Keperawatan Post Operasi

NO	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri kaki kanan - P: Merasakan nyeri post operasi Q: Seperti di pukul-pukul R: Menjalar ke ujung kaki S: 6 (0-10) T: Hilang timbul <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien tampak menahan nyeri - TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 157/74 mmHg N: 97 x/menit S: 37 °C RR: 20 x/menit SPO₂: 96 % 	<p>Nyeri akut (D.0077)</p>	<p>Agen pencedera fisik</p>
2	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak terdapat luka di area kaki kanan - Panjang luka operasi sekitar 20 cm dengan sayatan vertical - Luka tampak tertutup kassa steril dan hepavix - Terpasang infus RL 20 tpm - TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 157/74 mmHg 	<p>Risiko infeksi (D.0142)</p>	<p>Kerusakan integritas kulit</p>

N: 97 x/menit

S: 37 °C

RR: 20 x/menit

SPO₂: 96 %

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|---------------|
| 3 | DS: | Gangguan | Penurunan |
| | - Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanan | mobilitas fisik
(D.0054) | kekuatan otot |
| | - Pasien mengatakan sulit untuk aktivitas seperti biasa | | |

DO:

- Pasien tampak lemah
- Pasien tampak bedrest
- TTV:

TD: 157/74 mmHg

N: 97 x/menit

S: 37 °C

RR: 20 x/menit

SPO₂: 96 %

- Rentang gerak menurun
- Kekuatan otot menurun

Tangan kanan	Tangan kiri
5	5
Kaki kanan	Kaki kiri
4	5

DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan kaki kanan pasien terasa nyeri akibat dilakukan operasi (D.0077)
2. Risiko infeksi dibuktikan dengan tampak luka di kaki kanan pasien (D.0142)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan sulit untuk menggerakkan kaki kanan (D.0054).

RENCANA KEPERAWATAN

Tabel 3.9. Rencana Keperawatan Post Operasi

NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan kaki kanan pasien terasa nyeri akibat dilakukan operasi (D.0077)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun <p>Kontrol nyeri (L.08063)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melaporkan nyeri terkontrol meningkat - Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat - Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat - Dukungan orang dekat meningkat 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal • Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (napas dalam) • Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (napas dalam)

Risiko infeksi dibuktikan dengan tampak luka di kaki kanan pasien (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka Tingkat infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none">- Kebersihan tangan meningkat- Kebersihan badan meningkat- Nyeri menurun- Kultur area luka menurun	<ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi<ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu• Pencegahan infeksi (I.14539)• Observasi<ul style="list-style-type: none">- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik• Terapeutik<ul style="list-style-type: none">- Batasi jumlah pengunjung- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi• Edukasi<ul style="list-style-type: none">- Jelaskan tanda dan gejala infeksi- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi- Ajarkan meningkatkan asupan cairan• Kolaborasi<ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian antibiotic
--	---	--

Perawatan Luka (I.14564)**• Observasi**

- Monitor karakteristik luka (Misal warna, ukuran, bau)
- Monitor tanda infeksi

• Terapeutik

- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- Bersihkan dengan cairan NaCl
- Bersihkan jaringan nekrotik
- Berikan salep yang sesuai ke kulit
- Pasang balutan sesuai jenis luka
- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat

• Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
-

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotik
3	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan sulit untuk menggerakkan kaki kanan (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka Mobilitas fisik (L.05042) meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstermitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak (ROM) meningkat - Gerakan terbatas meningkat 	<p>Dukungan mobilisasi (I.03101)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi • Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu misal pagar pengaman tempat tidur

-
- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

- **Edukasi**

- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal duduk di tempat tidur
-

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari ke 0 Post OP)

Tabel 3.10. Implementasi Keperawatan Post Operasi Hari Ke 0

NO DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
1	24/07/2023	Manajemen nyeri (I.08238)	24/07/2023 (14.00)	 Didan Pramadya
	12.00	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri	S: - Pasien mengatakan nyeri di kaki kanan - Sebelum diberikan terapi:	
	12.05	- Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	P: Merasakan nyeri post operasi	
	12.10	- Memberikan teknik tarik napas dalam	Q: Seperti di pukul-pukul	
	13.00	- Memberikan obat ketorolac 30 mg (IV)	R: Menjalar ke ujung kaki	
			S: 6 (0-10)	
			T: Hilang timbul	
			- Sesudah diberikan terapi	
			P: Merasakan nyeri post operasi	
			Q: Seperti di pukul-pukul	
			R: Menjalar ke ujung kaki	
			S: 5 (0-10)	

T: Hilang timbul

O:

- Pasien tampak meringis
- Pasien tampak menahan nyeri
- Pasien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
- Pasien terpasang infus RL 20 tpm

- TTV:

TD: 135/69 mmHg

N: 102 x/menit

S: 36,1 °C

RR: 20 x/menit

SPO₂: 97 %

A: Masalah teratasi sebagian

P: Pertahankan intervensi

- Melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (tarik napas dalam)
 - Melakukan kolaborasi pemberian analgetik pereda nyeri
-

		- Pengukuran tanda-tanda vital	
2	24/07/2023	Pencegahan infeksi (I.14539)	24/07/2023 (14.00)
12.15	- Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	S:	- Pasien mengatakan sudah paham instruksi dari perawat
12.20	- Membatasi jumlah pengunjung	O:	- Kesadaran pasien composmentis
	- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien		- Panjang luka operasi sekitar 20 cm dengan sayatan vertikal
12,25	- Mempertahan teknik aspetik pada pasien berisiko tinggi		- Luka tampak tertutup kassa steril dan hepavix
12.30	- Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi		- Terpasang infus RL 20 tpm
	- Menganjurkan meningkatkan asupan cairan		- TTV:
			TD: 135/69 mmHg
			N: 102 x/menit
			S: 36,1 °C
			RR: 20 x/menit
			SPO ₂ : 97 %
		A:	Masalah teratasi sebagian



Didan
Pramadya

P: Pertahankan intervensi

- Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
 - Pengukuran tanda-tanda vital
-

3 24/07/2023 **Dukungan Mobilisasi (I.03101)** 24/07/2023 (14.00)

- | | | |
|-------|---|---|
| 12.35 | - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya | S:
- Kaki kanan pasien bisa digerakkan tapi terasa nyeri |
| 12.40 | - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar pengaman tempat tidur | O:
- Kesadaran pasien composmentis
- Terpasang infus RL 20 tpm
- Pasien tampak meringis ketika menggerakkan kakinya |
| 12,45 | - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi | - TTV:
TD: 135/69 mmHg
N: 102 x/menit
S: 36,1 °C
RR: 20 x/menit
SPO ₂ : 97 % |
| 12.50 | - Mengajarkan mobilisasi miring kanan dan kiri di tempat tidur | |



Didan
Pramadya

A: Masalah teratasi sebagian

P: Pertahankan intervensi

- Mobilisasi duduk sederhana
- Pengukuran tanda-tanda vital

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari ke 1 Post OP)

Tabel 3.11. Implementasi Keperawatan Post Operasi Hari Ke 1

NO DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
1	25/07/2023	Manajemen nyeri (I.08238)	25/07/2023 (14.30)	
	11.00	- Mengidentifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: - Pasien mengatakan nyeri di kaki kanan sudah berkurang	
		- Mengidentifikasi skala nyeri	- Sebelum diberikan terapi:	
	11.05	- Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	P: Merasakan nyeri post operasi	
	11.10	- Memberikan teknik tarik napas dalam	Q: Seperti di pukul-pukul	
	13.00	- Memberikan obat ketorolac 30 mg (IV)	R: Menjalar ke ujung kaki	
			S: 5 (0-10)	



Didan

Pramadya

T: Hilang timbul

- Sesudah diberikan terapi:

P: Merasakan nyeri post operasi

Q: Seperti di pukul-pukul

R: Menjalar ke ujung kaki

S: 4 (0-10)

T: Hilang timbul

O:

- Pasien tampak meringis

- Pasien tampak masih menahan nyeri

- Pasien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri

- Pasien terpasang infus RL 20 tpm

- TTV:

TD: 150/73 mmHg

N: 98 x/menit

S: 36 °C

RR: 20 x/menit

SPO₂: 96 %

A: Masalah teratasi sebagian

P: Pertahankan intervensi

- Melakukan teknik nonfarmakologis (tarik napas dalam)
 - Melakukan kolaborasi pemberian analgetik pereda nyeri
 - Pengukuran tanda-tanda vital
-

2 25/07/2023 **Pencegahan infeksi (I.14539)** 25/07/2023 (14.30)

- | | | | |
|-------|---|-----------|--|
| 11.15 | - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik | S: | - Pasien mengatakan sudah paham instruksi dari perawat |
| 11.20 | - Membatasi jumlah pengunjung | O: | - Kesadaran pasien composmentis |
| 11.25 | - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien | | - Panjang luka operasi sekitar 20 cm dengan sayatan vertikal |
| 11.30 | - Mempertahan teknik aspetik pada pasien berisiko tinggi | | - Luka tampak tertutup kassa steril dan hepavix |
| | - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi | | - Terpasang infus RL 20 tpm |
| | - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan | | - TTV: |
| | | | TD: 150/73 mmHg |
| | | | N: 98 x/menit |



Didan
Pramadya

S: 36 °C

RR: 20 x/menit

SPO₂: 96 %

A: Masalah teratasi sebagian

P: Pertahankan intervensi

- Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
 - Pengukuran tanda-tanda vital
-

3 25/07/2023 **Dukungan Mobilisasi (L03101)** 25/07/2023 (14.30)

11.35	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S:	- Kaki kanan pasien bisa digerakkan tapi terasa nyeri
11.40	- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	O:	- Kesadaran pasien composmentis
	- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar pengaman tempat tidur		- Terpasang infus RL 20 tpm
11,45	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan		- Pasien belum bisa duduk
			- TTV:
			TD: 150/73 mmHg



Didan
Pramadya

	- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	N: 98 x/menit S: 36 °C
11.50	- Mengajarkan mobilisasi sederhana duduk di tempat tidur	RR: 20 x/menit SPO ₂ : 96 %
	A: Masalah teratasi sebagian	
	P: Pertahankan intervensi	
	- Mobilisasi sederhana duduk	
	- Pengukuran tanda-tanda vital	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari ke 2 Post OP)

Tabel 3.12. Implementasi Keperawatan Post Operasi Hari Ke 2

NO DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
1	26/07/2023	Manajemen nyeri (I.08238)	26/07/2023 (14.30)	 Didan Pramadya
	11.00	- Mengidentifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri	S: - Pasien mengatakan nyeri di kaki kanan sudah berkurang - Sebelum diberikan terapi:	
	11.05	- Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	P: Merasakan nyeri post operasi	
	11.10	- Memberikan teknik tarik napas dalam	Q: Seperti di pukul-pukul	
	13.00	- Memberikan obat ketorolac 30 mg (IV)	R: Menjalar ke ujung kaki	
			S: 4 (0-10)	
			T: Hilang timbul	
			- Sesudah diberikan terapi:	
			P: Merasakan nyeri post operasi	
			Q: Seperti di pukul-pukul	
			R: Menjalar ke ujung kaki	
			S: 3 (0-10)	

T: Hilang timbul

O:

- Pasien tampak meringis berkurang
- Pasien tampak menahan nyeri berkurang
- Pasien tampak rileks
- Pasien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
- Pasien terpasang infus RL 20 tpm

- TTV:

TD: 129/61 mmHg

N: 112 x/menit

S: 36,3 °C

RR: 20 x/menit

SPO₂: 95 %

A: Masalah teratasi sebagian

P: Pertahankan intervensi

- Melakukan kolaborasi pemberian analgetik pereda nyeri
 - Pengukuran tanda-tanda vital
-

2	26/07/2023	Pencegahan infeksi (I.14539)	26/07/2023 (11.00)
09.35	- Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	S:	- Pasien mengatakan sudah paham instruksi dari perawat
09.40	- Membatasi jumlah pengunjung	O:	- Kesadaran pasien composmentis
	- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien		- Terpasang infus RL 20 tpm
09.45	- Mempertahan teknik aspetik pada pasien berisiko tinggi		- Panjang luka operasi sekitar 20 cm dengan sayatan vertikal
09.50	- Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi		- Luka tampak bersih, tidak ada nanah, tidak ada kemerahan
	- Menganjurkan meningkatkan asupan cairan		- Luka diberikan sufratul dan ditutup kassa steril, lalu ditutup dengan hepavix
			- TTV:
			TD: 129/61 mmHg
			N: 112 x/menit
			S: 36,3 °C
			RR: 20 x/menit
			SPO ₂ : 95 %
		Perawatan Luka (I.14564)	
09.55	- Memonitor karakteristik warna dan ukuran luka		
10.00	- Melepaskan balutan dan plester secara perlahan		



Didan
Pramadya

10.05	- Membersihkan dengan cairan NaCl - Membersihkan jaringan nekrotik	A: Masalah teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi
10.10	- Memberikan salep yang sesuai ke kulit - Memasang balutan sesuai jenis luka	- Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
10.15	- Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat	- Pengukuran tanda-tanda vital
10.20	- Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Meganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	
10.30	- Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	

3 26/07/2023 **Dukungan Mobilisasi (I.03101)**

26/07/2023 (14.30)

- 11.35 - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 11.40 - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 11.45 - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar pengaman tempat tidur
- 11.45 - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- 11.50 - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 11.50 - Mengajarkan mobilisasi sederhana duduk di tempat tidur
- S:**
- Kaki kanan pasien bisa digerakkan, tapi masih merasa sedikit nyeri
- O:**
- Kesadaran pasien composmentis
 - Terpasang infus RL 20 tpm
 - Pasien sudah bisa duduk dibantu keluarga
 - TTV:
 - TD: 129/61 mmHg
 - N: 112 x/menit
 - S: 36,3 °C
 - RR: 20 x/menit
 - SPO₂: 95 %
- A:** Masalah teratasi
- P:** Pertahankan intervensi
- Pengukuran tanda-tanda vital



Didan
Pramadya