

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Data Umum Klien

| | |
|--------------------|-------------------------------------------|
| No. RM | : 725958 |
| Nama Klien | : Ny. N |
| Umur | : 61 tahun |
| Jenis Kelamin | : Perempuan |
| Alamat | : Soropaten RT 005/000 Ringinharjo Bantul |
| Pendidikan | : SLTA |
| Pekerjaan | : Ibu Rumah Tangga |
| Agama | : Islam |
| Tanggal masuk | : 08 Januari 2024 |
| Tanggal Pengkajian | : 11 Januari 2024 |
| Sumber Data | : Rekam medis, pasien dan suami pasien |
| Ruang | : Gatokaca |
| Diagnosa Medis | : Closed Fraktur Collum Femur Dextra |

2. Riwayat Kesehatan

Alasan masuk RS :

Pasien di bawa ke IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tanggal 08 Januari 2024 pukul 19.23 WIB dengan keluhan nyeri pada kaki kanan post terjatuh tersandung daster dirumah. Hasil pemeriksaan TTV di IGD: TD 140/70 mmHg, HR 80 x/menit, RR 21 x/mnt, Suhu 36,6⁰C, SPO² 99%. Tindakan dan terapi yang telah diberikan saat di IGD antara lain: Traksi 2 kg, infus NaCL transet 20 tpm dan Paracetamol 500 mg rute IV melalui infus

Keluhan utama saat ini :

Pasien mengatakan nyeri di kaki kanan post operasi. Berdasarkan hasil pengkajian nyeri PQRST didapatkan:

P: Nyeri post operasi ORIF

Q: seperti di tusuk-tusuk (senut-cenut)

R: kaki kanan (femur)

S: 6

T: hilang timbul (intermitten)

Hasil pemeriksaan TTV: TD 145/70 mmHg, RR: 22 x/menit, HR: 110x/menit, Suhu: 36,7⁰ C, SPO2 98 %.

Riwayat kesehatan masa lalu :

Pasien mengatakan mempunyai riwayat Hipertensi dan DM tetapi pasien tidak mengonsumsi obat rutin.

Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit keturunan yaitu hipertensi dan diabetes melitus dari ayahnya

Penyakit keturunan :

DM

Asma

Hipertensi

Jantung

Lain: Tidak ada

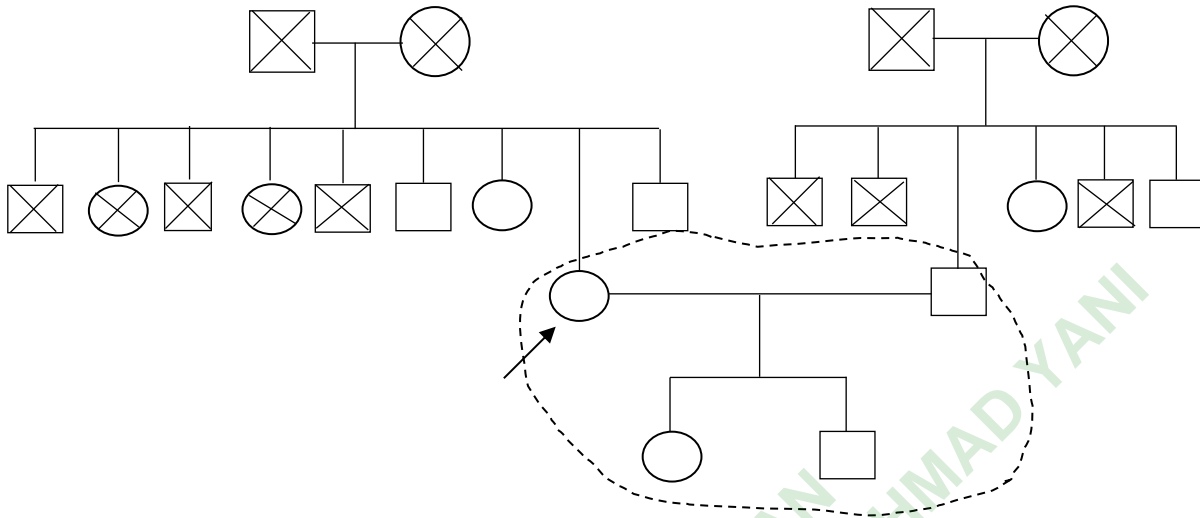
Riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya :

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan, dan sebelumnya tidak memiliki riwayat pembedahan. Pasien juga mengatakan ini merupakan operasi yang pertama pasien.

Riwayat Alergi dan pengobatan yang pernah di peroleh :

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan dan makanan, pasien mengatakan tidak mengonsumsi obat-obatan rutin.

Genogram



Keterangan:

- : Laki laki
 : Perempuan
 : Pasien
 : Tinggal serumah
X : Meninggal
 : Garis keturunan

3. Pengkajian Fisik

Sistem Pernafasan

- Dispnea : Pasien tidak mengeluh sesak napas
- Sputum : Tidak ada sputum
- Riwayat penyakit : Bronkitis : Tidak ada; Asthma: Tidak ada; TBC: Tidak ada; Emphysema: Tidak ada; Pneumonia : Tidak ada
- Merokok : Pasien tidak merokok dan tidak memiliki riwayat merokok
- Respirasi: 22 x/menit; Dalam; irama nafas: regular; Pengembangan dada: simetris

- Penggunaan otot bantu pernapasan : Tidak ada penggunaan otot bantu napas
- Fremitus : Tidak ada
- Nasal flaring : Tidak ada pelebaran lubang hidung saat bernapas
- Sianosis : Tidak ada kebiruan
- Pemeriksaan Thorax
 - Inspeksi : bentuk dan pengembangan dada simetris, tidak ada massa pada kedua dinding dada, costal angel normal ($<90^0$) selama istirahat dan exhalasi, angel of the ribs normal ($<45^0$), tidak ada lesi, tidak ada jejas.
 - Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan pada kedua dinding dada.
 - Perkusi : Resonan (normal)
 - Auskultasi : tidak ada suara tambahan, suara napas vesikuler dan bersih, wheezing (-), rhongki (-), reguler

☐ Sistem Kardiovaskular

- Riwayat Penyakit :
 - Hipertensi : Ya, pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi tetapi pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan rutin.
 - Gangguan jantung : pasien tidak memiliki riwayat penyakit gangguan jantung
- Edema kaki : Tidak ada pembengkakan pada kaki
- Plebitis : Tidak ada
- Claudicatio : Tidak ada
- Dysreflexia : Tidak ada
- Palpitasi : Tidak
- Sinkop : Tidak (pasien tidak pingsan)
- Rasa kebas/kesemutan : Tidak mengalami kesemutan/rasa kebas pada ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah

- Batuk darah : Tidak ada
- TD : 145/70 mmHg, pengukuran di: Lengan kanan atas; Posisi pengukuran: Tidur
- Nadi : 110x/menit diukur di carotis
- Kualitas nadi : Teraba kuat
- CRT : <2 detik
- Homans sign : tidak ada nyeri
- Abnormalitas kuku : normal, kuku tampak bersih dan tidak terasa sakit
- Perubahan kulit : tidak terdapat perubahan kulit
- Membran mukosa : membran mukosa tampak lembab
- Pemeriksaan Kardio
 - Inspeksi : iktus cordis tidak terlihat, tidak ada jaringan parut, kedua dinding dada simetris.
 - Palpasi : iktus cordis teraba, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba massa pada kedua dinding dada.
 - Perkusi : suara dullness dengan RBCD (*Right Border of Cardiac Dullness*) berada di medial batas dalam sternum.
 - Auskultasi : tidak ada suara tambahan, bunyi jantung S1 dan S2 reguler

Sistem Gastrointestinal

- **Antropometri**
 - a. BB : 58 kg TB : 165 cm IMT: 21,3 (Normal)
 - Gizi kurang
 - Gizi cukup**
 - Gizi lebih
 - b. Berat badan: 58 Kg, ada perubahan BB: Tidak; Berat badan pasien menetap, tidak ada penurunan atau kenaikan berat badan.
- **Clinical sign**
 - a. Turgor kulit : elastis

- b. Membran mukosa : membrane mukosa tampak lembab
- c. Edema : Tidak ada edema pada ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah
- d. Ascites : Tidak ada ascites
- e. Pembesaran tiroid : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- f. Kondisi gigi dan mulut : kondisi gigi bagus, rapih, bersih, tidak ada gigi berlubang, gigi lengkap, tidak ada keluhan sakit gigi. Pada bagian mulut tidak ada sariawan.
- g. Kondisi lidah : lidah bersih berwarna pink muda, tidak ada sariawan, tidak ada ulkus pada lidah, tidak ada nyeri pada lidah.
- h. Halitosis : Tidak
- i. Hernia : Tidak
- j. Massa abdomen : Tidak ada massa abdomen
- k. Bising usus : 16 x/menit
- l. Data tambahan dalam Pemeriksaan abdomen:
 - Inspeksi : bentuk abdomen simetris, permukaan abdomen halus dengan kontur datar, warna abdomen sesuai warna kulit (kuning langsung), gerakan abdomen mengempis saat ekspirasi dan mengembang saat inspirasi
 - Auskultasi : bising usus 16 x/menit
 - Perkusi : perkusi pada (lambung, kandung kemih, usus) dan berbunyi pekak pada (pancreas, hati dan ginjal)
 - Palpasi : tidak nyeri tekan, tidak ada massa abdomen, tidak ada penegangan pada abdomen.
- **Diet**
 - a. Pola makan sebelum dirawat : 3 x/sehari; waktu: pagi, siang, dan malam
 - b. Ada larangan/pantangan makanan : Tidak: pasien mengatakan tidak memiliki larangan dan makanan pantangan, tetapi pasien mengurangi konsumsi garam

- c. Penggunaan suplemen makanan : pasien tidak mengkonsumsi suplemen makanan
- d. Kehilangan nafsu makan : Tidak
- e. Mual/Muntah : Tidak ada keluhan mual/muntah
- f. Alergi makanan : Tidak ada alergi
- g. Dada serasa terbakar sesaat setelah makan : Tidak
- h. Masalah dalam menelan : Tidak ada masalah dalam menelan
- i. Gigi Palsu : Tidak menggunakan gigi palsu
- j. Penggunaan diuretik : Tidak
- k. Pola makan selama sakit/dirawat : 3x/sehari; waktu: pagi, siang dan sore
- l. Kebutuhan cairan selama sakit : 1.740 cc
Rumus: $30\text{cc/kg/BB}/24\text{ jam}$
 $= 30\text{ cc} \times 58\text{ kg}$
 $= 1.740\text{ cc}$
- m. **Balance cairan selama 24 jam :**

| Intake | Output | Balance cairan |
|-------------------------|------------------------|---------------------|
| Parenteral : 1000 cc | Urine : 1000 cc | Input – output |
| Makan : 100 cc | IWL : 870 cc | 2.300 cc – 1.870 cc |
| Minum : 1.200 cc | | |
| Total : 2.300 cc | Total : 1870 cc | + 430 cc |

☐ Sistem Neurosensori

- Merasa pusing/mau pingsan : tidak, pasien mengatakan tidak merasa pusing
- Sakit kepala : Pasien mengatakan tidak sakit kepala

- Kesemutan/Kebas/lemah : Pasien mengatakan tidak merasa kesemutan/kebas/lemah
- Riwayat stroke : Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat stroke
- Kejang : Pasien tidak kejang
- Kehilangan daya penglihatan: Pasien tidak kehilangan daya penglihatan
- Glaukoma : Tidak; Katarak: Tidak; Alat bantu penglihatan: Tidak
- Kehilangan daya pendengaran: Tidak; Hasil pemeriksaan:Alat bantu dengar: Tidak
- Pengecap : normal, mampu merasakan makanan dan minuman dengan baik
- Pengidu : normal, mampu mencium aroma dengan baik
- Peraba : normal, mampu membedakan benda kasar dan halus
- Status mental : Baik, tidak ada perubahan status mental
- Orientasi : Waktu: Normal; Tempat: Normal; Orang: Normal; Situasi: Normal: pasien dapat mengingat kejadian sekarang dan masa lalu.
- Tingkat kesadaran : Composmentis
- GCS : E4M5V6 total: 15 (normal)
- Afek (gambarkan) : Baik
- Memori : Pasien tidak mengalami masalah memori baik memori jangka pendek maupun jangka 38anjang
- Pupil : Isokor, reaksi Cahaya: +/+
- Facial droop : Tidak: tidak ada kelemahan pada otot wajah

- Postur tubuh : selama di rumah sakit pasien hanya tidur ditempat tidur saja, sehingga tidak bisa melihat postur tubuh pasien saat duduk atau berjalan.
- Reflek tendon : Normal, tidak ada keluhan
- Paralisis : Tidak
- Nyeri : Ya; Pengkajian nyeri:
P: Nyeri post operasi ORIF
Q: seperti di tusuk-tusuk (cenut-cenut)
R: kaki kanan (femur)
S: 6
T: terus menerus
- Lain-lain : Pasien tampak meringis menahan nyeri, pasien mengatakan kakinya kanannya sakit jika digerakkan dan pasien mengatakan takut bergerak karena takut merasa nyeri

☐ Sistem Muskuloskeletal

- Kegiatan utama sebelum sakit : pasien mengatakan kegiatan utama sebelum sakit yaitu menjadi ibu rumah tangga dan mengurus rumah
- Kegiatan senggang : pasien mengatakan jika ada waktu luang pasien duduk bersantai bersama keluarga
- Kondisi keterbatasan : pasien tidak bisa berjalan sendiri dan tidak bisa menggerakkan kaki kanannya, aktivitas pasien harus dibantu.
- Tidur malam : Ya, 6 jam, Tidur siang: Tidak
- Kesulitan untuk tidur : Ya; Insomnia: Ya: Pasien mengatakan selama di rumah sakit tidak bisa tidur dan sering terbangun tengah malam karena merasa nyeri pada kaki, suhu ruangan yang panas, suasana yang berbeda dengan dirumah dan ribut. Selama di rumah sakit hanya bisa tidur sekitar 6 jam dan tidak nyenyak.
- Sulit bangun tidur : Tidak

- Lain-lain : Pasien tampak lesu dan mengantuk
- Perasaan tidak tenang saat bangun tidur : Tidak
- Rentang gerak :

| | |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 3 | 5 |

- Deformitas : tidak ada
- Postur : Tidak terdapat kelainan postur (kifosis/lordosis/scoliosis) pada pasien
- Gaya Berjalan : selama di rumah sakit pasien tidak pernah berjalan karena terasa nyeri dan tidak bisa mengangkat kakinya secara mandiri.
- Kemampuan ADL's
(Menggunakan kode 2 = *independent*, 1 = butuh bantuan, 0 = *dependent*)

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

Ket : ADL's pasien dibantu oleh anak dan suaminya, pasien terpasang kateter

Sistem Integumen

- Riwayat alergi : pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi
- Riwayat imunisasi : tidak terkaji: pasien lupa
- Perubahan sistem imun : tidak ada
- Transfusi darah : Tidak

- Temperatur kulit : 36,7 °C
- Diaphoresis : tidak ada
- Integritas kulit : Kurang: integritas kulit terganggu terdapat luka post operasi ORIF hari ke 1 dengan jumlah 10 jahitan, dengan Panjang luka ±12 cm, luka bersih, perban bersih dan kering.
- Ulcer : Tidak ada
- Luka bakar : Tidak ada
- Pressure Ulcer : tidak ada
- Edema : tidak ada pembengkakan
- Tanda-tanda infeksi (REEDA atau KDRT):

| | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Redness (kemerahan) | Tidak terdapat kemerahan (luka operasi dibalut perban) |
| Odema (edema) | Tidak ada pembengkakan pada luka operasi |
| Ecchymosis (kebiruan) | Tidak ada kebiruan pada luka operasi |
| Discharge (nanah) | Tidak terdapat nanah di bagian luka operasi |
| Approximation (penyatuan dari dua tepi luka) | Luka dibalut dengan perban |

Sistem Eliminasi

a. Fecal

- Frekuensi BAB : 3 hari sekali
 - Konstipasi
 - Diare
- Karakteristik feses
 - Konsistensi : padat
 - Warna : Kuning kecoklatan
 - Bau : Khas
- Penggunaan laxative : Tidak menggunakan laxative
- Perdarahan per anus : Tidak ada
- Hemoroid : Tidak

b. Bladder

- Inkontinensia : Tidak

- Urgensi : Tidak
- Retensi urin : Tidak
- Frekuensi BAK : pasien terpasang kateter urin
- Karakteristik Urin : kuning
- Volume urin : 1000 cc
- Nyeri/kesulitan terbakar/kesulitan BAK : tidak ada
- Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih : tidak ada

☐ Sistem Reproduksi

- Keluhan sistem reproduksi : tidak ada keluhan pada sistem reproduksi
- Perempuan:
 - Usia menarkhe: pasien mengatakan menarache pada saat SMA, pasien lupa usia pada saat menarache
 - Menopause: Ya
 - Vaginal discharge: tidak ada
 - Pemeriksaan payudara sendiri: Tidak pernah melakukan pemeriksaan payudara sendiri
 - Terapi hormonal: Tidak : Pasien mengatakan sebelum menopause menggunakan KB suntik 3 bulan.

4. Pengkajian Psikososial

a. Nilai / Kepercayaan

- Agama yang dianut : islam
- Kegiatan keagamaan yang di jalani : shalat 5 waktu
- Nilai / kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan : tidak ada
- Gaya hidup : tidak terkaji
- Perubahan gaya hidup : tidak terkaji

b. Koping / stress

- Pasien merasa stres: Tidak; pasien tidak merasa stress hanya saja pasien merasa bosan di rumah sakit, pasien ingin pulang
- Faktor penyebab stress : tidak ada

- Cara mengatasi permasalahan : berdoa dan berbicara dengan keluarga
- Status emosional : Tenang

c. Hubungan

- Tinggal dengan: suami dan anak
- Orang yang mendukung : suami dan anak dan keluarganya
- Penyakit mempengaruhi hubungan keluarga/ orang lain: tidak
- Kegiatan di masyarakat : pasien mengatakan ikut kegiatan di Masyarakat ketika ada acara di daerahnya

d. Persepsi Diri

- Yang dirasakan terkait hospitalisasi : pasien mengatakan bosan di rumah sakit, dan ingin pulang
- Perilaku klien sesuai dengan situasi : pasien pasrah dengan keadaannya sekarang

5. Defisit pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan Klien

Bahasa utama: Bahasa jawa dan Indonesia

Daftar kebutuhan pendidikan selama di rawat : Nutrisi post operasi

6. Discharge Planning (disiapkan sesuai dengan kebutuhan klien)

1. Nutrisi post operasi
2. Manajemen nyeri non farmakologi
3. Obat-obatan
4. Perawatan luka mandiri

7. Data Penunjang

Data penunjang pasien dijelaskan dalam tabel 3.1 berikut:

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

| Tanggal | Jenis Pemeriksaan | Hasil | Nilai normal dlm satuan | Interpretasi |
|-----------------------|-------------------|---------|-------------------------|--------------------|
| SERO-IMUNOLOGI | | | | |
| 08/01/2024 | RDT-Ag Sarcov-19 | Negatif | Negatif | Normal |
| HEMATOLOGI | | | | |
| 09/01/2024 | Hemoglobin | 12.6 | 12.8 – 16.8 g/dl | Kurang dari normal |
| | Lekosit | 14.50 | 3.60 – 11.00 $10^3/uL$ | Lebih dari normal |
| | Eritrosit | 4.25 | 3.80 – 5.20 $10^6/uL$ | Normal |

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|-------------|----------------------------------|---------------------------|
| | Trombosit | 259 | 150 – 450 10 ³ /uL | Normal |
| | Hematokrit | 37.2 | 35.0 – 47.0 % | Normal |
| | HITUNG JENIS | | | |
| | Eosinofil | 0 | 2 – 4 % | Kurang dari normal |
| | Basofil | 0 | 0-1 % | Kurang dari normal |
| | Batang | 0 | 2-5 % | Kurang dari normal |
| | Segmen | 87 | 50-70 % | Lebih dari normal |
| | Limfosit | 9 | 25-40 % | Kurang dari normal |
| | Monosit | 4 | 2-8% | Normal |
| | GOL. DARAH | | | |
| | Golongan Darah | B | | |
| | HEMOSTASIS | | | |
| | PPT | 14.1 | 12.0-16.0 detik | Normal |
| | APTT | 26.2 | 28.0-38.0 detik | Kurang dari normal |
| | Control PPT | 13.5 | 11.0-16.0 detik | Normal |
| | Control APTT | 28.5 | 28.0-36.5 detik | Normal |
| | KIMIA KLINIK | | | |
| | FUNGSI HATI | | | |
| | SGOT | 5 | <31 U/L | Normal |
| | SGPT | 10 | <31 U/I | Normal |
| | FUNGSI GINJAL | | | |
| | Ureum | 59 | 17-43 mg/dl | Lebih dari normal |
| | Creatinin | 0.80 | 0.60-1.10 mg/dl | Normal |
| | DIABETES | | | |
| | Glukosa Darah Sewaktu | 200 | 80-200 mg/dl | Normal |
| | ELEKTROLIT | | | |
| | Natrium | 137.0 | 137.0-145.0 mmol/l | Normal |
| | Kalium | 4.10 | 3.50-5.10 mmol/l | Normal |
| | Klorida | 99.0 | 98.0-107.0 mmol/l | Normal |
| | HEPATITIS | | | |
| | HBsAg | Negatif | Negatif | |
| | INFEKSI LAIN | | | |
| | HIV Screening | Non Reaktif | Non Reaktif | |
| 10/01/2024 | HEMATOLOGI | | | |
| | Hemoglobin | 10.8 | 12.8-16.8 g/dl | Kurang dari normal |
| | Lekosit | 17.60 | 3.60-11.00 10 ³ /uL | Lebih dari normal |
| | Eritrosit | 3.73 | 3.80-5.20 10 ⁶ /uL | Kurang dari normal |
| | Trombosit | 225 | 150-450 10 ³ /uL | Normal |

| | | | | |
|---------------------|------------|------|-------------|--------------------|
| | Hematokrit | 32.6 | 35.0-47.0 % | Kurang dari normal |
| HITUNG JENIS | | | | |
| | Eosinofil | 0 | 2-4 % | Kurang dari normal |
| | Basofil | 0 | 0-1 % | Normal |
| | Batang | 0 | 2-5 % | Kurang dari normal |
| | Segmen | 89 | 50-70% | Lebih dari normal |
| | Limfosit | 6 | 25-40 % | Kurang dari normal |
| | Monosit | 5 | 2-8 % | Normal |

8. Hasil Rontgen:

Tabel 3.2 Hasil Rontgen

| Tanggal | Pemeriksaan | | Hasil |
|------------|---------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08/01/2024 | Rontgen AP/Lateral Dextra | Femur | Fraktur Completa intercrochanter femur dextra, aposisi dan aligment kurang. Series Desc: Pelvis AP, Lossy (1:35) |
| 08/01/2024 | Rontgen Dewasa | Thorax PA | Cardiomegali, Pulmo tak tampak kelainan |
| 10/01/2024 | Rontgen femur DWS AP | femur/coloum | Post ORIF pada fraktur intercroshanter femur dextra, aposisi dan aligment baik. Series Desc: lower extremity 2-1 (ALL), Lossy (1:38) |

9. Terapi Yang Diberikan

Terapi yang diberikan kepada pasien di sajikan dalam tabel 3.3 berikut:

Tabel 3.3 Terapi yang diberikan

| Tanggal Pemberian | Jenis Terapi | Rute | Dosis | Indikasi |
|---------------------|--------------|------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 09-13 januari 2024 | NaCl 0,9% | IV | 20 tpm | Merupakan cairan kristaloid yang sering digunakan untuk resusitasi cairan |
| 09 -13 januari 2024 | Paracetamol | IV | 500 mg/12 Jam | Obat yang digunakan untuk mengurangi rasa nyeri. |
| 09-13 januari 2024 | Ambacym | IV | 1 gr/12 Jam | Obat antibiotic yang digunakan untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri |

B. Analisa Data

Analisa data pada studi kasus ini disajikan dalam tabel 3.4 berikut:

Tabel 3.4 Analisa Data

| NO | DATA | MASALAH | ETIOLOGI |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1. | <p>Data Subyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur (pasien mengatakan selama di rumah sakit tidak bisa tidur karena merasa panas) 2. Mengeluh sering terjaga (pasien mengatakan sering terbangun tengah malam karena merasa panas, dan suasananya berbeda dengan di rumah, dan ribut) 3. Mengeluh tidak puas tidur (pasien mengatakan selama di rumah sakit hanya bisa tidur 6 jam, dan tidak nyenyak) <p>Data Obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lesu dan mengantuk | <p>Gangguan pola tidur (D.0055)</p> | <p>Hambatan Lingkungan (Suhu lingkungan, kebisingan)</p> |
| 2. | <p>Data Subyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri (pasien mengatakan nyeri di kaki kanan post operasi) 2. Sulit tidur (pasien mengatakan sering terbangun Tengah malam karena merasa nyeri) 3. Pengkajian nyeri: <ul style="list-style-type: none"> • P: Nyeri post operasi ORIF • Q: seperti di tusuk-tusuk (senut-cenut) • R: kaki kanan (femur) • S: 6 • T: Terus menerus <p>Data Obyektif:</p> | <p>Nyeri akut (D.0077)</p> | <p>Agen Pencedera Fisik (Prosedur operasi)</p> |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis (pasien tampak meringis menahan nyeri) 2. Frekuensi nadi meningkat (Nadi: 110 x/mnt) | | |
| 3. | <p>Data Subyektif: -</p> <p>Data Obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Efek prosedur Invasif (pasien dilakukan tindakan ORIF) 2. Kerusakan integritas kulit (Terdapat luka jahitan post operasi ORIF pada femur dextra) 3. Lekosit tanggal 09/01/2024 : 14.50 $10^3/uL$ 4. Lekosit tanggal 10/01/2024 : 17.60 $10^3/uL$ | Risiko infeksi (D.0142) | |
| 4. | <p>Data Subyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kanannya) 2. Nyeri saat bergerak (pasien mengatakan kaki kanannya sakit jika digerakkan) 3. Enggan melakukan pergerakan (pasien mengatakan takut bergerak karena takut merasa nyeri) <p>Data Obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ADL's pasien dibantu oleh anaknya 2. Hasil Rontgen Femur AP/Lateral Dextra yaitu Fraktur Completa intercrochanter femur dextra, aposisi dan aligment kurang. Series | Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) | Kerusakan Integritas Struktur Tulang |

Desc: Pelvis AP, Lossy
(1:35)

3. Rentang gerak menurun

| | |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 3 | 5 |

C. Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat.
2. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (suhu dan kebisingan) d.d mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, tampak lesu
3. Risiko infeksi d.d faktor risiko efek prosedur invasif, kerusakan integritas kulit, lekosit meningkat
4. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, rentang gerak menurun.

D. Rencana Intervensi Keperawatan

Rencana intervensi keperawatan disajikan dalam tabel 3.5 berikut:

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan

| NO DX | SDKI | SLKI | SIKI |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat. | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun (dari skala 6 menjadi skala 2) 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi membaik | Manajemen Nyeri (L.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan Teknik non farmakologi untuk |

mengurangi nyeri (kompres dingin)

Edukasi

1. Jelaskan strategi meredakan nyeri
2. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres dingin)

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik (Paracetamol 500 mg/12 jam)

Kompres Dingin (I.08234)

Observasi

1. Identifikasi kontraindikasi kompres dingin (mis. Penurunan sensasi, penurunan sirkulasi)
2. Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres dingin
3. Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama

Terapeutik

1. Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah didapat (*cold pack* dan handuk kecil)
2. Pilih lokasi kompres
3. Balut alat kompres dingin dengan kain pelindung (handuk kecil dan tipis)
4. Lakukan kompres dingin di sekitar luka operasi

Edukasi

1. Jelaskan prosedur penggunaan kompres dingin
2. Ajarkan cara menghindari kerusakan jaringan akibat dingin

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (suhu dan kebisingan) d.d mengeluh sulit tidur, | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: | Dukungan Tidur (I.09265) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur | <p>Pola Tidur (L.05045)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Mengeluh tidak puas tidur menurun <p>Status Kenyamanan (L.08064)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebisingan menurun 2. Keluhan kepanasan menurun 3. Keluhan tidak nyaman menurun 4. Suhu ruangan membaik | <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (kebisingan, suhu (menganjurkan pasien menggunakan pakaian yang tipis, membuka jendela untuk mengurangi panas) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur |
| 3. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif, kerusakan integritas kulit d.d mengeluh nyeri, efek prosedur invasif, kerusakan integritas kulit, lekosit meningkat. | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar sel darah putih membaik <p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun | <p>Pencegahan Infeksi (L.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (angka lekosit) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Ambacym 1 gr/12 jam) <p>Perawatan Luka (L.06202)</p> <p>Observasi</p> |

| | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna. Ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik 3. Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi 4. Pasang balutan sesuai dengan jenis luka 5. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengonsumsi makanan yang tinggi kalori dan protein 3. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Ambacym 1 gr/12 jam) |
| 4. | Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang, nyeri d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun. | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka gangguan mobilitas fisik menurun dengan kriteria hasil: Mobilitas Fisik (L.05042) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat <p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan |

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)
-


PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

E. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi dan evaluasi keperawatan disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Hari Pertama

Kamis, 11 Januari 2024

| NO | DIAGNOSA KEPERAWATAN | IMPLEMENTASI | EVALUASI | SOAP | PARAF |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Intervensi Kompres Dingin 1 | | | | | |
| 1. | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat. | Manajemen Nyeri (I.08238) Jam 16.20 wib 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri | Jam 16.22 wib S: 1. Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka operasi 2. Pengkajian Nyeri: - P: Post operasi, nyeri bertambah saat digerakkan - Q: seperti di tusuk-tusuk | 11 Januari 2024 jam 19.30 wib S: 1. Pasien mengatakan masih merasa nyeri tetapi nyeri sedikit berkurang 2. Pengkajian nyeri: P: Nyeri post operasi, nyeri bertambah saat kaki digerakkan Q: seperti di tusuk-tusuk R: kaki kanan (femur) S: 5 T: Terus menerus | Nur Wahida  |

-
- R: paha kanan (femur)
- S: 6
- T: Terus menerus
- O:**
1. Pasien masih tampak meringis
 2. Frekuensi nadi (100 x/mnt)
- A:** Nyeri akut teratasi sebagian
- P:** Lanjutkan intervensi
1. Identifikasi durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 2. Identifikasi skala nyeri
 3. Identifikasi respon nyeri non verbal
 4. Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres dingin
 5. Lakukan kompres dingin pada daerah yang cedera
 6. Balut alat kompres dingin dengan kain pelindung (handuk kecil dan tipis)
-

-
7. Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama
 8. Berikan Paracetamol 500 mg/12 jam (IV) jam 06.00 wib
-

| | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Jam 16.23 wib | Jam 16.24 wib |
| 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal | S:- |
| | O: |
| | 1. Pasien tampak meringis menahan nyeri |

| | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Jam 16.25 wib | Jam 16.27 wib |
| 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri | S: |
| | 1. Pasien mengatakan nyeri bertambah bergerak dan nyeri berkurang saat tidak digerakkan |
| | O:- |

| | |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jam 16.28 wib | Jam 16.30 wib |
| 5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri (kompres dingin) | S: 1. Pasien mengatakan bersedia dilakukan intervensi kompres dingin untuk meredakan nyeri |
| | O: - |
| Jam 18.00 wib | 18.05 wib |
| 6. Mengkolaborasikan pemberian paracetamol (500 mg/12 jam) | S:- O: 1. Telah diberikan obat paracetamol (500 mg/12 jam) pada jam 18.00 wib |
| Kompres Dingin (I.08234) | Jam 16.37 wib |
| Jam 16.35 wib | S:- |
| 7. Mengidentifikasi kondisi kulit yang | O: 1. Kondisi kulit disekitar luka jahitan |

| | |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| akan dilakukan kompres dingin | tampak baik, tidak ada kemerahan, pembengkakan, dan lesi. |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jam 16.42 wib | Jam 16.43 wib |
| 8. Memonitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama | S:- O: 1. Pada 5 menit pertama intervensi kompres dingin tidak ditemukan iritasi kulit atau kerusakan jaringan di area sekitar luka yang dilakukan kompres dingin |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Jam 16.44 wib | Jam 16.45 wib |
| 9. Memilih metode kompres yang | S:- O: |

nyaman dan mudah
didapat (*cold pack*
dan handuk kecil)

1. Kompres dingin dilakukan dengan menggunakan *cold pack* yang di lapisi dengan handuk kecil dan tipis agar tidak membasahi perban dan luka pasien.

Jam 16.46 wib

10. Memilih Lokasi S:-
kompres O:

Jam 16.47 wib

1. Kompres dingin dilakukan pada area sekitar luka jahitan (femur dextra)

16.48 wib

11. Menjelaskan prosedur penggunaan kompres dingin

Jam 16.49 wib

S:

1. Pasien mengatakan cukup paham tentang

penggunaan kompres
dingin (*cold pack*)

O:-

Jam 16.50 wib

Jam 17.10 wib

12. Membalut alat
kompres dingin

S:-

O:

dengan kain
pelindung (handuk
kecil dan tipis)

1. *Cold pack* dibalut
dengan kain
pelindung kemudian

13. Melakukan kompres
dingin disekitar luka
operasi (pada femur
dextra)

di kompreskan pada
area sekitar luka
jahitan

2. Kompres dingin
dilakukan 10-20
menit

Intervensi Kompres Dingin 2

Nyeri akut b.d agen
pencedera fisik
(prosedur operasi) d.d

Manajemen Nyeri (I.08238)

Jam 20.51 wib

12 Januari 2024 jam 07.30 wib

Jam 20.50 wib

S:

S:

pasien mengeluh nyeri,
tampak meringis,
frekuensi nadi
meningkat.

1. Mengidentifikasi
skala nyeri

1. Skala Nyeri 5

O:-

1. Pasien mengatakan masih
merasa nyeri

2. Pengkajian Nyeri:

- P: Nyeri post operasi, nyeri bertambah saat digerakkan
- Q: seperti di tusuk-tusuk
- R: kaki kanan (femur)
- S: 5
- T: terus menerus

O:

1. Pasien sesekali tampak meringis menahan nyeri
2. Frekuensi nadi (90 x/mnt)

A:

1. Nyeri akut teratasi sebagian

P: lanjutkan intervensi

1. Identifikasi skala nyeri
-

-
2. Identifikasi respon nyeri non verbal
 3. Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres dingin
 4. Lakukan kompres dingin pada daerah yang cedera
 5. Balut alat kompres dingin dengan kain pelindung (handuk kecil dan tipis)
 6. Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama
 7. Berikan Paracetamol 500 mg/12 jam (IV) jam 18.00 wib

Jam 06.00 wib

2. Mengkolaborasikan pemberian

Jam 06.05 wib

S:-

paracetamol (500
mg/12 jam rute IV)

O:

1. Telah diberikan paracetamol 500 mg rute IV jam 06.00 wib

Jam 20.52 wib

2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri (kompres dingin)

Jam 10.53 wib

S:

1. Pasien mengatakan bersedia dilakukan intervensi kompres dingin untuk meredakan nyeri

O: -

Kompres Dingin (I.08234)

Jam 21.00 wib

1. Mengidentifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres dingin

Jam 21.01 wib

S:-

O:

1. Kondisi kulit disekitar luka jahitan tampak baik, tidak

ada kemerahan,
pembengkakan, dan
lesi.

| Jam 21.06 wib | Jam 21.07 wib |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Memonitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama | S:- O: 1. Pada 5 menit pertama tidak terdapat iritasi kulit atau kerusakan jaringan di area yang dilakukan kompres dingin |

| Jam 21.08 wib | Jam 21.28 wib |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Membalut alat kompres dingin dengan kain pelindung (handuk kecil dan tipis) | S:- O: 1. <i>Cold pack</i> dibalut dengan kain pelindung kemudian |

| | | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 4. Melakukan kompres dingin menggunakan cold pack pada sekitar luka operasi (pada femur dextra) | di kompreskan pada area sekitar luka jahitan | 2. Kompres dingin dilakukan 10-20 menit |
| 2. | Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (suhu dan kebisingan) d.d mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, tampak lesu | Dukungan Tidur (I.09265) Jam 15.00 wib 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur | Jam 15.01 wib S: 1. Pasien mengatakan sulit tidur O:- |
| | | | 11 Januari 2024 jam 19.30 wib S: 1. Pasien mengatakan masih sulit tidur 2. Pasien mengatakan masih sering terbangun di malam hari 3. Pasien mengatakan tidak puas tidur dan masih mengantuk 4. Pasien mengatakan sudah tidak berisik 5. Pasien mengatakan sudah tidak merasa panas karena |

sudah membawa kipas
angin sendiri dan memakai
baju yang tipis

6. Pasien mengatakan masih
belum nyaman karena
suasananya berbeda
dengan dirumah
7. Pasien mengatakan
ruangan masih terasa
panas

O:

1. Pasien membawa kipas
angin sendiri, pasien
memakai baju yang tipis.
2. Pasien tampak lesu dan
mengantuk

A:

1. Gangguan pola tidur
teratasi sebagian
-

P: lanjutkan intervensi

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
 2. Modifikasi lingkungan (suhu dan kebisingan)
 3. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit
-

Jam 15.03 wib

2. Memodifikasi lingkungan (membuka jendela untuk mengurangi suhu yang panas, menganjurkan pasien menggunakan pakaian yang tipis, dan menganjurkan pasien membawa kipas angin dari rumah)

Jam 15.04 wib

S:

1. Pasien mengatakan akan membawa kipas angin sendiri dari rumah dan menggunakan pakaian yang tipis

O:

1. Pasien tampak berkeringat
-

| | | | | |
|-----------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| | | Jam 15.05 wib | Jam 15.07 wib | |
| | | 3. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit | S: 1. Pasien mengatakan paham pentingnya tidur yang cukup selama sakit | |
| | | | O:- | |
| | | Jam 15.08 wib | Jam 15.09 wib | |
| | | 4. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, makan mendekati tidur, minum banyak air sebelum tidur) | S: 1. Pasien mengatakan sebelum tidur tidak makan/minum | |
| | | | O:- | |
| 3. | Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif, | Pencegahan Infeksi (I.14539) | Jam 16.36 wib | 11 Januari 2024 jam 19.30 wib |
| | | | S:- | S:- |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>kerusakan integritas kulit d.d nyeri, efek invasif, integritas kulit, lekosit meningkat.</p> | <p>mengeluh prosedur kerusakan kulit, lekosit</p> | <p>Jam 16.35 wib</p> <p>1. Memonitor tanda-tanda infeksi (kalor, rubor, dolor, tumor)</p> | <p>O:</p> <p>1. Tidak ada tanda-tanda infeksi (kalor, rubor, dolor, tumor)</p> | <p>O:</p> <p>1. Terdapat luka jahitan post operasi ORIF dengan jumlah jahitan 10 jahitan dan Panjang luka ± 12 cm</p> <p>2. Lekosit terakhir $17.60 \times 10^3/uL$ (Nilai normal $3.60-11.00 \times 10^3/uL$)</p> <p>A:</p> <p>1. Risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>2. Kolaborasi pemberian antibiotik (Ambacym 1 gr rute IV jam 18.00 wib)</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Jam 16.36 wib

2. Memonitor hasil laboratorium (angka lekosit)

Jam 16.37 wib**S:-****O:**

1. Lekosit terakhir
17.60 $10^3/uL$ (Nilai normal 3.60-11.00 $10^3/uL$)

Jam 16.37 wib

3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi

Jam 16.39 wib**S:**

1. Pasien mengatakan paham tanda dan gejala infeksi

O:-

Jam 16.40 wib

4. Menganjurkan mengonsumsi makanan yang tinggi kalori dan protein

Jam 16.41 wib**S:**

1. Pasien mengatakan akan makan makanan yang tinggi kalori dan protein
-

| | | | | | |
|-----------|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| | | | O:- | | |
| | | | 16.42 wib | Jam 16.43 wib | |
| | | | 5. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien | S:- O: 1. Perawat tampak mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien | |
| | | | 18.00 wib | Jam 18.02 wib | |
| | | | 6. Mengkolaborasikan pemberian anbacym 1 gr/12 jam rute IV | S:- O: 1. Telah diberikan antibiotic anbacym 1 gr/12 jam rute IV jam 18.00 wib | |
| 4. | Gangguan Fisik b.d integritas | Mobilitas kerusakan struktur | Dukungan Mobilisasi (I.05173) Jam 16.20 wib | Jam 16.22 wib S: | 11 Januari 2024 jam 19.30 wib S: |

tulang, nyeri d.d
mengeluh sulit
menggerakkan
ekstremitas, nyeri saat
bergerak, enggan
melakukan pergerakan,
kekuatan otot menurun,
rentang gerak menurun.

1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya
2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

O:

1. Pasien mengatakan selain kakinya tidak bisa digerakkan, tidak ada keluhan lain
 2. Pasien mengatakan masih belum bisa menggerakkan kaki kanannya
1. Pasien tampak tidak bisa menggerakkan kaki kanannya

1. Pasien mengatakan belum bisa menggerakkan kaki kanan

O:

1. Kekuatan otot lemah
2. Rentang gerak (terbatas)

| | |
|---|---|
| 5 | 5 |
| | |
| 3 | 5 |

A: gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: lanjutkan intervensi

1. Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

-
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
-

| | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jam 16.23 wib | Jam 16.24 wib |
| 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan | S:- O: 1) Perawat menaikkan side rails bed pasien untuk memfasilitasi pasien melakukan pergerakan |

| | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jam 16.25 wib | Jam 16.27 wib |
| 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi | S: 1. Pasien mengatakan paham tentang tujuan dan prosedur mobilisasi O:- |

| | |
|----------------------|----------------------|
| Jam 16.28 wib | Jam 16.29 wib |
| | S: |


-
- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 5. Mengajukan melakukan mobilisasi dini | 1. Pasien mengatakan akan mencoba duduk ditempat tidur |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|

O:-

-
- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jam 16.30 wib 6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan | Jam 16.31 wib S: - O: 1. Suami dan anak pasien membantu pasien dalam bergerak dan membantu ADL pasien |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-

Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi Hari Kedua

12 Januari 2024

| NO | DIAGNOSA KEPERAWATAN | IMPLEMENTASI | EVALUASI | SOAP | PARAF |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Intervensi Kompres Dingin 3 | | | | | |
| 1. | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat. | Manajemen Nyeri (I.08238) Jam 10.00 wib 1. Mengidentifikasi skala nyeri | Jam 10.01 wib S: 1. Skala nyeri : 5 O:- | 12 Januari 2024 jam 13.30 wib S: 1. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang 2. Pengkajian Nyeri: • P: Nyeri post operasi, nyeri bertambah saat digerakkan • Q: seperti di tusuk-tusuk • R: kaki kanan (femur) • S: 4 • T: hilang timbul (intermitten) O: |  Nur Wahida |

-
1. Pasien sesekali terlihat meringis
 2. Frekuensi nadi (90 x/mnt)

A:

1. Nyeri akut teratasi sebagian

P: lanjutkan intervensi

1. Identifikasi skala nyeri
 2. Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres dingin
 3. Lakukan kompres dingin pada daerah yang cedera
 4. Balut alat kompres dingin dengan kain pelindung (handuk kecil dan tipis)
 5. Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama
-

-
6. Berikan paracetamol 500 mg/12 jam (IV) jam 18.00 wib
-

Jam 18.00 wib

2. Mengkolaborasikan pemberian paracetamol 500 mg/12 jam rute IV

Jam 18.05 wib

S:
O:

1. Telah diberikan paracetamol 500 mg (IV) jam 18.00 wib
-

Kompres Dingin (I.08234)**Jam 10.03 wib**

1. Mengidentifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres dingin

Jam 10.04 wib

S:-
O:

1. Kondisi kulit disekitar luka jahitan tampak baik, tidak ada kemerahan, pembengkakan, dan lesi.
-

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jam 10.09 wib | Jam 10.10 wib |
| 2. Memonitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama | S:- O: 1. Pada 5 menit pertama intervensi kompres dingin tidak ditemukan iritasi kulit atau kerusakan jaringan di area sekitar luka yang dilakukan kompres dingin. |
| Jam 10.11 wib | Jam 10.12 wib |
| 3. Membalut alat kompres dingin dengan kain pelindung (handuk kecil dan tipis) | S:- O: 1. <i>Cold pack</i> dibalut handuk kecil dan tipis agar tidak membasahi perban dan luka jahitan |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Jam 10.32 wib | Jam 10.33 wib | |
| | 4. Melakukan kompres dingin menggunakan <i>cold pack</i> disekitar luka operasi (pada femur dextra) | S: O: 1. Kompres dingin dilakukan selama 10-20 menit | |
| Intervensi Kompres Dingin 4 | | | |
| Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat. | Manajemen Nyeri (I.08238) 22.00 wib 1. Mengidentifikasi skala nyeri | Jam 22.01 wib S: 1. Skala nyeri: 4 O:- | 13 Januari 2024 jam 07.30 wib S: 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pengkajian Nyeri: • P: Nyeri post operasi, nyeri bertambah saat bergerak • Q: seperti di tusuk-tusuk • R: kaki kanan (femur) • S: 3 • T: hilang timbul (intermitten) |

O:

1. Pasien sesekali tampak meringis
2. Frekuensi nadi (82 x/mnt)

A:

1. Nyeri akut teratasi sebagian

P: lanjutkan intervensi

1. Identifikasi skala nyeri
 2. Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres dingin
 3. Lakukan kompres dingin pada daerah yang cedera
 4. Balut alat kompres dingin dengan kain pelindung (handuk kecil dan tipis)
-

-
5. Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama
 6. Berikan paracetamol 500 mg/12 jam rute IV jam 18.00 wib
-

Jam 06.00 wib

2. Mengkolaborasikan pemberian paracetamol 500 mg/12 jam rute IV

Jam 06.05 wib

- S:**
- O:**
1. Telah diberikan paracetamol 500 mg/12 jam (IV) jam 06.00 wib
-

Kompres Dingin (I.08234)**22.03 wib**

1. Mengidentifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres dingin

Jam 22.04 wib

- S:-**
- O:**
1. Kondisi kulit disekitar luka jahitan tampak baik, tidak
-

ada kemerahan,
pembengkakan, dan
lesi.

22.09 wib

2. Memonitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama

Jam 22.10 wib**S:-****O:**

1. Pada 5 menit pertama tidak ditemukan iritasi kulit atau kerusakan jaringan di area sekitar luka

22.11 wib

3. Membalut alat kompres dingin dengan kain pelindung (handuk kecil dan tipis)

Jam 22.12 wib**S:-****O:**

1. *Cold pack* dibalut dengan handuk kecil dan tipis kemudian di kompreskan pada
-

| | | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | area sekitar luka agar tidak membasahi perban dan luka jahitan |
| | 22.32 wib | Jam 22.33 wib | |
| | 4. Melakukan kompres dingin menggunakan <i>cold pack</i> di sekitar luka operasi (pada femur dextra) | S:- O: | 1. Kompres dingin dilakukan selama 10-20 menit |
| 2. | Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (suhu dan kebisingan) d.d mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, tampak lesu | Dukungan Tidur (I.09265) Jam 09.00 wib | 12 Januari 2024 jam 13.30 wib S: |
| | 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur | Jam 09.01 wib S: | 1. Pasien mengatakan sudah bisa tidur 2. Pasien mengatakan sudah tidak terbangun di malam hari 3. Pasien mengatakan tidurnya lumayan nyenyak |
| | | O:- | |

4. Pasien mengatakan sudah tidak berisik

5. Pasien mengatakan sudah tidak merasa kepanasan karena sudah membawa kipas angin sendiri dan menggunakan pakaian yang tipis

6. Pasien mengatakan suhu ruangan sudah lebih baik dari kemarin

O:

1. Pasien terlihat lebih segar dan tidak mengantuk

2. Pasien menggunakan pakaian yang tipis

A:

1. Gangguan pola tidur teratasi

P: lanjutkan intervensi

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
 2. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, makan mendekati tidur, minum banyak air sebelum tidur)
-

Jam 09.03 wib

2. Memodifikasi lingkungan (membuka jendela untuk mengurangi suhu ruangan yang panas, menganjurkan menggunakan pakaian yang tipis)

Jam 09.05 wib

S:-
O:

1. Pasien membawa kipas angin sendiri
 2. Pasien menggunakan pakaian yang tipis
 3. Jendela tampak dibuka
-

Jam 09.06 wib

Jam 09.07 wib

| | | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 3. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, makan mendekati tidur, minum banyak air sebelum tidur) | S:- O: 1. Pasien mengatakan tidak makan dan minum sebelum tidur | |
| 3. | Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif, kerusakan integritas kulit d.d mengeluh nyeri, efek prosedur invasif, kerusakan integritas kulit, lekosit meningkat. | Pencegahan Infeksi (I.14539) Jam 10.05 wib 1. Memonitor tanda-tanda infeksi (kalor, rubor, dolor, tumor) | 12 Januari 2024 jam 13.30 wib S:- O: 1. Terdapat luka jahitan post operasi ORIF dengan jumlah 10 jahitan dan Panjang luka ±12 cm 2. Lekosit terakhir 17.60 $10^3/uL$ (Nilai normal 3.60-11.00 $10^3/uL$) A: |

-
1. Risiko infeksi belum teratasi

P: lanjutkan intervensi

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
 2. Kolaborasi pemberian antibiotik (Ambacym 1 gr rute IV jam 18.00 wib)
-

Jam 10.06 wib

2. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (angka lekosit)

Jam 10.07 wib

S:

O:

1. Lekosit terakhir 17.60 $10^3/uL$ (Nilai normal 3.60-11.00 $10^3/uL$)
-
-

| | | | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Jam 10.07 wib | Jam 10.08 wib | |
| | | 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien | S:- O: 1. Perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien | |
| | | Jam 18.00 wib | Jam 18.02 wib | |
| | | 4. Mengkolaborasikan pemberian Ambacym 1 gr/12 jam rute IV | S: O: 1. Telah diberikan antibiotic Ambacym 1 gram/12 jam rute IV jam 18.00 wib | |
| 4. | Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas tulang, mengeluh | Mobilitas struktur nyeri d.d sulit | Dukungan Mobilisasi (I.05173) Jam 10.00 wib | 12 Januari 2024 jam 13.30 wib S: 1. Pasien mengatakan masih sulit menggerakkan kaki kanannya |

menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun.

1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya

O:-

1. Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik lain

O:

1. Kekuatan otot lemah
2. Rentang gerak (terbatas)

| | |
|---|---|
| 5 | 5 |
| | |
| 3 | 5 |

A: gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: lanjutkan intervensi

1. Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
4. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur)

Jam 10.02 wib

2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Jam 10.03 wib**S:-****O:**

1. Pasien belum bisa menggerakkan kaki kanannya

Jam 10.04 wib

3. Memfasilitasi melakukan pergerakan

Jam 10.05 wib**S:****O:**

1. Perawat menaikkan side rails bed pasien untuk memfasilitasi pasien melakukan pergerakan

Jam 10.06 wib

4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini

Jam 10.07 wib**S:**

1. Pasien mengatakan sudah mulai mencoba duduk, tetapi belum bisa
-

bergerak secara
mandiri

O:-

Jam 10.08wib

5. Melibatkan keluarga
untuk membantu
pasien dalam
meningkatkan
pergerakan

Jam 10.09 wib

S:-

O:

1. Suami dan anak
pasien membantu
pasien untuk
bergerak dan
membantu ADL
pasien
-

Sabtu, 13 Januari 2024

Tabel 3.8 Implementasi dan Evaluasi Hari Ketiga

| NO | DIAGNOSA KEPERAWATAN | IMPLEMENTASI | EVALUASI | EVALUASI (SOAP) | PARAF |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Intervensi Kompres Dingin 5 | | | | | |
| 1. | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat. | Manajemen Nyeri (L08238) Jam 10.00 wib 1. Mengidentifikasi skala nyeri | Jam 10.01 wib S: 1. Skala nyeri: 3 O:- | 13 Januari 2024 jam 13.30 wib S: 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pengkajian Nyeri: <ul style="list-style-type: none"> • P: Nyeri post operasi, nyeri bertambah saat digerakkan • Q: seperti di tusuk-tusuk • R: kaki kanan (femur) • S: 3 | |

-
- T: hilang timbul (intermitten)

O:

1. Pasien sudah tidak meringis
2. Frekuensi nadi (80 x/mnt)

A:

3. Nyeri akut teratasi sebagian

P: lanjutkan intervensi

1. Identifikasi skala nyeri
 2. Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres dingin
-

-
3. Lakukan kompres dingin pada daerah yang cedera
 4. Balut alat kompres dingin dengan kain pelindung (handuk kecil dan tipis)
 5. Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama
 6. Ganti obat paracetamol 500 mg (IV) menjadi oral (meloxicam 1 x 15 mg) dan di minum jam 18.00 wib

Jam 11.00 wib

2. Memberikan obat meloxicam 1 x 15 mg

Jam 11.04 wib

S:

(oral) sebagai pengganti
paracetamol 500 mg
(IV) dan di minum jam
18.00 wib

1. Pasien mengatakan
akan meminum
obat pada jam
18.00 wib

O:

1. Telah diberikan
meloxicam 15 mg
untuk mengurangi
nyeri

Kompres Dingin (I.08234)

Jam 10.03 wib

1. Mengidentifikasi
kondisi kulit yang akan
dilakukan kompres
dingin

Jam 10.04 wib

S:-

O:

1. Kondisi kulit
disekitar luka
jahitan tampak
baik, tidak ada

kemerahan,
pembengkakan, dan
lesi.

10.09 wib

1. Memonitor iritasi kulit
atau kerusakan jaringan
selama 5 menit pertama

Jam 10.10 wib**S:-****O:**

1. Pada 5 menit
pertama intervensi
kompres dingin
tidak ditemukan
iritasi kulit atau
kerusakan jaringan
di area sekitar luka
yang dilakukan
kompres dingin

Jam 10.11 wib

2. Membalut alat kompres
dingin dengan kain

Jam 10.12 wib**S:-****O:**

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | pelindung (handuk kecil dan tipis) | 1. Cold pack dibalut handuk kecil dan tipis agar tidak membasahi perban dan luka jahitan | |
| | Jam 10.32 wib 3. Melakukan kompres dingin menggunakan <i>cold pack</i> di sekitar luka operasi (pada femur dextra) | Jam 10.33 wib S:- O: 1. Kompres dingin dilakukan selama 10-20 menit | |
| Intervensi Kompres Dingin 6 | | | |
| Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat. | Manajemen Nyeri (I.08238) Jam 15.30 wib 1. Mengidentifikasi skala nyeri | Jam 15.31 wib S:- O:- 1. Skala Nyeri 3 | 13 Januari 2024 jam 19.30 wib S: 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pengkajian Nyeri: |

-
- P: Nyeri post operasi, nyeri bertambah saat digerakkan
 - Q: seperti di tusuk-tusuk
 - R: kaki kanan (femur)
 - S: 2
 - T: hilang timbul (intermitten)

O:

1. Pasien sudah tidak meringis
2. Frekuensi nadi (80 x/mnt)

A:

1. Nyeri akut teratasi

P: Discharge Planning
(Pasien pulang)

-
1. Anjurkan pasien melakukan kompres dingin secara mandiri jika merasa nyeri 1-4 jam sebelum/sesudah mengkonsumsi obat anti nyeri (Manajemen non farmakologi)
 2. Edukasi pasien mengenai obat-obatan yang harus di minum di rumah (Meloxicam 1 x 15 mg)

Kompres Dingin (I.08234)

Jam 15.33 wib

2. Mengidentifikasi kondisi kulit yang akan

Jam 15.34 wib

S:-
O:

dilakukan kompres
dingin

1. Kondisi kulit
disekitar luka
jahitan tampak
baik, tidak ada
kemerahan,
pembengkakan dan
lesi

Jam 15.39 wib

3. Memonitor iritasi kulit
atau kerusakan jaringan
selama 5 menit pertama

Jam 15.40 wib

S:-
O:
1. Pada 5 mmnit
pertama tidak
ditemukan iritasi
kulit atau kerusakan
jaringan di area
sekitar luka

Jam 15.41 wib

4. Membalut alat kompres
dingin dengan kain

Jam 15.42 wib

S:-
O:

| | | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| | pelindung (handuk kecil dan tipis) | 1. Cold pack dibalut dengan handuk kecil dan tipis kemudian di kompreskan pada area sekitar luka agar tidak membasahi perban dan luka jahitan | |
| | Jam 16.02 wib | Jam 16.03 wib | |
| | 5. Melakukan kompres dingin menggunakan cold pack disekitar luka operasi (pada femur dextra) | S:- O: 1. Kompres dingin dilakukan selama 10-20 menit | |
| 2. | Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (suhu dan kebisingan) d.d mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, | Dukungan Tidur (I.09265) Jam 09.00 wib 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur | 13 Januari 2024 jam 13.30 wib S: 1. Pasien mengatakan sudah bisa tidur |

mengeluh tidak puas tidur,
tampak lesu

1. Pasien mengatakan
sudah bisa tidur
nyenyak

O:-

2. Pasien mengatakan
sudah tidak
terbangun di malam
hari

3. Pasien mengatakan
tadi malam tidurnya
nyenyak

4. Pasien mengatakan
sudah tidak berisik

5. Pasien mengatakan
sudah tidak
merasakan panas

6. Pasien mengatakan
suhu ruangan sudah
lebih baik dari
kemarin

O:

1. Pasien tampak lebih
segar

A:

1. Gangguan pola tidur teratasi

P: *Discharge Planning*

1. Anjurkan pasien untuk istirahat cukup
-

Jam 09.03 wib

2. Memodifikasi lingkungan (membuka jendela untuk mengurangi rasa panas)

Jam 09.06 wib

- S:-**
- O:**
1. Jendela tampak dibuka
-

Jam 09.07 wib

3. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, makan mendekati tidur, minum

Jam 09.10 wib

- S:**
1. Pasien mengatakan tidak makan dan minum sebelum tidur

O:-

| | | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | banyak air sebelum tidur) | | |
| 3. | Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif, kerusakan integritas kulit d.d mengeluh nyeri, efek prosedur invasif, kerusakan integritas kulit, lekosit meningkat. | Pencegahan Infeksi (I.14539) Jam 09.30 wib 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien | 13 Januari 2024 jam 13.30 wib S:- O: 1. Perawat tampak mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien A: 1. Risiko infeksi belum teratasi P: Discharge Planning |

-
1. Edukasi pasien mengenai obat-obatan yang harus di minum di rumah (Cefixim 2 x 200 mg)
 2. Anjurkan melakukan perawatan luka mandiri di rumah
 3. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori dan protein
 4. Anjurkan Kembali ke rumah sakit untuk control luka operasi ORIF
-
-

Jam 09.31 wib

2. Memonitor hasil laboratorium (angka lekosit)

Jam 09.32 wib

- S:**
O:
1. Leukosit terakhir
17.60 $10^3/uL$
(Nilai normal 3.60-
11.00 $10^3/uL$)

Jam 09.32 wib

3. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi

Jam 09.35 wib

- S:**
O:-
1. Pasien mengatakan paham cara memeriksa luka operasi

Perawatan Luka (I.06202)**Jam 09.36 wib**

1. Memonitor karakteristik luka (mis. warna, ukuran, jumlah jahitan)

Jam 09.38 wib

- S:-**
O:
1. Luka post operasi ORIF hari ke 3

-
2. Terdapat 10 jahitan dengan Panjang luka ± 12 cm
 3. luka tertutup jahitan, warna kulit sekitar jahitan kuning langsung, tidak ada kemerahan dan pembengkakan.
-

Jam 09.39 wib

4. Memonitor tanda gejala infeksi

Jam 09.41 wib

S:-
O:

1. Tidak ditemukan tanda-tanda infeksi (kalor, rubor, dolor, tumor)
-

Jam 09.42 wib

5. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan

Jam 09.43 wib

S:
O:

-
1. Membuka perban secara perlahan
-

Jam 09.44 wib

6. Bersihan dengan cairan NaCl

Jam 09.46 wib

S:-
O:

1. Luka dibersihkan dengan cairan NaCl untuk membersihkan luka dan kotoran-kotoran yang terdapat pada luka

Jam 09.47 wib

7. Pasang balutan sesuai dengan jenis luka

Jam 09.49 wib

S:-
O:

1. Luka dibalut menggunakan kassa steril
-
-

Jam 09.50 wib

8. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Jam 09.53 wib**S:**

1. Pasien mengatakan paham tentang tanda dan gejala infeksi

O:-

Jam 09.54 wib

9. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori dan protein

Jam 09.55 wib**S:**

1. Pasien mengatakan akan mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori dan protein

O:-

Jam 09.57 wib

10. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Jam 09.58 wib**S:**

1. Pasien mengatakan akan menjaga luka
-

| | | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | dan perban tetap bersih dan kering |
| | | O:- | |
| | Jam 18.00 wib | Jam 18.02 wib | |
| | 11. Mengkolaborasikan pemberian anbacym 1 gr/12 jam rute IV | S: O: 1. Telah diberikan antibiotik anbacym 1 gr rute IV pada jam 18.00 wib | |
| 4. | Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang, nyeri d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun. | Dukungan Mobilisasi (I.05173) Jam 10.00 wib 1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya | 13 Januari 2024 jam 13.30 wib S: 1. Pasien mengatakan masih belum bisa menggerakkan kai kanan secara mandiri O: 1. Kekuatan otot lemah |

2. Rentang gerak
(terbatas)

| | | |
|-------|--|---|
| 5 | | 5 |
| <hr/> | | |
| 3 | | 5 |

A: gangguan mobilitas fisik
belum teratasi

P: *Discharge planning*
(pasien pulang)

1. Anjurkan pasien
untuk mobilisasi
sederhana (duduk di
kursi)
 2. Anjurkan pasien
untuk mobilisasi
bertahap
 3. Libatkan keluarga
dalam melakukan
pergerakan
-

Jam 10.03 wib

2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Jam 10.05 wib**S:****O:**

1. Pasien belum bisa menggerakkan kaki kanannya secara mandiri

10.06 wib

3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Jam 10.08 wib**S:****O:**

1. Suami dan anak pasien membantu pasien untuk bergerak dan membantu ADL pasien
-