


## BAB III TINJUAN KASUS

### A. Pengkajian

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PROGRAM STUDI<br/>PENDIDIKAN PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS<br/>JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA</b> |
|---|---|

**Nama Mahasiswa** : Gilang Adi Vernanda  
**Tempat Praktik** : Bangsal Alamanda II RSUD Sleman  
**Tanggal Praktik** :  
**Tanggal Pengkajian** : 20, November 2023  
**Sumber data** : Wawancara dan Rekam Medis

---

#### A. DATA UMUM KLIEN

No. RM : 383853  
Nama Klien : Sdr. HP  
Umur : 21 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Alamat : Pisangan Tridadi Sleman  
Pendidikan : SMK  
Pekerjaan : Karyawan swasta  
Agama : Islam  
Tanggal masuk : 19, November 2023  
Ruang : Alamanda 2  
Diagnosa Medis : Post Operasi ORIF cruris dan calcicula dextra hari ke-0.

**B. RIWAYAT KESEHATAN**

Alasan masuk RS :

Pada tanggal 19 November 2023 jam 22.00 WIB, pasien datang ke IGD karena kecelakaan, dengan keluhan terdapat luka pada kaki kanan kaki jika digerakan terasa nyeri dan sakit. Pasien juga mengeluhkan nyeri pada bahu dengan terdapat luka lebam pada bahu dan bahu jika tangan digerakan terasa sakit dan tangan tidak bisa diangkat keatas secara maksimal. Pasien kecalakaan pada saat perjalanan pulang dari main bersama teman. Kecelakaan terjadi di perempatak lampu merah Beran. Kecelakaan terjadi antara mobil dengan motor, dimana pasien menggunakan motor dari arah utara mau keselatan lampu sudah berwarna hijau sementara pihak lawan menggunakan mobil dari arah barat mau keselatan akan tetapi lampu sudah berwarna kuning akan tetapi pihak lawan tetap melaju dengan kencang akhirnya terjadi kecelakaan. Pasien tidak ingat dengan posisi jatuh seperti apa. Lalu pasien ditolong polisi yang sedang patrol lalu ditelponkan ambulan terdekat dan dibawa ke RSUD Sleman.

Keluhan utama saat ini :

Pasien mengatakan nyeri luka post operasi hari ke 0.

Riwayat kesehatan masa lalu :

Pasien mengatakan mempunyai riwayat amputasi jari tengah karena kecelakaan sekitar  $\pm$ 3-4 bulan yang lalu. Pasien mengatakn tidak mempunyai penyakit seperti DM,hipertensi,TBC maupun HIV.

Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan didalam keluarganya tidak ada penyakit yang menurun maupun menular.

Penyakit keturunan : Tidak ada penyakit keturunan

DM

Asma

Hipertensi

Jantung

Riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya :

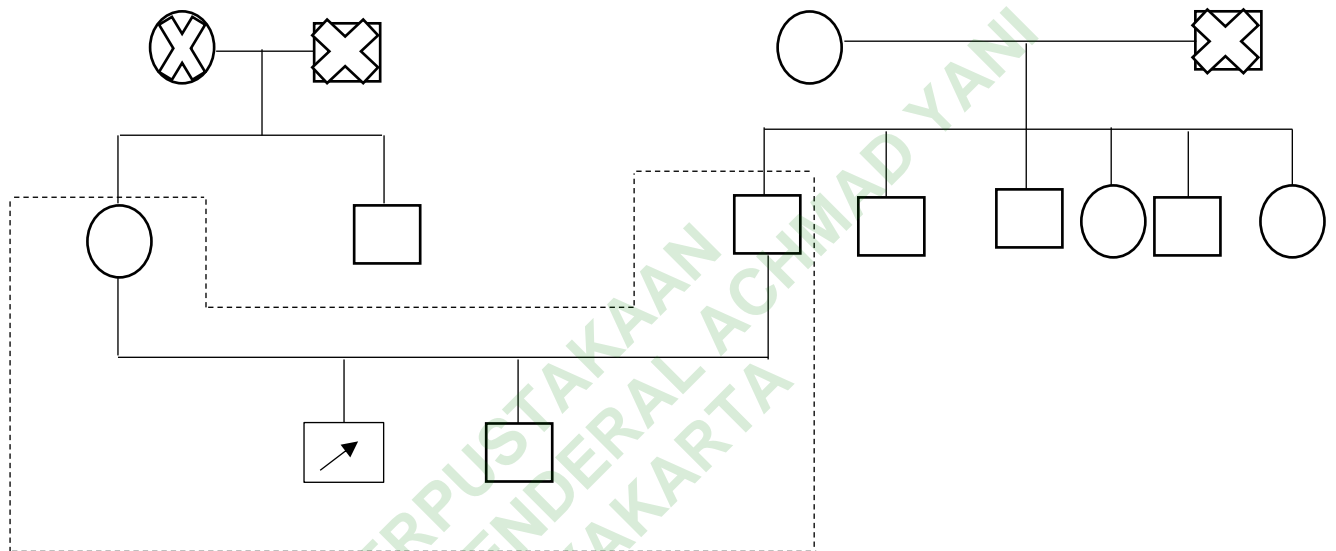
Pasien mengatakan memiliki Riwayat kecelakaan sekitar 3-4 bulan yang lalu dan dilakukan operasi amputasi pada jari tengah.

Riwayat Alergi dan pengobatan yang pernah di peroleh :

Pasien mengatakan tidak memiliki Riwayat alergi obat.Pasien mengatakan lupa denga

Riwayat obat yang pernah diminum Ketika operasi 3-4 bulan yang lalu.

Genogram:



Gambar 3. 1 Genogram

Keterangan:



: Laki-laki




: Perempuan



: Laki-laki meninggal



: Perempuan meninggal

|   |                    |
|---|--------------------|
|  | : Pasien           |
| -----   | : Tinggal serumah  |
| _____   | : Garis pernikahan |
|   | : Garis keturunan  |

### C. PENGKAJIAN FISIK

#### 1. Sistem Pernafasan

- Dispnea : Ya/Tidak
- Sputum : Ya/Tidak
- Riwayat penyakit Bronktis : Ya/Tidak; Asthma: Ya/Tidak; TBC: Ya/Tidak; Emphysema: Ya/Tidak; Pneumonia: Ya/Tidak
- Merokok : Ya/Tidak; Sehari berapa pak: 1
- Respirasi : 20x/menit; Dalam/Dangkal; Regular/Iregular; Simetris/tidak
- Penggunaan otot bantu pernapasan: Ya/Tidak
- Fremitus : Ya/tidak
- Nasal flaring: Ya/Tidak
- Sianosis : Ya/Tidak
- Pemeriksaan Thorax
  - a. Inspeksi :  
Dada tampak simetris, tidak terdapat jejas dan luka, bentuk dada normal, tidak terdapat reteraksi dinding dada, Tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, Pengembangan dada tampak simetris, pola pernapasan tampak reguler
  - b. Palpasi :  
Pengembangan ekspansi dada paru simetris, getaran taktil fremitus normal, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat krepitasi, ictus cordis teraba di ICS 5.
  - c. Perkusi:  
Semua lapang dada paru sonor
  - d. Auskultasi:  
Semua lapang dada paru vesikuler.
  - e. Data Tambahan Lain-lain : Tidak ada data tambahan terkait pemeriksaan pernapasan.

## 2. Sistem Kardiovaskular

- Riwayat Penyakit : Hipertensi: Ya/Tidak; Penyakit gangguan jantung: Ya/Tidak
- Edema kaki : Ya/Tidak
- Plebitis : Ya/Tidak
- Claudicasio : Ya/Tidak
- Dysreflexia : Ya/Tidak
- Palpitasi : Ya/Tidak; Sinkop: Ya/Tidak
- Rasa kebas/kesemutan: Ya/Tidak di ekstremitas:-
- Batuk darah : Ya/Tidak
- TD : 115/60mmHg, pengukuran di tangan ; Posisi pengukuran: Tidur/~~Berdiri~~/Duduk
- Nadi : 104x/menit diukur di ~~carotis~~/temporal/~~jugular~~/ radial/~~femoral~~/~~popliteal~~/~~post tibial~~/~~dorsalis pedis~~
- Kualitas nadi : ~~Lemah~~/Kuat/~~tidak teraba~~
- CRT : <2detik.
- Homans sign : Tidak terdapat tanda homans
- Abnormalitas kuku: Kuku normal tidak clubbing finger.
- Perubahan kulit : Tidak terdapat perubahan kulit seperti biru akibat sianosis.
- Membran mukosa : Lembab
- Pemeriksaan Kardio
  - Inspeksi : Dada tampak simetris,tidak terdapat jejas, bentuk dada normal, ictus cordis tak nampak
  - Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat krepitasi, ictus cordis teraba di ICS ke 5.
  - Perkusi : Dullnes
  - Auskultasi : S1 S2

## 3. Sistem Gastrointestinal

- **Antropometri**
  - a. BB : 55kg TB : 160cm IMT: 21,48kg/m<sup>2</sup> LLA : Tidak terkaji
    - Gizi kurang
    - Gizi cukup
    - Gizi lebih
  - b. Berat badan: 55.Kg, ada perubahan BB: Ya/Tidak; ~~Naik~~/Turun
- **Biokimia**
  - Hb : 15,8gr/dl (Post Op) Hmt : 47%
  - Albumin : - Serum glukosa: 122gr/dl

- **Clinical sign**

- Turgor kulit : Elastis
- Membran mukosa: Lembab
- Edema : Ya/Tidak, di seluruh tubuh, periorbital atau bagian lain, sebutkan
- Ascites : Ya/Tidak
- Pembesaran tiroid: Ya/Tidak
- Kondisi gigi dan mulut: Gigi lengkap tidak ada gigi yang berlubang, tidak ada jamur dan sariawan pada mulut.
- Kondisi lidah: Lidah tampak bersih, tidak terdapat jamur.
- Halitosis: Ya/Tidak
- Hernia: Ya/Tidak
- Massa abdomen : Ya/Tidak, di.....
- Bising usus: Bising usus belum terdengar karena efek anestesi
- Data tambahan dalam Pemeriksaan abdomen:  
Inpeksi: Perut tampak simetris, tidak tampak asites, tidak terdapat jejas pada perut.

Auskultasi: Bising usus belum terdengar karena efek anestesi

Perkusi: Kuadran kanan atas pekak, kuadran kanan bawah timpani, kuadran kiri atas pekak, uadran kiri bawah pekak.

Palpasi: Tidak teradapat massa, tidak terdapat nyeri tekan.

- **Diet**

- Pola makan sebelum dirawat: 3x/sehari; waktu: Pagi, siang dan sore.
- Ada larangan/pantangan makanan: Ya/Tidak
- Penggunaan suplemen makanan: Ya/Tidak
- Kehilangan nafsu makan: Ya/Tidak
- Mual/Muntah: Ya/Tidak
- Alergi makanan: Ya/Tidak
- Dada serasa terbakar sesaat setelah makan: Ya/Tidak
- Masalah dalam menelan: Ya/Tidak
- Gigi Palsu: Ya/Tidak
- Penggunaan diuretik: Ya/tidak
- Pola makan selama sakit/dirawat: 3x/sehari; waktu: Pagi, siang dan sore.
- Kebutuhan cairan selama sakit: Tidak terdapat masalah.

m. Balance cairan selama 24 jam

Tabel 3. 1 Pengkajian Balance Cairan

| Intake                  | Output                 | Balance cairan                         |
|-------------------------|------------------------|--|
| Parentel 1.500 cc       | Urine : 2.300cc        | <b>3.300 – 3.225 :</b><br><b>+75cc</b> |
| Makan + minum : 1.700cc | IWL : 825 cc           |  |
|                         | Feses : 0 cc           |  |
|                         | Muntah : 0cc           |  |
|                         | Drain : 100cc          |  |
|                         | Darah : 0cc            |  |
| <b>Total : 3.300cc</b>  | <b>Total : 3.225cc</b> |  |

n. Data tambahan: Pasien tampak terpasang drain, produk drain  $\pm$ 100cc

4. Sistem Neurosensori

- Merasa pusing/mau pingsan: ~~Ya~~/Tidak
- Sakit kepala : ~~Ya~~/Tidak
- Kesemutan/Kebas/lemah : ~~Ya~~/Tidak
- Riwayat stroke : ~~Ya~~/Tidak
- Kejang : ~~Ya~~/Tidak
- Kehilangan daya penglihatan : ~~Ya~~/Tidak
- Glaukoma : ~~Ya~~/Tidak; Katarak: ~~Ya~~/Tidak; Alat bantu penglihatan: ~~Ya~~/Tidak
- Kehilangan daya pendengaran: ~~Ya~~/Tidak, Alat bantu dengar: ~~Ya~~/Tidak,
- Pengecap : Pasien dapat merasakan asin, asam dan manis.
- Pengidul : Pasien dapat mencium bau seperti aromaterapi yang berbau lemon.
- Peraba : Pasien dapat merasakan benda kasar ataupun halus dengan cara meraba benda tersebut.
- Status mental : Pasien tampak sadar,tidak bingung serta tidak mengalami disorientasi waktu tempat dan orang.
- Orientasi : Waktu:Normal/~~Tidak~~; Waktu: Normal/~~Tidak~~; Tempat: Normal/~~Tidak~~; Orang: Normal/~~Tidak~~; Situasi: Normal/~~Tidak~~
- Tingkat kesadaran : Composmentis
- GCS : E4 M6 V5 Total: 15
- Afek : Pasien dapat mengekspresikan apa yang dirasakan, seperti pasien kesakitan dengan wajah meringis menahan sakit.
- Memori : Pasien mampu mengingat kronologi kejadian saat kecelakaan.
- Pupil:isokor/~~anisokor~~; ukuran: 2mm, reaksi cahaya: R+./L+.
- Facial droop:~~Ya~~/Tidak
- Postur tubuh: Normal
- Reflek tendon: Tidak terkaji
- Paralisis: ~~Ya~~/Tidak

- Nyeri: Ya/~~Tidak~~,  
P: Post operasi ORIF cruris dan clavicula  
Q: Ditusuk-tusuk,  
R: cruris dextra dan clavicula dextra  
S: 8  
T: terus menerus

### 5. Sistem Muskuloskeletal

- Kegiatan utama sebelum sakit: Bekerja sebagai karyawan swasta
- Kegiatan senggang: Futsal
- Kondisi keterbatasan: Pasien mengatakan terbatas dalam melakukan pergerakan karena jika untuk gerak merasa sakit.
- Tidur malam: Ya/~~tidak~~, 7jam, Tidur siang: Ya/~~Tidak~~
- Kesulitan untuk tidur: Ya/~~Tidak~~; Insomnia: Ya/~~Tidak~~
- Sulit bangun tidur: Ya/~~Tidak~~
- Perasaan tidak tenang saat bangun tidur: Ya/~~Tidak~~
- Rentang gerak : Pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan tidak bisa diangkat karena jika digerakan saja terasa sakit.
- Kekuatan otot :

|      |      |
|------|------|
| 5554 | 5555 |
| 4444 | 5555 |

- Deformitas : Tidak terdapat deformitas
- Postur : kifosis/lordosis/scoliosis (Normal)
- Gaya Berjalan : Normal
- Kemampuan ADL's

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

**Tabel 3. 2 Kemampuan Activity Daily Living**

|                    | 0 | 1 | 2 |
|--------------------|---|---|---|
| Buang air besar    |   | ✓ |   |
| Buang air kecil    | ✓ |   |   |
| Menggunakan toilet |   | ✓ |   |

|                  |   |
|------------------|---|
| Berdandan        | ✓ |
| Makan            | ✓ |
| Berpakaian       | ✓ |
| Berpindah tempat | ✓ |
| Mobilisasi       | ✓ |
| Naik tangga      | ✓ |
| Mandi            | ✓ |

Ket : Pasien tidak mengalami gangguan ADL

## 6. Sistem Integumen

- Riwayat alergi: Tidak mempunyai alergi
- Riwayat imunisasi: Lengkap
- Perubahan sistem imun: Tidak terjadi perubahan
- Transfusi darah: ~~Ya~~/tidak,
- Temperatur kulit: 37,3°C
- Diaphoresis: Tidak terjadi diaphoresis
- Integritas kulit: ~~bagus~~/kurang; Tampak luka dikaki kanan terbalut elastis banded, balutan tampak bersih, tidak terdapat rembesan darah. Panjang luka ±8cm. Tampak luka di bahu kanan terbalut kasa, balutan tampak bersih tidak terdapat rembesan darah, Panjang luka ±4cm. Luka tidak berbau, tidak ada pembengkakan pada sekitar luka. Terasa nyeri pada area luka
- Scar: ~~Ya~~/Tidak, Rash: ~~Ya~~/Tidak, Laserasi: ~~Ya~~/tidak
- Ulcer: ~~Ya~~/Tidak
- Luka bakar: ~~Ya~~/Tidak,
- Pressure Ulcer : Tidak terdapat luka tekan
- Edema : Tidak terdapat edema
- Tanda-tanda infeksi (REEDA atau KDRT):  
R: Tidak nampak kemerahan pada area luka  
E: Tidak ada edema pada area luka  
E: Tidak ada peradahan  
D: Tidak ada pus yang keluar dari luka  
A:-

## 7. Sistem Eliminasi

### a. Fecal

- a) Frekuensi BAB : Selama dirawat pasien belum BAB
- Konstipasi
  - Diare

- b) Karakteristik feses
- Konsistensi : -
  - Warna : -
  - Bau : -
- c) Penggunaan laxative : ~~Ya~~/tidak
- d) Perdarahan per anus : ~~Ya~~/Tidak
- e) Hemoroid : ~~Ya~~/Tidak, Grade:-

**b. Bladder**

- a. Inkontinensia: ~~Ya~~/Tidak
- b. Urgensi: ~~Ya~~/tidak
- c. Retensi urin: ~~Ya~~/Tidak
- d. Frekuensi BAK: Pasien menggunakan kateter.
- e. Karakteristik Urine: Urine tampak jernih.
- f. Volume urin : 500cc
- g. ~~Nyeri/kesulitan terbakar/kesulitan BAK~~
- h. Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih: Pasien tidak memiliki Riwayat penyakit ginjal

**8. Sistem Reproduksi**

- Keluhan sistem reproduksi: Tidak terkaji
- Kegiatan seksual teratur : ~~Ya~~/ Tidak
- Laki Laki
  - a. Penis discharge: Tidak ada
  - b. Gangguan prostat: ~~Ya~~/Tidak
  - c. Sirkumsisi: ~~Ya~~/Tidak
  - d. Vasektomi: ~~Ya~~/Tidak
  - e. Gangguan pada alat kelamin: Tidak terkaji

**D. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL**

**1. Nilai / Kepercayaan**

Agama yang dianut: Islam

Kegiatan keagamaan yang di jalani : Pasien mengatakan selalu menjalankan sholat 5 waktu

Nilai / kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan : Tidak ada

Gaya hidup: Pasien mengatakan memiliki gaya hidup yang baik.

Perubahan gaya hidup: Tidak terdapat perubahan dalam gaya hidup.

**2. Koping / stress**

Pasien merasa stres: ~~Ya~~/Tidak

Faktor penyebab stres : Pasien tidak merasa stres

Cara mengatasi permasalahan : Pasien tidak merasa stres

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

### 3. Hubungan

Tinggal dengan: Orangtua

Orang yang mendukung : Keluarga inti (Bapak,Ibu dan adek).

Penyakit mempengaruhi hubungan keluarga/ orang lain: Tidak ada

Kegiatan di masyarakat : Remaja masjid, karangtaruna.

### 4. Persepsi Diri

Yang dirasakan terkait hospitalisasi : Pasien mengatakan jenuh dan merasa kesakitan akibat prosedur operasi.

Perilaku klien sesuai dengan situasi : Pasien jika jenuh main game dan menonton video.

### E. Defisit pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan Klien

Bahasa utama: Manajemen nyeri: *guided imagery*

Daftar kebutuhan pendidikan selama di rawat : Cara menurunkan nyeri dengan teknik non farmakologi dengan *guided imagery*

### F. Discharge Planning (disiapkan sesuai dengan kebutuhan klien)

1. Ajarkan relaksasi dengan *guided imagery* secara mandiri di rumah.
2. Anjurkan minum obat antinyeri sesuai dengan petunjuk yang ada.
3. Anjurkan untuk control sesuai jadwal.

## G. Data Penunjang

**Tabel 3. 3 Pemeriksaan Penunjang**

| Tanggal                 | Jenis pemeriksaan | Hasil       | Nilai normal dlm satuan | Interpretasi   |
|-------------------------|-------------------|-------------|-------------------------|--|
| 19/11/2023              | Hematologi:       |             |                         |  |
|                         | HB                | 15,8gr/dl   | 13.0-16.0gr/dl          | Normal   |
|                         | HMT               | 47%         | 37-47%                  | Normal   |
|                         | Leukosit          | 11,4 rb/ul  | 4,5-11,0rb/ul           | Normal   |
|                         | Eritrosit         | 5,53juta/ul | 4,2-5,4juta/ul          | Normal   |
|                         | Trombosit         | 329rb/ul    | 150-440rb/ul            | Normal   |
|                         | Leukosit:         |             |                         | Tinggi   |
|                         | Basofi            | 0,3%        | 0-1%                    | Normal   |
|                         | Monosit           | 7,4%        | 2-8%                    | Normal   |
|                         | Eosofil           | 1,4%        | 1-6%                    | Tinggi   |
|                         | Limfosit          | 42,6%       | 22-40%                  | Normal   |
|                         | Neotrofil         | 48,3%       | 40-50%                  |  |
|                         | Fungsi ginjal:    |             |                         | Normal   |
|                         | Ureum             | 28,0mg/dl   | 10-50mg/dl              | Normal   |
|                         | Creatinin         | 1,12mg/dl   | 0,7-1,2gr/dl            |  |
|                         | Elektrolit        |             |                         |  |
|                         | Natrium           | 136,3 mEq   | 135-145mEq              | Normal   |
| Kalium                  | 3,46 mEq          | 3,50-5,3mEq | Normal                  |  |
| Clorida                 | 100.00 mEq        | 98-107mEq   | Normal                  |  |
| GDS                     | 122gr/dl          | 70-150gr/dl | Normal                  |  |
| 20/11/2023<br>(Post Op) | Hb                | 12,2gr/dl   | 13.0-16.0gr/dl          | Anemia ringan  |
|                         | Hasil Rontgen     | -           | -                       | Rontgen clavicula:<br>Fraktur komunitf clavicula multiple pars distal posisi baik dalam fiksasi internal plate dan secREW.<br>Rontgen cruris:<br>Fraktur komunitf cruris proximal posisi dan aligment baik dalam fiksasi internal plate dan screw. |

## H. Terapi Yang Diberikan

**Tabel 3. 4 Terapi Farmakologi**

| Tanggal    | Jenis Terapi             | Rute | Dosis       | Indikasi   |
|------------|--------------------------|------|-------------|--|
| 19/11/2023 | Ketorolac                | IV   | 30mg/8jam   | Ketorolac diindikasikan untuk penatalaksanaan jangka pendek terhadap nyeri akut sedang sampai berat setelah prosedur bedah.                  |
| 20/11/2023 | Ceftriaxon               | IV   | 1gram/12jam | Indikasi ceftriaxone adalah untuk mengatasi infeksi bakteri gram negatif maupun gram positif   |
|            | Ranitidine               | IV   | 50mg/12jam  | Obat ini digunakan untuk tukak lambung dan tukak duodenum, refluks esofagitis, dispepsia episodik kronis, tukak akibat AINS, tukak duodenum. |
|            | Asamtranexamat           | IV   | 500mg/24jam | Asam traneksamat lainnya termasuk untuk mengatasi masalah pendarahan abnormal pascaoperasi   |
|            | Gentamicin               | IV   | 40mg/12jam  | Indikasi gentamicin adalah pada infeksi mata, otitis eksterna, infeksi saluran kemih, dan infeksi kulit.                                     |
|            | Fentanil dalam 50cc Nacl | IV   | 3,5cc/jam   | Fentanil dapat digunakan dalam penanganan nyeri akut akibat cedera berat, kondisi medis berat, prosedur bedah.                               |

## B. Analisa Data

Tabel 3. 5 Tabel Analisa Data

| NO | DATA  | MASALAH           | ETIOLOGI                               |
|----|---|-------------------|--|
| 1. | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri post operasi hari I</li> </ul> <p>P: Provoaktif: nyeri bertambah Ketika bergerak. Paliatif: nyeri mereda ketika <i>bedrest</i>.</p> <p>Q: Ditusuk-tusuk</p> <p>R: cruris dextra dan clavicula dextra</p> <p>S: 8</p> <p>T: terus menerus</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah pasien tampak meringisi menahan sakit.</li> <li>- Pasien tampak protektif melindungi melindungi kaki dan tangan kanannya Ketika ada benda atau rangsangan yang mendekati kaki dan tangannya. Karena kaki dan tangannya terdapat luka <i>post</i> operasi</li> <li>- TD: 115/60</li> <li>- N: 104x/m</li> <li>- R: 20x/m</li> </ul> | Nyeri akut        | Agen cedera fisik:<br>Prosedur operasi |
| 2. | <p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan telah dilakukan operasi hari 0</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang drain produk drain <math>\pm</math>100 cc</li> <li>- Hasil pemeriksaan HB post op: 12,2 gr/dl (Nilai normal 13-16,0 gr/dl)</li> <li>- Tampak luka dikaki kanan terbalut elastis banded, balutan tampak bersih, tidak terdapat rembesan darah. Panjang luka <math>\pm</math>8cm</li> </ul>  | Risiko perdarahan | Faktor risiko:<br>Tindakan pembedan    |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | - Tampak luka di bahu kanan terbalut kasa, balutan tampak bersih tidak terdapat rembesan darah, Panjang luka ±4cm. |  |  |
|--|--|--|--|

| NO   | DATA   | MASALAH        | ETIOLOGI  |      |      |                          |                                      |
|------|--|----------------|---|------|------|--------------------------|--------------------------------------|
| 3.   | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan telah dilakukan operasi hari 0</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka dikaki kanan terbalut elastis banded, balutan tampak bersih, tidak terdapat rembesan darah. Panjang luka ±8cm</li> <li>- Tampak luka di bahu kanan terbalut kasa, balutan tampak bersih tidak terdapat rembesan darah, Panjang luka ±4cm.</li> <li>- Luka tidak berbau, tidak ada pembengkakan pada sekitar luka. Terasa nyeri pada area luka</li> <li>- Hasil pemeriksaan leukosit: 11,4 ribu/ul (Nilai normal: 4,5-11,0rb/ul)</li> </ul>   | Risiko infeksi | Ketidakadekuatan ketahanan primer: kerusakan integritas kulit |      |      |                          |                                      |
| 4.   | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan terbatas dalam melakukan pergerakan karena jika untuk gerak merasa sakit.</li> <li>- Pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan tidak bisa diangkat karena jika digerakan saja terasa sakit.</li> <li>- Pasien mengatakan jika geraknya terbatas.</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot: <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">5554</td> <td style="text-align: center;">5555</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4444</td> <td style="text-align: center;">5555</td> </tr> </table> </li> </ul> | 5554           | 5555  | 4444 | 5555 | Gangguan mobilitas fisik | Kerusakan integritas struktur tulang |
| 5554 | 5555   |                |   |      |      |                          |                                      |
| 4444 | 5555   |                |   |      |      |                          |                                      |

**C. Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri akut b.d Agen cedera fisik: Prosedur operasi D.0077.
2. Risiko perdarahan d.d Faktor risiko: Tindakan pembedahan D.0012.
3. Risiko infeksi d.d ketidakadekuatan ketahanan primer: kerusakan integritas kulit D.0142.
4. Gangguan mobilitas fisik b.d Kerusakan integritas struktur tulang D.0054.

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA

### D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 6 Intervensi Diagnosa Keperawatan Ke-1

| NO<br>DX | DIAGNOSA<br>KEPERAWATAN                                    | SLKI/ TUJUAN  | SIKI   |
|----------|--|---|--|
| 1        | Nyeri akut b.d Agen cedera fisik: Prosedur operasi D.0077. | <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24jam Tingkat nyeri L.08066 menurun dan kontrol nyeri L.08063 meningkat. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun dari skala 8 menjadi skala 3</li> <li>2. Gelisah menurun dari cukup meningkat (4) menjadi cukup menurun (2).</li> <li>3. Ekspresi wajah meringis menurun</li> <li>4. Tekanan darah stabil<br/>systole: 110-130<br/>Diastole: 60-90</li> </ol> | <p><b>Manajemen Nyeri I.08238</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri.</li> <li>3. Identifikasi nyeri nonverbal.</li> <li>4. Observasi vital sign</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Berikan teknik nonfarmakologi (aromaterapi dan guided imagery).</li> <li>6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan).</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Jelaskan penyebab, period dan pemicu nyeri.</li> <li>8. Ajarkan Teknik nonfarmakologi (aromaterapi dan guided imagery). untuk mengurangi nyeri.</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Kolaborasi pemberian obat anti nyeri</li> </ol> <p><b>Aromaterapi I.08233</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan aroamterapi.</li> <li>2. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan</li> </ol> |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>sesudah dilakukan aroamterapi.</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Berikan aroamterapi dengan difusser:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tuangkan air 50ml pada difusser.</li> <li>b. Teteskan minyak esensial oil aroma lemon 5 tetes.</li> <li>c. Nyalakan tombol power pada difusser.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Teknik imajinasi terbimbing I.08247</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi masalah yang dialami (nyeri).</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sediakan ruangan yang tenang dan nyaman.</li> <li>3. Anjurkan untuk relaksasi nafas dalam dan memejamkan mata.</li> <li>4. Anjurkan untuk membayangkan tempat yang pasien sukai dalam suasana yang nyaman dan tenang.</li> </ol> |
|--|--|--|---|

Tabel 3. 7 Intervensi Diagnosa Keperawatan Ke-2

| NO<br>DX | DIAGNOSA<br>KEPERAWATAN  | SLKI/ TUJUAN  | SIKI  |
|----------|--|---|---|
| 2.       | Risiko perdarahan d.d Faktor risiko: Tindakan pembedahan D.0012. | <p>Setelah dilakukan Tindakan selama 3x24jam Tingkat perdarahan L.02017 diharapkan menurun dan control risiko L.14128. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan pasca operasi cukup menurun</li> <li>2. Kemampuan mengenali tanda perdarahan meningkat</li> </ol> | <p><b>Pencegahan Perdarahan I.02067</b><br/> <b>Balut Tekan I.02028</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala perdarahan.</li> <li>2. Monitor nilai hematokrit dan hemoglobin.</li> <li>3. Monitor drainase luka.</li> <li>4. Monitor warna dan cairan drainase.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pertahankan bed rest selama perdarahan.</li> <li>6. Pertahankan balut tekan dengan kasa dan elastis banded.</li> <li>7. Tinggikan bagian tubuh yang terdapat perdarahan di atas level jantung</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan.</li> <li>9. Anjurkan untuk meningkatkan makanan.</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan.</li> </ol> |

Tabel 3. 8 Intervensi Diagnosa Keperawatan Ke-3


| NO<br>DX | DIAGNOSA<br>KEPERAWATAN  | SLKI/ TUJUAN  | SIKI   |
|----------|--|---|--|
| 3.       | Risiko infeksi d.d ketidakadekuatan ketahanan primer: kerusakan integritas kulit D.0142. | <p>Setelah dilakukan Tindakan selama 3x24jam diharapkan tingkat infeksi L.14137menurun dan integritas jaringan meningkat L.14125 dan Penyembuhan luka L.14130. meningkat Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan kulit dari meningkat menjadi sedang.</li> <li>2. Risiko infeksi menjadi cukup menurun .</li> </ol> | <p><b>Pencegahan infeksi I.14539</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda gejala infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Pertahankan tehnik steril saat melakukan Tindakan.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan tanda gejala infeksi</li> <li>5. Ajarkan cara cuci tangan.</li> </ol> <p><b>Perawatan Luka I.14564</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Monitor karakteristik luka.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Lepaskan balutan luka secara perlahan.</li> <li>8. Bersihkan luka dengan Nacl.</li> <li>9. Berikan balutan pada luka.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Kolaborasi pemberian antibiotik .</li> </ol> |

Tabel 3. 9 Intervensi Diagnosa Keperawatan Ke-4

| NO<br>DX | DIAGNOSA<br>KEPERAWATAN   | SLKI/ TUJUAN  | SIKI  |
|----------|---|---|---|
| 4.       | Gangguan mobilitas fisik b.d Kerusakan integritas struktur tulang D.0054. | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Mobilitas Fisik L.05042 dan Pergerakan sendi L.05044 meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas menjadi cukup meningkat.</li> <li>2. Rentang gerak (ROM) menjadi cukup membaik.</li> <li>3. Gerakan terbatas menjadi cukup meningkat.</li> <li>4. Kelemahan fisik menjadi cukup meningkat.</li> </ol> | <p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b><br/> <b>Dukungan ambulasi I.06171</b><br/> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>3. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i></li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>6. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>7. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kolaborasi dengan fisioterapi untuk melakukan Latihan duduk dan berjalan</li> </ol> |


### E. Implementasi dan Evaluasi

**Tabel 3. 10 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke-1**

| NO DX | TGL/JAM   | IMPLEMENTASI  | EVALUASI (TANGGAL/JAM)  | PARAF   |
|-------|---|---|---|---|
| 1.    | 20/11/2023<br>Jam 13.00<br><br>Jam 13.05<br><br>Jam 13.10<br><br>Jam 13.15<br><br>Jam 13.20<br><br><br><br>Jam 15.30<br><br><br><br>Jam 16.00 | 1. Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.<br><br>2. Melakukan identifikasi skala nyeri.<br>3. Melakukan identifikasi nyeri nonverbal.<br>4. Menjelaskan penyebab, period dan pemicu nyeri.<br>5. Menyediakan ruangan yang tenang dan nyaman. Dengan menontrol kebisingan di ruangan mengontrol suhu ruangan.<br><br>6. Mengkolaborasi pemberian obat anti nyeri golongan narkotika Fentanil 500mcg dalam 50cc Nacl dengan 3,5cc/jam.<br><br>7. Memonitor tanda-tanda vital | 20/11/2023<br>Jam 17.00<br><br>S:<br>- Pasien mengatakan nyeri<br>P: Post operasi ORIF cruris dan clavicula<br>Q: Ditusuk-tusuk<br>R: cruris dextra dan clavicula dextra<br>S: 8<br>T: terus menerus<br><br>O:<br>- Wajah pasien tampak meringisi menahan sakit.<br>- Pasien tampak protektif melindungi melindungi kaki dan tangan kanannya Ketika ada benda atau rangsangan yang mendekati kaki dan tangannya.<br>- Tanda-tanda vital:<br>TD: 126/78, N: 104x/m, RR: 16x/m<br><br>A: Masalah Nyeri akut b.d Agen cedera fisik: Prosedur operasi belum teratasi.<br><br>P: Lanjutkan intervensi:<br>1. Identifikasi nyeri secara komperhensif.<br>2. Monitor vital sign<br>3. Kolaborasi pemberian anti nyeri.<br>4. Berikaan terapi non farmakologi | <br><br>(Gilang Adi.V) |


|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | (aromaerapi dan <i>guided imagery</i> .<br>5. Kontrol lingkungan yang Nyman. |  |
|--|--|--|--|--|

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA

| NO<br>DX | TGL/JAM  | IMPLEMENTASI  | EVALUASI<br>(TANGGAL/JAM)   | PARAF  |
|----------|--|---|---|--|
| 2.       | 20/11/2023<br>Jam 13.25<br>Jam 13.30<br><br>Jam 13.40<br><br>Jam 13.50<br><br>Jam 14.00<br><br>Jam 14.10 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor drainase luka.</li> <li>2. Memonitor warna dan cairan drainase.</li> <li>3. Mempertahankan balu tekan dengan kasa dan elastis banded.</li> <li>4. Memberikan posisi kaki kanan lebih tinggi dari jantung</li> <li>5. Mempertahankan bed rest selama perdarahan.</li> <li>6. Memonitor tanda dan gejala perdarahan.</li> </ol> | <p>20/11/2023<br/>Jam 17.00</p> <p><b>S:</b><br/>-Pasien mengatakan area balutan luka post operasi tidak ada rembesan darah</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Produk drain 50cc</li> <li>- Warna produk drain: merah segar, Konsistensi cair. Jenis cairan yang keluar darah.</li> <li>- Luka pos operasi clavicula tampak terbalut kasa tebal dengan hepafix.</li> <li>- Luka pos operasi cruris dextra tampak terbalut kasa dengan elastis banded</li> </ul> <p><b>A:</b><br/>Masalah Risiko perdarahan b.d Tindakan pembedahan belum teratasi.</p> <p><b>P:</b><br/>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala perdarahan.</li> <li>2. Monitor nilai hematokrit dan hemoglobin.</li> <li>3. Monitor drainase luka.</li> <li>4. Monitor warna dan cairan drainase.</li> <li>5. Pertahankan bed rest selama perdarahan.</li> <li>6. Pertahankan balu tekan dengan kasa dan elastis banded.</li> <li>7. Tinggikan bagian tubuh yang terdapat perdarahan di atas level jantung</li> </ol> | <br><br>(Gilang<br>Adi.V) |


|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <ol style="list-style-type: none"><li>8. Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan.</li><li>9. Anjurkan untuk meningkatkan makanan.</li></ol> |  |
|--|--|--|---|--|

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA


| NO<br>DX | TGL/JAM  | IMPLEMENTASI   | EVALUASI<br>(TANGGAL/JAM)   | PARAF  |
|----------|--|--|---|--|
| 3.       | 20/11/2023<br>Jam 14.20<br><br>Jam 14.30<br><br><br>Jam 14.40<br><br>Jam 16.40 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor karakteristik dan balutan luka.</li> <li>2. Memberikan edukasi:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) menjaga kebersihan luka.</li> <li>b) mencuci tangan sesudah dan sebelum menyentuh yang dekat pada area luka.</li> <li>c) Menganjurkan untuk menjaga area luka agar tidak terkena air.</li> <li>d) Menganjurkan untuk mengahabiskan makanan yang diberikan ahli gizi.</li> </ol> </li> <li>3. Mengajarkan cara mencuci tangan yang baik dan benar.</li> <li>4. Mengkolaborasikan pemberian terapi farmakologi antibiotic ceftriaxone 1gr/12jam/IV.</li> </ol> | 20/11/2023 Jam 17.05<br>S:<br>- Pasien mengatakan tidak terdapat rembesan pada area balutan luka.<br>- Pasien mengatakan paham dengan edukasi yang telah diberikan.<br>O:<br>- Tampak luka dikaki kanan terbalut elastis banded, balutan tampak bersih, tidak terdapat rembesan darah. Panjang luka ±8cm<br>- Tampak luka di bahu kanan terbalut kasa, balutan tampak bersih tidak terdapat rembesan darah, Panjang luka ±4cm<br>-Tanda-tanda infeksi<br>Kalor: Pasien tidak merasakan panas terbakar pada luka.<br>Dolor: Pasien mengatakan nyeri pada area luka pos operasi.<br>Rubor: tak terkaji karena luka masih tertutup balutan.<br>Tumor: area sekitar luka tak nampak bengkak.<br><br>A: Masalah Risiko infeksi b.d<br>Prosedur invasive: Post operasi ORIF cruris dan clavicula. belum teratasi<br><br>P: Lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karateristik luka.</li> <li>2. Lepaskan balutan luka secara perlahan.</li> <li>3. Bersihkan luka dengan Nacl.</li> <li>4. Berikan balutan pada luka.</li> </ol> | <br>(Gilang<br>Adi.V) |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <ol style="list-style-type: none"><li>5. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein.</li><li>6. Kolaborasi pemberian antibiotik .</li></ol> |  |
|--|--|--|---|--|


PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA


| NO<br>DX | TGL/JAM   | IMPLEMENTASI   | EVALUASI<br>(TANGGAL/JAM)   | PARAF |      |      |      |  |
|----------|---|--|---|-------|------|------|------|--|
| 4.       | 20/11/2023<br>Jam 15.00<br><br>Jam 15.10<br><br>Jam 15.20<br><br>Jam 15.30<br><br>Jam 15.40 | 1. Melakukan identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan<br>2. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi<br>3. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini<br>4. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan<br>5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan | 20/11/2023<br>Jam 17.15<br>S:<br>- Pasien mengatakan masih terbatas dalam melakukan pergerakan.<br>- Pasien mengatakan kaki kanan dan kaki kiri jika untuk mobilitas merasa sakit.<br>O:<br>Kekuatan otot:<br><table border="1" data-bbox="979 786 1283 981"> <tr> <td>4555</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>4444</td> <td>5555</td> </tr> </table> A: Masalah Gangguan mobilitas fisik b.d Kerusakan integritas struktur tulang. belum teratasi<br>P: Lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>Fasiltasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>Kolaborasi dengan fisioterapi untuk melakukan Latihan duduk dan berjalan.</li> </ol> | 4555  | 5555 | 4444 | 5555 | <br>(Gilang<br>Adi.V) |
| 4555     | 5555  |  |   |       |      |      |      |  |
| 4444     | 5555  |  |   |       |      |      |      |  |

Tabel 3. 11 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke-2

| NO DX | TGL/JAM                 | IMPLEMENTASI   | EVALUASI (TANGGAL/JAM)   | PARAF  |
|-------|-------------------------|--|--|--|
| 1.    | 21/11/2023<br>Jam 08.40 | 1. Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.                             | 21/11/2023 Jam 14.00<br>S:   | <br>(Gilang<br>Adi.V) |
|       | Jam 08.45               | 2. Melakukan identifikasi skala nyeri.   | Sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> :  |  |
|       | Jam 08.50               | 3. Melakukan identifikasi nyeri nonverbal.   | - Pasien mengatakan masih nyeri  |  |
|       | Jam 08.55               | 3. Melakukan identifikasi nyeri nonverbal.   | P: Post operasi ORIF cruris dan clavicula  |  |
|       | Jam 09.00               | 4. Menjelaskan penyebab, period dan pemicu nyeri.  | Q: Ditusuk-tusuk   |  |
|       | Jam 09.05               | 5. Melakukan identifikasi tingkat nyeri sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                              | R: cruris dextra dan clavicula dextra  |  |
|       | Jam 09.10               | 6. Memonitor tanda-tanda vital sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                                       | S: 8   |  |
|       | Jam 09.15               | 7. Memberikan aromaterapi dengan difusser:   | T: terus menerus   |  |
|       | Jam 09.15               | 7. Memberikan aromaterapi dengan difusser:   | Sesudah dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> :  |  |
|       | Jam 09.15               | a. Tuangkan air 50ml pada difusser.  | - Pasien mengatakan nyeri berkurang  |  |
|       | Jam 09.15               | b. Teteskan minyak esensial oil aroma lemon 5 tetes.   | P: Post operasi ORIF cruris dan clavicula  |  |
|       | Jam 09.15               | c. Nyalakan tombol power pada difusser.  | Q: Ditusuk-tusuk   |  |
|       | Jam 09.15               | d. Minta pasien untuk tarik nafas dalam dan merilekskan badan.   | R: cruris dextra dan clavicula dextra  |  |
|       | Jam 09.20               | 5. Menyediakan ruangan yang tenang dan nyaman. Dengan menontrol kebisingan di ruangan mengontrol suhu ruangan.                 | S: 6   |  |
|       | Jam 09.20               | 5. Menyediakan ruangan yang tenang dan nyaman. Dengan menontrol kebisingan di ruangan mengontrol suhu ruangan.                 | T: terus menerus   |  |
|       | Jam 09.30               | 6. Menganjurkan untuk relaksasi nafas dalam dan memejamkan mata.dengan diringi music relaksasi (dilakukan dengan aromaterapi). | O:   |  |
|       | Jam 09.30               | 6. Menganjurkan untuk relaksasi nafas dalam dan memejamkan mata.dengan diringi music relaksasi (dilakukan dengan aromaterapi). | - Wajah pasien tampak meringisi menahan sakit.   |  |
|       | Jam 09.55               | 7. Menganjurkan untuk membayangkan tempat yang pasien sukai dalam suasana yang dilakukan dengan aromaterapi).                  | - Pasien tampak protektif melindungi melindungi kaki dan tangan kanannya Ketika ada benda atau rangsangan yang mendekati kaki dan tangannya. |  |
|       | Jam 10.00               | 8. Mengidentifikasi tingkat nyeri setelah diberikan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                                    | Ttv sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i>  |  |
|       | Jam 10.00               | 8. Mengidentifikasi tingkat nyeri setelah diberikan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                                    | - TD: 115/60   |  |
|       | Jam 10.00               | 8. Mengidentifikasi tingkat nyeri setelah diberikan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                                    | - N: 104x/m  |  |
|       | Jam 10.00               | 8. Mengidentifikasi tingkat nyeri setelah diberikan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                                    | - R: 20x/m   |  |


|  |                                   |  |   |  |
|--|-----------------------------------|--|---|--|
|  | <p>Jam 11.00</p> <p>Jam 11.35</p> | <p>9. Mengkolaborasikan pemberian obat anti nyeri golongan narkotika Fentanil 500mcg dalam 50cc Nacl dengan 3,5cc/jam.</p> <p>10. Memonitor tanda-tanda vital setelah dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i></p> <p>11. Memberikan edukasi cara melakukan <i>guided imagery</i> secara mandiri, daan cara melakukan aromaterapi sederhana menggunakan bola kapas dan minyak kayu putih beraroma lavender.</p> | <p>Ttv setelah dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 117/30</li> <li>- N: 100x/m</li> <li>- R: 18x/m</li> </ul> <p>A: Masalah Nyeri akut b.d Agen cedera fisik: Prosedur operasi belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan interevensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi nyeri secara komperhensif.</li> <li>2. Monitor vital sign</li> <li>3. Kolaborasi pemberian anti nyeri.</li> <li>4. Berikaan terapi non farmakologi (aromaerapi dan <i>guide imagery</i>.</li> <li>5. Kontrol lingkungan yang nyman</li> </ol> |  |
|--|-----------------------------------|--|---|--|

| NO<br>DX | TGL/JAM   | IMPLEMENTASI   | EVALUASI<br>(TANGGAL/JAM)  | PARAF  |
|----------|---|--|--|--|
| 2.       | 21/11/2023<br>Jam 10.05<br><br>Jam 10.10<br><br>Jam 10.15<br><br>Jam 10.25<br><br>Jam 10.30<br><br>Jam 10.40<br><br>Jam 13.00<br><br>Jam 13.40<br>Jam 13.45<br><br>Jam 13.50<br><br>Jam 14.00 | 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan.<br><br>2. Memonitor nilai hematokrit dan hemoglobin.<br>3. Melakukan penggantian plabot drain<br>4. Mempertahankan bed rest selama perdarahan.<br>5. Menganjurkan untuk meningkatkan asupan cairan.<br><br>6. Menganjurkan untuk meningkatkan maknan.<br><br>7. Memberikan obat asamtranxenamat 500mg/24jam<br>8. Memonitor drainase luka.<br>9. Memonitor warna dan cairan drainase.<br>10. Mempertahankan balu tekan dengan kasa dan elastis banded.<br>11. Memberikan posisi kaki kanan lebih tinggi dari jantung | 21/11/2023<br>Jam 14.05<br><b>S:</b><br>-Pasien mengatakan area balutan luka post operasi tidak ada rembesan darah<br><br><b>O:</b><br>- HB 12,2gr/dl<br>- Hmt 47%<br>- Produk drain saat diganti plabot: 200cc<br>- Warna produk drain: merah segar, Konsistensi cair. Jenis cairan yang keluar darah.<br>- Luka pos operasi clavícula tampak terbalut kasa tebal dengan hepafix.<br>- Luka pos operasi cruris dextra tampak terbalut kasa dengan elastis banded<br><br><b>A:</b><br>Masalah Risiko perdarahan b.d Tindakan pembedahan belum teratasi.<br><br><b>P:</b><br>Lanjutkan intervensi<br>1. Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan.<br>2. Anjurkan untuk meningkatkan maknan.<br>3. Monitor tanda dan gejala perdarahan.<br>5. kolaborasi pemberian obat antiperdarahan. | <br>(Gilang<br>Adi.V) |


| NO<br>DX | TGL/JAM  | IMPLEMENTASI  | EVALUASI<br>(TANGGAL/JAM)   | PARAF  |
|----------|--|---|---|--|
| 3.       | 21/11/2023<br>Jam 10.50<br><br>Jam 10.55<br><br>Jam 11.15<br><br>Jam 11.17<br><br>Jam 11.48<br><br>Jam 11.55 | 1. Memonitor tanda gejala infeksi<br><br>2. Memonitor karakteristik dan balutan luka.<br><br>3. Mengkolaborasikan pemberian terapi farmakologi antibiotic ceftriaxone 1gr/12jam/IV.<br><br>4. Mempertahankan tehnik steril saat melakukan Tindakan keperawatan.<br><br>5. Membatasi pengunjung dengan cara melakukan edukasi keluarga.<br><br>6. Mengajarkan cara mencuci tangan yang baik dan benar. | 21/11/2023 Jam 14.10<br>S:<br>- Pasien mengatakan tidak terdapat rembesan pada area balutan luka.<br>- Pasien mengatakan paham dengan edukasi yang telah diberikan.<br>O:<br>- Tampak luka dikaki kanan terbalut elastis banded, balutan tampak bersih, tidak terdapat rembesan darah. Panjang luka ±8cm<br>- Tampak luka di bahu kanan terbalut kasa, balutan tampak bersih tidak terdapat rembesan darah, Panjang luka ±4cm<br>-Tanda-tanda infeksi<br>Kalor: Pasien tidak merasakan panas terbakar pada luka.<br>Dolor: Pasien mengatakan nyeri pada area luka pos operasi.<br>Rubor: tak terkaji karena luka masih tertutup balutan.<br>Tumor: area sekitar luka tak Nampak bengkak.<br><br>A: Masalah Risiko infeksi b.d<br>Prosedur invasive: Post operasi ORIF cruris dan clavícula. belum teratasi<br><br>P: Lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karateristik luka.</li> <li>2. Lepaskan balutan luka secara perlahan.</li> <li>3. Bersihkan luka dengan Nacl.</li> <li>4. Berikan balutan pada luka.</li> </ol> | <br>(Gilang<br>Adi.V) |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <ol style="list-style-type: none"><li>5. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein.</li><li>6. Kolaborasi pemberian antibiotic.</li></ol> |  |
|--|--|--|--|--|


PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA


| NO<br>DX | TGL/JAM  | IMPLEMENTASI   | EVALUASI<br>(TANGGAL/JAM)   | PARAF |      |      |      |  |
|----------|--|--|---|-------|------|------|------|--|
| 4.       | 21/11/2023<br><br>Jam 12.30<br><br>Jam 12.35<br><br>Jam 12.38<br><br>Jam 12.48<br><br>Jam 13.00<br><br>Jam 13.10<br><br>Jam 13.11<br><br>Jam 13.30 | 1. Melakukan identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan<br>2. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi<br><br>3. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini<br>4. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan<br><br>5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi<br>6. Memberikan fasilitas dalam melakukan pergerakan,<br><br>7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan<br><br>8. Mengkolaborasikan dengan fisioterapi untuk melakukan Latihan rentang gerak aktif. | S:<br>- Pasien mengatakan masih terbatas dalam melakukan pergerakan.<br>- Pasien mengatakan kaki kanan dan kaki kiri jika untuk mobilitas merasa sakit.<br><br>O:<br>Kekuatan otot:<br><table border="1" data-bbox="979 853 1283 1048"> <tr> <td>4555</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>4444</td> <td>5555</td> </tr> </table><br>A: Masalah Gangguan mobilitas fisik b.d Kerusakan integritas struktur tulang. belum teratasi<br><br>P: Lanjutkan intervensi<br>1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan<br>2. Fasiltasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu<br>3. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i><br>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan<br>5. Kolaborasi dengan fisioterapi untuk melakukan Latihan duduk dan berjalan. | 4555  | 5555 | 4444 | 5555 | <br>(Gilang<br>Adi.V) |
| 4555     | 5555   |  |   |       |      |      |      |  |
| 4444     | 5555   |  |   |       |      |      |      |  |

Tabel 3. 12 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke-3


| NO DX | TGL/JAM                 | IMPLEMENTASI   | EVALUASI (TANGGAL/JAM)   | PARAF  |
|-------|-------------------------|--|--|--|
| 1.    | 22/11/2023<br>Jam 07.00 | 1. Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.                             | 22/11/2023 Jam 13.00<br>S:   | <br>(Gilang<br>Adi.V) |
|       | Jam 07.10               | 2. Melakukan identifikasi skala nyeri.   | Sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guide imagery</i> :   |  |
|       | Jam 07.15               | 3. Melakukan identifikasi nyeri nonverbal.   | - Pasien mengatakan masih nyeri  |  |
|       | Jam 07.25               | 3. Melakukan identifikasi nyeri nonverbal.   | P: Post operasi ORIF cruris dan clavicula  |  |
|       | Jam 07.30               | 4. Menjelaskan penyebab, period dan pemicu nyeri.  | Q: Ditusuk-tusuk   |  |
|       | Jam 09.05               | 5. Melakukan identifikasi tingkat nyeri sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                              | R: cruris dextra dan clavicula dextra  |  |
|       | Jam 09.10               | 6. Memonitor tanda-tanda vital sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                                       | S: 5   |  |
|       | Jam 09.10               | 6. Memonitor tanda-tanda vital sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                                       | T: terus menerus   |  |
|       | Jam 09.15               | 7. Memberikan aromaterapi dengan difusser:   | Sesudah dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> :  |  |
|       | Jam 09.15               | 7. Memberikan aromaterapi dengan difusser:   | - Pasien mengatakan nyeri berkurang  |  |
|       | Jam 09.15               | a. Tuangkan air 50ml pada difusser.  | P: Post operasi ORIF cruris dan clavicula  |  |
|       | Jam 09.15               | b. Teteskan minyak esensial oil aroma lemon 5 tetes.   | Q: Ditusuk-tusuk   |  |
|       | Jam 09.15               | c. Nyalakan tombol power pada difusser.  | R: cruris dextra dan clavicula dextra  |  |
|       | Jam 09.15               | d. Minta pasien untuk tarik nafas dalam dan merilekskan badan.   | S: 4   |  |
|       | Jam 09.15               | d. Minta pasien untuk tarik nafas dalam dan merilekskan badan.   | T: terus menerus   |  |
|       | Jam 09.20               | 8. Menyediakan ruangan yang tenang dan nyaman. Dengan menontrol kebisingan di ruangan mengontrol suhu ruangan.                 | O:   |  |
|       | Jam 09.20               | 8. Menyediakan ruangan yang tenang dan nyaman. Dengan menontrol kebisingan di ruangan mengontrol suhu ruangan.                 | - Wajah pasien yang menahan meringis kesakitan Nampak berkurang.   |  |
|       | Jam 09.30               | 9. Menganjurkan untuk relaksasi nafas dalam dan memejamkan mata.dengan diringi music relaksasi (dilakukan dengan aromaterapi). | - Pasien tampak protektif melindungi melindungi kaki dan tangan kanannya Ketika ada benda atau rangsangan yang mendekati kaki dan tangannya. |  |
|       | Jam 09.55               | 10. Menganjurkan untuk membayangkan tempat yang pasien sukai dalam suasana yang dilakukan dengan aromaterapi).                 | - Ttv sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i>  |  |
|       | Jam 10.00               | 11. Mengidentifikasi tingkat nyeri setelah diberikan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                                   | - TD: 141/83   |  |
|       | Jam 10.00               | 11. Mengidentifikasi tingkat nyeri setelah diberikan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                                   | - N: 114x/m  |  |
|       | Jam 10.00               | 11. Mengidentifikasi tingkat nyeri setelah diberikan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                                   | - R: 20x/m   |  |

|  |           |  |  |  |
|--|-----------|--|--|--|
|  | Jam 11.00 | <p>12. Memonitor tanda-tanda vital setelah dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ttv setelah dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i></li> <li>- TD: 134/51</li> <li>- N: 101x/m</li> <li>- R: 18x/m</li> </ul> <p>A: Masalah Nyeri akut b.d Agen cedera fisik: Prosedur operasi teratasi sebagian.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi nyeri secara komperhensif.</li> <li>2. Monitor vital sign</li> <li>3. Kolaborasi pemberian anti nyeri.</li> <li>4. Berikan terapi non farmakologi (aromaerapi dan <i>guided imagery</i>).</li> <li>5. Kontrol lingkungan yang nyman</li> </ol> |  |
|--|-----------|--|--|--|

| NO<br>DX | TGL/JAM   | IMPLEMENTASI   | EVALUASI<br>(TANGGAL/JAM)   | PARAF  |
|----------|---|--|---|--|
| 2.       | 22/11/2023<br>Jam 08.40<br><br>Jam 08.45<br><br>Jam 08.30<br><br>Jam 08.35<br><br>Jam 10.15<br><br>Jam 10.20<br><br>Jam 10.25<br><br>Jam 13.00<br><br>Jam 13.30 | 1. Mempertahankan balut tekan dengan kasa dan elastis banded.<br><br>2. Memberikan posisi kaki kanan lebih tinggi dari jantung<br><br>3. Memonitor drainase luka.<br><br>4. Memonitor warna dan cairan drainase.<br><br>5. Memonitor tanda dan gejala perdarahan.<br><br>6. Menganjurkan untuk meningkatkan asupan cairan.<br>7. Menganjurkan untuk meningkatkan makanan.<br>8. Memberikan obat asamtranxenamat 500mg/24jam.<br>9. Melakukan pelepasan selang drain. | 22/11/2023<br>Jam 14.05<br><b>S:</b><br>-Pasien mengatakan area balutan luka post operasi terdapat rembesan<br><br><b>O:</b><br>- Produk drain :minimal<br>- Warna produk drain: merah segar, Konsistensi cair. Jenis cairan yang keluar darah.<br>- Luka pos operasi clavícula tampak terbalut kasa tebal dengan hepafix.<br>- Luka pos operasi cruris dextra tampak terbalut kasa dengan elastis banded .<br>- Balutan pada luka tampak kotor dan rembes.<br>- Advice dokter drain dilepas<br><br><b>A:</b><br>Masalah risiko perdarahan b.d tindakan pembedahan teratasi.<br><br><b>P:</b><br>Lanjutkan intervensi<br>1. Mempertahankan balut tekan.<br>2. Memperatahkan balutan tetap bersih.<br>3. Monitor tanda perdarahan. | <br>(Gilang<br>Adi.V) |

| NO<br>DX | TGL/JAM   | IMPLEMENTASI  | EVALUASI<br>(TANGGAL/JAM)   | PARAF  |
|----------|---|---|---|--|
| 3.       | 22/11/2023<br>Jam 08.05<br><br>Jam 08.10<br><br>Jam 08.15<br>Jam 08.30<br><br>Jam 08.33<br>Jam 08.35<br><br>Jam 08.40 | 1. Melepaskan balutan luka secara perlahan.<br><br>2. Memonitor karakteristik luka.<br><br>3. Membersihkan luka dengan Nacl.<br>4. Keringkan luka dengan kasa kering.<br>5. Memberikan sulfratol pada luka.<br>6. Mempertahankan tehnik aspetik dalam perawatan luka<br>7. Berikan balutan pada luka. | 22/11/2023 Jam 14.10<br>S:<br>Sebelum perawatan luka<br>- Pasien mengatakan terdapat rembesan pada area balutan luka.<br>Sesudah perawatan luka<br>- Pasien mengatakan balutan sudah bersih dan pasien merasaa nyaman.<br>.<br>O:<br>Sebelum perawatan luka<br>- Tampak luka dikaki kanan terbalut elastis banded, balutan tampak kotor, terdapat rembesan darah. Panjang luka $\pm 10$ cm.<br>- Tampak luka di bahu kanan terbalut kasa, balutan tampak bersih tidak terdapat rembesan darah, Panjang luka $\pm 4$ cm.<br>Setelah dilakukan perawatan luka:<br>- Jahitan pada kaki kanan 13<br>- Jahitan pada bahu kanan 5<br>- Balutan luka tampak bersih tidak ada remebesan darah<br>- Luka pada kaki kanan terbalut kassa dan elastis banded.<br>- Luka pada bahu kanan terbalut kasa tebal.<br>-Tanda-tanda infeksi<br>Kalor: Pasien tidak merasakan panas terbakar pada luka.<br>Dolor: Pasien mengatakan nyeri pada area luka pos | <br>(Gilang<br>Adi.V) |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <p>operasi hari ke 3 dengan skala 5.</p> <p>Rubor: tak tampak kemerahan pada luka</p> <p>Tumor: area sekitar luka tak nampak bengkak</p> <p>- Jahitan tampak kering.<br/>Belum ada penyatuan jaringan</p> <p>A: Masalah Risiko infeksi b.d</p> <p>Prosedur invasive: Post operasi ORIF cruris dan clavícula teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka.</li> <li>2. Lepaskan balutan luka secara perlahan.</li> <li>3. Bersihkan luka dengan Nacl.</li> <li>4. Berikan balutan pada luka.</li> <li>5. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein.</li> <li>6. Kolaborasi pemberian antibiotic.</li> </ol> |  |
|--|--|--|---|--|


| NO<br>DX | TGL/JAM   | IMPLEMENTASI  | EVALUASI<br>(TANGGAL/JAM)  | PARAF |      |      |      |  |
|----------|---|---|--|-------|------|------|------|--|
| 4.       | 22/11/2023<br><br>Jam 09.00<br><br><br>Jam 12.30<br><br>Jam 12.35<br>Jam 12.40<br><br>Jam 12.48 | 1. Mengkolaborasikan dengan fisioterapi untuk melakukan latihan rentang gerak aktif.<br><br>2. Melakukan identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan<br><br>3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi untuk latihan berpindah ke kursi roda.<br>4. Memberikan fasilitas dalam melakukan pergerakan,<br><br>5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan | 22/11/2023<br><br>Jam 13.15<br><br>S:<br>- Pasien mengatakan masih terbatas dalam melakukan pergerakan.<br>- Pasien mengatakan kaki kanan dan kaki kiri jika untuk mobilitas merasa sakit.<br><br>O:<br>Kekuatan otot:<br><table border="1" data-bbox="981 1019 1284 1209"> <tr> <td>4555</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>4444</td> <td>5555</td> </tr> </table><br>A: Masalah Gangguan mobilitas fisik b.d Kerusakan integritas struktur tulang. teratasi Sebagian.<br><br>P: Lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</li> <li>Anjurkan untuk mobilisasi menggunakan kursi roda.</li> </ol> | 4555  | 5555 | 4444 | 5555 | <br><br>(Gilang<br>Adi.V) |
| 4555     | 5555  |   |  |       |      |      |      |  |
| 4444     | 5555  |   |  |       |      |      |      |  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | 4. Kolaborasi dengan fisioterapi untuk melakukan Latihan berjalan. |  |
|--|--|--|--|--|

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA

**Tabel 3. 13 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke-4**

Pada implementasi hari ke-4 ini dilakukan dirumah pasien:

| NO DX | TGL/JAM                 | IMPLEMENTASI   | EVALUASI (TANGGAL/JAM)   | PARAF   |
|-------|-------------------------|--|--|---|
| 1.    | 23/11/2023<br>Jam 15.00 | 1. Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.                             | 23/11/2023 Jam 13.00<br>S:   | <br>(Gilang Adi.V) |
|       | Jam 15.10               | 2. Melakukan identifikasi skala nyeri.   | Sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> :  |   |
|       | Jam 15.15               | 3. Melakukan identifikasi nyeri nonverbal.   | - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang  |   |
|       | Jam 15.20               | 3. Melakukan identifikasi nyeri nonverbal.   | P: Post operasi ORIF cruris dan clavicula  |   |
|       | Jam 15.25               | 4. Menjelaskan penyebab, period dan pemicu nyeri.  | Q: Ditusuk-tusuk   |   |
|       | Jam 15.30               | 5. Melakukan identifikasi tingkat nyeri sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guidde imagery</i> .                              | R: cruris dextra dan clavicula dextra  |   |
|       | Jam 15.35               | 6. Memonitor tanda-tanda vital sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> .                                       | S: 4   |   |
|       | Jam 15.45               | 7. Memberikan aromaterapi dengan difusser:   | T: terus menerus   |   |
|       | Jam 15.46               | 8. Menyediakan ruangan yang tenang dan nyaman. Dengan mengontrol kebisingan di ruangan mengontrol suhu ruangan.                | Sesudah dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i> :  |   |
|       | Jam 15.48               | 9. Menganjurkan untuk relaksasi nafas dalam dan memejamkan mata.dengan diringi music relaksasi (dilakukan dengan aromaterapi). | - Pasien mengatakan nyeri berkurang  |   |
|       | Jam 16.05               | 10. Menganjurkan untuk membayangkan tempat yang pasien sukai dalam suasana yang dilakukan dengan aromaterapi).                 | P: Post operasi ORIF cruris dan clavicula  |   |
|       |                         |  | Q: Ditusuk-tusuk   |   |
|       |                         |  | R: cruris dextra dan clavicula dextra  |   |
|       |                         |  | S: 3   |   |
|       |                         |  | T: terus menerus   |   |
|       |                         |  | O:   |   |
|       |                         |  | - Wajah pasien yang menahan meringis kesakitan Nampak berkurang.   |   |
|       |                         |  | - Pasien tampak protektif melindungi melindungi kaki dan tangan kanannya Ketika ada benda atau rangsangan yang mendekati kaki dan tangannya sudah berkurang. |   |
|       |                         |  | - Ttv sebelum dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i>  |   |

|  |                                   |   |  |  |
|--|-----------------------------------|---|--|--|
|  | <p>Jam 16.30</p> <p>Jam 16.40</p> | <p>11. Mengidentifikasi tingkat nyeri setelah diberikan aromaterapi dan <i>guided imagery</i>.</p> <p>12. Memonitor tanda-tanda vital setelah dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 120/80</li> <li>- N: 89x/m</li> <li>- R: 16x/m</li> <li>- Ttv setelah dilakukan aromaterapi dan <i>guided imagery</i></li> <li>- TD: 120/60</li> <li>- N: 80x/m</li> <li>- R: 20x/m</li> </ul> <p>A: Masalah Nyeri akut b.d<br/>Agen cedera fisik: Prosedur operasi teratasi sudah teratasi.</p> <p>P: Hentikan intervensi.</p> |  |
|--|-----------------------------------|---|--|--|

PERPUSTAKAAN  
 UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YUBANDI  
 YOGYAKARTA