

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Ruang : Ruang Bedah
No. MR : 264394
Tanggal pengkajian : 21/02/2022, Jam 08.00 WIB

1. Identitas Pasien

Nama pasien : An. S
Umur : 12 tahun
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Pelajar
Agama : Islam
Status Marital : Anak
Suku : Jawa
Alamat : Dusun IV Dorowati, Penagan Ratu, Abung Timur

2. Sumber informasi (penanggung jawab)

Nama : Ny. Y
Umur : 50th
Pendidikan : SLTA
Hubungan : Orangtua (Ibu)
Alamat : Dusun IV Dorowati, Penagan Ratu, Abung Timur

3. Data Medik

Dikirim oleh : IGD

Diagnosa medis saat masuk : *Snake Bite*

Dx. medis saat pengkajian : Post Operasi *Debridement*

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

Pasien dan keluarga datang pada tanggal 16 Februari 2022 pada pukul 19.00 ke IGD RSD Mayjend HM. Ryacudu Lampung Utara dengan keluhan gigitan ular berbisa pada punggung kaki sebelah kanan, nyeri, dan pusing. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik didapat tekanan darah 100/80mmHg, frekuensi nadi 78x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,5C dan GCS E4M6V5. Kemudian pasien masuk ruang perawatan bedah pada tanggal 17 Februari 2022 dan setelah dilakukan pengkajian terdapat kerusakan jaringan pada sekitar bagian punggung kaki sebelah kanan dan pembengkakan. Pada tanggal 22 Februari 2022 dilakukan tindakan operasi *debridement*.

Keluhan utama saat Pengkajian

- 1) Keluhan utama: mengeluh nyeri pada bagian punggung kaki kanan setelah operasi *debridement* akibat gigitan ular, setelah tindakan operasi dilaksanakan klien mengeluh mual dan badan tampak lemah.
- 2) Keluhan penyerta: klien tidak dapat beraktifitas seperti biasa, dan gelisah.

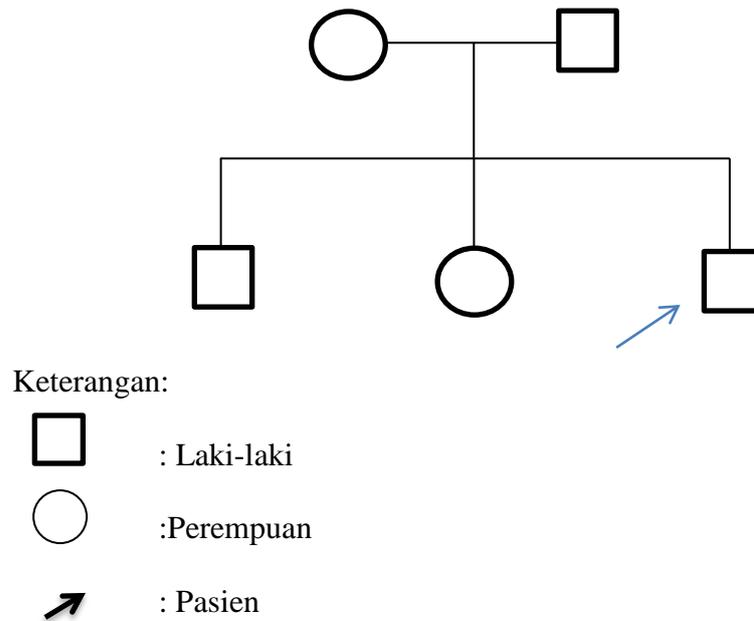
b. Riwayat kesehatan lalu

Klien dan keluarga tidak ada penyakit keturunan dan sebelumnya klien belum pernah dirawat dirumah sakit.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Gambar 3.1

Genogram An. S

**B. Pengkajian Keperawatan**

1. Penampilan umum

Berdasarkan hasil pengkajian penampilan umum pada pasien didapatkan data: GCS = 15, E₄M₅V₆: respon membuka mata spontan (E₄), respon verbal orientasi baik dan sesuai (V₅), respon motorik mengikuti perintah atau aba-aba (M₆), tidak ada sianosis, akral hangat, turgor kulit elastis.

2. Pengkajian psikososial dan spiritual

a. Lingkungan dan sosial

Pasien mengatakan dalam kesehariannya bersekolah dan bermain dengan teman temannya. Rumah pasien terletak 100 meter dari pinggir jalan sehingga di rumah hanya terpapar dengan debu rumah. Ibu pasien mengatakan pasien sering bersosialisasi dengan tetangga sekitar sepulang dari sekolah.

b. Spiritual

Pasien mengatakan beragama Islam dan menjalankan ajaran agama yang dianut. Setiap harinya pasien melakukan sholat 5 waktu. Pasien mengatakan selalu bersyukur dengan apa yang dimiliki.

3. Pola kebiasaan sehari-hari

a. Nutrisi dan cairan

1) Nutrisi

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan asupan makanan melalui oral, frekuensi 3x sehari dengan porsi sedang. Pasien mengatakan tidak memiliki pantangan dalam makan.

b) Saat sakit

Pasien mengatakan asupan melalui oral, frekuensi 3x sehari. Nafsu makan pasien menurun. Pasien mengatakan hanya makan setengah porsi setiap kali makan, tidak ada masalah menelan, tidak ada sariawan, bising usus 16 x/ menit, tidak ada nyeri perut, pasien merasa mual dan ingin muntah sesudah melakukan

tindakan post operasi *debridement*. Pasien melaksanakan puasa 12 jam sebelum operasi. Diit nasi biasa dan. Ibu pasien mengatakan BB sebelum sakit 30 kg, BB saat sakit 29 kg.

2) Cairan

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan asupan cairan pasien oral, pasien minum 7-8 gelas sehari ukuran gelas 250 ml dengan volume total 1800 ml-2000 ml.

b) Saat sakit

Pasien mengatakan asupan cairan pasien melalui oral, pasien mengatakan minum air putih sekitar 6 kali sehari dengan volume total 1000 ml.

b. Eliminasi

1) BAB

a) Sebelum sakit

Pasien BAB 1x sehari dengan warna dan bau khas feses, dengan tekstur lembek.

b) Setelah sakit

Pasien mengatakan BAB 1x sehari, konsistensi tidak keras dan tidak lunak, bau dan warna khas feses.

2) BAK

a) Sebelum sakit

Pasien BAK 5-6x sehari dengan volume total sekitar 1600 ml, pasien mengatakan warna urin kuning jernih dengan bau khas urin, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat BAK, pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAK.

b) Setelah sakit

Tidak ada perubahan pola BAK.

c. Personal hygiene

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit mandi dan menyikat gigi sehari 2x.

2) Setelah sakit

Ibu pasien mengatakan membersihkan diri dengan cara di Lap pagi dan sore dengan air hangat dan handuk kecil.

d. Istirahat dan tidur

1) Sebelum sakit

Lama tidur 8-9 jam/hari. Pasien mengatakan tidak minum obat tidur.

2) Saat sakit.

Pasien tidur 6 jam/hari, pasien mengatakan jarang tidur siang.

e. Persepsi dan manajemen kesehatan

Pasien tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya, pasien tidak mengonsumsi minuman keras dan pasien tidak ketergantungan dengan obat-obatan. Tindakan keluarga saat pasien mengalami sakit langsung segera dibawa ke rumah sakit RSD Ryacudu.

4. Pemeriksaan fisik per sistem

a. Penglihatan

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada penglihatan, lapang pandang normal pasien mampu membaca bahan bacaan

yang diberikan, pergerakan bola mata mampu mengikuti instruksi yang diberikan, konjungtiva pucat, kornea mata jernih, pupil isokor, tidak ada tanda-tanda peradangan, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

b. Pendengaran

Pasien mengatakan tidak mengalami masalah dalam sistem pendengaran, telinga tampak simetris, fungsi pendengaran baik, pasien mampu menjawab pertanyaan dengan baik, tidak ada cairan yang keluar dari rongga telinga, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

c. Wicara

Pasien tidak mengalami gangguan berbicara, pasien mampu menjawab setiap pertanyaan dengan jelas secara verbal.

d. Pernapasan

Pasien mengatakan tidak merasa sesak, pernapasan 22 x/menit, SpO₂ 98% pasien tidak batuk, pergerakan dinding dada simetris, pasien mengatakan tidak sakit saat beranapas.

e. Kardiovaskuler

Denyut nadi pasien 80x/menit, irama jantung teratur, bunyi jantung normal, tidak ada nyeri dada, CRT < 2 detik.

f. Neurologi

GCS: E4 M6 V5

Kekuatan otot	5555		5555
	4444		5555

g. Pencernaan

Mulut pasien bersih, mukosa mulut pucat, pasien mengatakan tidak ada keluhan kesulitan menelan, pasien mengatakan mual, tidak ada muntah, tidak ada nyeri perut, bising usus 16 x/menit, tidak ada massa pada abdomen, tidak ada tanda asites, tidak ada nyeri pada penekanan bagian abdomen, pasien tidak menggunakan colostomy.

h. Imunologi

Pasien tidak mengalami pembengkakan kelenjar getah bening, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat pembengkakan kelenjar getah bening.

i. Endokrin

Pasien memiliki bekas luka di bagian kaki sebelah kanan akibat gigitan ular dan dilakukan tindakan post operasi debridement pada punggung kaki sebelah kanan, napas tidak berbau keton, tidak ada tremor, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada tanda-tanda peningkatan kadar gula darah seperti polidipsi, poliuri, polifagi.

j. Urogenital

Pasien tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, pasien tidak menggunakan kateter, keadaan genital bersih, pasien mengatakan membersihkan genital setiap selesai BAB dan BAK

6. Pemeriksaan penunjang

Tabel 3.2
 Hasil Pemeriksaan Laboratorium An.S di Ruang Bedah
 RSD Mayjend HM. Ryacucu Kotabumi, Tanggal 19 Februari 2022

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	SGOT/AST	28U/L	5-40U/L
2	SGPT/ALT	17U/L	5-41U/L
3	HBsAG	Non Reaktif	Non Reaktif
4	GDS	139 mg/dl	100-200
5	Ureum	46mg/dL	15-39 mg/Dl
6	SARS COV-19	Non Reaktif	Non Reaktif
7	Kreatinin	0,6	0,9-1,2

7. Data fokus

Tabel 3.3
 Data Fokus An. S

Data Subjektif	Data Objektif
1. Klien mengatakan nyeri pada bagian punggung kaki kanan	1. Kesadaran pasien compos mentis, GCS : E4 M6 V5
2. Nyeri terasa seperti di sayat benda tajam	2. Pasien tampak gelisah
3. Klien merasa sedikit pusing setelah melakukan tindakan post operasi debridement karena kematian jaringan kulit akibat gigitan ular	3. Fiisk tampak lemah
4. Klien mengeluh tidak dapat beraktifitas seperti biasanya	4. Kekuatan otot 5555 55555 4444 55555
5. Klien mengatakan ingin cepat pulang	5. Skala nyeri 5
6. Klien mengatakan nafsu makan setelah sakit menurun hanya makan setengah porsi dari biasanya	6. BB sebelum sakit 30 kg
7. Klien membersihkan dirinya dengan cara di lap dengan handuk basah pagi dan sore dibantu oleh keluarganya	7. BB saat sakit 29 kg
8. Waktu istirahat tidur klien berkurang	8. Terdapat kerusakan jaringan lapisan kulit akibat post operasi <i>debridement</i>
9. Pasien merasakan kekakuan sendi pada kaki sebelah kanan	9. Konjungtiva pucat
	10. Waktu tidur sebelum sakit 8-9 jam
	11. Waktu tidur saat sakit 6 jam
	12. Bising usus 16 x/menit
	13. mukosa mulut pucat
	14. TTV: TD: 120/80 mmHg, Suhu: 36,8°C, RR: 22x/menit, Nadi: 80x/menit, SpO2 98%.
	15. CRT <2 detik
	16. SGOT/AST 28U/L
	17. SGPT/ALT 17U/L
	18. HBsAG Non Reaktif

Data Subjektif	Data Objektif
akibat jarang bergerak atau berjalan	19. GDS 139mg/dL 20. Ureum 46mg/dL 21. SARS COV-19 Non Reaktif 22. Kreatinin 0,6 23. Pasien mendapatkan terapi infus RL 500 ml 20 tpm 24. Pasien mendapat terapi obat setelah post operasi <i>debridement</i> Ceftriaxone 2x1g Ketorolac 3x30 mg

8. Analisa Data

Tabel 3.4
Analisa Data An. S

No	Data	Masalah	Etiologi
1	DS: 1. Klien mengatakan nyeri pada bagian punggung kaki kanan 2. Nyeri terasa seperti di sayat benda tajam DO: 1. Pasien tampak gelisah 2. Skala nyeri 5	Nyeri Akut	Post operasi debridement
2	DS: 1. Pasien merasakan kekakuan sendi pada kaki sebelah kanan akibat jarang bergerak atau berjalan 2. Merasa kan nyeri pada bagian punggung kaki kanan DO: 1. Kekuatan otot menurun $\begin{array}{r l} 5555 & 5555 \\ \hline 4444 & 5555 \end{array}$	Gangguan mobilitas fisik	Post operasi debridement
3.	DS: 1. Klien mengatakan nyeri pada bagian punggung kaki kanan 2. Nyeri terasa seperti di sayat benda tajam DO: 1. Terdapat kerusakan jaringan lapisan kulit akibat post operasi	Gangguan Integritas Kulit	Post operasi debridement

No	Data	Masalah	Etiologi
	<i>debridement</i>		
4.	Kerusakan Integritas Kulit	Resiko Infeksi	Gangguan integritas kulit
5.	DS: 1. Waktu istirahat tidur klien berkurang DO: 1. Waktu tidur sebelum sakit 8-9 jam 2. Waktu tidur saat sakit 6 jam	Gangguan Pola Tidur	Nyeri

B. Diagnosa Keperawatan

Dari analisa An. S di atas sesuai prioritas masalah diagnosa keperawatan, yaitu:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan post operasi *debridement* akibat kematian jaringan kulit ditandai dengan

Data subjektif:

1. Klien mengatakan nyeri pada bagian punggung kaki kanan
2. Nyeri terasa seperti di sayat benda tajam

Data Objektif:

1. Pasien tampak gelisah
2. Skala nyeri 5

2. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan faktor mekanis (post operasi *debridement*) ditandai dengan

Data Subjektif:

1. Klien mengatakan nyeri pada bagian punggung kaki kanan
2. Nyeri terasa seperti di sayat benda tajam

Data Objektif:

1. Terdapat kerusakan jaringan lapisan kulit akibat post operasi *debridement*
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan *musculoskeletal* ditandai dengan

Data Subjektif:

1. Pasien merasakan kekakuan sendi pada kaki sebelah kanan akibat jarang bergerak atau berjalan
2. Merasa kan nyeri pada bagian punggung kaki kanan

Data Objektif:

1. Kekuatan otot menurun	5555	5555
	4444	5555

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri ditandai dengan

Data Subjektif:

1. Waktu istirahat tidur klien berkurang

Data Objektif:

1. Waktu tidur sebelum sakit 8-9 jam
2. Waktu tidur saat sakit 6 jam
5. Resiko Infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit

Dari hasil analisa data di atas maka diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas adalah:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan post operasi *debridement* akibat kematian jaringan kulit ditandai dengan

Data subjektif:

1. Klien mengatakan nyeri pada bagian punggung kaki kanan
2. Nyeri terasa seperti di sayat benda tajam

Data Objektif:

1. Pasien tampak gelisah
2. Skala nyeri 5
2. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan faktor mekanis (post operasi debridement) ditandai dengan

Data Subjektif:

1. Klien mengatakan nyeri pada bagian punggung kaki kanan
2. Nyeri terasa seperti di sayat benda tajam

Data Objektif:

1. Terdapat kerusakan jaringan lapisan kulit akibat post operasi debridement
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan

Data Subjektif:

1. Pasien merasakan kekakuan sendi pada kaki sebelah kanan akibat jarang bergerak atau berjalan
2. Merasa kan nyeri pada bagian punggung kaki kanan

Data Objektif:

- | | | |
|--------------------------|------|------|
| 1. Kekuatan otot menurun | 5555 | 5555 |
| | 4444 | 5555 |

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5
Rencana Keperawatan An. S

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	<p>Nyeri Akut</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri pada bagian punggung kaki kanan Nyeri terasa seperti di sayat benda tajam <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak gelisah Skala nyeri 5 	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> keluhan nyeri menurun meringis menurun sikap protektif menurun gelisah menurun kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri identifikasi skala nyeri identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi raa nyeri (mis. Kompres hangat/ dingin, terapi pijat) <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> anjurkan tehnik nonfarmakologis untuk menguragi nyeri anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	<p>Gangguan Integritas Kulit</p> <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri pada bagian punggung kaki kanan Nyeri terasa seperti di sayat benda tajam <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Terdapat kerusakan jaringan lapisan kulit akibat post operasi debridement 	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> kerusakan jaringan berkurang kerusakan lapisan kulit berkurang tidak merasakan nyeri 	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> monitor karakteristik luka (mis. Warna, ukuran, bau) monitor tanda tanda infeksi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> bersihkan luka dengan NaCL atau pembersih nontoksik bersihkan jaringan nekrotik pasang balutan sesuai jenis luka pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka ganti balutan sesuai jumlah eskudat dan drainase jadwal kan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> jelaskan tanda dan gejala infeksi anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
3.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>Data Subjektif</p>	<p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <p>Kriteria Hasil:</p>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> identifikasi adanya nyeri atau keluhan

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI								
	<p>1.Pasien merasakan kekakuan sendi pada kaki sebelah kanan akibat jarang bergerak atau berjalan</p> <p>2.Merasa kan nyeri pada bagian punggung kaki kanan</p> <p>Data Objektif:</p> <p>1.Kekuatan otot menurun</p> <table border="1" data-bbox="437 763 624 831"> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>4444</td> <td>5555</td> </tr> </table>	5555	5555	4444	5555	<p>1.pergerakan ekstremitas bawah klien dapat meningkat</p> <p>2. kekuatan otot membaik</p> <table border="1" data-bbox="679 517 820 562"> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="679 573 820 618"> <tr> <td>4444</td> <td>5555</td> </tr> </table> <p>3.rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>4.klien tidak mengeluh nyeri pada bagian ekstremitas bawah</p> <p>5. kekakuan sendi menurun</p>	5555	5555	4444	5555	<p>fisik lainnya</p> <p>2. monitor kondisi umum selama melakukan mobilitas</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>1.fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)</p> <p>2.libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1.jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2.ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)</p>
5555	5555										
4444	5555										
5555	5555										
4444	5555										

D. Catatan Perkembangan (Implementasi dan Evaluasi)

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan An.S
Di RSD Mayjend HM. Ryacudu, 22-24 Februari 2022

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	Nyeri akut	<p>22/02/2022 Jam: 08:45 WIB -Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik nyeri, durasi dan frekuensi nyeri dan skala nyeri -cek tanda tanda vital Jam 08.55 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Jam: 09:05 WIB Menganjurkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri kompres es batu (SOP terlampir) Jam: 09:15 WIB Memberikan obat -Ceftriaxone 2x1g -Ketorolac 3x30 mg</p>	<p>22/02/2022 Jam 12.00 WIB S: - klien mengatakan nyeri seperti tersayat sayat benda tajam -klien mengatakan nyeri terasa hilang timbul, nyeri terjadi jika kaki digerakan dan saat cuaca terasa panas - klien mengatakan nyeri berkurang jika terkena udara dingin O: -skala nyeri 5 Td: 120/80 mmHg N: 80x/ menit RR: 22x/ menit Suhu: 36,2C A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: <i>Observasi</i> 1. indentifikasi skala nyeri 2. indentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <i>Terapeutik</i> 1. berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi raa nyeri (mis.kompres dingin) <i>Edukasi</i> 1. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <i>Kolaborasi</i> 1.kolaborasi pemberian analgetik -Ceftriaxone 2x1 g -Ketorolac 3x30 mg</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p> <p style="text-align: right;"> Popy Paramita</p>

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
2	gangguan Integritas Kulit	22/02/2022 Jam : 09.45 WIB Memonitor karakteristik luka (warna, bau, ukuran) Jam : 10:00 WIB Melakukan perawatan luka (SOP terlampir 10.10 WIB Mengganti balutan perban klien Jam : 10.20 WIB Mengajarkan klien untuk makan makanan yang tinggi protein dan kalori (seperi daging sapi, putih telur, dan susu)	22/02/2022 Jam 10.30 WIB S: -Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka saat dibersihkan O: -luka tampak basah -warna luka merah muda dan putih -berbau ciri khas luka ukuran panjang 7 cm lebar 5 cm A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi <i>Observasi</i> 1.monitor karakteristik luka (mis. Warna, ukuran, bau) 2.monitor tanda tanda infeksi <i>Terapeutik</i> 1.bersihkan luka dengan NaCL atau pembersih nontoksik 2. bersihkan jaringan nekrotik 3. pasang balutan sesuai jenis luka 4. pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. ganti balutan sesuai jumlah eskudat dan drainase 6. jadwal kan perubuan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <i>Edukasi</i> 1.jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri TTD Perawat  Popy Paramita
3	Gangguan Mobilitas Fisik	22/02/2022 Jam 12.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya yang mengganggu mobilitas Jam 12.10 WIB memonitor kondisi umum selama melakukan mobilitas Jam 12.15 WIB	22/02/2022 Jam 12.30 WIB S: -klien mengatakan nyeri pada kaki kanan saat digerakan -klien mengatakan enggan melakukakn pergerakan dikarenakan nyeri

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
		libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi klien	<p>O: -keluarga nampak membantu klien dalam memenuhi kebutuhan mobilitas nya seperti ke kamar mandi</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>1.identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. monitor kondisi umum selama melakukan mobilitas</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>1.fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)</p> <p>2.libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1.jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2.ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p> <div style="text-align: right;">  Popy Paramita </div>
HARI KEDUA			
1	Nyeri Akut	<p>23/02/2022</p> <p>Jam: 08.00 WIB</p> <p>-Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik nyeri, durasi dan frekuensi nyeri dan skala nyeri</p> <p>-cek tanda tanda vital</p> <p>Jam 08.55</p> <p>Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Jam: 09:05 WIB</p> <p>Menganjurkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri kompres es batu (SOP terlampir)</p> <p>Jam: 09:15 WIB</p> <p>Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>Jam 09.30 WIB</p>	<p>23/02/2022</p> <p>Jam: 09.40 WIB</p> <p>S:</p> <p>-klien mengatakan nyeri sedikit berkurang</p> <p>-klien mengatakan rasa nyeri hilang timbul</p> <p>-nyeri berkurang jika terkena paparan udara dingin seperti kipas angin atau kompres es batu</p> <p>O:</p> <p>-skala nyeri 4</p> <p>Td: 110/80 mmHg</p> <p>N: 78x/menit</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>S: 36,3C</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p>

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
		Memberikan obat -Ceftriaxone 2x1g -Ketorolac 3x30 mg	P: Lanjutkan intervensi <i>Observasi</i> 1.identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. indentifikasi skala nyeri 3. indentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <i>Terapeutik</i> 1.berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Kompres hangat/ dingin, terapi pijat) <i>Edukasi</i> 1.anjurkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 2. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <i>Kolaborasi</i> 1.kolaborasi pemberian analgetik -Ceftriaxone 2x1g -Ketorolac 3x30 mg TTD Perawat  Popy Paramita
2	Gangguan Integritas Kulit	23/02/2022 Jam 10.00 WIB Memonitor karakteristk luka (warna, ukuran, bau) Jam 10.10 WIB Melakukan perawatan luka pada klien Jam 10.20 WIB Mengganti balutan luka pasien Jam 10.30 WIB Mengajarkan klien untuk mengkonsumsi makan tinggi protein dan kalori (susu, putih telur dan daging)	09/03/2021 Jam 11.00 WIB S: -Klien mengatakan nyeri saat luka dibersihkan O: -luka berwarna merah muda dan tampak basah -ciri khas bau luka -ukuran luka panjang 7cm dan lebar 4cm A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi <i>Observasi</i> 1.monitor karakteristik luka (mis. Warna, ukuran, bau) 2.monitor tanda tanda infeksi <i>Terapeutik</i> 1.bersihkan luka dengan NaCL atau pembersih nontoksik

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
			<p>2. bersihkan jaringan nekrotik 3. pasang balutan sesuai jenis luka 4. pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. ganti balutan sesuai jumlah eskudat dan drainase 6. jadwal kan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p><i>Edukasi</i> 1. jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri <i>Kolaborasi</i></p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p> <p style="text-align: right;"> Popy Paramita</p>
3	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>23/02/2022 Jam 12.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya yang mengganggu mobilitas Jam 12.10 WIB memonitor kondisi umum selama melakukan mobilitas Jam 12.15 WIB libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi klien</p>	<p>23/02/2022 Jam 12.20 WIB S: -Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang -klien mengatakan sudah berani pergi ke kamar mandi dengan ditolong keluarganya</p> <p>O: -keluarga tampak membantu kegiatan mobilitas klien</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi <i>Observasi</i> 1. identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. monitor kondisi umum selama melakukan mobilitas <i>Terapeutik</i> 1. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 2. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi <i>Edukasi</i> 1. jelaskan tujuan dan prosedur</p>

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
			<p>mobilisasi 2.ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p> <p style="text-align: right;"> Popy Paramita</p>
HARI KETIGA			
1	Nyeri Akut	<p>24/02/222 Jam: 08.00 WIB Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik nyeri, durasi dan frekuensi nyeri dan skala nyeri -cek tanda tanda vital Jam 08.55 Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Jam: 09:05 WIB Menganjurkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri kompres es batu (SOP terlampir) Jam: 09:15 WIB Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri Jam 09.30 WIB Memberikan obat -Ceftriaxone 2x1g -Ketorolac 3x30 mg</p>	<p>24/02/2022 S: -klien mengatakan nyeri berkurang -klien mengatakan rasa nyeri hilang timbul -nyeri berkurang jika terkena paparan udara dinginseperti kipas angin atau kompres es batu -keluarga mengatakan sudah dapat melakukan kompres es batu secara mandiri O: -skala nyeri 3 Td: 120/80mmHg N:78x/menit RR:22x/menit S: 36,2C</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi secara mandiri (dikarenakan pasien pulang)</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p> <p style="text-align: right;"> Popy Paramita</p>
2	Gangguan Integritas Kulit	<p>24/02/2022 Jam 10.00 WIB Memonitor karakteristtik luka (warna, ukuran, bau) Jam 10.10 WIB Melakukan perawatan luka pada klien Jam 10.20 WIB Mengganti balutan luka pasien</p>	<p>24/02/2022 S: - Klien mengatakan nyeri saat luka dibersihkan -klien mengatakan akan mengunjungi klinik disekitas rumah saat melakukan perawatan luka</p>

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
		<p>Jam 10.30 WIB Mengajarkan klien untuk mengkonsumsi makan tinggi protein dan kalori (susu, putih telur dan daging)</p> <p>Jam 10.40 WIB Mengajarkan klien untuk melakukan perawatan luka secara mandiri</p>	<p>O: -luka berwarna merah muda dan tampak basah -ciri khas bau luka -ukuran luka panjang 7cm dan lebar 4cm</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi secara mandiri (dikarenakan pasien pulang)</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p> <p style="text-align: right;"> Popy Paramita</p>
3	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>24/02/2022</p> <p>Jam 12.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya yang mengganggu mobilitas</p> <p>Jam 12.10 WIB memonitor kondisi umum selama melakukan mobilitas</p> <p>Jam 12.15 WIB libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi klien</p> <p>Jam 12.20 WIB Anjurkan keluarga untuk klien menggunakan alat bantu seperti kruk/tongkat</p>	<p>24/02/2022</p> <p>Jam 12.20 WIB</p> <p>S: -Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang -klien mengatakan sudah berani pergi ke kamar mandi dengan ditolong keluarganya</p> <p>O: -keluarga tampak membantu kegiatan mobilitas klien</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi secara mandiri (dikarenakan pasien pulang)</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p> <p style="text-align: right;"> Popy Paramita</p>