

BAB III
LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Ruang : Bedah
No. Mr /Cm : 246.75.45
Pukul : 10:00
Tanggal Pengkajian : 21 November 2022

1. Data Dasar

a. Identitas Pasien

- 1) Nama : Tn. S
- 2) Usia : 26 tahun
- 3) Status Perkawinan : Menikah
- 4) Pekerjaan : Buruh
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : SD
- 7) Suku : Jawa
- 8) Bahasa Yang Digunakan : Indonesia
- 9) Alamat Rumah : Rejosari
- 10) Sumber Daya : BPJS
- 11) Tanggal Masuk : 19 November 2022
- 12) Diagnosa Medis : Combustio

b. Sumber Informasi (Penanggung Jawab)

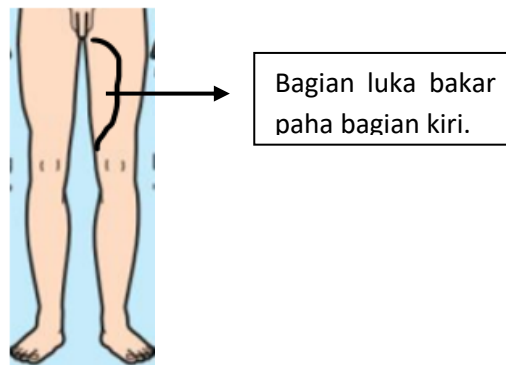
- 1) Nama: Ny. P
- 2) Hubungan dengan klien : Istri
- 3) Jenis Kelamin : Perempuan
- 4) Agama : Islam
- 5) Pendidikan : SLTA
- 6) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- 7) Alamat : Kelapa Tujuh

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Masuk RS :

Klien datang ke RS pada hari sabtu tanggal 20 November 2022 pada pukul 17:00 WIB dengan keluhan nyeri akibat luka bakar dipaha bagian kiri sampai selangkangan yang disebabkan oleh sengatan listrik ketika sedang bekerja memasang tarup pada saat kondisi duduk dibesi tarup ,dengan luas luka bakar 9%.

Pada saat pengkajian tanggal 21 November 2022 masih terdapat keluhan nyeri akibat luka bakar dan klien tampak meringis dan gelisah pada saat pagi dan malam hari.



Gambar 3.1

Lokasi luka bakar klien

Saat dilakukan pemeriksaan tanda tanda vital didapatkan hasil:

Tekanan Darah : 140/80 mmHg

Nadi : 89 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 36°C

Saturasi oksigen : 98%

b. Riwayat pada saat pengkajian :

Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri pada area paha bagian kiri yang disebabkan adanya luka akibat sengatan arus listrik. Nyeri terasa apabila klien banyak bergerak. Nyeri berkurang saat klien

istirahat. Nyeri yang dirasakan begitu intens serta kuat menusuk begitu dalam dengan skala nyeri 7(dilakukan penilaian tingkat nyeri dengan *scale numerik*) dengan durasi waktu kurang lebih 30 menit.

c. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan tidak ada alergi terhadap obat dan penyakit kronis lainnya. Klien juga mengatakan tidak mengalami kecelakaan klien hanya berobat jalan ke puskesmas atau klinik terdekat.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak terkaji

3. Riwayat Psikososial dan Spritual

Klien terkadang stres dengan pekerjaannya sebagai buruh. Karena terkadang kelelahan dengan pekerjaannya yang berat. Biasanya klien hanya terdiam saat menghilangkan stress nya. Keluarga selali memberi dukungan untuk kesebuan klien atas penyakitnya. Saat sakit klien masih bisa berkomunikasi dengan baik, sama seperti sebelum sakit tidak ada program pengobatan yang bertentangan dengan dengan nilai nilai yang dianut klien.

4. Lingkungan

- a. Saat dilakukan pengkajian lingkungan klien mengatakan keadaan rumah klien bersih, bebas polusi, dan tidak berbahaya
- b. klien mengatakan keadaan pekerjaan klien bersih, bebas polusi, dan terkadang ada resiko jatuh dari tangga dan sengatan arus listrik.

5. Pola Kebiasaan Sehari hari Sebelum dan Saat Sakit

a. Pola Nutrisi

Sebelum sakit

Klien mengatakan makan melalui oral, 3x sehari, dsn nafsu makan baik, tidak ada pantangan dalam makanan, saat makan klien menggunakan sendok atau tangan dengan berat badan klien 60 kg

Saat sakit

Klien makan melalui oral, makan 3x dalam sehari, nafsu makan klien berkurang karna terkadang timbul rasa mual dan klien hanya menghabiskan

½ porsi dari makanan yang diberikan dan saat sakit tidak ada penurunan berat badan.

b. Pola Cairan

Sebelum Sakit

Klien mengantakan minum air putih kurang lebih 7-8 gelas perhari. Asupan cairan klien 1800cc/hari, minum melalui oral.

Saat Sakit

Klien minum air putih kurang lebih 4-6 gelas perhari, klien terpasang cairan infus RL dengan 20 tpm. Dengan asupan cairan klien kurang lebih 2300cc/ hari.

c. Pola Eliminasi (saat sakit dan sebelum sakit)

Sebelum Sakit

Klien mengatakan buang air kecil 5-6 hari perhari, jumlah buang airkeciltidak diukur, bau khas, warna kuning. Dan klien buang air besar 1 kali perhari warna feses kekuningan dengan konsistensi lunak dan tidak menggunakan obat pencahar.

Saat Sakit

Klien mengatakan buang air kecil 2-3 kali perhari, jumlah buang kecil tidak diukur, warna kuning. Klien buang air besar 1 kali perhari dan tidak teratur.

IWL (Insensibel Water Lose)

$IWL = 10-15 \times BB / 24 \text{ jam}$

Tn. S= $10 \times 60 \text{ kg} / 24 \text{ jam}$

$IWL = 600 / 24 \text{ jam}$

$IWL \text{ Perjam} = 600 \text{ cc} : 24 \text{ jam}$

$= 25\text{cc/jam}$

$25\text{cc} / \text{kg} / \text{jam.}$

d. Pola *Personal Hygine*

Sebelum Sakit

Klien mengatakan mandi 2x sehari dengan oral hygiene dan mencuci rambut semua itu dilakukan dipagi dan sore hari.

Saat Sakit

Klien membersihkan diri dengan cara dilap sekaligus dengan menggosok gigi selama dirawat klien belum mencuci rambut.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum Sakit

Klien mengatakan tidur \pm 7jam/hari. Klien tidur pada malam hari saja, tidak kesulitan tidur, biasanya klien berdoa sebelum tidur.

Saat Sakit

Klien mengatakan tidur 3-4 jam/hari, sering terbangun di malam hari akibat luka pada paha bagian kiri yang menimbulkan rasa nyeri, klien mengeluh istirahat tidak cukup, klien mengeluh sulit tidur dan mata klien tampak sayu

f. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum Sakit

Klien biasa bekerja dipagi hari dengan pekerjaan memasang taruf, pada waktu luang klien bersosialisasi dengan tetangganya, tidak ada keluhan saat beraktivitas maupun dalam hal: mandi, makan, berhias, BAK, BAB, mobilisasi, skala : 0(0-4) keterangan : 0(mandiri) 1 (dibantu), 2 (bantuan orang lain), 3 (bantuan total) 4 (ketergantungan total).

Saat Sakit

Klien hanya berbaring ditempat tidur, klien mengatakan nyeri saat bergerak karena luka bakar dipaha bagian kiri, klien mengatakan takut bergerak dikarenakan luka dipaha bagian kiri, gerak klien tampak terbatas, klien tampak lemah, klien tampak gelisah, klien mengatakan aktivitas dalam hal : mandi, berpakaian, berhias, BAK, BAB, makan atau minum dibantu keluarga skala 2 (0-4).

g. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien mengatakan kurang paham tentang penyakit dan tindakan pengobatan yang dijalani, untuk mengatasi masalah kesehatan klien dan keluarga bertanya kepada tenaga kesehatan. Klien merokok dan tidak meminum minuman keras ataupun ketergantungan.

h. Pola Seksual dan Reproduksi

Klien tidak mengalami gangguan pola seksual reproduksi

6. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kesadaran : Composmentis
- 2) Tekanan Darah : 128/85 mmHg
- 3) Nadi : 64 x/menit
- 4) Pernafasan : 26 x/menit
- 5) Suhu : 36,5 °C
- 6) Tb/Bb : 169 cm/60 kg

b. Pemeriksaan Persistem

1) Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata tidak ada gangguan, penglihatan bola mata normal, konjungtiva normal, kornea baik tidak ada tanda tanda radang. Klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

2) Sistem Pendengaran

Telinga simetris tidak ada penumpukan serumen maupun keluar dari telinga tidak ada tanda peradangan. Klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

3) Sistem wicara

Tidak ada kesulitan dalam berbicara atau gangguan bicara.

4) Sistem pernafasan

Jalan nafas bersih tidak ada keluhan sesak, frekuensi 20x/menit, irama teratur tidak batuk, tidak terlihat memakai alat bantu pernafasan

5) Sistem kardiovaskuler

- i. Sistem sirkulasi perifer Nadi 64x/menit, irama teratur, denyut nada, temperatur normal. Sirkulasi jantung
- ii. Denyut apikal 64x/menit, irama teratur, tidak ada nyeri, tidak ada kardiomegali (pembesaran jantung)

6) Sistem Neurologi

GCS : E4M6V5

Kekuatan Otot: 55555555

5555 4444

7) Sistem Pencernaan

Keadaan mulut bersih, tidak ada kesulitan dalam menelan, klien merasakannya sehingga nafsu makan menurun. Tidak ada muntah, tidak ada nyeri perut, tidak terdapat colostomy (lubang untuk saluran buang air besar)

8) Sistem Imunologi

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

9) Sistem Endokrine

Nafas tidak berbau keton, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada tanda-tanda peningkatan kadar gula darah

10) Sistem Urogenital

Tidak ada distensi kandung kemih, klien terlihat waspada terhadap lukanya mengatakan nyeri pada paha bagian kiri karena luka tersengat listrik, luka tampak kemerahan dan luka masih dalam keadaan basah, keadaan genital bersih.

11) Sistem Integumen

Keadaan rambut kuat berwarna hitam dengan keadaan rambut bersih, kuku kuat dan bersih serta warna putih keadaan luka tampak kemerahan dan terasa panas dan nyeri, Klien mengatakan terdapat luka bakar dipaha bagian kirinya, kulit terasa pedih dan panas dengan luas luka bakar 9%.

12) Sistem Muskulokeletal

Keterbatasan gerak karena kelemahan dan rasa nyeri pada paha bagian kiri, tidak ada nyeri tulang maoun sendi, tidak ada fraktur ataupun alat bantu gerak lainnya.

7. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1
Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis pemeriksaan	Hasil	Normal
1.	Golongan darah (ABO)	O	
2.	Rhesus	+ (positif)	
3.	Waktu pendarahan	3'30''	1-7 menit
4.	Waktu pembekuan	5'30''	9-15 menit

8. Penatalaksanaan Medis :

- a. Infus : RL 20 TPM
- b. Terapi Injeksi : Ketorolax 3 x 30 mg / 8jam secara injeksi intravena
Ceptriaxone 2 x 1 gr / 12 jam secara injeksi intravena
Ranitidine 2 x 1 / 12 jam secara injeksi intravena

Penatalaksanaan keperawatan

- a. Pantau TTV
- b. Berikan posisi nyaman
- c. Kaji skala nyeri
- d. Lakukan perawatan luka
- e. Anjurkan ambulasi

9. Data Fokus

Dari data pengkajian didapatkan data yang bermasalah pada Tn. S yang dipaparkan pada tabel berikut

Tabel 3.2
Data Fokus

Data Subjek		Data Objek	
1.	Klien mengatakan nyeri ,panas, perih pada paha kirinya	1.	Skala nyeri 7 (0-10)
2.	Klien mengatakan lukanya berada dipaha bagian kiri	2.	Klien tampak meringis
3.	Klien mengatakan nyeri timbul secara terus menerus dengan durasi 30 menit	3.	Terdapat luka bakar pada paha sebelah kiri
4.	Klien mengatakan kulitnya terasa perih dan panas	4.	Luka tampak basah dan kemerahan
5.	Klien mengatakan sering terbangun dimalam hari akibat luka pada paha bagian kiri yang menimbulkan rasa nyeri	5.	Waktu tidur klien 4-5jam / hari
6.	Klien mengeluh istirahat tidak cukup	6.	Mata klien tampak sayu
7.	Klien mengeluh sulit tidur	7.	Kesadaran composmentis
8.	Klien mengatakan segala aktivitas mandi, mencuci rambut, BAB,BAK, dibantu oleh keluarganya	8.	Tanda tanda vital
9.	Klien mengatakan selama di rawat belum pernah mencuci rambut	-	Tekanan darah 140/83mmHg
10.	Klien mengatakan membersihkan diri dengan cara di lap setiap pagi dan sore	-	Nadi 64 x/ menit
11.	Klien mengatakan nyeri saat bergerak karena luka bakar dipaha bagian kiri	-	Pernafasan 20 x/ menit
12.	Klien mengatakan takut bergerak dikarenakan luka dipaha bagian kiri	-	Suhu 36,5°C
		9.	Luas luka bakar 9%
		10.	Terapi Obat
		-	Ringer Laktat 20 tpm
		-	Ketorolac 3x 30mg/8 jam/IV
		-	Ceptriaxone 2x1gr/12 jam/IV
		-	Ranitidine 2x1/12 jam /IV
		-	bumazin zalf
		11.	Gerak klien tampak terbatas
		12.	Klien tampak lemah
		13.	Klien tampak gelisah
		14.	Bersikap waspada terhadap lukanya
		15.	Klien terlihat tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, BAB, BAK dibantu oleh keluarganya
No	Data	Masalah	Etiologi

10.
Ana
lisa
Dat
a
Tab
el
3.3
Ana
lisa
Dat
a

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif (DS)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada paha kirinya 2. Klien mengatakan lukanya berada dipaha bagian kiri 3. Klien mengatakan nyeri terus menerus dengan durasi 30 menit <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 7 (0-10) 2. Klien tampak meringis 3. Klien tampak gelisah 4. Klien tampak waspada dengan lukanya 5. Mata klien tampak sayu akibat sulit tidur 6. Ketorolac 3x1/8 jam/IV 	Nyeri akut	Agen pencederaan kimiawi
2	<p>Data Subjektif (DS)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan kulitnya terasa pedih dan panas <p>Data Objektif (DO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka bakar pada paha sebelah kiri 2. Luas lukanya bakar 9% 3. Luka tampak basah dan kemerahan 4. Ringer Laktat 20 tpm 5. Ceptriaxone 2x1gr /12 jam/IV 	Gangguan integritas kulit/ jaringan	Faktor mekanis
3	<p>Data Subjektif (DS)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri saat bergerak karena luka bakar dipaha bagian kiri. 2. Klien mengatakan takut bergerak dikarenakan luka dipaha bagian kiri <p>Data Objektif (DO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gerak klien tampak terbatas 2. Klien tampak lemah 3. Tanda tanda vital <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 140/83mmHg - Nadi 64 x/ menit - Pernafasan 20 x/ menit - Suhu 36,5°C 	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri

No	Data	Masalah	Etiologi
4	Data Subjektif (DS) 1. Klien mengatakan sering terbangun dimalam hari akibat luka pada paha bagian kiri yang menimbulkan rasa nyeri 2. Klien mengeluh istirahat tidak cukup 3. Klien mengeluh sulit tidur Data Objektif (DO) 1. Waktu tidur klien 4-5jam / hari 2. Mata klien tampak sayu	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur
5	Data Subjektif (DS) 1. Klien mengatakan segala aktivitas mandi, mencuci rambut, BAB, BAK, dibantu oleh keluarganya 2. Klien mengatakan selama dirawat tidak pernah mencuci rambutnya 3. Klien mengatakan membersihkan diri dengan cara dilap oleh keluarganya Data Objektif (DO) 1. Klien terlihat tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, BAB, BAK dibantu oleh keluarganya	Defisit perawatan diri	Kelemahan

B. Diagnosa Keperawatan sesuai skala prioritas

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera kimiawi ditandai dengan Klien mengatakan nyeri pada paha kirinya, Klien mengatakan lukanya berada dipaha bagian kiri, Klien mengatakan nyeri terus menerus dengan durasi 30 menit, Skala nyeri 7 (0-10), Klien tampak meringis, Klien tampak gelisah, Klien tampak waspada dengan lukanya, Mata klien tampak sayu akibat sulit tidur
2. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan Klien mengatakan kulitnya terasa pedih dan panas, Terdapat luka bakar pada paha sebelah kiri, Luas lukanya bakar 9%, Luka tampak basah dan kemerahan.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan Klien mengatakan nyeri saat bergerak karena luka bakar dipaha bagian kiri, Klien

mengatakan takut bergerak dikarenakan luka dipaha bagian kiri, Gerak klien tampak terbatas, Klien tampak lemah, Tanda tanda vital : Tekanan darah 140/83mmHg, Nadi 64 x/ menit, Pernafasan 20 x/ menit, Suhu 36,5°C.

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan klien sering terbangun di malam hari akibat luka pada paha bagian kiri yang menimbulkan rasa nyeri, mengeleuh istirahat tidak cukup, mengeluh sulit tidur, waktu tidur klien 4-5 jam / hari dan mata klien tampak sayu
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan Klien terlihat tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, BAB, BAK dibantu oleh keluarganya, selama dirawat tidak pernah mencuci rambutnya, membersihkan diri dengan cara di lap.

Diagnosa aktual sesuai dengan kasus luka bakar yang dialami oleh Tn. S diruang bedah RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara, yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera kimiawi (sengatan listrik) ditandai dengan Klien mengatakan nyeri pada paha kirinya, Klien mengatakan lukanya berada dipaha bagian kiri, Klien mengatakan nyeri terus menerus dengan durasi 30 menit, Skala nyeri 7 (0-10), Klien tampak meringis, Klien tampak gelisah, Klien tampak waspada dengan lukanya, Mata klien tampak sayu akibat sulit tidur
2. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan Klien mengatakan kulitnya terasa pedih dan panas, Terdapat luka bakar pada paha sebelah kiri, Luas lukanya bakar 9%, Luka tampak basah dan kemerahan.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan Klien mengatakan nyeri saat bergerak karena luka bakar dipaha bagian kiri, Klien mengatakan takut bergerak dikarenakan luka dipaha bagian kiri, Gerak klien tampak terbatas, Klien tampak lemah, Tanda tanda vital : Tekanan darah 140/83mmHg, Nadi 64 x/ menit, Pernafasan 20 x/ menit, Suhu 36,5°C.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan sesuai dengan prioritas dapat di jelaskan dalam tabel sebagai berikut :

Nama : Tn. S
 Dx medis : Combustio
 Ruang : Bedah
 No. Medis : 26.75.45

Tabel 3.4
 Rencana Keperawatan

No.	Tanggal	Dx keperawatan	Tujuan / SLKI	Rencana tindakan SIKI/ aktivitas
1.	22 november 2022	Nyeri akut berhubungan dengan kimiawi ditandai dengan Klien mengatakan nyeri pada paha kirinya, Klien mengatakan lukanya berada dipaha bagian kiri, Klien mengatakan nyeri terus menerus dengan durasi 30 menit, Skala nyeri 7 (0-10), Klien tampak meringis, Klien tampak gelisah ,Klien tampak waspada dengan lukanya,Mata klien tampak sayu akibat sulit tidur	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kreteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Gelisah menurun d. Tekanan darah membaik.	Menejemen nyeri I.08238) 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi 2.Mengukur tanda tanda vital 3. Memberikan teknik non farmakologis (teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri) 4. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 5. Kolaborasi pemberian terapi ketorolac 3x30mg/8 jam

1	2	3	4	5
2	22 november 2022	Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan Klien mengatakan kulitnya terasa pedih dan panas, Terdapat luka bakar pada paha sebelah kiri, Luas lukanya bakar 9%, Luka tampak basah dan kemerahan.	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan gangguan integritas kulit/ jaringan meningkat dengan kriteria hasil : a. Kerusakan jaringan menurun b. Kerusakan lapisan jaringan menurun c. Nyeri menurun d. Kemerahan menurun	Perawatan luka (I.14564) 1. Memonitor karakteristik luka termasuk warna ukuran, dan bau 2. Lepaskan plester dan balutan secara perlahan 3. Bersihkan dengan Nacl 4. balutan sesuai dengan jenis luka 5. Menganjurkan makan tinggi kalori dan protein 6. Kolaborasi pemberian terapi ceftriaxone. 7. kalobarasi pemberian salep bumazin zalf 8. Pemberian daun pisang untuk melapisi kasur agar kulit tidak menempel.
3	22 november 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan Klien mengatakan nyeri saat bergerak karena luka bakar dipaha bagian kiri, Klien mengatakan takut bergerak dikarenakan luka dipaha	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobilitas Fisik meningkat dengan kriteria Hasil: a. Nyeri menurun	Dukungan Ambulasi (I.06171) 1. Indentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini


	bagian kiri, Gerak klien tampak terbatas, Klien tampak lemah, Tanda tanda vital : Tekanan darah 140/83mmHg, Nadi 64 x/ menit, Pernafasan 20 x/ menit, Suhu 36,5°C.	b. Kecemasan menurun c. Gerakan terbatas menurun d. Kelemahan fisik menurun	6. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
--	--	---	---

D . Implementasi dan Evaluasi


Adapun implemementasi dan evaluasi yang dilakukan selama melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan dalam tabel berikut.

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Tn. S Di Ruang bedah RSUD Mayjendd HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.


Tabel 3.5
Implementasi dan Evaluasihari pertama

No Dx	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Selasa, 22-11-2022	Pukul 09:40 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi 2.Mengukur tanda tanda vital Pukul 09:50 Memberikan teknik relaksasi tarik nafas dalam Pukul 10:00 1. Menanyakan kembali sensasi nyeri yang dirasakan klien	Pukul 13:00 Subjek: 1. klien mengatakan lukanya terletak disebelah paha bagian kiri 2. klien mengatakan nyeri, panas pada lukanya. 3.Klien mengatakan nyeri itu timbul secara terus menerus dengan durasi waktu ±30 menit 5.Klien mengatakan nyeri begitu kuat dan menusuk begitu dalam 6.Klien mengatakan mengerti strategi meredakan nyeri 7. Klien mengatakan nyeri masih ada meskipun obat telah diberikan Objek: 1. Klien dapat melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam yang perawat telah ajarkan 2. Skala nyeri 7(0-10) 3. Tanda tanda vital Td 128/85mmHg	Akbar 


		<p>2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri Pukul 12:00</p> <p>Memberikan analgetik: Ketorolac 3x30mg /8 jam</p>	<p>N 64 x/menit Rr 20x/menit S 36,5°C</p> <p>Asesment: Masalah nyeri belum teratasi Planing: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi nyeri klien, dan lamanya waktu nyeri itu muncul. 2. Mengevaluasi penggunaan teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk meminimalisir nyerinya 3. Mengukur tanda tanda vital klien 4. Memberikan terapi obat analgesik 	
--	--	---	--	--


1	2	3	4	5
2	Selasa,22 november 2022	<p>Pukul 10:30</p> <p>Memonitor karakteristik luka termasuk warna ukuran, dan bau</p> <p>Pukul 10:40</p> <p>Menganti balutan luka klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Membersihkan dengan cairan Nacl 3. Memasang balutan sesuai jenis luka <p>Pukul 10:50</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan makan, makanan yang tinggi kalori dan protein <p>Pukul 12:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian terapi ceftriaxone 2. Pemberian salep bumazin zalf 3. Menggantikan daun pisang 	<p>Pukul 13.30</p> <p>Subjek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan terdapat luka pada paha kiri <p>Objek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka tampak kemerahan terdapat kulit yang hangus 2. Klien tampak meringis 3. Klien mengatakan akan memakan makanan tinggi kalori dan protein <p>Asesment: Masalah belum teratasi Planing: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka termasuk warna ukuran, dan bau 2. Menganti balutan luka klien 3. Membersihkan dengan cairan Nacl 4. Memasang balutan sesuai jenis luka 5. Pemberian terapi ceftriaxone 6. pemberian salep bumazin zalf 7. Menggantikan daun pisang yang lama dengan daun pisang yang baru untuk digunakan pasien melapisi kasur, agar kulit tidak menempel 	<p>Akbar</p> 


		yang lama dengan daun pisang yang baru untuk digunakan pasien melapisi kasur, agar kulit tidak menempel		
--	--	---	--	--

1	2	3	4	5
3	Selasa, 22 november 2022	<p>Pukul 11:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan nyeri serta keluhan fisik lainnya 2. Melihat respon mimik wajah dan gestur tubuh saat melakukan mobilisasi 3. Mengajarkan klien untuk miring kiri miring kanan 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi kepada keluarga serta dapat membantu klien saat mobilisasi 5. Menganjurkan kepada klien dan keluarga untuk mobilisasi dini 	<p>Pukul 14:00</p> <p>Subjek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri saat bergerak 2. Klien mengatakan takut untuk bergerak miring kiri miring kanan 3. Keluarga mengatakan takut untuk klien bergerak <p>Objek :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien masih tampak takut untuk bergerak 2. Klien masih tampak meringis <p>Asesment:</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>Plening:</p> <p>Lanjutkan intervensi Dukungan Mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon mimik wajah dan gestur tubuh saat melakukan mobilisasi 2. Evaluasi kemampuan miring kiri miring kanan 3. Ajarkan klien untuk duduk 	<p>Akbar</p> 


Tabel 3.6
Implementasi dan Evaluasi harikedua

No Dx	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Rabu,23 Novemver 2022	<p>Pukul 09:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi pengkajian nyeri klien, dan lamanya waktu nyeri itu muncul. 2. Mengukur tanda tanda vital klien. <p>Pukul 09:50</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi penggunaan teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk meminimalisir nyerinya <p>Pukul 12:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan terapi obat analgesik <ol style="list-style-type: none"> a. Ketorolac 3x30mg /8 jam 	<p>Pukul 13:00</p> <p>Subjek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri, panas pada lukanya 2. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan \pm 30 m3nit 3. Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam 4. klien mengatakan masih mengingat strategi meredakan nyeri apabila nyeri muncul klien langsung menggunakan teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk meredakan nyeri <p>Objek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri klien 6(0-10) 2. Tanda tanda vital <p>Td 130/85 mmHg N 64 x/ menit Rr 21x/ menit S 36,5°C</p> <p>Asesment: Masalah teratasi sebagian Planing: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi nyeri klien 2. Mengevaluasi untuk menggunakan teknik relaksasi tarik nafas dalam 3. Memberikan terapi analgetik 4. Mengukur tanda tanda vital klien 	<p>Akbar</p> 


1	2	3	4	5
2.	Rabu, 23 November 2022	<p>Pukul 10: 30</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka termasuk warna ukuran, dan bau <p>Pu[kul: 10:40</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menganti balutan luka klien 3. Membersihkan dengan cairan Nacl 4. Memasang balutan sesuai jenis luka <p>Pukul 12:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian terapi ceftriaxone 2. pemberian salep bumazin zalf. 3. Menggantikan daun pisang yang lama dengan daun pisang yang baru untuk digunakan pasien melapisi kasur, agar kulit tidak menempel 	<p>Pukul 13:30</p> <p>Subjek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan luka terasa panas. <p>Objek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka masih tampak kemerahan 2. Klien tampak meringis 3. Luka klien terbalut oleh perban <p>Asesment: Masalah belum teratasi</p> <p>Planing: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka termasuk warna ukuran, dan bau 2..Menganti balutan luka klien 3. Membersihkan dengan cairan Nacl 4. Memasang balutan sesuai jenis luka 5. Pemberian terapi ceftriaxone 6.Pemberian salep bumazin zalf 7.Membandingkan dan mencatat setiap perubahan luka 	<p>Akbar</p> 

1	2	3	4	5
3	Rabu,23 November 2023	Pukul 11:20 1. Mengevaluasi respon mimik wajah dan gestur tubuh saat melakukan mobilisasi 2. Mengevaluasi kemampuan miring kiri miring kanan 3. Ajarkan klien untuk duduk	Pukul 14:00 Subjek: 1.Klien mengatakan masih nyeri saat bergerak 2.Klien mengatakan sudah bisa bergerak miring kanan dan masih takut untuk miring kiri 3.Klien mengatakan perlahan berani untuk duduk namun masih takut dan masih terasa nyeri Objek : 1.Klien sudah bisa miring kanan dan masih takut untuk miring kiri 2.Klien masih tampak meringis saat miring dan saat duduk klien tampak masih ragu Asesment: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian Plening: 1. Lanjutkan intervensi Dukungan Mobilisasi 2. Evaluasi kemampuan klien untuk duduk 3. Evaluasi kemampuan mobilisasi klien	Akbar 

Tabel 3.7
Implementasi dan Evaluasi hari ketiga

No Dx	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Kamis, 24 November 2022	Pukul 09:00 1. Mengevaluasi nyeri klien 2. Mengevaluasi untuk menggunakan teknik relaksasi tarik nafas dalam Pukul 12: 00 3. Memberikan terapi analgetik Ketorolac 3x30mg / 8 jam 4. Mengukur tanda tanda vital klien	Pukul 13:00 Subjek: 1. Klien mengatakan luka terasa panas dan nyeri 2. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan \pm 15 menit 3. klien mengatakan mulai menerapkan teknik relaksasi tarik nafas dalam dan nyeri sedikit berkurang saat melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam 4. klien mengatakan saat obat disuntikan nyeri sedikit berkurang Objek: 1. Skala nyeri 5 (0-10). 2. Klien tampak meringis. 3. Tanda Tanda Vital Td 130/80 mmHg N 86 x/ menit Rr 20 x/ menit S 36,2 °C Asesment: Masalah teratasi sebagian Planing: Lanjutkan Intervensi	Akbar 

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi nyeri klien 2. Mengukur tanda tanda vital 3. Memberikan terapi analgetik 	
--	--	--	--	--

1	2	3	4	5
2	Kamis, 24 November 2022	<p>Pukul 10:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka termasuk warna ukuran, dan bau <p>Pukul 10:10</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganti balutan luka klien 2. Membersihkan dengan cairan Nacl 3. Memasang balutan sesuai jenis luka <p>Pukul 12:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian terapi ceftriaxone 2. pemberian salep bumazin zalf 3. membandingkan dan mencatat setiap perubahan luka 	<p>Pukul 13:30</p> <p>Subjek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan luka terasa nyeri dan panas. <p>Objek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi luka tampak kemerahan. 2. luka klien terbalut oleh perban . 3. nampak luka pada hari ke 4 dengan karakteristik luka kemerahan, terlihat ada darah, dan ada kulit yang hangus. <p>Asesment:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planing:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka termasuk warna ukuran, dan bau 2. Menganti balutan luka klien 3. Membersihkan dengan cairan Nacl 4. Memasang balutan sesuai jenis luka 5. Pemberian terapi ceftriaxone 6. Pemberian salep bumain zalf 7. Membandingkan dan mencatat setiap 	<p>Akbar</p> 

			perubahan luka	
--	--	--	----------------	--

1	2	3	4	5
3	Kamis, 24 November 2022	Pukul 11:00 Evaluasi kemampuan klien untuk duduk Evaluasi kemampuan mobilisasi klien	Pukul 14:00 Subjek : 1. Klien mengatakan masih ragu untuk duduk 2. Keluarga mengatakan klien masih takut untuk saat ingin bergerak Objek : 1. Klien masih tampak dibantu oleh keluarganya untuk melakukan aktifitas Asesment: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian Planing: Lanjutkan intervensi Dukungan Mobilisasi 1. Evaluasi kemampuan klien untuk duduk 2. Evaluasi kemampuan mobilisasi klien	Akbar 