

LAMPIRAN

Lampiran 1

Lembar Permohonan Menjadi Responden

Kepada
Yth. Calon Responden
Di tempat

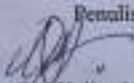
Dengan Hormat,

Saya Mahasiswa Profesi Ners Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Tanjungkarang semester II bermaksud akan melaksanakan penelitian tentang "Analisis Tingkat Nyeri pada Pasien paska Operasi ORIF dengan Intervensi *Isometric Exercise* di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Provinsi Lampung Tahun 2025" sebagai persyaratan untuk menyelesaikan Program Studi Profesi Ners Keperawatan. Berkaitan dengan hal tersebut, saya memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden yang merupakan sumber informasi bagi penelitian ini.

Pada penelitian ini responden akan dilakukan pengukuran tingkat nyeri dengan skala nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS) sebelum dilakukan intervensi, kemudian responden akan diberikan intervensi tambahan selain intervensi utama yang diberikan berdasarkan Standar Operasional Prosedur yang berlaku di RS Urip Sumoharjo Provinsi Lampung yaitu dengan diberikan teknik *Isometric Exercise*.

Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Bandar Lampung, 10 Februari 2025

Penulis

Oka Yulinda

NIM. 2414901044

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN/INFORMED CONCENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Iga Nurcahyo

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 24 tahun

Jenis Kelamin : L / P

Ruangan : Ruang 1

Menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian dari :

Nama Penulis : Oca Yulianda

Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang

Bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian, dengan judul "Analisis Tingkat Nyeri pada Pasien paska Operasi ORIF dengan Intervensi *Isometric Exercise* di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Provinsi Lampung Tahun 2025" di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Provinsi Lampung Tahun 2025" dan saya yakin tidak membahayakan bagi kesehatan dan dijamin kerahasiannya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa paksaan.

Bandar Lampung, 11 Februari 2025

Penulis

Menyetujui,
Responden


(Oca Yulianda)

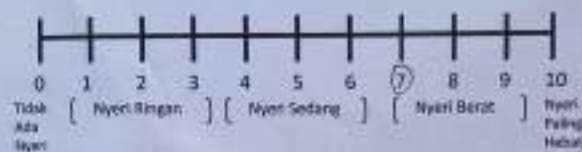

(.....)

Lampiran 3

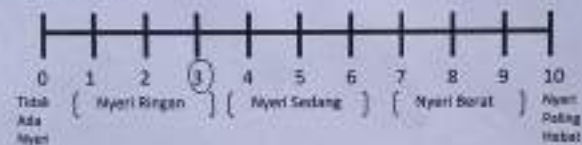
Lampiran 3

LEMBAR OBSERVASI SKALA NYERI

Inisial responden : *NY-N*
 Umur : *38 tahun*
 Riwayat operasi sebelumnya : Pernah/ Tidak pernah
 Terapi analgetik saat ini
 Sebelum pemberian



Setelah pemberian



No	Karakteristik Nyeri
0	Tidak ada nyeri
1	Sangat sedikit gangguan, kadang terasa seperti tusukan kecil dan masih dapat melakukan aktivitas
2	Gangguan cukup dihilangkan dengan pengalihan perhatian
3	Pasien secara objektif dapat berkomunikasi dengan baik, nyeri dapat diabaikan dengan beraktivitas dan pasien masih dapat melakukan pekerjaan
4	Nyeri sudah mulai terasa sedikit mengganggu tetapi masih dapat diabaikan dengan beraktivitas, pasien dapat mengikuti perintah dengan baik
5	Rasa nyeri tidak bisa diabaikan lebih dari 30 menit
6	Rasa nyeri tidak bisa diabaikan untuk waktu yang lama, secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendeskripsikan nyeri, pasien masih bisa bekerja atau melakukan aktivitas
7	Pasien mulai sulit untuk berkonstruksi, dengan diselingi istirahat/tidur pasien masih bisa untuk bekerja
8	Beberapa aktivitas tidak terbatas. Pasien masih bisa membaca dan berbicara dengan suara. Merasakan mual dan mualing seperti pusing
9	Secara objektif pasien tidak mau berkomunikasi dengan baik, berteriak dan berisik, pasien terkadang tidak bisa berbicara, menangis, mengerang dan merintih tak dapat dikendalikan, penurunan kesadaran, menggigit
10	Tidak sadar dan dirangsang

**Standar Operasional Prosedur (SOP)
Isometric Exercise**

Pengertian	Isometric Exercise merupakan latihan statis yang menghasilkan kontraksi otot tanpa terjadi perubahan panjang otot untuk mengurangi nyeri, dan meningkatkan kekuatan otot baik untuk latihan pemanasan atau untuk program latihan rehabilitasi
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan rasa nyeri 2. Meningkatkan kekuatan otot 3. Melancarkan sirkulasi darah 4. Merileksasi otot
Persiapan klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu kepada pasien dan keluarga pasien tentang tindakan dan prosedur yang akan dilakukan 2. Atur posisi pasien sesuai kebutuhan 3. Membuat kontrak dengan klien 4. Jaga privasi klien
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantal 2. Pakaian yang nyaman

CARA BEKERJA:

Tahap pra interaksi

1. Mencuci tangan
2. Menyiapkan alat
3. Membaca status pasien

Tahap Orientasi

1. Memberikan salam terapeutik, perkenalkan nama perawat dan sapa nama klien
2. Menanyakan perasaan klien saat ini
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
4. Kontrak waktu dan tempat
5. Menanyakan persetujuan/kesiapan (inform consent) pada klien ataupun keluarga

Tahap kerja

1. Atur pasien dengan posisi fowler dengan kaki diluruskan
2. Posisikan pergelangan kaki dengan dorsi-fleksi
3. Letakkan handuk dibawah lutut sebagai tumpuan
4. Klien diminta untuk mempertahankan posisi tersebut dengan lutut dalam posisi ekstensi dan pergelangan kaki dorsi – fleksi



5. Pertahankan posisi tersebut sampai hitungan ke sepuluh atau 10 detik
6. Klien diminta untuk istirahat/relaksasi otot selama 6 detik



7. Ulangi gerakan tersebut selama 10 kali
8. Rapikan alat alat
9. Cuci tangan

Tahap terminasi

1. Mengevaluasi tingkat nyeri dan kekuatan otot
2. Berikan reinforcement positif
3. Kontrak waktu
4. Berikan salam

Hal hal yang perly diperhatikan:

1. Lakukan latihan selama 5 hari berturut turut
2. Hindari penekanan pada area yang terdapat luka
3. Hindari latihan pada pasien dengan penyakit kronis

Referensi:

Ojoawo AO, Olaogun MO, Hassan MA.2016.Comparative effects of proprioceptive and isometric exercises on pain intensity and difficulty in patients with knee osteoarthritis: A randomised control study. Technol Health Care 24(6):853-63. doi: 10.3233/THC-161234. [PubMed:27434280].

ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

Pada tanggal 11 Februari 2025, dilakukan pengkajian keperawatan terhadap Ny. N di Ruang Bedah Pesona Alam 1 di RS Urip Sumoharjo Provinsi Lampung. Ny.N adalah seorang wanita berusia 54 tahun, dengan berat badan 62 kg, tinggi bada 165 cm, dengan nomor rekam medis 748034. Pasien beragama Islam, berasal dari suku Lampung, dan memiliki pendidikan terakhir Strata 1, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, alamat Raja Basa, kota Bandar Lampung. Ny.N di diagnosa medis yaitu fraktur tibia dextra. Pada saat dilakukan pengkajian, keluhan utama pada Ny. N adalah Nyeri pada luka post operasi Open Reduction and Internal Fixation (ORIF).

b. Keluhan utama

Saat dilakukan pengkajian pada hari Selasa tanggal 11 Februari 2025 pukul 16:30 wib, setelah 26 jam pasca operasi pasien mengatakan telah menjalani operasi dibagian kaki sebelah kanan, tepatnya di area tibia dextra terdapat luka post operasi. luka berbentuk garis vertical memanjang dengan panjang ± 15 cm. Tepi luka terlihat rapi dengan jahitan teknik sederhana (interrupted sutures). Di sekitar area luka tampak edema ringan dan ekimosis (memar), yang masih dalam batas wajar pasca operasi. Pada luka operasi tampak terpasang drain (hemovac) dengan perdarahan ± 100 ml, warna kulit tampak sedikit kebiruan. Selain itu terdapat juga luka memar kecil di wajah, serta luka di kedua tangan dan lutut, namun tidak begitu besar. Pasien mengeluh nyeri pada area operasi, P: Nyeri pada area luka post operasi, Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: Nyeri dirasakan berada pada area luka post operasi ORIF, S: Skala nyeri yang dirasakan skala 7 menggunakan skala *Numerik Rating Scale* dengan kategori nyeri berat terkontrol, T:

Nyeri yang dirasakan hilang timbul, nyeri berkurang saat diberikan obat pereda nyeri, nyeri dirasakan \pm 3 menit. Pasien enggan melakukan pergerakan dikarenakan saat banyak bergerak nyeri akan bertambah. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, pasien tampak lemas, pasien bedrest, pasien terpasang kateter, tampak kaki kanan post operasi dibalut dengan elastis.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat pengkajian Riwayat penyakit sekarang pasien masuk melalui IGD pada tanggal 8 Februari 2025 pukul 10:08 siang, karena pasien mengalami kecelakaan lalu lintas berupa tabrakan antara sepeda motor. Saat berada di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dilakukan tindakan pemasangan bidai pada kaki kanan karena pasien mengalami fraktur tibia dextra. Selain itu, dilakukan pemasangan infus pada tangan kanan, kemudian diberikan obat anti nyeri ketorolac 1 ampul secara intravena dengan infus Ringer Laktat (RL). Setelah tindakan awal tersebut, pasien di pindahkan ke ruang Pesona Alam 1 pada tanggal 8 Februari 2025 pukul 22.52 WIB. Sebelum dilakukan operasi, pasien mendapat edukasi dari perawat dan dokter mengenai prosedur pembedahan dan dipuasakan 6 jam sebelum operasi. Pasien di lakukan operasi ORIF pada tanggal 10 Februari 2025 pukul 11:00 WIB dengan general anestesi sampai selesai operasi pukul 13:00 WIB. Pengkajian dilakukan oleh penulis pada tanggal 11 Februari 2025.

d. Riwayat Kesehatan Sebelumnya

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi, atau gangguan muskuloskeletal dalam keluarga. Selama ini, pasien belum pernah mengalami trauma atau cedera tulang, serta tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat maupun makanan. Pasien juga belum pernah menjalani tindakan operasi sebelumnya dan tidak rutin mengonsumsi obat-obatan sebelum masuk rumah sakit.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Berdasarkan hasil wawancara, tidak terdapat riwayat penyakit keturunan dalam keluarga. Orang tua dan saudara pasien dalam keadaan sehat tanpa riwayat penyakit seperti hipertensi, kencing manis, sakit jantung, gangguan tulang ataupun penyakit lain.

f. Pola fungsional

1) Pola Manajemen Kesehatan

Pasien menerapkan pola manajemen kesehatan pasca operasi ORIF dengan fokus pada pengelolaan nyeri melalui pemberian obat analgesik sesuai anjuran dokter, perawat menjaga kebersihan luka dan melakukan perawatan luka sesuai prosedur dan memberikan edukasi kepada keluarga dan pasien pentingnya menjaga area luka tetap bersih.

2) Pola Nutrisi – Metabolik

Pasien mengatakan sudah tidak menjalani puasa sejak 6 jam pasca operasi dan mulai diberikan makanan secara bertahap sesuai toleransi. Saat ini pasien sudah makan 3 kali dalam sehari (pagi, siang, dan malam), serta sesekali makanan ringan di antara waktu makan. Makanan yang disediakan oleh pihak rumah sakit selalu dihabiskan oleh pasien. Pasien mengaku tidak mengalami gangguan dalam mengunyah maupun menelan makanan, dan tidak mengeluh mual, muntah, atau keluhan saluran cerna lainnya. Nafsu makan pasien baik, dan pasien dibantu oleh anggota keluarga dalam proses makan karena keterbatasan gerak akibat kondisi post operasi. Pasien juga rutin mengonsumsi air putih sekitar 8–10 gelas per hari. Tidak terdapat riwayat alergi makanan. Selama perawatan, pasien dianjurkan untuk mengonsumsi makanan tinggi protein untuk membantu proses penyembuhan luka dan mempercepat pemulihan pasca fraktur.

3) Pola Eliminasi

Pasien menggunakan kateter urin pasca operasi, dengan produksi urin ± 1000 ml dalam sehari, berwarna kuning jernih, tidak berbau

menyengat, pasien BAB menggunakan pampers, feses lunak berwarna kuning .

4) Pola aktivitas – olahraga

Pasien pasca ORIF menunjukkan pola aktivitas terbatas, yang semua aktivitas dibantu keluarga. Aktivitas meliputi memandikan pasien, menyuapi makan pasien, memakaikan baju pasien dan semua aktivitas masih dibantu keluarga. Pergerakan yang bisa dilakukan pasien yaitu ROM (menggerakkan pergelangan kedua tangan, jari jari tangan, mengangkat kaki sebelah kiri, dan menggerakkan jari kaki), sedangkan pergerakan yang tidak bisa dilakukan pasien yaitu, berjalan, berdiri, dan menekuk kaki.

5) Pola tidur – istirahat

Pasien mengatakan sering terbangun saat tidur, terutama karena rasa nyeri, istirahat diperoleh dengan bantuan keluarga yang memastikan kenyamanan dan posisi tidur.

6) Pola persepsi – kognitif

Pasien mengatakan bahwa ia percaya bahwa keadaan yang menimpa dirinya sekarang adalah ujian dari Tuhan dan yakin akan sembuh dengan berusaha dan berdoa. Pasien aktif melakukan latihan ROM dan teknik relaksasi napas dalam. Pasien memiliki harapan untuk segera pulih agar dapat kembali beraktivitas seperti biasanya.

7) Pola persepsi diri – konsep diri

Pasien pasca ORIF merasa terbatas dalam menggerakkan anggota tubuhnya, dan khawatir dengan kemampuan tubuhnya.

8) Pola peran – hubungan

Pasien mengalami kesulitan dalam menjalankan hubungan social dan fungsional sehari hari akibat nyeri dan keterbatasan gerak.

9) Pola seksualitas – reproduksi

Tidak dilakukan pengkajian karena pada saat pengkajian awal, focus pertama pasien adalah pada pemulihan kondisi fisik, terutama nyeri dan keterbatasan mobilitas pasca operasi ORIF.

10) Pola mekanisme koping – stress

Untuk mengurangi stress pasien mencoba mengalihkan perhatian dengan berbicara dengan keluarga atau menonton televisi. Dukungan emosional dari keluarga dan tenaga kesehatan membantu pasien merasa lebih tenang

11) Pola nilai – keyakinan

Pasien meyakini bahwa kesembuhan merupakan kehendak tuhan dan harus di jalani dengan sabar. Ia juga menyampaikan dukungan dari keluarga memberikan kekuatan tersendiri selama proses pemulihan.

g. Pemeriksaan Fisik

Pada saat dilakukan pengkajian, pasien tampak lemah dan dalam kondisi tirah baring (*bed rest*) di tempat tidur. Tingkat kesadaran pasien compos mentis, dengan penilaian Glasgow Coma Scale (GCS) E4 M6 V5 yang menunjukkan kesadaran penuh. Tanda-tanda vital dalam batas normal, dengan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 83 kali per menit, laju pernapasan 20 kali per menit, suhu tubuh 36,0°C, dan SpO₂ 99%. Hasil ini menunjukkan bahwa secara hemodinamik pasien stabil pasca operasi.

Pada pemeriksaan fisik: kepala, rambut pasien tampak rapi dan tidak ada masalah pada kulit kepala. Wajah pasien ditemukan memar ringan pada bagian pipi kanan. Mata: terlihat normal dengan pupil reaktif terhadap cahaya, sklera putih, dan tanpa kemerahan atau infeksi. Hidung: tampak bersih tanpa pembengkakan atau sekret, dan septum hidung terletak di posisi tengah. Mulut: mukosa bibir kering, tidak sianosis, tidak adanya perdarahan pada gusi, tidak ada kelainan pada mulut. Telinga: tampak bersih. Leher: terlihat simetris, tidak adanya pembesaran kelenjar tiroid, tidak adanya pembesaran vena jugularis, denyut nadi karotis teraba kencang dan teratur.

Pada inspeksi, bentuk thorak terlihat simetris tanpa adanya deformitas atau asimetri, dan pasien tidak tampak menggunakan otot bantu pernapasan. Pada palpasi, ekspansi paru kiri dan kanan simetris, tanpa adanya kelainan atau nyeri tekan. Perkusi menunjukkan suara resonan normal di seluruh lapang paru, tanpa ada tanda-tanda cairan atau konsolidasi. Pada auskultasi,

terdengar suara napas vesikuler yang normal, dan tidak ditemukan suara napas tambahan seperti wheezing, ronki, atau stridor.

Jantung : Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat, Palpasi : ictus cordis teraba normal, Perkusi : Redup pada jantung (+) normal, Auskultasi : suara jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara jantung tambahan. Pada pemeriksaan abdomen, inspeksi: bentuk abdomen tampak datar dan simetris, tidak terlihat distensi atau benjolan abnormal. Gerakan pernapasan perut tampak normal. Pada palpasi, tidak ditemukan nyeri tekan, massa, atau kekakuan otot perut. Perkusi abdomen menghasilkan suara timpani normal di seluruh kuadran, menandakan tidak adanya cairan bebas atau massa padat. Auskultasi menunjukkan bising usus 15x/menit atau terdengar normal, yang menandakan fungsi saluran cerna berjalan baik. Tidak ditemukan tanda-tanda pembesaran organ atau kelainan lain pada area abdomen.

Pada pemeriksaan sistem integumen, ditemukan bahwa warna pipi kanan pasien sedikit memar berwarna biru, selain itu luka pada kedua tangan dan kedua lutut berwarna biru Kulit teraba hangat dan kering, dengan turgor baik dan elastisitas dalam batas normal. Pada area tibia kanan (dextra) terdapat balutan luka operasi dalam kondisi bersih dan kering, tanpa tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak berlebih, atau cairan keluar dari luka. Tidak ditemukan luka tekan pada bagian tubuh lainnya. Secara keseluruhan.

Pada pemeriksaan sistem nutrisi dan cairan : pasien tampak dalam status gizi cukup, dengan berat badan dan tinggi badan proporsional. Nafsu makan pasien sedikit menurun pasca operasi, namun masih mampu mengonsumsi makanan lunak secara perlahan. Asupan cairan oral masih terbatas dan dibantu dengan terapi infus. Turgor kulit baik, tidak ditemukan tanda dehidrasi seperti kulit kering atau lidah kering. Warna urin kuning jernih dengan jumlah sekitar ± 1000 cc per 24 jam, menunjukkan keseimbangan cairan tubuh dalam batas normal. Tidak ditemukan tanda-

tanda kelebihan cairan seperti edema berat, dan keseimbangan input-output cairan pasien terus dipantau secara berkala.

Pada ekstremitas atas, tangan kanan terpasang infus, tidak adanya kemerahan atau nyeri tekan di area pemasangan. Pada pemeriksaan kedua tangan, kanan dan kiri, menunjukkan kekuatan otot 5/5, yang berarti pasien mampu melakukan gerakan secara normal dengan kekuatan penuh melawan tahanan, tanpa adanya penurunan kekuatan atau kelemahan otot.

Pada ekstremitas bawah kanan, tepatnya di area tibia dextra, tampak luka bekas pembedahan ORIF dengan bentuk sayatan vertikal memanjang sepanjang ± 15 cm, dimulai dari bagian proksimal tibia (dekat lutut) hingga mendekati bagian distal (dekat pergelangan kaki). Luka terlihat kering, tepi luka rapi, dan dijahit menggunakan teknik jahitan sederhana (interrupted sutures). Luka tersebut dibaluri dengan perban elastis untuk memberikan tekanan ringan, kemudian ditutup dengan kasa gulung sebagai pelindung tambahan. Balutan steril masih utuh menutupi luka, tanpa tampak perdarahan aktif. Tidak ditemukan tanda-tanda infeksi seperti nanah, kemerahan berlebihan, maupun bau. Di sekitar luka tampak edema ringan dan ekimosis (memar) yang masih dalam batas wajar pasca operasi. Terpasang drain Hemovac pada area luka perdarahan ± 100 ml, Pada kekuatan otot ekstremitas bawah disebelah kanan, dengan kekuatan otot 2/5.



Gambar : Fraktur tibia
Sumber: (sysmedtechint.com)

Pada pemeriksaan status neurovaskular pasien pasca pembedahan ORIF, ditemukan hasil sebagai berikut: Sensasi (Neuro): Pasien dapat merasakan sentuhan dengan baik pada ekstremitas yang terlibat (kaki kanan), tanpa adanya kebas atau mati rasa di sekitar area luka operasi, yang menandakan bahwa fungsi saraf di daerah tersebut berfungsi dengan baik dan tidak ada kerusakan saraf yang terjadi akibat pembedahan. Kekuatan Otot (Neuro): Pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas bawah kanan secara aktif, dan pada pemeriksaan didapatkan kekuatan otot sebesar 2/5, yang berarti gerakan hanya dapat dilakukan jika tidak melawan gravitasi.

Hal ini kemungkinan disebabkan oleh nyeri pascaoperasi dan masih terbatasnya mobilisasi, namun tidak ada tanda gangguan saraf motorik berat. Pemeriksaan Sirkulasi (Vaskular): Nadi (Pulsasi): Nadi teraba dengan baik pada arteri dorsalis pedis kaki kanan, menandakan aliran darah yang adekuat. Warna dan Suhu Kulit: Warna kulit sekitar luka operasi tampak sianosis, CRT <2 detik, terdapat edema ringan di area sekitar operasi, tidak ditemukan adanya tanda tanda iskemia berat, tidak tampak tanda tanda sindrom kompartemen seperti nyeri tekan hebat atau pembengkakan.

Tabel : Pemeriksaan Lab Darah Lengkap

Tanggal	Jam	Pemeriksaan	Hasil	Nilai
10-Feb-2025	22:08	Ureum	27	10-50 mg/dL
		Kreatinin	0,7	0,6- 1,1 mg/dL
		Masa perdarahan	3	1-6 menit
		Masa pembekuan	4	1-6 menit
		SGOT	23	P:37 U/L W:37U/L
		SGPT	18	P:42 U/L W:32U/L
		Natrium	133*	136-146 mmol/L
		Kalium	3,8	3,5-5,1 mmol/L
		Calcium	1,13	1,09-1,30 mmol/L
		Chloride	104	98-106 mmol/L
11-Feb-2025	06:00	HBSAG	Negatif	Negatif
		Gula Darah Sewaktu	241	<200 mg/dL

Tanggal	Jam	Pemeriksaan	Hasil	Nilai
12-Feb-2025	06:00	Gula Darah Sewaktu	232	<200 mg/dL
		HB	10.6*	L:13-16 P:12-15
		Lekosit	11.570*	5.000-10.000 Sel/UL
		Basofil	0.2	0-1 %
		Eosinophil	0.5*	1-3 %
		Netrofil batang	0*	2-5 %
		Netrofil segmen	87.6*	50-70 %
		Limfosit	8.1	20-40 %
		Monosit	4.3	2-8 %
		Hematocrit	31.8*	L 40 - 48% P 37 - 43 %
		Trombosit	191.000	150.000-400.000 SEL/UL
13-Feb-2025	06:00	Gula Darah Sewaktu	120	< 200 mg/dL
		Gula Darah Sewaktu	136	< 200 mg/dL
14-Feb-2025	21:05	Eosinofil	0.8*	1 – 3 %

Terapi post operasi meliputi infus RL, injeksi ceftriaxone 1 gr dosis 2x1, ibuproven 400 mg dosis 2x1, lansoprazole 1x1, , dosis 2x1, dexketoprofen, 2x1, ondansetron 8 mg dosis 2x8 mg.

Tabel: Analisa Data

Data	Masalah	Penyebab
DS: 1. Pasien mengeluh nyeri 2. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat banyak bergerak DO : - pasien tampak meringis menahan nyeri - pasien tampak sulit tidur - Skala nyeri 7 (NRS 0-10)\ - TD: 120/80 mmHg - N: 83x/menit - RR: 20x/menit - S: 36,7°C	Nyeri Akut	Agan pencedera fisik (prosedur operasi ORIF, trauma)
DS: - Pasien mengatakan takut bergerak	Gangguan Mobilitas Fisik	Nyeri post operasi ORIF, penurunan kekuaran otot,

Data	Masalah	Penyebab
DO: - Pasien tampak lemas - Pasien bedrest - ADL dibantu keluarga - Tampak terpasang kateter urine - Tampak tibia dextra terbalut elastis - Kekuatan otot ekstremitas kanan bawah belum bisa digerakkan 2/5		
DS: DO: - Terdapat luka post operasi pada bagian kaki sepanjang $\pm 15\text{cm}$ - terpasang kateter - terpasang infus - terpasang drain perdarahan $\pm 100\text{ ml}$ - Pasien tampak berhati-hati dalam bergerak - S: $36,0^{\circ}\text{C}$ - Leukosit: $11.570/\text{uL}$ ($5.000-10.000/\text{uL}$)	Resiko infeksi	Efek prosedur invasif (luka insisi pembedahan ORIF)
DS : DO : - Pasien tampak bedrest ditempat tidur - Pasien menggunakan elastis pada ekstremitas bawah - Semua ADL dibantu keluarga -	Resiko Luka Tekan	Fraktur tungkai

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data diidentifikasi diagnosa keperawatan yang meliputi:

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik prosedur operasi ORIF, trauma d.d adanya insisi dia area pembedahan
- 2) Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri post operasi ORIF, d.d penurunan kekuatan otot, keterbatasan rentang gerak, nyeri yang membatasi gerakan

- 3) Resiko infeksi b.d efek prosedur invasive luka insisi pembedahan ORIF d.d luka operasi
- 4) Resiko luka tekan b.d fraktur tungkai d.d mobilitas terbatas

B. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan terdiri dari rencana tujuan dan rencana intervensi. Rencana tujuan disusun mengacu pada buku SLKI , rencana intervensi merujuk pada buku SIKI. Perencanaan keperawatan diuraikan dalam tabel dibawah ini:

Tabel: Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Rencana Keperawatan
1.	Nyeri akut (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (awalnya skala 7 menjadi skala 2-3) 2. Meringis menghilang (tampak rileks) 3. Kesulitan tidur menurun 	- Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi skala nyeri - Identifikasi skala nyeri (NRS) - Identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis (relaksasi napas dalam) Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik Intervensi pendukung : <ul style="list-style-type: none"> - Terapi isometric exercise
2.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan, mobilisa fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi: <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)

		3. Rentang gerak meningkat (ROM)	<ul style="list-style-type: none"> - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi
3.	Risiko Infeksi (D.0142)	Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4X24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Kadar sel darah putih membaik 	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi: <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar Kolaborasi: <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
4.	Risiko Luka Tekan (D.0144)	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4X24jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. kerusakan jaringan menurun 2. kerusakan lapisan kulit menurun 	Pencegahan luka tekan (I.14543) Observasi: <ul style="list-style-type: none"> - monitor suhu kulit yang tertekan - monitor status kulit harian - monitor mobilitas dan aktivitas Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> - keringkan daerah yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urine - ubah posisi dengan hati hati setiap 1-2 jam - berikan bantalan pada titik tekan Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit - Ajarkan cara merawat kulit

C. Implementasi Keperawatan

Pada asuhan keperawatan ini penulis berfokus melakukan implementasi yang bertujuan untuk mengatasi masalah nyeri akut pada Ny. N. Penulis melakukan implementasi sesuai rencana tindakan keperawatan yang dibuat berdasarkan kebutuhan pasien. Adapun implementasi yang telah dilakukan penulis pada pasien post operasi ORIF dengan diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu dengan Memeriksa frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu tubuh, memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur terapi isometri exercise, Melatih terapi isometri exercise, menjelaskan tujuan, manfaat dan jenis terapi yang tersedia (isometri exercise), menganjurkan mengambil posisi nyaman, mendemonstrasikan dan latih teknik isometri exercise.

Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
1	Rabu 12/02/25 09:00	- Mengkaji lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, nyeri	Rabu 12/2/25 09:05	S: - Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, - nyeri yang dirasakan hilang timbul - durasi nyeri ± 3 menit O: - pasien tampak meringis menahan nyeri - pasien tampak sulit tidur	
	09:05	- mengkaji skala nyeri (NRS) sebelum diberikan intervensi isometric exercise dan relaksasi napas dalam - mengukur tanda vital: tekanan darah, suhu,nadi,dan	09:10	S: - Skala nyeri 7 sebelum dilakukan intervensi O : TTV sebelum dilakukan intervensi - TD: 120/80 mmHg - N: 83x/menit - RR: 20x/menit	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
		laju pernafasan		S: 36,7°C	
	09:10	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan teknik relaksasi napas dalam metode 4-7-8 - Mengajarkan terapi isometric exercise dengan cara: - Atur posisi pasien semi fowler, dengan kaki diluruskan, posisikan pergelangan kaki dalam dorsi-fleksi, letakkan handuk dibawah lutut sebagai tumpuan, pertahankan posisi tersebut dengan lutut dalam posisi ekstensi dan pergelangan kaki dorsi-fleksi, pertahankan selama 10 detik, ulangi gerakan tersebut selama 10 kali dalam sehari, lakukan latihan selama 5 hari berturut turut - mengukur tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, nadi, dan laju pernafasan 	09:20	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak memahami dan mempraktikkan terapi non farmakologi terapi isometric exercise dan relaksasi napas dalam - skala nyeri 6 (nyeri sedang) setelah diberikan terapi - TTV setelah diberikan intervensi - TD : 110/70 mmHg - N: 80x/menit - RR : 20x/menit - S: 36,0°C <p>A : Nyeri akut P : kolaborasi pemberian analgetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibuprofen 400 mg - Dexketoprofen - Melatih terapi isometric exercise dan relaksasi napas dalam <p>Mengukur tanda-tanda vital (TD, N, T, SPO2)</p>	
2	10:00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji adanya nyeri atau keluhan lainnya 	10:05	<p>S: pasien mengatakan masih takut bergerak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien bedrest 	
	10:05	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda-tanda vital sebelum dilakukan intervensi, yaitu tekanan darah, suhu, SPO2, RR, dan nadi 	10:10	<p>S:</p> <p>O: TTV sebelum dilakukan intervensi</p> <p>TD: 120/70 mmHg</p> <p>N: 68x/menit</p> <p>SPO2: 99%</p> <p>RR: 20x/menit</p>	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
				T :36,6 C	
	10:10	<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Menganjurkan pasien melakukan mobilisasi yaitu latihan ROM untuk ekstremitas atas dan gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan kaki <p>Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>	10:15	<p>S: pasien mengatakan masih takut bergerak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak memahami penjelasan mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi - pasien tampak menggerakkan pergelangan kaki dengan bantuan perawat, dan didampingi keluarga 	
	10:15	<ul style="list-style-type: none"> - Mengukur tanda-tanda vital setelah dilakukan intervensi: tekanan darah, nadi, suhu, RR, dan saturasi oksigen 	10:20	<p>S:</p> <p>O: TTV setelah diberikan intervensi</p> <p>TD: 130/80 mmHg</p> <p>T : 37,0 C</p> <p>N :70 x/menit</p> <p>SPO2 : 98%</p> <p>RR: 21x/menit</p> <p>A: Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - melatih mobilisasi (ROM) - Mengukur tanda-tanda vital (TD,N,T,SPO2) 	
3.	11: 00	Memantau tanda-tanda kemerahan, pembengkakan, pada area operasi	11:05	<p>S :</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi pada ekstremitas bawah kanan berukuran $\pm 15\text{cm}$ - tidak adanya kemerahan ataupun pembengkakan pada area luka - Pasien 	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
				terpasang drain perdarahan ± 100 ml - Pasien terpasang kateter urine	
	11:05	- Melakukan penggantian balutan luka sesuai SOP Mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi)	11:15	S: pasien mengatakan perban belum diganti sejak kemarin O: - Luka operasi tampak dibalut kasa - Tampak lembab dan tidak ada nanah - TTV - TD : 120/80 - N: 70x/ menit - Suhu : 37.0 C	
	11:15	- Memberikan edukasi mencuci tangan dengan benar - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi (kemerahan, bengkak, keluar nanah, demam) - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	11:20	S: - pasien mengatakan sudah mengerti cara mencuci tangan dengan benar - Pasien mengatakan sudah tahu apa saja tanda dan gejala infeksi O: - Luka operasi tampak dibalut kasa gulung - Luka operasi tampak lembab tapi tidak ada nanah - TTV - TD : 120/80 mmHg - N: 70x/ menit - SUHU : 37.0 C A : Resiko Infeksi P : lanjutkan intervensi - Kolaborasi pemberian analgetik ceftriaxone 1 gr - Mengukur tanda-tanda	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
				vital	
1	Kamis 13/02/2025 14:00	- Mengkaji lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi ,kualitas nyeri	Kamis 13/02/2025 14:05	S: - Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, - nyeri yang dirasakan hilang timbul - durasi nyeri ±3 menit O: - pasien tampak meringis menahan nyeri - pasien tampak sulit tidur	
	14:05	- mengkaji skala nyeri (NRS) sebelum diberikan intervensi isometric exercise dan relaksasi napas dalam - mengukur tanda tanda vital: tekanan darah, suhu,nadi,dan laju pernafasan	14:10	S: - Skala nyeri 6 sebelum dilakukan intervensi O : TTV sebelum dilakukan intervensi - TD: 100/70 mmHg - N: 80x/menit - RR: 20x/menit - S: 37,7°C	
	14:10	- Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam metode 4-7-8 dengan cara menghirup napas selama 4 detik, menahan napas selama 7 detik, dan menghembuskan napas perlahan selama 8 detik - Mengajarkan terapi isometric exercise dengan cara: - Atur posisi pasien semi fowler, dengan kaki diluruskan,posisi kaki dalam dorsi-fleksi,letakkan handuk dibawah lutut sebagai tumpuan,pertahank	14:20	S: O : - pasien tampak mempraktikan terapi isometric exercise dan relaksasi napas dalam - skala nyeri 5 (nyeri sedang) setelah diberikan terapi - TTV setelah diberikan intervensi - TD : 110/80 mmHg - N: 70x/menit - RR : 20x/menit - S: 36,5°C A : Nyeri akut P : - kolaborasi pemberian analgetik	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
		<p>an posisi tersebut dengan lutut dalam posisi ekstensi dan pergelangan kaki dorsi-fleksi, pertahankan selama 10 detik, ulangi gerakan tersebut selama 10 kali dalam sehari, lakukan latihan selama 5 hari berturut turut</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengukur tanda tanda vital: tekanan darah, suhu,nadi,dan laju pernafasan - 		<ul style="list-style-type: none"> - Ibuprofen 400 mg - Dexketoprofen - Melatih terapi isometric exercise dan relaksasi - napas dalam - Mengukur tanda tanda vital (TD,N,T,SPO2) 	
DX 2	14:25	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda tanda vital sebelum dilakukan intervensi, yaitu tekanan darah, suhu, SPO2, RR, dan nadi 	14 : 30	<p>S: O: TTV sebelum dilakukan intervensi TD: 110/70 mmHg N: 65x/menit SPO2:99% RR:20x/menit T :36,0 C</p>	
	14:30	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien melakukan mobilisasi yaitu latihan ROM untuk ekstremitas atas dan gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan kaki - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	14:35	<p>S: pasien mengatakan masih takut bergerak O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menggerakkan pergelangan kaki dengan bantuan perawat, dan didampingi keluarga <p>A: Gangguan Mobilitas Fisik P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - melatih mobilisasi (ROM) - Mengukur tanda tanda vital (TD,N,T,SPO2) 	
	14 :35	<ul style="list-style-type: none"> - Mengukur tanda tanda vital setelah dilakukan intervensi: tekanan darah, nadi, suhu, RR, dan saturasi oksigen 	14:40	<p>S: O: TTV setelah diberikan intervensi TD: 10/80 mmHg T : 37,0 C N :70 x/menit</p>	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
				SPO2 : 98% RR: 21x/menit A: Gangguan Mobilitas Fisik P : lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> - melatih mobilisasi (ROM) - Mengukur tanda tanda vital (TD,N,T,SPO2) 	
DX 3	14:40	Memantau tanda tanda kemerahan, pembengkakan, pada area operasi	14:45	S : O: <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi pada ekstremitas bawah kanan berukuran $\pm 15\text{cm}$ - tidak ada kemerahan ataupun pembengkakan pada area luka - Pasien terpasang drain perdarahan $\pm 100\text{ ml}$ - Pasien terpasang kateter urine 	
	14:45	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan penggantian balutan luka sesuai SOP - Mengukur tanda tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi) 	14:50	S: pasien mengatakan perban sudah diganti kemarin O: <ul style="list-style-type: none"> - Luka operasi tampak dibalut kasa - Tampak lembab dan tidak ada nanah - TTV - TD : 100/70 - N:75x/ menit - Suhu : 36.0 C 	
	14:50	<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi bagaimana mencuci tangan dengan benar - Menanyakan kembali tanda dan gejala infeksi (kemerahan,bengkak 	14:55	S: <ul style="list-style-type: none"> - pasien sudah mengerti cara mencuci tangan dengan benar - Pasien mengatakan 	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
		,keluar nanah, demam) - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien		sudah tahu apa saja tanda dan gejala infeksi O: - Luka operasi tampak dibalut kasa gulung - Luka operasi tampak lembab tapi tidak ada nanah - TTV - TD : 100/70 mmHg - N:75x/ menit - SUHU : 36.0 C A : Resiko Infeksi P : lanjutkan intervensi - Kolaborasi pemberian analgetik ceftriaxone 1 gr - Mengukur tanda tanda vital (TD,N,T,SPO2) - Mengganti perban sehari sekali	
DX 1	Jumat 14/02/2025 09:00	- Mengkaji lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi ,kualitas nyeri	Jumat 14/02/2025 09:05	S: - Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, - nyeri yang dirasakan hilang timbul - durasi nyeri ± 3 menit O: pasien tampak lemas	
	09:05	- mengkaji skala nyeri (NRS) sebelum diberikan intervensi isometric exercise dan relaksasi napas dalam - mengukur tanda tanda vital: tekanan darah, suhu,nadi,dan laju pernafasan	09:10	S: - Skala nyeri 5 sebelum dilakukan intervensi O : TTV sebelum dilakukan intervensi - TD: 110/80 mmHg - N: 70x/menit - RR: 20x/menit S: 36,7°C	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
	09:10	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam metode 4-7-8 dengan cara menghirup napas selama 4 detik, menahan napas selama 7 detik, dan menghembuskan napas perlahan selama 8 detik - Mengajarkan terapi isometric exercise dengan cara: - Atur posisi pasien semi fowler, dengan kaki diluruskan, posisikan pergelangan kaki dalam dorsi-fleksi, letakkan handuk dibawah lutut sebagai tumpuan, pertahankan posisi tersebut dengan lutut dalam posisi ekstensi dan pergelangan kaki dorsi-fleksi, pertahankan selama 10 detik, ulangi gerakan tersebut selama 10 kali dalam sehari, lakukan latihan selama 5 hari berturut turut - mengukur tanda tanda vital: tekanan darah, suhu, nadi, dan laju pernafasan 	09:25	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak mempraktikan terapi isometric exercise dan relaksasi napas dalam - skala nyeri 4 (nyeri sedang) setelah diberikan terapi - TTV setelah diberikan intervensi - TD : 120/80 mmHg - N: 72x/menit - RR : 20x/menit - S: 36,5°C <p>A : Nyeri akut P : kolaborasi pemberian analgetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibuprofen 400 mg - Dexketoprofen - Melatih terapi isometric exercise dan relaksasi napas dalam - Mengukur tanda tanda vital (TD,N,T,SPO2) 	
DX 2	09:25	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 	09:30	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi berkurang - nyeri yang dirasakan hilang timbul - durasi nyeri ± 2 menit <p>O:</p>	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
				- pasien tampak lemah pasien tampak sudah nyenyak tidur	
	09:30	<ul style="list-style-type: none"> - mengkaji skala nyeri (NRS) sebelum diberikan intervensi isometric exercise dan relaksasi napas dalam - mengukur tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, nadi, dan laju pernafasan 	09:35	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 4 sebelum dilakukan intervensi <p>O : TTV sebelum dilakukan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 100/80 mmHg - N: 84x/menit - RR: 20x/menit - S: 36,7°C 	
	09:35	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda-tanda vital sebelum dilakukan intervensi, yaitu tekanan darah, suhu, SPO2, RR, dan nadi 	09:40	<p>S:</p> <p>O: TTV sebelum dilakukan intervensi</p> <p>TD: 100/80 mmHg</p> <p>N: 84x/menit</p> <p>SPO2:99%</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>T :36,7 C</p>	
	09:40	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien melakukan mobilisasi yaitu latihan ROM untuk ekstremitas atas dan gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan kaki - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Mengukur tanda-tanda vital setelah dilakukan intervensi: tekanan darah, nadi, suhu, RR, dan saturasi oksigen - 	09:45	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak takut bergerak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menggerakkan pergelangan kaki dengan bantuan perawat, dan didampingi keluarga <p>A: Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - melatih mobilisasi (ROM) - Mengukur tanda-tanda vital (TD,N,T,SPO2) - TTV setelah diberikan intervensi - TD: 100/80 mmHg - T : 37,0 C - N :83 x/menit 	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
				<ul style="list-style-type: none"> - SPO2 : 98% - RR: 21x/men 	
DX 3	14:45	<ul style="list-style-type: none"> - Memantau tanda tanda kemerahan, pembengkakan, pada area operasi 	14:50	S : O: <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi pada ekstremitas bawah kanan berukuran $\pm 15\text{cm}$ - tidak ada kemerahan ataupun pembengkakan pada area luka - Pasien terpasang drain perdarahan $\pm 50\text{ml}$ - Pasien terpasang kateter urine 	
	14:50	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan penggantian balutan luka sesuai SOP Mengukur tanda tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi) 	14:50	S: pasien mengatakan perban sudah diganti kemarin O: <ul style="list-style-type: none"> - Luka operasi tampak dibalut kasa - Tampak lembab dan tidak ada nanah - TTV - TD : 100/80 mmHg - N:75x/ menit - SUHU : 36.0 C 	
	14:55	<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi hari ke 3 bagaimana mencuci tangan dengan benar - Menanyakan kembali tanda dan gejala infeksi (kemerahan, bengkak, keluar nanah, demam) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 	14:55	S: <ul style="list-style-type: none"> - pasien sudah mengerti cara mencuci tangan dengan benar - Pasien mengatakan sudah tahu apa saja tanda dan gejala infeksi O: <ul style="list-style-type: none"> - Luka operasi tampak dibalut kasa gulung - Luka operasi tampak lembab 	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
				tapi tidak ada nanah - TTV - TD : 100/80 mmHg - N:75x/ menit - SUHU : 36.0 C A : Resiko Infeksi P : lanjutkan intervensi - Kolaborasi pemberian analgetik ceftriaxone 1 gr - Mengukur tanda vital (TD,N,T,SPO2) Mengganti perban sehari sekali	
DX 1	Sabtu 15/02/2025 09:00	- Mengkaji lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi ,kualitas nyeri	Sabtu 15/02/2025 09:05	S: - Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, - nyeri yang dirasakan hilang timbul - durasi nyeri ± 3 menit O: pasien tampak lemas	
	09:05	- mengkaji skala nyeri (NRS) sebelum diberikan intervensi isometric exercise dan relaksasi napas dalam - mengukur tanda vital: tekanan darah, suhu,nadi,dan laju pernafasan	09:10	S: - Skala nyeri 4 sebelum dilakukan intervensi O : TTV sebelum dilakukan intervensi - TD: 130/90 mmHg - N: 70x/menit - RR: 20x/menit - S: 37,7°C	
	09:10	- Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam metode 4-7-8 dengan cara menghirup napas selama 4 detik, menahan napas selama 7 detik, dan menghembuskan	09 : 20	S: - pasien tampak mempraktikan terapi isometric exercise dan relaksasi napas dalam - skala nyeri 3 (nyeri sedang) setelah	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
		napas perlahan selama 8 detik - Mengajarkan terapi isometric exercise dengan cara: - Atur posisi pasien semi fowler, dengan kaki diluruskan, posisikan pergelangan kaki dalam dorsi-fleksi, letakkan handuk dibawah lutut sebagai tumpuan, pertahankan posisi tersebut dengan lutut dalam posisi ekstensi dan pergelangan kaki dorsi-fleksi, pertahankan selama 10 detik, ulangi gerakan tersebut selama 10 kali dalam sehari, lakukan latihan selama 5 hari berturut turut - mengukur tanda vital: tekanan darah, suhu, nadi, dan laju pernafasan		diberikan terapi - TTV setelah diberikan intervensi - TD : 120/90 mmHg - N: 79x/menit - RR : 20x/menit - S: 36,5°C A : Nyeri akut P : kolaborasi pemberian analgetik - Ibuprofen 400 mg - Dexketoprofen - Melatih terapi isometric exercise dan relaksasi napas dalam Mengukur tanda vital (TD, N, T, SPO2)	
DX 2	09:20	- Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri	09:30	S: - Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi berkurang - nyeri yang dirasakan hilang timbul - durasi nyeri ±2 menit O: - pasien tampak lemah pasien tampak sudah nyaman tidur	
	09:30	- mengkaji skala nyeri (NRS) sebelum diberikan intervensi isometric exercise dan relaksasi napas	09:35	S: - Skala nyeri 4 sebelum dilakukan intervensi	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
		dalam - mengukur tanda tanda vital: tekanan darah, suhu, nadi, dan laju pernafasan		O : TTV sebelum dilakukan intervensi - TD: 130/80 mmHg - N: 80x/menit - RR: 20x/menit - S: 36,7°C	
	09:35	- Memeriksa tanda tanda vital sebelum dilakukan intervensi, yaitu tekanan darah, suhu, SPO2, RR, dan nadi	09:40	S: O: TTV sebelum dilakukan intervensi TD: 120/80 mmHg N: 84x/menit SPO2: 99% RR: 20x/menit T : 36,7 C	
	09:40	- Menganjurkan pasien melakukan mobilisasi yaitu latihan ROM untuk ekstremitas atas dan gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan kaki - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	09:45	S: pasien mengatakan sudah tidak takut bergerak O: - pasien tampak menggerakkan pergelangan kaki dengan bantuan perawat, dan didampingi keluarga A: Gangguan Mobilitas Fisik P : lanjutkan intervensi - melatih mobilisasi (ROM) - Mengukur tanda tanda vital (TD, N, T, SPO2)	
	09:45	Memantau tanda tanda kemerahan, pembengkakan, pada area operasi	09:50	S : O: - Terdapat luka post operasi pada ekstremitas bawah kanan berukuran ±15cm - tidak ada kemerahan ataupun pembengkakan pada area luka - Pasien terpasang drain perdarahan ±50	
DX 3	09:45	Memantau tanda tanda kemerahan, pembengkakan, pada area operasi	09:50	S : O: - Terdapat luka post operasi pada ekstremitas bawah kanan berukuran ±15cm - tidak ada kemerahan ataupun pembengkakan pada area luka - Pasien terpasang drain perdarahan ±50	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
				ml - Pasien terpasang kateter urine	
	09:50	- Melakukan penggantian balutan luka sesuai SOP Mengukur tanda tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi)	09:55	S: pasien mengatakan perban sudah diganti kemarin O: - Luka operasi tampak dibalut kasa - Tampak lembab dan tidak ada nanah - TTV - TD : 110/70 mmHg - N:75x/ menit - SUHU : 36.0 C	
	09:55	- Mengevaluasi hari ke 4 bagaimana mencuci tangan dengan benar - Menanyakan kembali tanda dan gejala infeksi (kemerahan,bengkak ,keluar nanah, demam) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	10:00	S: - pasien sudah mengerti cara mencuci tangan dengan benar - Pasien mengatakan sudah tahu apa saja tanda dan gejala infeksi O: - Luka operasi tampak dibalut kasa gulung - Luka operasi tampak lembab tapi tidak ada nanah - TTV - TD : 100/80 mmHg - N:75x/ menit - SUHU : 36.0 C A : Resiko Infeksi P : lanjutkan intervensi - Kolaborasi pemberian analgetik ceftriaxone 1 gr - Mengukur tanda tanda vital (TD,N,T,SPO2)	

DX	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
				Mengganti perban sehari sekali	
	14:40	Memantau tanda tanda kemerahan, pembengkakan, pada area operasi	14:45	S : O: - Terdapat luka post operasi pada ekstremitas bawah kanan berukuran $\pm 15\text{cm}$ - tidak ada kemerahan ataupun pembengkakan pada area luka - Pasien terpasang drain perdarahan $\pm 100\text{ ml}$ - Pasien terpasang kateter urine	

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

 POLITEKES TANJUNGPUR ODI PENDIDIKAN PROFESI NEHS POLITEKES TANJUNGPUR	Kode	TA/PTK/J.Kep.03.2/1/2022
	Tanggal	2 Januari 2022
	Revisi	0
	Halamandari...halaman

Formulir Konsultasi

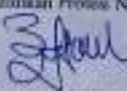
LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Dwi Yuliana
 NIM : 24060004
 Nama Pembimbing 1 : Nr. Agas Dwi Widyanti, MEd
 Judul : Analisis Tindakan Nyeri Pada Pasien Dengan Gigitan Gigitan
Dengan Intervensi Keperawatan Komprehensif di RS Sangreha
Padang Lingsing, 2022.

NO	HARI TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Jurnal 11 Januari 2022	Jurnal Nyeri	Ases gabut		
2	Selasa 26 April 2022	Analisis Pengkajian	Pengkajian Data Aspek Pengkajian		
3	Jurnal 02 Mei 2022	Etiologi dan R	Proses Biologi, Sistem Biologi dan metabolisme, sosial budaya dan		
4			Perilaku individu sosial, proses biologi, metabolisme dan sosial budaya, proses biologi dan sosial		
5			Perilaku individu sosial, proses biologi, metabolisme dan sosial budaya, proses biologi dan sosial		
6			Perilaku individu sosial, proses biologi, metabolisme dan sosial budaya, proses biologi dan sosial		
7			Perilaku individu sosial, proses biologi, metabolisme dan sosial budaya, proses biologi dan sosial		
8			Perilaku individu sosial, proses biologi, metabolisme dan sosial budaya, proses biologi dan sosial		
9			Perilaku individu sosial, proses biologi, metabolisme dan sosial budaya, proses biologi dan sosial		
10	Senin 15 Mei 2022	Etiologi R	Proses Biologi, Sistem Biologi dan metabolisme, sosial budaya dan		
11			Proses Biologi, Sistem Biologi dan metabolisme, sosial budaya dan		
12	Selasa 15 Mei 2022	Etiologi R	Proses Biologi, Sistem Biologi dan metabolisme, sosial budaya dan		

Catatan : bahwa kartu ini setiap konsultasi dan wajib diserahkan ke prodi pada akhir proses bimbingan
 Mengetahui

Kena Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkara
















 Dwi Yuliana, M. Kes. Sa. Kien
 NIP.197108111994022001

Form : Kartu Kendali Konsultasi Skripsi

	POLTEKKES TANJUNGPINANG PRODI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN POLTEKKES TANJUNGPINANG	Kode	TA/PKTjk/I.Kep.05.2/1/2022
		Tanggal	2 Januari 2022
	Formulir Konsultasi	Revisi	0
		Halaman	...dari...halaman

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : OKA Yulianita
 NIM : 241402004
 Nama Pembimbing : Dr. Triana Dharma Widayanti, M.Kep.Ns
 Judul : Analisis Tingkat Nyeri pada Pasien Pasca Operasi ORT dengan Intervensi somatik Exercise di R. Ump Samarinda
Februari - Januari 2022

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Senin 20 Jan 2022	BAB II, 2	Revisi Bab 2, 2.1, 2.2, 2.3		
2	Selasa 21 Jan 2022	BAB III, 3.1, 3.2, 3.3	Revisi Bab 3, 3.1, 3.2, 3.3		
3	Rabu 22 Jan 2022	BAB IV, 4.1, 4.2, 4.3	Revisi Bab 4, 4.1, 4.2, 4.3		
4					
5		Acc. Pro.	Kumpul		
6	Jumat 13 Mei 2022	BAB I - W	Revisi Bab 1, 1.1, 1.2, 1.3		
7					
8	Senin 16 Mei 2022	BAB IV	Revisi Bab 4, 4.1, 4.2, 4.3		
9					
10	Selasa 17 Mei 2022		Revisi Bab 4, 4.1, 4.2, 4.3		
11					
12					

Catatan : buku kartu ini setiap konsultasi dan wajib diserahkan pada akhir proses bimbingan

Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungpinang


 Dr. Agustina M. K. S. K. K.
 NIP.197108111994022003

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

 POLTEKES TANJUNGPINANG PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLTEKES TANJUNGPINANG	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/2022
	Tanggal	2 Januari 2022
	Revisi	0
	Halaman	...dari...halaman

Formulir Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : DCA SUANDA
 NIM : 240901077
 Nama Pembimbing 2 : Dr. Hakei Latenda Rini, S.Kep, N.Kep
 Judul : Analisis Tingkat Risiko Pada pasien stroke iskemik
Obat dengan tindakan isolasi darah di RS
Urip Sandhujo Provisi Lampung Tahun 2021

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Kamis / 06-mei-2021	BAB 1.9	1. Perilaku pasien terkait tindakan 2. Tindakan isolasi darah		
2	Senin / 26-mei-2021	BAB 1.8, 1.9, 1.10	1. Analisis risiko 2. Tindakan isolasi darah 3. Tindakan isolasi darah 4. Tindakan isolasi darah 5. Tindakan isolasi darah 6. Tindakan isolasi darah		
3					
4					
5					
6	Rabu / 26-mei-2021		Acc coding kiam		
7	Senin / 23-juni-2021	BAB 2.1, 2.2	Analisis risiko dan Jenis PERSI		
8	Senin / 29-juni-2021		Acc coding		
9					
10					
11					
12					

Catatan : bawa kartu ini setiap konsultasi dan wajib diserahkan ke prodi pada akhir proses bimbingan
 Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang


 Dwi Agriyanti, M.Kep, Sp.Kom
 NIP.197108111994027001