

LAMPIRAN

LEMBAR OBSERVASI PENYEMBUHAN LUKA DENGAN SKALA REEDA

No	Item Penyembuhan	Hasil											
		Hari ke-1			Hari ke-2			Hari ke-3			Hari ke-4		
		19 Februari 2025			19 Februari 2025			19 Februari 2025			19 Februari 2025		
		0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
1	Redness (Kemerahan)												
2	Edema (Pembengkakan)												
3	Ecchymosis (Bercak Perdarahan)												
4	Discharge (Pengeluaran)												
5	Approximation (Penyatuan Luka)												
Total													

Jumlah nilai :
0
1-5
>5

: Penyembuhan luka baik
: Penyembuhan luka kurang baik
: Penyembuhan luka buruk

Keterangan :
<6 hari : Cepat
6-7 hari : Normal
>7 hari : Lambat

PENUNTUN PENILAIAN SKALA REEDA

Point	Redness	Edema	Echymosis	Discharge	Approximate
0	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tertutup
1	Sekitar 0,25 cm pada kedua sisi insisi	Kurang dari 1 cm dari insisi	Sekitar 0,25 cm bilateral/0,5 cm unilateral	Serum	Jarak kulit 3 mm atau Kurang
2	Sekitar 0,5 cm pada kedua sisi insisi	Sekitar 1-2 cm dari insisi	Sekitar 0,5-1cm bilateral/0,5-2 cm unilateral	Serosanguinous	Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan
3	Lebih dari 0,5cm pada kedua sisi insisi	Lebih dari 2 cm dari insisi	Lebih dari 1cm/2cm unilateral	Darah, Purulen	Terdapat jarak antara kulit, lemak subkutan dan fascia

LEMBAR HASIL OBSERVASI PENYEMBUHAN LUKA DENGAN SKALA REEDA

No	Item Penyembuhan	Hasil											
		Hari ke-1			Hari ke-2			Hari ke-3			Hari ke-4		
		19 Februari 2025			20 Februari 2025			21 Februari 2025			22 Februari 2025		
		0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
1	Redness (Kemerahan)		1				1			1			
2	Edema (Pembengkakan)	0				0				0			
3	Echymosis (Bercak Perdarahan)	0				0				0			
4	Discharge (Pengeluaran)	0				0				0			
5	Approximation (Penyatuan Luka)	0				0				0			
Total		1				1				1			0

Jumlah nilai :

0
1-5
>5

Keterangan :

<6 hari : Cepat
6-7 hari : Normal
>7 hari : Lambat

: Penyembuhan luka baik
: Penyembuhan luka kurang baik
: Penyembuhan luka buruk

Standar Operasional Prosedur Perawatan Luka

Area kompetensi	Prosedur tindakan / bukti
Pengertian	Penggantian/Mengganti balutan untuk membantu dalam proses penyembuhan luka.
Tujuan	1. Menghilangkan sekresi yang menumpuk dan jaringan mati pada luka insisi. 2. Mempermudah proses penyembuhan luka. 3. Mengurangi pertumbuhan mikroorganisme terhadap luka/insisi
Persiapan Alat/Bahan	1. Alat-alat steril; a. Pinset anatomis 1 buah b. Pinset sirugis 1 buah c. Gunting bedah/jaringan d. Kassa kering e. Kassa betadine f. Kom 2 buah g. Hand scoon 1 pasang h. Korentang i. Sarung tangan steril 1 pasang 2. Alat-alat tidak steril; a. Gunting verban 1 buah b. Plester c. Perlak d. Kom kecil 2 buah e. Betadine f. Kapas alkohol g. Sabun cair anti septic h. NaCl 0,9 % i. Sarung tangan tidak steril 1 pasang j. Masker k. Bengkok l. Kantong plastik/tempat sampah
Prosedur Tindakan	Tahap Persiapan: 1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis) 2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan 3. Lakukan cuci tangan Komunikasi Terapeutik: 1. Perkenalkan diri 2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan

	3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien 4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin Tahap Kerja 1. Dekatkan peralatan 2. Gunakan sarung tangan tidak steril 3. Letakkan perlak di bawah area luka 4. Buka balutan lama dengan menggunakan pinset anatomi, buang balutan bekas ke dalam bengkok. Jika menggunakan plester lepaskan plester dengan cara melepaskan ujungnya dan menahan kulit di bawahnya, setelah itu tarik secara perlahan sejajar dengan kulit dan kearah balutan (bila masih terdapat sisa perekat di ulit dapat di hilangkan dengan kapas alohol 5. Letakkan balutan kotor ke bengkok lalu buang ke tempat sampah/kantong plastic 6. Kaji lokasi luka, jumlah jahitan, pus/nanah dan bau dari luka 7. Buka set balutan steril dan siapkan larutan pencuci luka dan obat luka yg di anjurkan dengan memperhatikan tehnik aseptik 8. Lepas sarung tangan ganti dengan sarung tangan steril 9. Bersihkan luka dengan sabun anti septic atau larutan Nacl 0,9% 10. Pencet atau tekan area bagian luar dari luka operasi untuk mengeluarkan cairan atau nanah/pus 11. Berikan obat dengan cara di olesi di permukaan luka 12. Tutup luka, dengan cara: a. Balutan kering; • Lapisan pertama kassa kering steril untuk menutupi area luka/insisi dan bagian sekeliling kulit • Lapisan kedua adalah kassa kering steril yang dapat menyerap • Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luar b. Balutan basah kering; • Lapisan pertama kassa steril yang telah di beri cairan steri atau cairan Nacl 0,9 % atau untuk menutup area luka
--	---

	• Lapisan kedua kassa steril yang lembab • Lapisan ketiga kassa steril yang tebal dan kering pada bagian luar 13. Plester dengan rapi 14. Angkat perlak dari bawah area luka 15. Lepaskan sarung tangan dan buang di bengkok 16. Atur dan rapikan posisi pasien Tahap Terminasi 1. Lakukan cuci tangan 2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan Dokumentasi 1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan 2. Catat respon klien 3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien 4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
--	--

Sumber : PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1.
 Jakarta: DPP PPNI. <https://fik.umpo.ac.id/wp-content/uploads/2024/03/SPO-Perawatan-Luka-Post-Operasi-1.pdf>

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Tn. M
2. Umur : 67 tahun
3. Jenis kelamin : L / ~~P~~ *
4. Pendidikan : SD
5. Pekerjaan : Petani
6. Tgl masuk RS : 17 Februari 2025 Waktu : 13.10 WIB
7. Dx. Medis : HIL
8. Alamat : Pekalongan, Lampung Timur

RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : () Melalui IGD (☒) Melalui Poliklinik

Masuk ke Ruangan pada tanggal : 17 Februari 2025, Waktu : 15.00 WIB

Diantar Oleh : () sendiri (☒) Keluarga () Petugas Kesehatan

Masuk dengan menggunakan : () Berjalan (☒) Kursi Roda () Brankar

Status Mental saat masuk : (☒) Kesadaran : Composmentis

(15) GCS : E 4 M 6 V 5

Tanda Vital Saat Masuk :

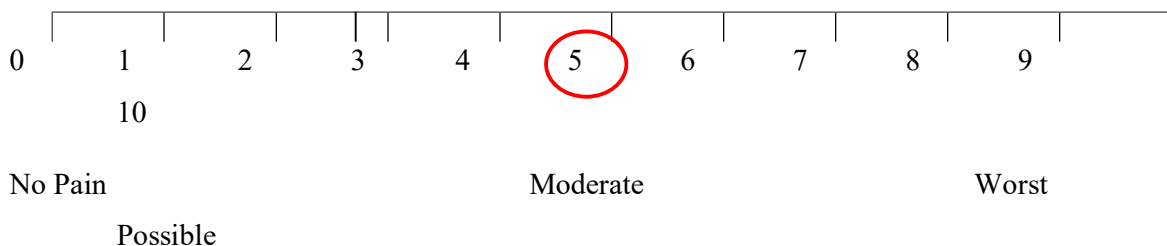
TD 130/82 mmHg

Nadi 89x/menit (☒) teratur () Tidak teratur () Lemah (☒) Kuat

RR 22x/menit (☒) teratur () Tidak teratur

Nyeri :

Numeric Rating Scale



Status Lokalis :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis disampi

C – Contusion

L – Lacerations

R – Rashes

S – Scars

*Parasite (scabies/lice)

D – Decubitus

T – Tattoo

B – Bruises

X – Body Piercing

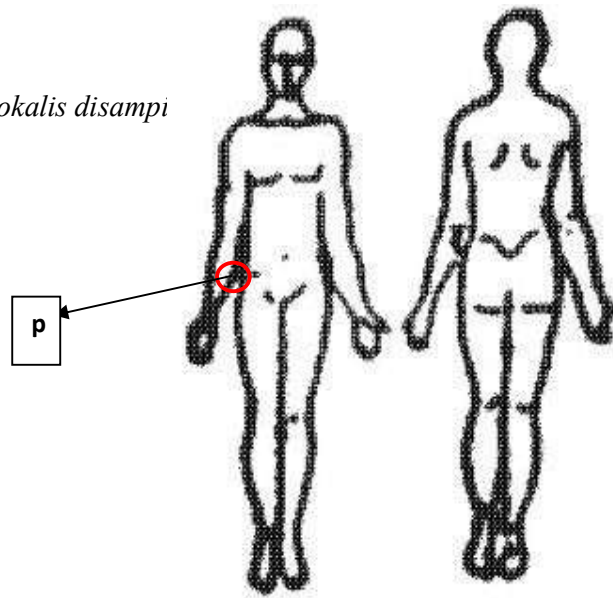
P – Pain

O – Other

Tinea Pedis:

Ya

TidakJelaskan:



Nyeri pada bagian perut bawah sebelah kiri

Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA		NILAI	KET
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	0	
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	0	
		Ya	15		
3	Alat Bantu Jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang / Tongkat / Walker c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture			0	
			0		
			15		
			30		
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	20	
		Ya	20		
5	Gaya berjalan / pindah a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri b. Lemah tidak bertenaga c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)			0	
			0		
			10		
			20		
	Status Mental			0	

6	a. Sadar penuh		0	
	b. Keterbatasan daya ingat		15	
	JUMLAH SKOR			20

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

	SKOR	Δ KODE
1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar	0 - 24	HIJAU
2. Risiko , lakukan tindakan pencegahan jatuh	>25	KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian :

pasien mengatakan terdapat luka pada perut bawah sebelah kiri dan pasien mengatakan nyeri

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Pada saat dilakukan pengkajian 18 jam setelah operasi pada tanggal 19 Februari 2025 didapatkan kesadaran pasien Composmentis dengan GCS : E4M6V5 dan pasien mengatakan telah menjalani operasi di perut bawah, pasien mengatakan terdapat luka pada perut bawah, dan pasien mengatakan nyeri, P : Nyeri pada area luka post operasi, Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : Nyeri dirasakan berada pada area luka post operasi herniatomi, S : Nyeri Skala 5 menggunakan *Numeric Ranting Scale* dengan katagori nyeri sedang terkontrol, T : Nyeri hilang timbul dan berlangsung $\pm$ 5 menit, vital sign : 122/95 mmHg, Nadi 89x/menit, Respirasi 25x/menit, Suhu 37,5°C dan SPO2 : 100 % (nasal kanul 3 lpm). Pasien tampak pucat, lemas dan memegang area perutnya dan pasien mengeluh sesak nafas, terdapat penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas tampak cepat, pasien tampak tidur terlentang, Vital sign : Tekanan darah : 122/95 mmHg, Nadi 89x/menit, Respirasi 25x/menit, Suhu 37,5°C dan SPO2 : 100 % (nasal kanul 3 lpm)

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : tidak ada

4. Bentuk reaksi alergi yg dialami : tidak ada

5. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS : tidak ada

6. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: tidak ada

7. Riwayat penyakit keluarga: klien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit yang sama

C. ANAMNESIS PENGKAJIAN

Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

- ❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien (☒) Tampak sakit sedang
- ❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan (termasuk berhenti merokok & manajemen stress) : Pasien mengatakan tidak merokok

A. Kategori fisiologis

1. Respirasi : dyspneu (-), orthopneu (-) dan tidak ada kelainan pada respirasi.
2. Sirkulasi : palpitasi (-), parasthesia (-) dan tidak ada kelainan pada sirkulasi.
3. Nutrisi dan cairan : flatus (+), mual (-), muntah (-), makan (+), minum (+).
4. Eliminasi : BAK (Kateter urine (-), volume dan tidak ada kelainan pada BAK), BAB (kolostomi (-) tidak ada kelainan
5. Aktivitas dan istirahat : pergerakan ekstremitas (+), tidur (+), nyeri saat bergerak (+).
6. Neurosensori : sakit kepala (-), nyeri dada (-), pandangan kabur (-) dan tidak ada kelainan pada neurosensori.
7. Reproduksi dan Seksualitas : tidak ada kelainan pada reproduksi dan seksualitas.

B. Pemeriksaan Fisik

1. keadaan umum tampak sakit sedang
2. kesadaran pasien Composmentis dengan GCS : E4M6V5
3. Vital sign :
Tekanan darah : 122/95 mmHg
Nadi : 89x/menit

Respirasi : 25x/menit

Suhu : 37,5°C

SPO2 : 100%

4. Integument :

Ikterik (-), sianosis (-), edema anarsaka (-), pucat (+).

5. Kepala :

- Rambut : simetris, benjolan (-). Lesi (-), rambut bewarna putih, bersih.
- Mata : lengkap, simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik dan tidak ada kelainan pada mata, reflek pupil baik.
- Hidung : bersih, tidak ada secret tidak ada pernafasan cuping hidung dan tidak ada kelainan pada hidung.
- Mulut : mukosa bibir kering, lesi (-), sianosis (-), perdarahan pada gusi (-), gigi berlubang (+) dan tidak ada kelainan pada mulut.
- Telinga : simetris, serumen (-) pendengaran baik dan tidak ada kelainan pada telinga.
- Leher : pembesaran kelenjar tiroid (-), pembesaran vena jugularis (-) denyut nadi karotis teraba kencang dan teratur (+).

6. Thorak :

- Inspeksi : bentuk thorak simetris, otot bantu pernafasan (-).
- Palpasi : ekspansi paru simetris dan tidak ada kelainan.
- Perkusi : sonor di seluruh lapang paru.
- Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan.

7. Jantung :

- Inspeksi : ictus cordis terlihat (-).
- Palpasi : ictus cordis teraba (+) normal.
- Perkusi : redup pada jantung (+) normal.
- Auskultasi : suara jantung S1 dan S2 dan tidak ada suara jantung tambahan.

8. Abdomen :

- Inspeksi : bentuk abdomen datar, masa (-), benjolan (-), lesi (-), luka post operasi herniatomi $\pm$ 7 cm yang dibalut dengan kasa (+)
- Palpasi : nyeri tekan (+) benjolan (-), masa (-).
- Perkusi : suara tympani (+).
- Auskultasi : bising usus 15x/menit, Ginetalia : kelainan pada ginetalia (-).

9. Kekuatan otot :

- ekstremitas atas 5/5.
- ekstremitas bawah /5/5.

C. Pemeriksaan penunjang diagnostic

Pemeriksaan penunjang diagnostic pada Tn.M, darah lengkap dan kimia klinik pada tanggal 17 Februari 2025 didapatkan hasil :

- Hemoglobin 12,7 g/dl
- Leukosit 8.000 /uL
- Eritrosit 4,2 juta/uL
- Hematokrit 40%
- Trombosit 225.000 /uL
- MCV 97 /fL
- MCH 31 /pg
- MCHC 32 g/dL
- Basofil 0%
- Eosinofil 4 %
- Limposit 14 %
- Monosit 8 %
- CT 5 menit
- BT 4 menit
- GDS 81 mg/Dl
- HBsAg non reaktif

Hasi pemeriksaan penunjang diagnostic pada tanggal 19 Februari didapatkan hasil :

- Hemoglobin 11,3 g/dL
- Albumin 2,1 g/dL
- Natrium 137 mmol/L
- Kalium 3,1 mmol/L
- Calsium 8,6 mg/Dl

D. Terapi obat dan cairan

- Ceftriaxone 1gr (IV) / 12 jam
- Ranitidine 50 mg (IV) / 12 jam
- Ketorolac 30 mg (IV) /8jam
- Ringer Laktat 500 ml 20 tpm/12 jam.

Analisis Data

Data	Masalah	Penyebab
DS : • Pasien mengatakan telah menjalani operasi di perut bawah sebelah kiri • Pasien mengatakan terdapat luka pada perut bawah sebelah kiri DO : • Terdapat luka post operasi HIL $\pm$ 7 cm yang dibalut dengan kasa • Vital Sign : TD :122/95 mmHg Nadi :89x/menit RR : 25x/menit	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	Faktor Elektris (Elektrodiatermi)

Suhu : 37,5°C SPO2 : 100%. (nk 3lpm)		
DS : - Pasien mengatakan nyeri P : Nyeri pada area luka post operasi Q : Nyeri seperti di tusuk- tusuk R : Nyeri dirasakan berada pada area luka post operasi HIL T : Nyeri hilang timbul dan berlangsung ± 5 menit DO: - Pasien tampak memegang area perutnya - S : Nyeri Skala 5 menggunakan <i>Numeric Ranting Scale</i> dengan katagori nyeri sedang terkontrol. - Vital Sign : TD : 122/95 mmHg Nadi : 89x/menit RR : 25x/menit Suhu : 37,5°C SPO2 : 100%. (nk 3lpm)	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi HIL)
DS: - Pasien mengatakan sesak nafas DO: - Pola nafas pasien tampak cepat - Terdapat penggunaan otot bantu pernafasan - Pasien tampak tidur terlentang - Vital sign : TD : 122/95 mmHg Nadi 89x/menit RR 25x/menit Suhu 37,5°C SPO2 : 100%. (nk 3lpm)	Pola Nafas Tidak Efektif	Penurunan Energi

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama pasien : Tn.M
Dx. Medis : HIL
Ruang : Ruang Bedah Provinsi Lampung
No.MR : 263099

HARI KE 1 : Tanggal 19 Februari 2025

1. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan Faktor Elektris (Elektrodiatermi)
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi HIL)
3. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Energi

HARI KE 2 : 20 Februari 2025

1. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan Faktor Elektris (Elektrodiatermi)
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi HIL)

HARI KE 3 : 21 Februari 2025

1. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan Faktor Elektris (Elektrodiatermi)
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi HIL)

HARI KE-4 : 22 Februari 2025

1. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan Faktor Elektris (Elektrodiatermi)
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi HIL)

Perencanaan Keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan Faktor Elektris (Elektrodiatermi)	Setelah dilakukan asuhankeperawatan diharapkan penyembuhan luka (L.14137) menurun dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan manurun dari angka (1-5) 2. Kerusakan lapisan kulit menurun daru angka (1-5) 3. Nyeri menurun dari angka (1-5) 4. Kemerahan menurun dari angka (1-5) 5. Hematoma menurun dari angka (1-5) 6. Suhu kulit membaik dari angka (1- 5)	Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, wama, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 6. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 7. Pasang balutan sesuai jenis luka 8. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 9. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 10. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 11. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari 12. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi 13. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu Edukasi 14. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 15. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 16. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 17. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 18. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
Nyeri Akut (D.007) berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi HIL)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri (L.08066)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri

	menurun dengan kriteria hasil: 4. Keluhan nyeri menurun dari angka (1-5) 5. Frekuensi nadi membaik dari angka (1-5) 6. Tekanan darah membaik dari angka (1-5)	- Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imalinas terbimbing. kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Pola nafas tidak efektif (D.0005) berhubungan dengan penurunan energi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pola nafas (L.01004) menurun dengan kriteria hasil: 4. Dispneu menurun dari angka (1-5) 5. Penggunaan otot bantu nafas menurun dari angka (1-5) 6. Frekuensi	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) secara berkala, - Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik - Posisikan semi-Fowler atau Fowler - Berikan minum hangat - Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

	nafas membaik dari angka (1-5)	- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal - Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill - Berikan oksigen, jika perlu Edukasi - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi - Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
--	---	--

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 13. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama pasien : Tn.M

Dx. Medis : HIL

Ruang : Ruang Bedah Shafa RSU Muhammadiyah Metro

No.MR : 263099

Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
Rabu 19/02/2025 Hari ke 1 08.30 wib 08.45 wib 08.50 wib 09.00 wib 09.05 wib 09.10 wib 09.15 wib 09.20 wib 09.50 wib 09.55 wib 10.00 wib	Perawatan Luka (I.14564) - Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi luka - Melepaskan balutan dan plester secara perlahan - Membersihkan dengan cairan Nacl - Memberikan salep gentamicine sulfate 5 gram - Memberikan sofratulle diatas permukaan luka - memasang balutan sesuai jenis luka - mempertahankan gerak steril saat perawatan luka Manajemen Nyeri (I.08238) - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Memberikan teknik nonfarmakologis	Rabu 19/02/2025 14.00 wib	S : - Pasien mengatakan telah menjalani operasi di perut bawah sebelah kiri - Pasien mengatakan terdapat luka pada perut bawah sebelah kiri P :Nyeri luka post operasi HIL Q : Nyeri seperti di tusuk- tusuk R : Nyeri dirasakan berada pada area luka post operasi HIL T : Nyeri hilang timbul dan berlangsung $\pm$ 5 menit - Pasien mengatakan faktor yang memperberat nyeri saat melakukan perubahan posisi dan memperingan nyeri saat pasien berdiam dan tidak melakukan perubahan posisi. - Pasien mengatakan telah mengerti tentang teknik relaksasi nafas dalam dan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri	

10.05 wib	untuk mengurangi rasa nyeri dengan Teknik relaksasi nafas dalam		O:	
10.10 wib			- Karakteristik luka adalah luka post HIL, luka di perut bawah sebelah kiri, Panjang luka ± 7 cm	
10.15 wib	- Mengajarkan teknik nonfarmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri		- Balutan dan plaster telah dilepaskan, ada tanda-tanda infeksi	
10.20 wib	- Memeriksa vital sign		- Tanda-tanda infeksi Redness (Kemerahan) : ada 0,25 di sisi tepi kanan dan kiri insisi Edema (Pembengkakan) : tidak ada Ecchymosis (Bercak perdarahan): tidak ada Discharge (Pengeluaran) : tidak ada Approximation (penyatuan luka): tertutup	
10.25 wib	- Memberikan terapi obat			
	Manajemen jalan nafas (I.01011)			
11.30 wib	- memonitor bunyi nafas tambahan, Respirasi, dan SP02 100%		- Luka telah di bersihkan, luka tampak bersih	
11.35 wib	- memberikan oksigen nk 3 lpm		- Sofratulle telah diletakkan di tepi luka	
11.40 wib	- memberikan posisi semi fowler		- Luka telah tertutup dengan kasa steril dan hypafix	
11.45 wib	- Memeriksa vital sign		- Teknik steril telah dipertahankan	
11.50 wib	- Memberikan terapi obat Ceftriaxone 1 gr (iv) Ranitidine 50 mg (iv) Keterolak 30 mg (iv)		- Lokasi ketidaknyamanan atau nyeri saat bergerak berada di area perut bawah adalah luka post operasi herniatomi	
			- Kemerahan cukup meningkat (2)	
			- Suhu kulit cukup memburuk (2)	
			- S : Nyeri skala 5 menggunakan	

			<i>Numeric Ranting Scale</i> dengan katagori nyeri sedang, - Teknik nonfarmakologis telah diberikan yaitu Teknik relaksasi nafas dalam, pasien tampak melakukan Teknik relaksasi nafas dalam dengan antusias - Tidak ada bunyi nafas tambahan - Posisi semi fowler telah diberikan, pasien tampak nyaman dan rileks - Vital Sign : TD : 122/95 mmHg Nadi 89x/menit RR 25x/menit Suhu 37,5°C SPO2 : 100%. (nk 3lpm) - Terapi obat telah diberikan Ceftriaxone 1 gr (iv) Ranitidine 50 mg (iv) Keterolak 30 mg (iv) tidak ada tanda-tanda alergi A : - Gangguan integritas kulit/jaringan - Nyeri akut - Pola nafas tidak efektif P : - Perawatan luka - Manajemen nyeri - Manajemen jalan nafas	
--	--	--	---	--

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama pasien : Tn.M

Dx. Medis : HIL

Ruang : Ruang Bedah Shafa RSU Muhammadiyah Metro

No.MR : 263099

Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
Kamis 20/02/2025 Hari ke 2 08.30 wib 08.45 wib 08.50 wib 09.00 wib 09.05 wib 09.10 wib 09.15 wib 09.20 wib 09.50 wib 09.55 wib 10.00 wib 10.05 wib 10.10 wib	Perawatan Luka (I.14564) - Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi luka - Melepaskan balutan dan plester secara perlahan - Membersihkan dengan cairan Nacl - Memberikan salep gentamicine sulfate 5 gram - Memberikan sofratulle diatas permukaan luka - memasang balutan sesuai jenis luka - mempertahankan gerak steril saat perawatan luka Manajemen Nyeri (I.08238) - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan Teknik relaksasi nafas dalam - Memeriksa vital sign - Memberikan terapi obat	Kamis 20/02/2025 14.00 wib	S : - Pasien mengatakan telah menjalani operasi di perut bawah sebelah kiri - Pasien mengatakan terdapat luka pada perut bawah sebelah kiri P :Nyeri luka post operasi HIL Q : Nyeri seperti di tusuk- tusuk R : Nyeri dirasakan berada pada area luka post operasi HIL T : Nyeri hilang timbul dan berlangsung $\pm$ 5 menit - Pasien mengatakan faktor yang memperberat nyeri saat melakukan perubahan posisi dan memperingan nyeri saat pasien berdiam dan tidak melakukan perubahan posisi. - Pasien mengatakan telah mengerti tentang teknik relaksasi nafas dalam dan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk menguangi nyeri	

	Ceftriaxone 1 gr (iv) Ranitidine 50 mg (iv) Keterolak 30 mg (iv)		- Pasien mengatakan sudah tidak sesak O: - Karakteristik luka adalah luka post HIL, luka di perut bawah sebelah kiri, Panjang luka ± 7cm - Balutan dan plaster telah dilepaskan, ada tanda- tanda infeksi - Tanda-tanda infeksi Redness (Kemerahan) : ada 0,25 di sisi tepi kanan dan kiri insisi Edema (Pembengkakan) : tidak ada Ecchymosis (Bercak perdarahan): tidak ada Discharge (Pengeluaran) : tidak ada Approximation (penyatuan luka): tertutup - Luka telah di bersihkan, luka tampak bersih - Sofratulle telah diletakkan di tepi luka - Luka telah tertutup dengan kasa steril dan hypafix - Teknik steril telah dipertahankan - Lokasi ketidaknyamanan atau nyeri saat bergerak berada di area perut bawah adalah luka post operasi herniomi - Kemerahan cukup menurun (4)	
--	---	--	--	--

			- Suhu kulit cukup membaik (4) - S : Nyeri skala 5 menggunakan <i>Numeric Ranting Scale</i> dengan katagori nyeri sedang, - Teknik nonfarmakologis telah diberikan yaitu Teknik relaksasi nafas dalam, pasien tampak melakukan Teknik relaksasi nafas dalam dengan antusias - Tidak ada bunyi nafas tambahan - Posisi semi fowler telah diberikan, pasien tampak nyaman dan rileks - Pasien sudah tidak memakai O2 - Vital Sign : TD :120/90 mmHg Nadi :89x/menit RR : 22x/menit Suhu : 37,0°C SPO2 : 99%. - Terapi obat telah diberikan Ceftriaxone 1 gr (iv) Ranitidine 50 mg (iv) Keterolak 30 mg (iv) tidak ada tanda-tanda alergi A : - Gangguan integritas kulit/jaringan - Nyeri akut P : - Perawatan luka - Manajemen nyeri	
--	--	--	--	--

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama pasien : Tn.M

Dx. Medis : HIL

Ruang : Ruang Bedah Shafa RSU Muhammadiyah Metro

No.MR : 263099

Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
Jumat 21/02/2025 Hari ke 3 08.30 wib 08.45 wib 08.50 wib 09.00 wib 09.05 wib 09.10 wib 09.15 wib 09.20 wib 09.50 wib 09.55 wib 10.00 wib	Perawatan Luka (I.14564) - Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi luka - Melepaskan balutan dan plester secara perlahan - Membersihkan dengan cairan NaCl - Memberikan sofratulle diatas permukaan luka - memasang balutan sesuai jenis luka - mempertahankan teknik steril saat perawatan luka Manajemen Nyeri (I.08238) - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan Teknik relaksasi nafas dalam - Memberikan terapi obat Ceftriaxone 1 gr (iv) Ranitidine 50 mg (iv) Keterolak 30 mg (iv)	Jum'at 21/02/2025 14.00 wib	S : - Pasien mengatakan telah menjalani operasi di perut bawah sebelah kiri - Pasien mengatakan terdapat luka pada perut bawah sebelah kiri P :Nyeri luka post operasi HIL Q : Nyeri seperti di tusuk- tusuk R : Nyeri dirasakan berada pada area luka post operasi HIL T : Nyeri hilang timbul dan berlangsung $\pm$ 5 menit - Pasien mengatakan faktor yang memperberat nyeri saat melakukan perubahan posisi dan memperingan nyeri saat pasien berdiam dan tidak melakukan perubahan posisi. - Pasien mengatakan telah mengerti tentang teknik relaksasi	

10			napas dalam dan akan melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk meringankan nyeri - Pasien mengatakan sudah tidak sesak O: - Karakteristik luka adalah luka post HIL, luka di perut bawah sebelah kiri, Panjang luka $\pm 7\text{cm}$ - Balutan dan plaster telah dilepaskan, ada tanda- tanda infeksi - Tanda-tanda infeksi Redness (Kemerahan) : 0,25 di sisi kanan dan kiri insisi Edema (Pembengkakan) : tidak ada Ecchymosis (Bercak perdarahan): tidak ada Discharge (Pengeluaran) : tidak ada Approximation (penyatuan luka): tertutup - Luka telah di bersihkan, luka tampak bersih - Sofratulle telah diletakkan di tepi luka - Luka telah tertutup dengan kasa steril dan hypafix	
----	--	--	---	--

			- Teknik steril telah dipertahankan - Kemerahan cukup menurun (4) - Suhu kulit cukup membaik (4) - Lokasi ketidaknyamanan atau nyeri saat bergerak berada di area perut bawah adalah luka post operasi herniatomi - S : Nyeri skala 4 menggunakan <i>Numeric Ranting Scale</i> dengan katagori nyeri sedang, - Teknik nonfarmakologis telah diberikan yaitu Teknik relaksasi nafas dalam, pasien tampak melakukan Teknik relaksasi nafas dalam dengan antusias - Vital Sign : TD :120/90 mmHg Nadi : 85x/menit RR : 22x/menit Suhu : 36,8°C SPO2 : 99 % - Terapi obat telah diberikan Ceftriaxone 1 gr (iv) Ranitidine 50 mg (iv) Keterolak 30 mg (iv) tidak ada tanda-tanda alergi	
--	--	--	---	--

			A : - Gangguan integritas kulit/jaringan - Nyeri akut P : - Perawatan luka - Manajemen nyeri	
--	--	--	--	--

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama pasien : Tn.M

Dx. Medis : HIL

Ruang : Ruang Bedah Shafa RSU Muhammadiyah Metro

No.MR : 263099

Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
Sabtu 22/02/2025 08.30 wib 08.45 wib 08.50 wib 09.00 wib 09.05 wib 09.10 wib 09.15 wib 09.20 wib 09.50 wib 09.55 wib 10.00 wib 10.05 wib 10.10 wib	Perawatan Luka (I.14564) - Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi luka - Melepaskan balutan dan plester secara perlahan - Membersihkan dengan cairan NaCl - Memberikan sofratulle diatas permukaan luka - memasang balutan sesuai jenis luka - mempertahankan teknik steril saat perawatan luka Manajemen Nyeri (I.08238) - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan Teknik relaksasi nafas dalam Manajemen jalan nafas (I.01011) - memonitor bunyi nafas tambahan, Respirasi, dan SP02 - memberikan posisi semi fowler - Memeriksa vital sign	Sabtu 22/02/2025 14.00	S : - Pasien mengatakan telah menjalani operasi di perut bawah sebelah kiri - Pasien mengatakan terdapat luka pada perut bawah sebelah kiri P :Nyeri luka post operasi HIL Q : Nyeri seperti di tusuk- tusuk R : Nyeri dirasakan berada pada area luka post operasi HIL T : Nyeri hilang timbul dan berlangsung $\pm$ 5 menit - Pasien mengatakan faktor yang memperberat nyeri saat melakukan perubahan posisi dan memperingan nyeri saat pasien berdiam dan tidak melakukan perubahan posisi. - Pasien mengatakan telah mengerti tentang teknik relaksasi	

10.15 wib	- Memberikan terapi obat Ceftriaxone 1 gr (iv) Ranitidine 50 mg (iv) Keterolak 30 mg (iv)		nafas dalam dan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk menguangi nyeri O: - Karakteristik luka adalah luka post HIL, luka di perut bawah sebelah kiri, Panjang luka ± 7cm - Balutan dan plaster telah dilepaskan, tidak ada tanda- tanda infeksi - Tanda-tanda infeksi Redness (Kemerahan) : tidak ada Edema (Pembengkakan) : tidak ada Ecchymosis (Bercak perdarahan): tidak ada Discharge (Pengeluaran) : tidak ada Approximation (penyatuan luka): tertutup - - Luka telah di bersihkan, luka tampak bersih - Sofratulle telah diletakkan di tepi luka - Luka telah tertutup dengan kasa steril dan hypafix	
-----------	---	--	--	--

			- Teknik steril telah dipertahankan - Kemerahan menurun (5) - Suhu kulit membaik (5) - Lokasi ketidaknyamanan atau nyeri saat bergerak berada di area perut bawah adalah luka post operasi herniatomi - S : Nyeri skala 3 menggunakan <i>Numeric Ranting Scale</i> dengan katagori nyeri sedang, - Teknik nonfarmakologis telah diberikan yaitu Teknik relaksasi nafas dalam, pasien tampak melakukan Teknik relaksasi nafas dalam dengan antusias - Vital Sign : TD :125/80 mmHg Nadi : 83x/menit RR : 21x/menit Suhu : 36,5°C SPO2 : 100 % - Terapi obat telah diberikan Ceftriaxone 1 gr (iv) Ranitidine 50 mg (iv) Keterolak 30 mg (iv) tidak ada tanda-tanda alergi	
--	--	--	--	--

			A : - Gangguan integritas kulit/jaringan - Nyeri akut P : - Perawatan luka - Manajemen nyeri	
--	--	--	--	--

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

 POLTEKKES TANJUNGGARANG PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLTEKKES TANJUNGGARANG Formulir Konsultasi	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/2022
	Tanggal	2 Januari 2022
	Revisi	0
	Halaman	dari....halaman

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ery Moya Sari
 NIM : 2414901024
 Nama Pembimbing 1 : Gustor Amatria, S.Kep.N, M.Kel.
 Judul : Analisis Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Operasi Hernia Inguinalis Lateralis Dengan Intervensi Perawatan Luka di RSW Muhammadiyah Alitro Perintis Lampung Tahun 2021

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	06/02/2021	Penggunaan judul dan kedisiplinan membimbing	Acc Judul		
2	02/05/2021	BAB I	Perbaiki tujuan dan penulisan penelitian		
3	07/05/2021	BAB II	Lanjutkan BAB II sesuai judul dan panduan		
4	09/05/2021	BAB III	Acc BAB II dan lanjutkan BAB III		
5	12/05/2021	BAB IV	Acc BAB III, lanjutkan BAB IV, BAB V		
6	14/05/2021	BAB IV	Perbaiki pembahasan dan implementasi		
7	17/05/2021	BAB V	Perbaiki saran sesuai kondisi tujuan penelitian		
8	26/05/2021		— Lengkap —		
9	26/05/2021		Acc Garisinda		
10	03/06/2021		Acc Cetok		
11					
12					

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

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang


 Dwi Agustanti, M.Kep.Sp.Kom
 NIP.197108111994022001

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

 POLTEKKES TANJUNGGARANG PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLTEKKES TANJUNGGARANG Formulir Konsultasi	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/2022
	Tanggal	2 Januari 2022
	Revisi	0
	Halaman	dari....halaman

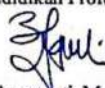
LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ecy Maya Sari
 NIM : 291901029
 Nama Pembimbing 2 : Dr. Anita, M. Kep., Sp. Mol
 Judul : Analisis Perencanaan Luka pada pasien post Operasi Insulin dengan Insulin
Perawatan Luka Di RIG Muhammadiyah Metro
Provinsi Lampung Tahun 2021

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	06/01/2021	BAB II	Oral pd lb berant nya ada katabel		
2	08/01/2021	Daftar Pustaka	2 daftar pustaka 1 paraf		
3	09/01/2021	Lampiran	3 lampiran lampiran		
4	12/01/2021	BAB III	Perbaiki penulisan sub judul diket. sp. Mol		
5	16/01/2021	BAB IV	Perbaiki kesalahan kata		
6	23/01/2021	BAB I - V	AK		
7	03/02/2021		Perbaiki abstrak		
8	09/02/2021	BAB I	Perbaiki BAB I		
9	11/02/2021	BAB IV	Perbaiki pembahasan		
10	12/02/2021		AK Cetak		
11					
12					

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

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang



Dwi Agustanti, M.Kep.Sp.Kom
 NIP.197108111994022001

Dokumentasi Foto Kegiatan

