

# **LAMPIRAN**

**Lampiran 1.**

**Jadwal Pelaksanaan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)**

No.	Kegiatan	Januari	Februari	Maret	April	Mei
1.	Pengajuan judul KIAN					
2.	Penyusunan draf KIAN					
3.	Pengambilan data KIAN					
4.	Penyusunan KIAN					
5.	Seminar hasil KIAN					

## Lampiran 2.

### Surat Keterangan Pengambilan Data

#### SURAT KETERANGAN

Yang Bertanda-tangan di bawah ini, Pembimbing Lahan/Preseptor:

Nama : Endah W, SKep., Ns.

Instansi RS : PG Urip Sumoharjo

Ruang : Pesona Alam I

Dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa mahasiswa berikut:

Nama : Anggita Febrina

NIM : 211419010608

Jurusan : Keperawatan

Prodi : Pendidikan Profesi Ners Program Profesi

Judul : Analisis Tingkat Nyeri pada pasien post <sup>operasi</sup> Open Reduction  
Internal Fixator (ORIF) dengan Intervensi <sup>pereda</sup> Nyeri  
Lipat Breathing (PLB) di Rumah Sakit Urip Sumoharjo  
Provinsi Lampung Tahun 2025.

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut telah melaksanakan asuhan keperawatan pada

tanggal 10 Februari 2025 sampai 15 Februari 2025 untuk kepentingan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners  
(KIAN).

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bandar Lampung, 15 Februari 2025

Pembimbing Lahan/Preseptor



(Endah W, SKep., Ns.)

**Lampiran 3.**

**Presensi Mahasiswa**

**PERSEPSI PRAKTIK KEPERAWATAN PEMINATAN**

Nama Mahasiswa : Anggrea Febriary  
NIM : 2114501068  
Periode : 10 - 15 Februari 2025

No.	Tanggal	Tempat Praktik	Jam Datang	Jam Pulang	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	10-2-25	R. Petrona Alam 1	13.30	20.30	✓	✓
2.	11-2-25	R. Petrona Alam 1	13.30	20.30	✓	✓
3.	12-2-25	R. Petrona Alam 1	13.30	20.30	✓	✓
4.	13-2-25	R. Petrona Alam 1	07.30	14.00	✓	✓
5.	14-2-25	R. Petrona Alam 1	07.30	14.00	✓	✓
6.	15-2-25	R. Petrona Alam 1	07.30	14.00	✓	✓

Bandar Lampung, 15 Februari 2025  
Mengetahui,  
Pembimbing Praktik



( Endah W. S. Kep., Ns)

#### **Lampiran 4.**

#### **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 *Post Operasi Open Reduction Internal Fixation (ORIF)* dengan Intervensi *Pursed Lips Breathing* (PLB) 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 relaksasi pernapasan *Pursed Lips Breathing* (PLB), kemudian setelah diberikan intervensi tambahan tersebut maka akan dilakukan evaluasi dengan lembar observasi tingkat nyeri untuk mengukur tingkat nyeri setelah mendapat intervensi tambahan *Pursed Lips Breathing* (PLB) tersebut.

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

Bandar Lampung, 10 Februari 2025

Peneliti

Anggita Febriany

NIM. 2414901068

**Lampiran 5.**

**LEMBAR PERSETUJUAN/INFORMED CONSENT**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Jenis Kelamin : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : L / P

Ruangan : .....

Menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian dari :

Nama Peneliti : Anggita Febriany

Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang

Bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian, dengan judul “Analisis Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF) dengan Intervensi *Pursed Lips Breathing* (PLB) di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Provinsi Lampung Tahun 2025” dan saya yakin tidak membahayakan bagi kesehatan dan dijamin kerahasiaannya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa paksaan.

**Bandar Lampung,.....2025**

**Peneliti**

**Menyetuji,  
Responden**

(Anggita Febriany) (.....)

## Lampiran 6.

### LEMBAR OBSERVASI

#### Analisis Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)* dengan Intervensi *Pursed Lips Breathing (PLB)* di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Provinsi Lampung Tahun 2025

##### I. Identitas Responden

Nama Responden :

Umur :

Jenis Kelamin :

##### II. Pengkajian Pasien

Pemberian Intervensi Hari Ke :

Kesadaran :

Tekanan Darah :

Nadi :

Pernapasan :

Suhu :

Saturasi Oksigen :

### INSTRUMEN NYERI POST OPERASI

#### Sebelum melakukan teknik relaksasi Pursed Lips Breathing (PLB)



Skala nyeri : .....

#### Sesudah melakukan teknik relaksasi Pursed Lips Breathing (PLB)



Skala nyeri : .....

Keterangan :

0 (tidak nyeri)	Aktivitas normal, bahagia
1-3 (nyeri ringan)	Ekspresi netral, mau bermain dan berbicara
4-6 (nyeri sedang)	Melindungi daerah yang sakit, mengurangi gerakan (diam), mengeluh nyeri
7-9 (nyeri berat)	Tidak bergerak, terlihat takut, sangat diam
10 (nyeri hebat)	Gelisah, mengeluh sangat nyeri, menangis terus

Sumber : Potter & Perry (2010)

## Lampiran 7.

<b>Standar Operasional Prosedur (SOP)</b> <b>Terapi Relaksasi Napas Dalam dengan <i>Pursed Lips Breathing</i> (PLB)</b>	
<b>Pengertian</b>	Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat dan bagaimana cara menghembuskan napas secara perlahan.
<b>Tujuan</b>	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya rasa nyeri.
<b>Kebijakan</b>	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri
<b>Indikasi</b>	Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif
<b>Persiapan Alat</b>	<p>Persiapan alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Handscoon bersih, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Kursi dan sandaran, <i>jika perlu</i></li> <li>3. Media : leaflet</li> </ol>
<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	<p><b>Pra Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membaca status klien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> </ol> <p><b>Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Salam : memberi salam sesuai waktu</li> <li>4. Memperkenalkan diri</li> <li>5. Validasi kondisi klien saat ini. Menayakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya</li> <li>6. Menjaga privasi klien</li> <li>7. Kontrak</li> </ol> <p>Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan</p> <p><b>Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. <i>Pursed lips breathing</i> dilakukan selama 10 menit</li> <li>9. Mengatur posisi pasien dengan duduk ditempat tidur atau kursi, pasien bisa berbaring pada tempat tidur jika kondisinya kurang memungkinkan</li> <li>10. Menginstruksikan pasien untuk rileks dengan melemaskan otot-otot leher dan bahu</li> <li>11. Meletakkan satu tangan pasien di abdomen (tepat dibawah <i>processus xipoideus</i>) dan tangan lainnya ditengah dada untuk merasakan gerakan dada dan abdomen saat bernafas</li> <li>12. Menarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal lalu jaga mulut tetap tertutup selama inspirasi dan tahan nafas selama detik</li> <li>13. Hembuskan nafas melalui bibir yang dirapatkan dan sedikit terbuka sambil mengkontraksikan otot-otot abdomen selama 4 detik.</li> <li>14. Menginstruksikan pasien untuk melakukan <i>Pursed Lips Breathing</i> selama 10 menit, tiap siklus sebanyak 6 kali pernapasan dengan jeda antar siklus 2 detik, kemudian mengevaluasi kondisi responden setelah dilakukan intervensi</li> <p><b>Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Evaluasi hasil : kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini</li> <li>16. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan <i>feedback</i> dari terapi yang dilakukan</li> <li>17. Tindak lanjut : menjadwalkan latihan teknik relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i></li> <li>18. Kontrak : topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya</li> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>19. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan</li> <li>20. Mencatat perasaan dan respon klien setelah diberikan tindakan</li> </ol> </ol></ol>
<b>Sumber</b>	(Smeltzer & Bare, 2017)

**Lampiran 8.**

**Dokumentasi**



## Lampiran 9.

**ABOUT US.**

Teknik relaksasi nafas dengan pursed lip breathing merupakan intervensi mandiri keperawatan dimana perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara pertahanan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri akut, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah



**Pursed-lip breathing technique**

1. Inhale slowly through your nose.
2. Purse your lips as you would to whistle.
3. Exhale slowly while keeping your lips pursed.

**Note:** Do not force your lungs to empty completely.

**MANFAAT PLB??**

Latihan bernapas yang terdiri dari 2 cara yaitu, menarik napas (inspirasi) melalui hidung dengan mulut tertutup beberapa detik serta mengeluarkan napas (ekspirasi) melalui mulut dengan mengerucutkan bibir seperti bersiul.



- Memperbaiki sesak napas
- Menurunkan skala nyeri
- Menurunkan tekanan darah
- Memberikan rasa nyaman, tenang
- sehingga dapat memperlambat pola napas

**TAHAP TAHAP PURSED LIP BREATHING**

**Langkah 1**

Inspirasi : menarik napas secara dalam selama 4 detik melalui hidung dengan posisi mulut tertutup



**Langkah 2**

Ekspirasi : Mengeluarkan napas secara perlahan melalui mulut selama 4 detik dengan posisi bibir dikerucutkan seperti sedang bersiul.





Oleh : Anggita Febrianti  
Mahasiswa Profesi Ners

## **Lampiran 10.**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan rekam medik pasien. Pengkajian pada pasien pertama pada tanggal 11 Februari 2025 pukul 09.00 WIB. Pasien berinisial Tn. I berusia 35 tahun, dengan diagnosa media Fraktur 1/3 tibia distal sinistra, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas, beragama islam dan beralamat di Gunung Terang, Bandar Lampung. Pasien datang ke IGD RS Urip Sumoharjo pada tanggal 10 Februari 2025 pukul 20.45 WIB dengan keluhan nyeri pada bagian kaki sebelah kiri dikarenakan habis terjatuh dari ketinggian saat pasien sedang membenarkan toren yang berada disamping rumahnya klien terpeleset dan terjatuh dari tangga ± 5 meter pada siang hari dan akan dilakukan tindakan operasi pada tanggal 11 Februari 2025 pukul 09.42 WIB.

Pemeriksaan *post* operasi ORIF pada tanggal 12 Februari 2025 pukul 08.15 WIB (Hari ke 2 *post* operasi), terdapat luka bekas operasi ± 10 cm dengan keadaan luka tertutup pada bagian ekstremitas bawah distal, luka tampak adanya rembesan darah pada kassa, terdapat drain dengan jumlah ± 3cc darah. Saat dikaji mengeluh nyeri sedang pada skala 6 (1-10) diukur menggunakan penilaian nyeri skala NRS, pasien mengatakan nyeri pada area bekas luka operasi, nyeri tiba tiba muncul tampak mengerutkan dahi menahan nyeri dan terlihat sangat berhati-hati menjaga luka *post* operasi, pasien mengatakan cemas akan nyeri yang tak kunjung reda dan takut untuk bergerak dikarenakan nyeri yang dirasakan, pasien tampak gelisah, enggan menggerakkan kaki. pasien mengatakan cemas akan nyeri yang dirasakan tak kunjung reda, pasien takut untuk bergerak dikarenakan nyeri yang dirasakan, pasien mengatakan takut jika setelah operasi ini ia mengalami masalah pada kaki kiri karena tidak dapat berjalan seperti orang pada umumnya. Pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi dengan tindakan ORIF pada kaki sehingga baru kali ini juga merasakan sensasi nyeri yang belum pernah dirasakan sebelumnya. Lokasi nyeri yang dirasakan pasien adalah pada bagian kaki kiri dikarenakan pasien mengalami fraktur dan telah dilakukan operasi

besar yaitu pembedahan ORIF. Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes mellitus, asam urat, dsb.

Pemeriksaan kategori fisiologis diperoleh respirasi dengan 20x/menit, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak ada sianosis, tidak ada bantuan oksigen tambahan. Pada sirkulasi didapatkan nilai frekuensi nadi 103x/menit, CRT <3 detik, akral teraba hangat, pupil isokor, tekanan darah 120/73 mmHg, suhu 36,4°C, saturasi oksigen 98%. Pasien mampu menghabiskan 1 porsi makan, pasien tidak mual, pasien terpasang infus Ringer Lactate/500cc/8jam/20tpm, tidak terdapat oedema, pasien mengatakan belum BAB sejak masuk Rumah Sakit. Aktivitas dan istirahat pasien berbaring ditempat tidur, aktivitas pasien sebagian dibantu oleh keluarga dan perawat.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan, keadaan umum pasien tampak lemah dan pasien berbaring ditempat tidur, kesadaran composmentis dengan GCS 15 (E4M6V5). Tanda tanda vital Tn. I adalah tekanan darah 120/73 mmHg, frekuensi nadi 103x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,4°C, saturasi oksigen 98%. Pada kepala dan leher rambut berwarna hitam, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan, tidak ada pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid. Pupil isokor, pupil berwarna coklat tua, pada hidung tidak ada secret, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada perdarahan. Pemeriksaan thorax didapatkan dada tidak ada luka, tidak ada pembengkakan, ictus cordis tidak tampak, tidak ada nyeri tekan. Terdengar suara redup pada batas jantung, suara jantung terdengar BJ1 dan BJ2 (lupdup), pada perkusi paru-paru terdengar sonor dan terdengar suara vesikuler kanan dan kiri. Pada bagian abdomen terdengar suara bising usus dan terdengar suara tympani. Pemeriksaan genetalia pasien terpasang kateter urine, tidak ada riwayat hemoroid. Pada bagian esktremitas bawah sebelah kiri terdapat luka *post* operasi dengan panjang ±10 cm, terpasang balutan luka, drain, dan perban elastis pasien mengatakan mengeluh nyeri pada saat kaki kiri digerakkan, pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kiri, pasien mengeluh lemas, tidak ada oedema, terpasang IVFD ditangan kanan, pergerakan pasien

terbatas. Pada pemeriksaan satus lokasi pembedahan tidak terdapat kemerahan, perdarahan, terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan atau massa, terdapat limiasi gerak dan nyeri saat bergerak aktif dan pasif.

Pemeriksaan penunjang didapatkan hasil laboratorium pada tanggal 11 Februari 2025 pukul 00.50 WIB diperoleh nilai hemoglobin 15,4 g/dl, hematokrit 45.0%, leukosit  $19.290 \text{ } 10^3/\mu\text{L}$ , MCV 90,1 fl, GDS 93 mg/dl. Pemeriksaan radiologi tanggal 10 Februari 2025 pukul 23.50 WIB dengan kesan fraktur 1/3 tibia distal sinistra.

Terapi obat yang diberikan pada tanggal 11 Februari 2025, cairan infus RL 500cc/8 jam, ranitidine 25mg 1×1 IV, Cefoperazone 1gr 2×1 IV, tofedex 25mg 2×1 IV.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, diperoleh diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. I dengan diagnosa utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi ORIF) (D.0077). Tanda gejala yang dapat mendukung diagnosa ini yaitu data subjektif pasien mengatakan nyeri yang tiba-tiba muncul pada bekas luka operasi, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pseperti tertusuk tusuk, pasien mengatakan nyeri hanya dirasakan pada area luka operasi dan nyeri bertambah ketika pasien merubah posisi atau ketika kaki digerakkan, pasien mengatakan nyeri sejak malam hari dan nyeri yang dirasakan hilang timbul yang berlangsung kurang lebih 15 menit, pasien mengatakan nyeri berasa hilang timbul serta berlangsung kurang lebih 15 menit, skala nyeri yang dirasakan pasien saat pengkajian skala 6 (nyeri sedang) pengukuran skala nyeri dengan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS). Data objektif pasien tampak meringis dengan mengerutkan dahi saat menahan nyeri, pasien tampak enggan menggerakkan kaki kiri, pasien tampak gelisah ketika kaki kiri digerakkan, pasien terlihat memegangi area kaki sebelah kiri, dengan tanda tanda vital tekanan darah 120/73 mmHg, frekuensi nadi 103x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,4°C, saturasi oksigen 98%.

Diagnosa yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054). Tanda dan gejala yang dapat mendukung diagnosa ini yaitu pasien mengatakan mengeluh nyeri saat menggerakkan kaki kirinya, aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat, mengeluh lemas pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kiri. Data objektif pasien tampak lemas dan didapatkan pergerakan pasien terbatas, pasien terlihat berbaring ditempat tidur, kaki pasien terpasang perban elastis. Dengan tanda tanda vital tekanan darah 120/73 mmHg, frekuensi nadi 103x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,4°C, saturasi oksigen 98%.

Diagnosa yang ketiga yaitu gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan pemasangan traksi atau pen (D.0129). Tanda dan gejala yang dapat mendukung diagnosa ini yaitu pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada kaki kiri, pasien mengatakan operasi pada tanggal 11/02/2025. Data objektif terdapat luka *post* operasi ORIF pada kaki kiri dengan panjang kurang lebih 10cm, balutan luka tampak sedikit rembesan, terpasang drain luka yang berisi darah kurang lebih 3cc, luka operasi tampak tidak ada push, jahitan luka *post* operasi tampak masih basah, luka tampak merah, dan bengkak pada sekitar luka jahitan.

### 3. Intervensi Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, proses keperawatan selanjutnya yaitu merumuskan intervensi keperawatan. Adapun intervensi yang dirumuskan oleh penulis dipaparkan pada tabel sebagai berikut :

**Tabel** Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
Nyeri akut b.d agen pencereman fisik (prosedur operasi ORIF) (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066). Dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menghilang</li> <li>3. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<b>Manajemen nyeri (I.08238)</b> <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
		<p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor efek samping penggunaan analgesik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>9. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i>)</p> <p>10. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>11. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>12. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>13. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>14. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>15. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>16. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>17. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i>)</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>18. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.</p>
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan, diharapkan mobilitas fisik meningkat (L05042). Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>6. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i></li> <li>7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Jelaskan tujuan dan prosedur</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
		<p>mobilisasi</p> <p>9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan pemasangan traksi atau pen (D.0129)	<p>Setelah dierikan asuhan keperawatan, maka diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat (L.14125). dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>2. Kerusakan kulit menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Suhu kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, <i>jika perlu</i></li> <li>5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>6. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>7. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, <i>jika perlu</i></li> <li>8. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>9. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>11. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>12. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari</li> <li>13. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</li> <li>14. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), <i>jika perlu</i></li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>16. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>17. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>18. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), <i>jika perlu</i></li> <li>19. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i></li> </ol>

#### **4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan**

Pelaksanaan implementasi pada pasien Tn. I yaitu dengan mengukur tanda tanda vital, mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri bagian kaki kiri *post ORIF*, mengukur skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale*, dan respon nyeri non verbal pasien sebelum diberikan intervensi teknik relaksasi pernapasan dengan menggunakan *Pursed Lips Breathing* selama 10 menit. Setelah itu, mengukur kembali tanda tanda vital, mengukur skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* respon nyeri non verbal pasien sesudah diberikan intervensi teknik relaksasi napas dalam dengan menggunakan *Pursed Lip Breathing*. Kemudian memberikan 1 lembar leaflet yang berisi mengenai *Pursed Lips Breathing* (definisi, tujuan, manfaat, dan langkah-langkah cara melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan menggunakan *Pursed Lip Breathing*).

**Tabel Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Hari ke 1**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Waktu</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Waktu</b>	<b>Evaluasi</b>
Nyeri akut b.d agen pcederan fisik (prosedur operasi ORIF) (D.0077)	12/02/2025 08.45 08.50 08.55 09.05 09.10 09.15 09.20 10.00	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi skala nyeri dengan menggunakan NRS</li> <li>2. Mengidentifikasi nyeri non verbal sebelum diberikan terapi relaksasi napas dalam dengan <i>Pursed Lips Breathing</i></li> <li>3. <b>Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i>)</b></li> <li>4. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>6. Mengajurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>7. <b>Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i>)</b></li> <li>8. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik (tofedex 25mg IV pukul 10.00)</li> </ol>	12/02/2025 10.0 WIB	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri pada area bekas operasi, nyeri hanya dirasakan pada area luka operasi dan nyeri bertambah ketika merubah posisi</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri dirasakan sejak semalam dan hilang timbul serta berlangsung selama ± 15 menit</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada saat kaki kirinya digerakkan atau dipegang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien diberikan analgetik tofedex pukul 10.00 WIB</li> <li>- Pasien diberikan intervensi sebelum diberikan analgetik</li> <li>- Skala nyeri 5 dengan menggunakan pengukuran skala nyeri <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS)</li> <li>- Pasien tampak meringis mengerutkan dahinya karena kesakitan saat kaki kirinya digerakkan</li> <li>- Pasien tampak enggan menggerakkan kaki kirinya</li> <li>- Tanda tanda vital TD : 112/59 mmHg, N : 93x/ menit, RR : 20x/ menit, S : 36,6°C, SPO2 : 98%</li> </ul> <p><b>A :</b> Nyeri akut belum teratasi (D.0077)</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skala nyeri dengan menggunakan NRS</li> <li>2. Identifikasi nyeri non verbal sebelum diberikan terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i></li> <li>3. <b>Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk</b></li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi
				<p>mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i>)</p> <p>4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i>)</p> <p>5. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>6. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik (tofedex 25mg IV pukul 10.00)</p>
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)	12/02/2025 11.00 11.05 11.07 11.25	<p><b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (TD 120/73 mmHg, Nadi 103x/menit)</li> <li>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi)</li> <li>3. Memasang handrail yang digunakan sebagai fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur</li> <li>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang secara bertahap yang harus dilakukan yaitu miring kiri dan kanan</li> <li>5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>	12/02/2025 11.55 WIB	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada saat kaki kirinya digerakkan dan sulit untuk menggerakkan kakinya</li> <li>- Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Pasien mengatakan mampu miring kiri dan kanan namun masih dengan bantuan keluarga</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak enggan untuk menggerakkan kaki kirinya</li> <li>- Pasien <i>post ORIF</i> hari ke 2</li> <li>- Pasien terpasang kateter urine</li> <li>- Tanda tanda vital TD : 112/59 mmHg, N : 93x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,6°C, SPO2 : 98%</li> </ul> <p><b>A :</b> Gangguan mobilitas fisik belum teratasi (D.0054)</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (TD 106/72 mmHg, Nadi 86x/menit)</li> <li>2. Pasang handrail yang digunakan sebagai fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pagar</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi
				<p>tempat tidur</p> <p>3. Bantu mobilisasi sederhana secara bertahap yang harus dilakukan yaitu duduk ditempat tidur</p> <p>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>
Gangguan integritas kulit berhubungan dengan pemasangan traksi atau pen (D.0129)	12/02/2025 10.00  10.03  10.10  10.15  10.22 10.27  10.35 10.40  10.00	<p><b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>2. Membuka balutan perban luka <i>post ORIF</i> dan periksa lokasi insisi apakah ada kemerahan, bengkak, atau tanda tanda dehisen</li> <li>3. Membersihkan area luka insisi dengan kassa steril dan cairan NaCl 0,9%</li> <li>4. Mengusap area insisi dari area yang bersih menuju area yang kurang bersih dengan NaCl 0,9% dan mengeringkan dengan kassa steril</li> <li>5. Mengoleskan betadine ke luka jahitan</li> <li>6. Mengganti perban dan tutup dengan plester luka anti air</li> <li>7. Memasang perban elastis</li> <li>8. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi protein dan kalori (putih telur dan ikan gabus)</li> <li>9. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik (Cefoperazone 1gr IV pukul 10.00)</li> </ol>	12/02/2025 10.55 WIB	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien <i>post ORIF</i> hari ke 2</li> <li>- Pasien tampak memegangi kaki kirinya saat peawat sedang melakukan perawatan luka</li> <li>- Tampak luka bekas operasi tertutup ± 10 cm, tampak kemerahan, dan bengkak di area luka operasi</li> <li>- Terdapat drain luka dengan jumlah darah ±3cc</li> <li>- Teraba hangat pada area bekas luka operasi</li> <li>- Telah diberikan antibiotik Cefoperazone 1gr IV pukul 10.00 WIB</li> <li>- Tanda tanda vital</li> </ul> <p>TD : 112/59 mmHg, N : 93x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,6°C, SPO2 : 98%</p> <p><b>A :</b> Gangguan integritas kulit belum teratasi (D.0129)</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>

**Tabel Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Hari ke 2**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Waktu</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Waktu</b>	<b>Evaluasi</b>
Nyeri akut b.d agen pcederan fisik (prosedur operasi ORIF) (D.0077)	13/02/2025 08.30 08.35 08.40 08.50 08.55 10.00	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi skala nyeri dengan menggunakan NRS</li> <li>2. Mengidentifikasi nyeri non verbal sebelum diberikan terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i></li> <li>3. <b>Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i>)</b></li> <li>4. <b>Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i>)</b></li> <li>5. Mengajurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>6. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik (tofedex 25mg IV pukul 10.00)</li> </ol>	13/02/2025 09.55	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan dapat menerapkan terapi relaksasi pernapasan <i>Pursed Lips Breathing</i> secara mandiri saat nyeri yang dirasakan muncul tiba-tiba</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri hanya dirasakan pada area luka operasi , nyeri sudah mulai berkurang saat pasien merubah posisi secara perlahan</li> <li>- Pasien mengatakan belum mendapatkan obat anti nyeri</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak mampu merubah posisi kakinya dengan bantuan tangan</li> <li>- Pasien tampak meringis saat kakinya dipegangi perawat</li> <li>- Pasien <i>post ORIF</i> hari ke 3</li> <li>- Pasien diberikan analgetik tofodex 25mg pukul 10.00</li> <li>- TTV TD : 112/73, N : 86x/menit, S : 36,6°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 97%</li> </ul> <p><b>A :</b> Nyeri akut belum teratasi (D.0077)</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)	13/02/2025 10.05 10.13 10.15	<p><b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (TD 106/72 mmHg, Nadi 86x/menit)</li> <li>2. Memasang handrail yang digunakan sebagai fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur</li> </ol>	13/02/2025 10.50	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mampu duduk ditempat tidur dengan dibantu keluarga</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada area operasi berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan mampu merubah posisinya dengan perlahan</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak terpasang kateter urine</li> </ul>

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi
	10.25	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Membantu mobilisasi sederhana secara bertahap yang harus dilakukan yaitu duduk di tempat tidur</li> <li>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien <i>post</i> ORIF hari ke 3</li> <li>- Pasien tampak duduk di tempat tidur dengan posisi fowler</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 112/72 mmHg, N : 86x/menit, S : 36,6°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 97%</p> <p><b>A :</b> Gangguan mobilitas fisik belum teratasi (D.0054)</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>
Gangguan integritas kulit berhubungan dengan pemasangan traksi atau pen (D.0129)	13/02/2025 09.00 09.03 09.06 09.10 09.15 09.25 09.30 09.35 10.00	<p><b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>2. Membuka balutan perban luka <i>post</i> ORIF dan periksa lokasi insisi apakah ada kemerahan, Bengkak, atau tanda tanda dehisen</li> <li>3. Membersihkan area luka insisi dengan kassa steril dan cairan NaCl 0,9%</li> <li>4. Mengusap area insisi dari area yang bersih menuju area yang kurang bersih dengan NaCl 0,9% dan mengeringkan dengan kassa steril</li> <li>5. Mengoleskan betadine ke luka jahitan</li> <li>6. Mengganti perban dan tutup dengan plester luka anti air</li> <li>7. Memasang perban elastis</li> <li>8. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi protein dan kalori (putih telur dan ikan gabus)</li> <li>9. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik (Cefoperazone 1gr IV pukul 10.00)</li> </ol>	13/02/2025 10.00	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada area operasi berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan tidak ada rembesan pada luka selama setelah dilakukan penggantian balutan sejak kemarin</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih tampak meringis saat kakinya dilakukan perawatan luka</li> <li>- Pasien <i>post</i> ORIF hari ke 3</li> <li>- Tampak luka bekas operasi tertutup ± 10 cm dengan kemerahan, dan Bengkak mulai berkurang di area luka operasi</li> <li>- Aff drain pada bekas luka operasi</li> <li>- Luka tampak bersih, tidak ada rembesan</li> <li>- Telah diberikan antibiotik Cefoperazone 1gr secara IV pukul 10.00 WIB</li> <li>- Tanda tanda vital</li> </ul> <p>TD : 112/72 mmHg, N : 86x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,6°C, SPO2 : 97%</p> <p><b>A :</b> Gangguan integritas kulit belum teratasi (D.00129)</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>

**Tabel Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Hari ke 3**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Waktu</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Waktu</b>	<b>Evaluasi</b>
Nyeri akut b.d agen pcederan fisik (prosedur operasi ORIF) (D.0077)	14/02/2025 08.30 08.35 08.45 08.50 10.00	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi skala nyeri non verbal sebelum diberikan terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i></li> <li>2. <b>Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i>)</b></li> <li>3. <b>Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi napas dalam dengan <i>pursed lip breathing</i>)</b></li> <li>4. Mengajurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>5. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik (tofedex 25mg IV pukul 10.00)</li> </ol>	14/02/2025 09.00	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan mampu menerapkan terapi relaksasi pernapasan <i>Pursed Lips Breathing</i> secara mandiri saat nyeri yang dirasakan muncul</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri hanya dirasakan pada area luka operasi dan nyeri sudah mulai berkurang saat pasien merubah posisi secara perlahan</li> <li>- Pasien mengatakan belum mendapatkan obat anti nyeri</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu menggerakkan kaki kirinya</li> <li>- Skala nyeri 3 menggunakan penilaian nyeri NRS</li> <li>- Pasien <i>post ORIF</i> hari ke 4</li> <li>- Pasien diberikan analgetik tofedex 25mg pukul 10.00</li> <li>- TTV</li> <li>TD : 114/74, N : 84x/menit, S : 36,3°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 98%</li> </ul> <p><b>A :</b> Nyeri akut teratasi (D.0077)</p> <p><b>P :</b> Pasien diperbolehkan pulang, dan diberikan <i>discharge planning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan terapi relaksasi pernapasan <i>Pursed Lips Breathing</i> untuk membantu mengurangi nyeri secara mandiri, jika nyeri muncul tiba-tiba</li> <li>- Menghindari aktivitas berlebihan untuk mencegah terjadinya insiden berulang</li> <li>- Edukasi kontrol poli sesuai jadwal</li> </ul>
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas	14/02/2025 10.30 10.35	<p><b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi mobilisasi sederhana</li> <li>2. Membantu mobilisasi sederhana secara</li> </ol>	14/02/2025 11.50	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah mampu duduk sendiri ditempat tidur dengan dibantu keluarganya</li> </ul>

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi
struktur tulang (D.0054)	10.40	<p>bertahap yang harus dilakukan yaitu berdiri disamping tempat tidur</p> <p>3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah sedikit belajar berjalan dengan menggunakan kruk/tongkat dengan dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak mampu menggerakkan kakinya</li> <li>- Pasien <i>post ORIF</i> hari ke 4</li> <li>- Pasien tampak duduk di tempat tidur</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 114/74 mmHg, N : 84x/menit, S : 36,3°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 98%</p> <p><b>A :</b> Gangguan mobilitas fisik teratasi (D.0054)</p> <p><b>P :</b> Pasien diperbolehkan pulang, dan diberikan <i>discharge planning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan mobilisasi dini pada kaki untuk mencegah kekakuan pada otot kaki</li> <li>- Menghindari aktivitas berlebihan untuk mencegah terjadinya insiden berulang</li> <li>- Edukasi kontrol poli sesuai jadwal</li> </ul>
Gangguan integritas kulit berhubungan dengan pemasangan traksi atau pen (D.0129)	14/02/2025 09.00 09.03 09.06 09.10	<p><b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>2. Membuka balutan perban luka <i>post ORIF</i> dan periksa lokasi insisi apakah ada kemerahan, bengkak, atau tanda tanda dehisien</li> <li>3. Membersihkan area luka insisi dengan kassa steril dan cairan NaCl 0,9%</li> <li>4. Mengusap area insisi dari area yang bersih menuju area yang kurang bersih dengan NaCl 0,9% dan mengeringkan dengan</li> </ol>	14/02/2025 13.00	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada area operasi berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan tidak ada rembesan pada luka selama setelah dilakukan penggantian balutan sejak kemarin</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien <i>post ORIF</i> hari ke 4</li> <li>- Tampak luka bekas operasi tertutup <math>\pm</math> 10 cm</li> <li>- Kemerahan, dan bengkak berkurang</li> <li>- Tidak ada perdarahan</li> <li>- Tampak luka mulai mengering</li> <li>- Perawat mengganti balutan luka</li> <li>- Terpasang perban elastis</li> </ul>

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi
	<p>09.15</p> <p>09.18</p> <p>09.23</p> <p>09.25</p> <p>10.00</p> <p>12.30</p>	<p>kassa steril</p> <p>5. Mengoleskan betadine ke luka jahitan</p> <p>6. Mengganti perban dan tutup dengan plester luka anti air</p> <p>7. Memasang perban elastis</p> <p>8. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi protein dan kalori (putih telur dan ikan gabus)</p> <p>9. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik (Cefoperazone 1gr IV pukul 10.00)</p> <p>10. Menjelaskan <i>discharge planning</i> (menganjurkan tidak melakukan aktivitas berat, konsultasi ke ahli gizi mengenai makanan penyembuh luka, perawatan luka jika luka rembes dan kotor ke fasilitas kesehatan terdekat atau perawat luka dengan <i>home care</i>)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telah diberikan antibiotik Cefoperazone 1gr secara IV pukul 10.00 WIB</li> <li>- Tanda tanda vital TD : 114/74 mmHg, N : 84x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,3°C, SPO2 : 9%</li> </ul> <p><b>A :</b> Gangguan integritas kulit (D.00129)</p> <p><b>P :</b> Pasien diperbolehkan pulang, dan diberikan <i>discharge planning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ganti balutan perban selama 2 hari sekali, dan anjurkan untuk ganti perban setiap 1 hari sekali jika balutan/perban kotor (terkena darah/push)</li> <li>- Menganjurkan makanan tinggi protein untuk mempercepat penyembuhan luka seperti putih telur dan ikan gabus</li> <li>- Menghindari aktivitas berlebihan untuk mencegah terjadinya insiden berulang</li> <li>- Edukasi kontrol poli sesuai jadwal</li> </ul>

## Lampiran 11.

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

 <p>POLTEKKES TANJUNGPONOROGO PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLTEKKES TANJUNGPONOROGO</p>	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/I/2022
	Tanggal	2 Januari 2022
	Revisi	0
Formulir Konsultasi	Halaman	... dari ... halaman

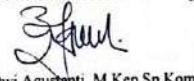
### LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Anggito Febriary  
NIM : 2111920106  
Nama Pembimbing 1 : Ns. Hadiya Louwita Putri, S.Kep., M.Kep.  
Judul : Analisis Tingkat Nyeri pada Paitien Fraktur Peri Osteo  
Open Reduction Internal Fixation (ORIF) dengan  
Intervensi Purwed Lips Boreotting (PLB) di rumah sakit  
Ump Samarinda Provinsi Lampung Tahun 2015

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Jumat, 23 Januari 2015	Pengajuan judul	ACC Judul KIAN	✓	✓
2	Sabtu, 10 Februari 2015	Pelaksanaan pengambilan data	Intervensi pada dokumentasi sesuai format panduan	✓	✓
3	Rabu, 14 April 2015	BAB I	Pembuktian data belakang sesuai saran	✓	✓
4	Sabtu, 18 April 2015	BAB II	Tambahkan materi EDV dan penulisan faktur.	✓	✓
5	Rabu, 30 April 2015	BAB III	Verifikasi ketepian ketulisan dan eksistensi sesuai saran.	✓	✓
6	Jumat, 02 Mei 2015	BAB III dan IV	ACC BAB I-3, Verifikasi bagian penjelasan dan singkatan	✓	✓
7	Sabtu, 03 Mei 2015	BAB IV	Pembuktian bagian penjelasan dan singkatan	✓	✓
8	Sabtu, 03 Mei 2015	BAB IV	Pembuktian pembahasan sesuai saran	✓	✓
9	Rabu, 13 Mei 2015	BAB V	Pembuktian bagian kesimpulan.	✓	✓
10	Jumat, 16 Mei 2015	BAB I-5 dan Lampiran	Acc Ujian	✓	✓
11	Sabtu, 02 Juni 2015	BAB I - Lampiran	Pembuktian Pembahasan.	✓	✓
12	Rabu, 04 Juni 2015	BAB I - Lampiran	Acc Cetak.	✓	✓

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

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang



Dwi Agustini, M.Kep Sp.Kom

NIP.197108111994022001

**(Lanjutan Lampiran 11)**

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

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

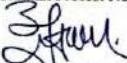
**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : Arifin Febriyanto  
 NIM : 20190008  
 Nama Pembimbing 2 : Ms. Nur Hidayah Tulus, S.Kep., M.Kes.  
 Judul : Analisis Tingkat Nyeri pada Pasien Penderita Post Operasi Otot Pectoralis Internal Fraktur (OPIF), dengan Intervensi Penerapan Banyak (PBB) di Rumah Sakit UIN Sumenep  
Provinces Lampung Tahun 2022

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Senin, 31 Januari 2022	Pengantar judul	ACC Nihil KIAN	✓	✓
2	Senin, 10 Februari 2022	Relaksasi dan pengambilan data	lakukan dokumentasi setiap hari	✓	✓
3	Senin, 16 April 2022	BAB I	Pertama: Pengertian, kumpulan, Perkembangan, Sifat	✓	✓
4	Senin, 23 April 2022	BAB II	Pertama: Pengertian, klasifikasi, asumsi	✓	✓
5	Senin, 20 April 2022	BAB III	Konsistensi, Penulisan dan penulisan tabel penelitian	✓	✓
6	Senin, 01 Mei 2022	BAB IV	Perbaiki penulisan tabel	✓	✓
7	Senin, 05 Mei 2022	BAB V	Tuliskan kembali setiap pekan	✓	✓
8	Senin, 09 Mei 2022	BAB I-V	Pertama: tabel tidak ada penulisan daftar tabel	✓	✓
9	Senin, 13 Mei 2022	Lampiran	Lengkapi dengan sesuai saran	✓	✓
10	Jumat, 16 Mei 2022	BAB 1-5 dan Lampiran	Acc Ujiann.	✓	✓
11	Senin, 02 Juni 2022	Perbaikan	Perbaiki saran berdasarkan	✓	✓
12	Senin, 04 Juni 2022	BAB 1 - Lampiran	Acc Cetak	✓	✓

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

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

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