

BAB IV

STUDI KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Pengumpulan Data

a. Biodata

- 1) Nama : Tn. B
- 2) Jenis Kelamin : Laki-Laki
- 3) Umur : 63 tahun
- 4) Status Perkawinan : Menikah
- 5) Pekerjaan : Petani+ternak kambing
- 6) Agama : Islam
- 7) Pendidikan Terakhir : SD
- 8) Alamat : Klemunan, Blitar
- 9) Nomor Register : 194xxx
- 10) Tanggal MRS : 30 Januari 2025
- 11) Tanggal Pengkajian : 31 Januari 2025
- 12) Diagnosa Medis : *Close Fraktur Clavicula Sinistra, CKR
456, Contusio Vertebrae, Vulnus Lacertum
Cruris Bilateral*

b. Riwayat Kesehatan Klien

1) Keluhan Utama/Alasan Masuk Rumah Sakit

Klien mengatakan nyeri pada bahu kiri, P: Pergerakan, Q: tajam dan menusuk saat ada pergerakan dan berdenyut saat tidak digerakkan, R: bahu kiri, kedua tungkai kaki, dan lutut kanan, S: bahu kiri:6, kedua tungkai dan lutut:4, T: Terus menerus.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Tn. B datang ke IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi diantar oleh keluarganya pada tanggal 30 Januari 2025 pukul 15.00 WIB dengan keluhan nyeri pada bahu kirinya dan kedua kakinya, selain itu pasien juga mengeluh nyeri pada dada bawah dan nafas terasa ampeg. Pasien post jatuh dari pohon dengan ketinggian 3meter pukul 12.00 WIB, keluarga mengatakan pasien sempat tidak sadar selama 30 menit. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 31 Januari 2025 Pukul 07.15 WIB di Ruang Bima klien mengeluh nyeri pada bahu kirinya, nyeri bertambah berat saat digerakkan, nyeri terasa tajam dan menusuk jika ada pergerakan dan terasa berdenyut saat istirahat, skala nyeri bahu kiri 6 dari 10 dengan menggunakan skala nyeri numerik, pasien mengatakan nyeri dirasakan terus-menerus sejak jatuh. Terdapat luka di pinggang kiri, luka robek sedalam kulit pada tungkai kanan dan kiri serta luka pada lutut kanan pasien. Selama dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri yang dirasakan.

3) Riwayat Kesehatan Lalu

Demam, batuk, maag

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit dari keluarga.

c. Pola Aktivitas Sehari-Hari

1) Pola Tidur dan Istirahat

a) Waktu Tidur:

Klien mengatakan sebelum sakit tidur malam pukul 22.00 WIB, dan selama dirawat di rumah sakit pasien sulit untuk tidur.

b) Masalah Tidur:

Klien mengatakan sulit tidur dan sering terjaga karena nyeri pada bahu sebelah kirinya.

c) Hal-hal yang mempermudah tidur

Klien mengatakan jika nyeri pada bahunya berkurang akan membuat klien bisa tidur meskipun cuma sebentar.

d) Hal-hal yang mempermudah bangun

Klien mengatakan hal yang membuatnya mudah terbangun adalah nyeri pada bahu kirinya meningkat.

2) Pola Eliminasi

a) BAB: Klien BAB 1 kali sehari, terakhir pagi hari tanggal 30 Januari 2025.

b) BAK: Klien mengatakan sebelum sakit BAK 5-6 kali, dan saat di rawat di rumah sakit sudah BAK sebanyak 7 kali.

c) Kesulitan BAB/BAK

Klien mengatakan tidak mengalami kesulitan saat BAK atau BAB, selama dirawat di rumah sakit klien dibantu istrinya untuk BAK dan BAB diatas tempat tidur menggunakan pispot.

d) Upaya/Cara mengatasi masalah tersebut

Klien BAK dan BAB diatas tempat tidur menggunakan pispot dibantu keluarga.

3) Pola Makan dan Minum

a) Jumlah dan Jenis Makanan

Klien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit makan 3 kali sehari dengan nasi, lauk, dan sayur, selama dirawat di rumah sakit klien mendapatkan diit nasi tim TKTP lauk dan sayur cincang.

b) Waktu Pemberian Makan

Klien mengatakan pemberian makan setiap pagi, siang, dan malam.

c) Jumlah dan Jenis Cairan

Klien mengatakan selama satu hari minum air putih 2 liter, sebelum dirawat pasien juga minum kopi 2 gelas per hari dan kadang-kadang juga minum teh.

d) Waktu Pemberian Cairan

Klien mengatakan minum air putih saat merasa haus.

e) Pantangan

Klien disarankan menghindari makanan pedas dan asam karena memiliki riwayat sakit maag.

f) Masalah Makan dan Minum:

(1) Kesulitan Mengunyah

Klien mengatakan tidak mengalami kesulitan mengunyah.

(2) Kesulitan Menelan

Klien mengatakan tidak mengalami kesulitan menelan.

(3) Mual dan Muntah

Klien mengatakan tidak ada keluhan mual dan muntah.

(4) Tidak Dapat Makan Sendiri.

Selama dirawat di rumah sakit saat makan dan minum klien dibantu oleh keluarganya.

g) Upaya Mengatasi Masalah

Klien makan dan minum dibantu oleh keluarga.

4) Pola Kebersihan Diri/*Personal Hygiene*

a) Pemeliharaan Badan

Klien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit mandi 2 kali sehari dan selama dirawat klien dibantu keluarga untuk seka 2 kali sehari pagi dan sore.

b) Pemeliharaan Gigi dan Mulut

Klien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit menggosok gigi 2 kali sehari.

c) Pemeliharaan Kuku:

Klien mengatakan biasanya akan memotong kuku satu minggu sekali.

5) Pola Kegiatan dan Aktivitas Lain

Klien mengatakan selama sakit dan dirawat di rumah sakit ADL dibantu oleh keluarga.

d. Data Psikososial

1) Pola Komunikasi

Klien tampak bisa berkomunikasi dengan baik, orientasi klien baik.

2) Orang yang paling dekat dengan klien

Klien mengatakan orang terdekatnya adalah istri.

3) Rekreasi

Klien mengatakan biasanya tidak melakukan kegiatan rekreasi dan hanya hidup seperti biasa saja.

4) Penggunaan waktu senggang

Klien mengatakan suka mendengarkan radio saat ada waktu senggang.

5) Dampak dirawat di Rumah Sakit

Klien mengatakan dampak dirawat di rumah sakit adalah klien tidak dapat bekerja mencari rumput untuk makanan kambingnya.

6) Hubungan dengan orang lain/interaksi sosial

Klien mengatakan rutin mengikuti kegiatan masyarakat seperti tahlilan. Hubungan dengan orang lain baik dan pasien mampu bersosialisasi dengan orang lain.

7) Keluarga yang dihubungi bila diperlukan

Keluarga yang bisa dihubungi adalah istrinya.

e. Data Spiritual

1) Ketaatan beribadah

Klien mengatakan sebelum sakit dan dirawat di rumah sakit klien rutin beribadah sesuai keyakinannya.

2) Keyakinan terhadap sehat/sakit

Klien mengatakan bahwa sakit yang sedang dialami sekarang adalah ujian dari Allah SWT.

3) Keyakinan terhadap penyembuhan

Klien mengatakan yakin akan sembuh setelah berdoa dan mendapatkan perawatan medis di rumah sakit.

f. Pemeriksaan Fisik

1) Kesan Umum/Keadaan Umum:

Keadaan umum klien tampak cukup, GCS 4/5, kesadaran compos mentis.

2) Tanda-Tanda Vital

a) Suhu tubuh: 36,2°C

b) Tekanan darah: 128/74 mmHg

c) Nadi: 72x/menit

d) Respirasi: 21x/menit

e) SpO₂: 97% NC 3 lpm

3) Pemeriksaan Antropometri

- a) Tinggi Badan: 173 cm
- b) Berat Badan : 64 kg
- c) IMT: 21,3 kg/m²

4) Pemeriksaan Kepala dan Leher

a) Kepala dan rambut

- (1) Bentuk Kepala: Normocephal, cephal hematoma (-)
- (2) Ubun-Ubun: Sutura sagitalis tepat (+), benjolan (-)
- (3) Kulit Kepala: Bersih (+), lesi (-)
- (4) Rambut: Rambut tampak lurus (+), rambut pendek (+)
- (5) Penyebaran Rambut: Merata (+)
- (6) Bau Rambut: Bau tidak sedap (-)
- (7) Warna Rambut: Hitam (+), uban/rambut putih (+)
- (8) Warna Kulit Wajah: Sawo matang
- (9) Struktur Wajah: Simetris (+), lengkap (+), cacat (-)

b) Mata

- (1) Kelengkapan dan Kesimetrisan: Lengkap (+), simetris (+)
- (2) Kelopak Mata (Palpebra): Edema (-)
- (3) Konjungtiva dan Sclera: Anemis (-), ikterik (-)
- (4) Pupil: Isokor (+), reflek terhadap cahaya : kanan/kiri (+/+)
- (5) Kornea dan Iris: Jernih (+), edema (-), iris berwarna coklat
- (6) Ketajaman Penglihatan/Visus: Visus 5/5, Penggunaan kacamata (-)

(7) Tekanan Bola Mata: (Tidak dikaji)

(8) Mata pasien tampak sayu

c) Hidung

(1) Tulang Hidung: Simetris (+), deviasi (-), nyeri tekan (-), krepitasi (-)

(2) Posisi Septum Nasi: Posisi septum nasi tepat ditengah (+)

(3) Lubang Hidung: lengkap kanan/kiri (+/+), perdarahan (-), sumbatan (-), sekret (-), lesi (-), bengkak (-)

(4) Cuping Hidung: Pernapasan cuping hidung (-)

(5) Pasien terpasang alat bantu oksigen *nasal canule* di hidung

d) Telinga

(1) Bentuk Telinga: Lengkap kanan (+) kiri (+), simetris (+)

(2) Ukuran Telinga: Panjang kurang lebih 6 cm, kelainan ukuran telinga (-)

(3) Ketegangan Telinga: Tinnitus (-), perforasi gendang telinga (-)

(4) Lubang Telinga: Serumen (+) tetapi minimal, lesi (-), perdarahan (-)

(5) Ketajaman Pendengaran: Hearing loss (-), klien bisa mendengar dengan jelas dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

e) Mulut dan Faring

(1) Keadaan Bibir: Mukosa bibir lembab (+), lesi (-), peradarahan (-), sariawan (-), warna bibir gelap

(2) Keadaan Gusi dan Gigi: perdarahan (-), radang gusi (-), sariawan (-), gigi ompong (+) gigi bagian bawah ompong 2 dan bagian atas ompong 2, gigi palsu (-), gigi berlubang (+), karies gigi (+)

(3) Keadaan Lidah: Bersih (+), bau mulut (-), sariawan (-)

f) Leher

(1) Posisi Trakhea: Simetris (+), deviasi (-)

(2) Tiroid: Pembesaran kelenjar tiroid (-), benjolan (-)

(3) Suara: Suara terdengar jelas (+), suara serak (-)

(4) Kelenjar Lymphe: Pembesaran kelenjar lymphe (-)

(5) Vena Jugularis: Teraba (+), distensi vena jugulars (-)

(6) Denyut Nadi Carotis: Teraba kuat (-)

5) Pemeriksaan Integumen (Kulit)

a) Kebersihan : Kebersihan cukup (+)

b) Kehangatan : Akral teraba hangat (+)

c) Warna : Sawo matang

d) Turgor : baik (+) kembali dalam waktu <2 detik

e) Tekstur : Elastis (+), kering (-)

f) Kelembapan : lembap (+)

g) Kelainan pada kulit: Lesi (-), iritasi (-), eksim (-), psoriasis (-), biduran (-), jamur (-), terdapat luka pada pinggang kiri pasien, luka robek sedalam kulit pada tungkai kanan dan kiri, serta luka pada lutut kanan pasien.

6) Pemeriksaan Payudara dan Ketiak:

- a) Ukuran dan Bentuk Payudara: Tidak terkaji (pasien laki-laki)
- b) Warna Payudara dan Areola: Areola berwarna hitam gelap
- c) Kelainan-Kelainan Payudara dan Putting: Tidak ada kelainan
- d) Axilla dan Clavicula: Pembesaran nodus limfe (-)

Tampak deformitas klavikula sinistra (+), tenderness (+), krepitasi (-), ROM pada klavikula sinistra (-)

7) Pemeriksaan Thorak/Dada

a) Inspeksi Thorax:

(1) Bentuk Thorax: Normochest (+), jejas (-), tenderness (-), lesi (-)

(2) Frekuensi Pernapasan: 21x/menit

(3) Irama Pernapasan: Reguler

(4) Tanda Kesulitan Bernapas: Kemarin pasien sempat mengeluh nafas ampeg tetapi sekarang sudah lebih baik

b) Pemeriksaan Paru

(1) Palpasi getaran suara (vocal fremitus): Getaran sama/rata pada seluruh lapang paru (+)

(2) Perkusi: Sonor (+)

(3) Auskultasi:

(a) Suara Nafas: Vesikuler

(b) Suara Ucapan: Suara ucapan jelas (+)

(c) Suara Tambahan:

Ronkhi	Wheezing												
<table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">-</td><td style="padding: 2px 5px;">-</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">-</td><td style="padding: 2px 5px;">-</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">-</td><td style="padding: 2px 5px;"></td></tr> </table>	-	-	-	-	-		<table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">-</td><td style="padding: 2px 5px;">-</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">-</td><td style="padding: 2px 5px;">-</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">-</td><td style="padding: 2px 5px;"></td></tr> </table>	-	-	-	-	-	
-	-												
-	-												
-													
-	-												
-	-												
-													

c) Pemeriksaan Jantung

(1) Inspeksi (Ictus Cordis): Tampak pada ICS 4,5 midclavicula sinistra (+).

(2) Batas-Batas Jantung: Batas kanan jantung terletak di ICS 4 linea sternalis kanan, batas atas jantung terletak di ICS 2 linea sternalis kiri, batas pinggang jantung terletak di ICS 3 linea parasternalis kiri, batas kiri dan bawah jantung terletak di ICS 5 lines midclavicular.

(3) Bunyi jantung I : Tunggal

(4) Bunyi Jantung II : Tunggal

(5) Bising/Murmur : Murmur (-), gallop (-)

(6) Frekuensi Denyut Jantung: 72x/menit

8) Pemeriksaan Abdomen

a) Inspeksi

(1) Bentuk abdomen: Simetris (+), jejas (-), tidak tampak adanya pembesaran.

(2) Benjolan/Massa: Benjolan (-), massa (-)

b) Auskultasi

Peristaltik Usus: 17x/menit

c) Palpasi

- (1) Tanda nyeri tekan : Nyeri tekan (-)
- (2) Benjolan/Massa : Benjolan (-), massa (-)
- (3) Tanda-tanda Ascites: Tidak ada (-)
- (4) Hepar : Pembesaran hepar (-)
- (5) Lien : Pembesaran lien (-)
- (6) Titik Mc. Burne : Terasa nyeri apabila ditekan (+)

d) Perkusi

- (1) Suara Abdomen: Tympani (+)
- (2) Pemeriksaan Ascites: Tidak dilakukan pemeriksaan ascites karena klien tidak memiliki tanda-tanda menderita ascites

9) Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sekitarnya

a) Genetalia

- (1) Rambut pubis: Bersih (+)
- (2) Meatus Urethra: Normal (+), perdarahan (-)
- (3) Kelainan-kelainan pada Genetalia eksterna dan daerah inguinal: Tidak ada kelainan lainnya, hernia (-)

b) Anus dan Perineum

- (1) Lubang anus: normal (+), hemoroid (-), perdarahan (-)
- (2) Kelainan pada anus: Abses (-), prolaps rectum (-)
- (3) Perineum: Ruptur perineum (-)

10) Pemeriksaan Muskuloskeletal (Ekstermitas)

- a) Keisimetrisan Otot: Simetris kanan dan kiri (+/+)
- b) Pemeriksaan Oedema: Edema (-)

c) Kekuatan Otot:

5	2
3	3

d) Kelainan-Kelainan pada Ekstermitas dan Kuku:

Tampak deformitas pada klavikula sinistra (+), tenderness (+), krepitasi (-), ROM pada klavikula sinistra (-), kuku pendek (+).

Klien mengatakan takut untuk menggerakkan bahu kirinya karena nyeri patah tulang dan kedua kakinya karena terdapat luka dan nyeri.

11) Pemeriksaan Neurologi

a) Tingkat Kesadaran/GCS: E4V5M6

b) Tanda-Tanda Rangsangan Otak (*Meningeal Sign*):

Kaku kuduk (-), Brudzinski (-), kernig sign (-)

c) Fungsi Motorik : Abduksi (+), adduksi (+), fleksi (+), ekstensi (+)

d) Fungsi Sensorik : Sensasi sentuhan (+), sensasi nyeri (+), sensasi suhu (+), sensasi getaran (+)

e) Refleks :

(1) Refleks Fisiologis: Reflek bisep (+), reflek trisep (+)

(2) Refleks Patologis: Reflek Babinski (-)

12) Pemeriksaan Status Mental

a) Kondisi emosi/perasaan : Emosi stabil (+), kooperatif (+)

b) Orientasi: komunikasi baik (+)

- c) Proses berpikir (ingatan, atensi, keutusan, perhitungan):
Kemampuan mengingat (+), kemampuan berhitung (+),
menjawab pertanyaan dengan jawaban sesuai (+).
- d) Motifikasi (kemampuan): Berjalan (-), mengikuti perintah (+)
- e) Persepsi : Klien mengatakan yakin akan kesembuhan dirinya
- f) Bahasa : Bahasa Indonesia dan Bahasa Jawa

g. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Diagnosa Medis: Close Fraktur Clavicula Sinistra, CKR 456,
Contusio Vertebrae, Vulnus Lacertum Cruris Bilateral
- 2) Pemeriksaan Diagnostik/Pemeriksaan Medis:
 - a) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tanggal 30 Januari 2025

Tabel 1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pasien Tn. B Tanggal 30 Januari 2025 di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Nilai Normal
P.P.T	11.1	detik	10” - 14”
A.P.P.T.	24.9	detik	25” – 35”
HbsAg	Non Reaktif		Non Reaktif
Anti HCV	Non Reaktif		Non Reaktif
HIV Rapid 1	Non Reaktif		Non Reaktif
SGOT	54	U/L	L<37/P<31
SGPT	75	U/L	L<41/P<31
Ureum	38	mg/dL	17 - 45
Creatine	0.44	mg/dL	0.5 - 1.5
WBC	20.34	$\times 10^3/uL$	4.50 - 11.00
Netrofil	94.3	%	50.0 - 70.0
Limfosit	2.0	%	20.0 - 40.0
Monosit	3.7	%	3.0 - 12.0
Eosinophil	0.0	%	0.5 - 5.0
Basofil	0.0	%	00.0 - 1.0
NEU#	19.18	$\times 10^3/uL$	2.00 - 7.00
LYM#	0.41	$\times 10^3/uL$	0.80 - 4.00
MON#	0.75	$\times 10^3/uL$	0.12 - 1.20
EOS#	0.00	$\times 10^3/uL$	0.80 - 1.0

BAS#	0.00	$\times 10^3/uL$	0.02 - 0.50
RBC	3.94	$\times 10^6/uL$	00.0 - 0.10
HGB	12.4	g/dL	4.40 - 5.90
HCT	38.1	%	13.2 - 17.3
MCV	96.8	fL	40.0 - 52.0
MCH	31.6	pg	80.0 - 100.0
MCHC	32.5	g/dL	27.0 - 34.0
RDW-CV	12.7	%	32.0 - 36.0
RDW-SD	45.5	fL	11.0 - 16.0
PLT	281	$\times 10^3/uL$	35.0 - 56.0
MPV	7.9	fL	150 - 450
PDW	15.7		9.0 - 17.0

b) Pemeriksaan Rontgen

(1) Foto Thorax AP (Tanggal 30/01/2025)

Kesimpulan: Tak tampak kelainan.

(2) Foto Lumbosacral AP/Lat (Tanggal 30/01/2025)

Kesimpulan: HNP VL3-4, 4-5 dan VL5-S1, *Paralumbal Muscle Spasm, Spondylosis, Lumbalis, Stable Lumbosacral.*

(3) Foto Shoulder Kiri AP (Tanggal 30/01/2025)

Kesimpulan: tampak, *close fracture* pada os klavikula sinistra.

(4) Foto Cervical AP Lat Obl Kanan Kiri (Tanggal 30/01/2025)

Kesimpulan: *Spondylosis Cervicalis, Paracervical Muscle Spasm.*

(5) Foto Thorakolumbal AP/Lat (Tanggal 30/01/2025)

Kesimpulan: Foto Thorakolumbal tak tampak kelainan.

c) CT-Scan Kepala Tanpa Kontras (Tanggal 30/01/2025)

Kesimpulan: Tak tampak perdarahan intracranial, tak tampak fraktur os Calvaria dan os Maxillofacial yang tervisualisasi.

h. Penatalaksanaan dan Terapi

- 1) IVFD Ns 1000cc/24 Jam
- 2) Injeksi Ketorolac 3x10mg (IV)
- 3) PO Citicoline 2x500mg
- 4) Penggunaan armsling untuk imobilisasi *Close Fracture Clavicula Sinistra*.
- 5) Rencana: Injeksi profilaksis preoperasi ORIF dengan Vicilin 1,5g (IV) (tanggal 01/02/2025).
- 6) Rencana tindakan pembedahan ORIF tanggal 01 Januari 2025.

2. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan dan melakukan pengumpulan data, didapatkan beberapa data fokus untuk bahan perumusan diagnosa keperawatan.

Tabel 2. Analisa Data pada Pasien Tn. B Tanggal 30 Januari 2025 di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

Data Penunjang	Masalah Keperawatan	Etiologi
DS: - Pasien mengatakan nyeri pada bahu kiri dan tidak bisa digerakkan serta nyeri pada kedua kakinya - Pasien mengatakan karena nyeri yang dirasakan hingga tidak bisa tidur - Pasien mengatakan habis jatuh dari pohon dengan ketinggian 3 meter	Nyeri Akut (D.0077)	(Agen Pencedera Fisik) trauma tidak langsung (jatuh dari pohon setinggi 3 meter) ↓ Fraktur ↓

- P: Pergerakan
- Q: tajam dan menusuk saat ada pergerakan dan berdenyut saat tidak digerakkan.
- R: bahu kiri, kedua tungkai kaki, dan lutut kanan
- S: bahu kiri:6, kedua tungkai dan lutut:4
- T: Terus menerus

Pergeseran
fragmen tulang
↓
Merangsang nyeri
↓
Nyeri akut

DO:

- K/U: Cukup
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Klien tampak meringis, gelisah, dan memegang bahunya
- TD: 128/74 mmHg
- N: 72x/menit
- Tampak luka di pinggang kiri, luka robek sedalam kulit pada tungkai kanan dan kiri serta luka pada lutut kanan pasien dan terbalut kassa

DS:

- Pasien mengatakan takut menggerakkan kedua kakinya karena terasa nyeri setelah jatuh dari pohon setinggi 3 meter
- Pasien mengatakan bahu sebelah kirinya tidak bisa digerakkan karena memakai armsling
- Pasien mengatakan jika terdapat pergerakan pada bahu kiri dan kedua kakinya akan terasa nyeri

DO:

- K/U: Cukup
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Kekuatan otot

5	2
3	3

Gangguan
Mobilitas Fisik
(D.0054)

Trauma tidak
langsung
(jatuh dari pohon
setinggi 3 meter)

↓
Fraktur
↓
Diskontinuitas
Tulang
↓
Perubahan
jaringan sekitar
↓
Pergeseran
fragmen tulang
↓
Deformitas

<ul style="list-style-type: none"> - Tampak deformitas pada klavikula sinistra (+), tenderness (+), krepitasi (-) - Gerakan ROM ekstermitas atas kiri dan ekstermitas bawah pasien tampak menurun - Gerakan pasien tampak terbatas - Pasien memakai armsling pada tangan kanannya 		<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pasien terbatas dalam bergerak (Gangguan Fungsi Muskuloskeletal)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan Mobilitas Fisik</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri pada bahu kirinya, hanya bisa tidur sebentar-sebentar. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U: Cukup - Kesadaran: Composmentis - GCS: 456 - Pasien tampak lemas - Pasien terlihat menguap saat sedang mengobrol dengan perawat - Mata pasien tampak sayu (+) 	<p>Gangguan Pola Tidur (D.0055)</p>	<p>(Agen Pencedera Fisik) trauma tidak langsung (jatuh dari pohon setinggi 3 meter)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Fraktur</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pergeseran fragmen tulang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Merangsang nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Proses istirahat dan tidur tidak adekuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan Pola Tidur</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kedua tungkai kakinya - Pasien mengatakan habis jatuh dari pohon setinggi 3 meter 	<p>Risiko Infeksi (D.0142)</p>	<p>Terdapat luka terbuka post-jatuh dari pohon</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><i>Port de entry</i> mikroorganisme</p>

DO:	↓
- K/U: Cukup	Risiko Infeksi
- Kesadaran: Composmentis	
- GCS: 456	
- Terdapat luka pada pinggang pasien, lutut kaki kanan, dan kedua tungkai kaki pasien terbalut kassa, kassa bersih (+), rembesan (-)	
- Rubor: tidak tampak adanya kemerahan di sekitar luka	
- Tumor: tidak tampak adanya pembengkakan sekitar luka	
- Dolor: iya, nyeri pada luka kaki skala 4	
- Kalor: tidak teraba panas pada kulit sekitar luka, suhu tubuh pasien: 36,2°C	
- Fungsi Laesa: Gerakan ROM ekstermitas bawah pasien tampak menurun karena pasien takut untuk menggerakkan kedua kakinya karena nyeri	
- WBC: $20.34 \times 10^3/uL$ (4.50 - 11.00)	

B. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. Daftar Diagnosa Keperawatan pada Pasien Tn. B Tanggal 30 Januari 2025 di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan
1.	31 Januari 2025	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (<i>close fraktur</i> dan luka) d.d pasien mengatakan nyeri pada bahu kiri dan tidak bisa digerakkan serta nyeri pada kedua kakinya nyeri bertambah berat saat digerakkan, nyeri terasa tajam dan menusuk jika ada pergerakan dan terasa berdenyut saat istirahat, skala nyeri bahu kiri 6 dan 4 pada kedua tungkai dan lutut kiri, nyeri terasa terus menerus, pasien tampak meringis dan memegang bahu kirinya, TD: 128/74 mmHg, N: 72x/menit (D.0077).
2.	31 Januari 2025	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal dan nyeri d.d pasien mengatakan takut menggerakkan kedua kakinya karena terasa nyeri setelah jatuh dari pohon setinggi 3 meter, bahu kiri pasien tidak bisa digerakkan dan terasa nyeri,

		tampak deformitas pada klavikula sinistra (+), tenderness (+), krepitasi (-), kekuatan otot
		$\frac{5}{3} \mid \frac{2}{3}$ gerakan ROM ekstermitas atas kiri dan ekstermitas bawah pasien tampak menurun, dan gerakan pasien tampak terbatas (D.0054).
3.	31 Januari 2025	Gangguan pola tidur b.d nyeri d.d pasien mengatakan tidak bisa tidur nyenyak karena nyeri pada bahu kirinya dan hanya bisa tidur sebentar-sebentar, pasien tampak lemas, pasien terlihat menguap saat sedang mengobrol dengan perawat, dan mata pasien tampak sayu (D.0055).
4.	31 Januari 2025	Risiko Infeksi d.d luka terbuka post-jatuh (D.0142).

C. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah sebuah perencanaan dengan tujuan mencegah, mengurangi, atau mengatasi masalah serta untuk mengidentifikasi bentuk intervensi keperawatan yang akan membantu dalam memenuhi tujuan (Rosdahl, Caroline Bunker, 2017). Penyusunan intervensi keperawatan terdiri dari beberapa tahapan yang perlu dilakukan, yaitu menetapkan prioritas masalah keperawatan, merumuskan tujuan keperawatan, kriteria hasil yang ingin dicapai, serta merencanakan tindakan keperawatan.

1. Prioritas Diagnosa Keperawatan

Penentuan prioritas diagnosis keperawatan ini dilakukan setelah tahap diagnosis keperawatan. Penentuan prioritas dapat berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa) dan berdasarkan kebutuhan manusia (Susanto et al., 2023). Berdasarkan hal tersebut diagnosa keperawatan yang muncul dapat diprioritaskan sebagai berikut:

Tabel 4. Daftar Prioritas Diagnosa Keperawatan pada Pasien Tn. B Tanggal 30 Januari 2025 di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

No.	Diagnosa Keperawatan	Masalah Ditemukan	Masalah Teratasi
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (<i>close fraktur</i> dan luka) d.d pasien mengatakan nyeri pada bahu kiri dan tidak bisa digerakkan serta nyeri pada kedua kakinya nyeri bertambah berat saat digerakkan, nyeri terasa tajam dan menusuk jika ada pergerakan dan terasa berdenyut saat istirahat, skala nyeri bahu kiri 6 dan 4 pada kedua tungkai dan lutut kiri, nyeri terasa terus menerus, pasien tampak meringis dan memegang bahu kirinya, TD: 128/74 mmHg, N: 72x/menit (D.0077).	31 Januari 2025	
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal dan nyeri d.d pasien mengatakan takut menggerakkan kedua kakinya karena terasa nyeri setelah jatuh dari pohon setinggi 3 meter, bahu kiri pasien tidak bisa digerakkan dan terasa nyeri, tampak deformitas pada klavikula sinistra (+), tenderness (+), krepitasi (-), kekuatan otot, kekuatan otot $\frac{5}{3} \mid \frac{2}{3}$ gerakan ROM ekstermitas atas kiri dan ekstermitas bawah pasien tampak menurun, dan gerakan pasien tampak terbatas (D.0054).	31 Januari 2025	
3.	Gangguan pola tidur b.d nyeri d.d pasien mengatakan tidak bisa tidur nyenyak karena nyeri pada bahu kirinya dan hanya bisa tidur sebentar-sebentar, pasien tampak lemas, pasien terlihat menguap saat sedang mengobrol dengan perawat, dan mata pasien tampak sayu (D.0055).	31 Januari 2025	02 Februari 2025
4.	Risiko Infeksi d.d luka terbuka post-jatuh (D.0142)	31 Januari 2025	02 Februari 2025

2. Intervensi Keperawatan

Tahap proses keperawatan setelah melakukan penyusunan prioritas diagnosa keperawatan adalah menyusun rencana keperawatan yang terdiri dari tujuan yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosis keperawatan, kemudian kriteria hasil atau hasil yang diharapkan, Dimana kriteria hasil ini digunakan sebagai standar evaluasi dan memberikan petunjuk apakah tujuan tercapai, tercapai sebagian atau belum tercapai dan yang terakhir adalah penentuan intervensi yang akan dilakukan meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Susanto et al., 2023).

INTERVENSI KEPERAWATAN (PRE-OPERASI ORIF)

Tabel 5. Intervensi Keperawatan pada Pasien Tn. B Tanggal 30 Januari 2025 (Pre-Operasi) di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI) dan Rasional
1.	31 Januari 2025 09.15 WIB	(D.0077)	(L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) a. Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Rasional: untuk menentukan intervensi yang tepat dan untuk mengevaluasi keefektifan dari terapi yang diberikan 2. Identifikasi skala nyeri Rasional: mengetahui intensitas atau seberapa nyeri yang dirasakan pasien

6. Pola tidur
membaik

3. Identifikasi respon nyeri non verbal
Rasional: Untuk mengetahui seberapa kuat nyeri yang dirasakan oleh klien.

4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
Rasional: Untuk memodifikasi faktor yang memperberat nyeri supaya nyeri berkurang

5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
Rasional: mengetahui seberapa berpengaruh nyeri yang dirasakan pasien terhadap kualitas hidupnya

6. Monitor efek samping penggunaan analgetik
Rasional: mengetahui efek samping pemberian analgesik

b. Terapeutik

7. Fasilitasi istirahat dan tidur
Rasional: mengalihkan dan meredakan nyeri yang dialami

c. Edukasi

8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
Rasional: Pasien mengetahui tentang penyebab nyeri

9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

				<p>Rasional: memantau nyeri yang dirasakan pasien untuk nantinya dievaluasi oleh perawat</p> <p>d. Kolaborasi</p> <p>10. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>Rasional: untuk pengobatan secara farmakologi untuk mengatasi nyeri</p>
--	--	--	--	--

2.	31 Januari 2025	(D.0054)	(L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi melakukan pergerakan <p>Rasional: Meningkatkan sirkulasi darah muskuloskeletal, mempertahankan tonus otot, mempertahankan</p>
	09.15 WIB		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Gerakan terbatas menurun 7. Kelemahan fisik menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Rasional: Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien.</p> <p>Rasional: Mengetahui dan batasan pasien terkait latihan/gerakan</p> <p>Rasional: Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Rasional: Meningkatkan sirkulasi darah muskuloskeletal, mempertahankan tonus otot, mempertahankan</p>

gerak sendi, mencegah kontraktur/atrofi, dan mencegah reabsorpsi kalsium karena imobilisasi.

5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional: Mendorong anggota keluarga untuk ikut serta merawat keluarga yang sakit terutama dalam membantu pasien melakukan mobilisasi

c. Edukasi

6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Rasional: Memberi tahu kepada pasien dan keluarga tentang langkah-langkah dalam melakukan pergerakan (meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga)

7. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: menggerakkan kedua kaki, menekuk kaki, atau mengangkat kaki)

Rasional: Memberikan kemudahan pasien dalam latihan pergerakan

3.	31	(D.0055)	(L.05045)	Dukungan Tidur (1.05174)
	Januari 2025		Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	<p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur Rasional: mengetahui perubahan pola tidur pasien 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) Rasional: mengetahui faktor yang mengganggu tidur pasien 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) Rasional: mengetahui makanan atau minuman pasien yang berisiko menjadi faktor pengganggu tidur pasien <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) Rasional: memberikan rasa nyaman pada pasien sehingga membantu pasien untuk tidur teratur 5. Tetapkan jadwal tidur rutin Rasional: membantu pasien untuk tidur tepat waktu dan teratur 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk

			menunjang siklus tidur-terjaga Rasional: menjaga siklus tidur pasien sesuai jadwal yang telah ditentukan
			c. Edukasi
			7. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Rasional: agar pasien mengetahui pentingnya tidur cukup selama sakit
			8. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur Rasional: membantu pasien memperbaiki pola tidur dan jam tidur
			9. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur Rasional: menghindari makanan yang mengganggu tidur dapat membantu pasien tidur teratur
<hr/>			
4.	31 Januari 2025 09.15 WIB	(D.0142) (L.14137) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Nyeri menurun	Pencegahan Infeksi (I.08238) a. Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Rasional: Meningkatkan kekuatan otot dan mencegah dekubitus b. Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung Rasional: Mencegah terjadinya infeksi nosokomial atau HAIs 3. Berikan perawatan kulit pada area edema

Rasional: Untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka

4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional: Agar bakteri, kuman atau virus yang terdapat ditangan dapat hilang dan dapat mencegah terjadinya infeksi pada klien yang dilakukan perawatan

5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional: Mencegah dan mengurangi risiko terjadinya infeksi terutama pada pasien berisiko tinggi

c. Edukasi

6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: Agar pasien dan gejala mengetahui mengenai tanda dan gejala infeksi sehingga dapat mendeteksi dini terjadinya infeksi

7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Rasional: Supaya pasien dan keluarga mampu mencuci tangan yang benar sehingga dapat mencegah terjadinya infeksi

8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
-

Rasional: Pasien dan keluarga mampu membuka kondisi luka secara mandiri untuk mengetahui kondisi luka dan melakukan perawatan pada luka

9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional: Asupan nutrisi yang tepat dapat membantu proses penyembuhan luka

10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Rasional: kebutuhan cairan pasien tercukupi selama proses penyembuhan luka

d. Kolaborasi

11. Kolaborasi pemberian imunisasi atau antibiotik

Rasional: Mencegah dan mengobati infeksi

INTERVENSI KEPERAWATAN (POST-OPERASI ORIF)

Tabel 6. Intervensi Keperawatan pada Pasien Tn. B Tanggal 30 Januari 2025 (Post-Operasi) di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI) dan Rasional
1.	01 Februari 2025 09.15 WIB	(D.0077)	(L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Pola tidur membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) a. Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Rasional: untuk menentukan intervensi yang tepat dan untuk mengevaluasi keefektifan dari terapi yang diberikan 2. Identifikasi skala nyeri Rasional: mengetahui intensitas atau seberapa nyeri yang dirasakan pasien 3. Identifikasi respon nyeri non verbal Rasional: Untuk mengetahui seberapa kuat nyeri yang dirasakan oleh klien. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Rasional: Untuk memodifikasi faktor yang memperberat nyeri supaya nyeri berkurang 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

-
- Rasional:** mengetahui seberapa berpengaruh nyeri yang dirasakan pasien terhadap kualitas hidupnya
6. Monitor efek samping penggunaan analgetik
Rasional: mengetahui efek samping pemberian analgesik
- b. Terapeutik
7. Berikan teknik non-farmakologis kompres hangat menggunakan WWZ untuk mengurangi tingkat nyeri
Rasional: mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien dengan menggunakan trapi nonfarmakologi
8. Fasilitasi istirahat dan tidur
Rasional: mengalihkan dan meredakan nyeri yang dialami
- c. Edukasi
9. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
Rasional: Pasien mengetahui tentang penyebab nyeri
10. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
Rasional: memantau nyeri yang dirasakan pasien untuk nantinya dievaluasi oleh perawat
-

				d. Kolaborasi
				11. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
				Rasional: untuk pengobatan secara farmakologi untuk mengatasi nyeri
<hr/>				
2.	01 Februari 2025 09.15 WIB	(D.0054)	(L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:	Dukungan Mobilisasi (I.05173)
			1. Pergerakan ekstremitas meningkat	a. Observasi
			2. Kekuatan otot meningkat	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
			3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Rasional: Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien.
			4. Nyeri menurun	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
			5. Kecemasan menurun	Rasional: Mengetahui dan batasan pasien terkait latihan/gerakan
			6. Gerakan terbatas menurun	3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
			7. Kelemahan fisik menurun	Rasional: Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
				b. Terapeutik
				4. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
				Rasional: Meningkatkan sirkulasi darah muskuloskeletal, mempertahankan tonus otot, mempertahankan gerak sendi, mencegah kontraktur/atrofi, dan mencegah reabsorpsi

kalsium karena imobilisasi.

5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional: Mendorong anggota keluarga untuk ikut serta merawat keluarga yang sakit terutama dalam membantu pasien melakukan mobilisasi

c. Edukasi

6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Rasional: Memberi tahu kepada pasien dan keluarga tentang langkah-langkah dalam melakukan pergerakan (meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga)

7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

Rasional: Meningkatkan pergerakan pasien, meningkatkan sirkulasi darah, meningkatkan kekuatan otot dan mencegah dekubitus

8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: menggerakkan kedua kaki, menekuk kaki, atau mengangkat kaki)

Rasional: Memberikan kemudahan pasien

				dalam latihan pergerakan
3.	01 Februari 2025 09.15 WIB	(D.0055)	(L.05045) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (1.05174) a. Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur Rasional: mengetahui perubahan pola tidur pasien 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) Rasional: mengetahui faktor yang mengganggu tidur pasien 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) Rasional: mengetahui makanan atau minuman pasien yang berisiko menjadi faktor pengganggu tidur pasien b. Terapeutik 4. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) Rasional: memberikan rasa nyaman pada pasien sehingga membantu pasien untuk tidur teratur 5. Tetapkan jadwal tidur rutin Rasional: membantu pasien untuk tidur tepat waktu dan teratur 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau

				tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Rasional: menjaga siklus tidur pasien sesuai jadwal yang telah ditentukan
				c. Edukasi
				7. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Rasional: agar pasien mengetahui pentingnya tidur cukup selama sakit
				8. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur Rasional: membantu pasien memperbaiki pola tidur dan jam tidur
				9. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur Rasional: menghindari makanan yang mengganggu tidur dapat membantu pasien tidur teratur
4.	01 Februari 2025 09.15 WIB	(D.0142)	(L.14137) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Nyeri menurun	Pencegahan Infeksi (I.08238) a. Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Rasional: Meningkatkan kekuatan otot dan mencegah decubitus b. Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung Rasional: Mencegah terjadinya infeksi nosokomial atau HAIs 3. Berikan perawatan kulit pada area edema

Rasional: Untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka

4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional: Agar bakteri, kuman atau virus yang terdapat ditangan dapat hilang dan dapat mencegah terjadinya infeksi pada klien yang dilakukan perawatan

5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional: Mencegah dan mengurangi risiko terjadinya infeksi terutama pada pasien berisiko tinggi

c. Edukasi

6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: Agar pasien dan gejala mengetahui mengenai tanda dan gejala infeksi sehingga dapat mendeteksi dini terjadinya infeksi

7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Rasional: Supaya pasien dan keluarga mampu mencuci tangan yang benar sehingga dapat mencegah terjadinya infeksi

8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
-

Rasional: Pasien dan keluarga mampu membuka kondisi luka secara mandiri untuk mengetahui kondisi luka dan melakukan perawatan pada luka

9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional: Asupan nutrisi yang tepat dapat membantu proses penyembuhan luka

10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Rasional: kebutuhan cairan pasien tercukupi selama proses penyembuhan luka

d. Kolaborasi

11. Kolaborasi pemberian imunisasi atau antibiotik, *jika perlu*

Rasional: Mencegah dan mengobati infeksi

D. Implementasi Keperawatan

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN HARI KE-1

Tabel 7. Implementasi Keperawatan Hari ke-1 pada Pasien Tn. B Tanggal 31 Januari 2025 di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

Tanggal/ Jam	No. Dx Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
31/01/2025 09.20 WIB	D.0077	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan skala NRS (<i>Numering Rating Scale</i>) 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7. Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. P: Pergerakan Q: tajam dan menusuk saat ada pergerakan dan berdenyut saat tidak digerakkan. R: bahu kiri, kedua tungkai kaki, dan lutut kanan S: bahu kiri:6, kedua tungkai dan lutut:4 T: Terus menerus 2. Skala: bahu kiri:6, kedua tungkai dan lutut:4 3. Pasien tampak meringis dan memegang bahunya 4. Memperberat: pergerakan Memperingan: istirahat 5. Pasien takut dan cemas untuk bergerak, ADL pasien dibantu keluarga 6. Pasien memahami penjelasan perawat 7. Pasien mengikuti anjuran
09.30 WIB		<ol style="list-style-type: none"> 8. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik ketorolac 10 mg secara IV 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Pasien mengatakan setelah diberikan obat nyeri berkurang tetapi setelah reaksi obat hilang nyeri terasa lagi

10.00 WIB		9. Mengukur Tanda-Tanda Vital	9. S: 36,2°C TD: 128/74 mmHg N: 82x/menit RR: 21x/menit SpO2: 97% NC 3 lpm
10.05 WIB		10. Memonitor efek samping penggunaan analgetik	10. Tidak ada efek samping abnormal yang dirasakan pasien. sesak (-), berdebar (-) mual muntah (-), gatal-gatal (-), pusing (-)
11.00 WIB		11. Memfasilitasi istirahat dan tidur	11. Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri yang dirasakan
13.00 WIB	D.0054	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1. Pasien mengatakan nyeri pada bahu kirinya dan tidak bisa digerakkan, kedua tungkai dan lutut kanan terasa nyeri karena terdapat luka post jatuh dari pohon setinggi 3 meter
		2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	2. Sejauh ini pasien tirah baring diatas tempat tidur, takut dan tidak berani menggerakkan kedua kakinya karena nyeri
		3. Memonitor kondisi umum selama melakukan pergerakan	3. Pasien tampak kesakitan saat mencoba menggerakkan kakinya
		4. Memfasilitasi melakukan pergerakan	4. Pasien saat ini belum berani untuk menggerakkan kedua kakinya karena nyeri pada luka
		5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	5. Keluarga kooperatif dan mengatakan akan membantu pasien melakukan pergerakan sederhana

		6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	6. Pasien dan keluarga memahami penjelasan perawat
		7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (menggerakkan kedua kaki, menekuk kaki, atau mengangkat kaki)	7. Pasien memahami penjelasan perawat
13.15 WIB	D.0055	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	1. Pasien mengatakan sebelum sakit selalu tidur pukul 22.00 WIB dan jarang tidur siang, selama dirawat di rumah sakit pasien sulit tidur dan terjaga saat malam.
		2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	2. Nyeri pada bahu kiri dan kedua tungkai dan lutut kanan pasien.
		3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur	3. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi makanan atau minuman yang mengganggu tidur.
		4. Memodifikasi lingkungan	4. Lingkungan tenang, pencahayaan cukup, suhu ruangan hangat dan pasien merasa nyaman dengan kondisi ruangnya saat ini.
13.30 WIB		5. Menetapkan jadwal tidur rutin	5. Pasien akan mencoba untuk relaks dan menetapkan waktu tidur malam pukul 22.00 WIB.
		6. Menyesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga	6. Pemberian obat dan tindakan keperawatan dilakukan pada waktu selain jadwal tidur pasien.

		7. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	7. Pasien memahami penjelasan perawat.
		8. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur	8. Pasien mengatakan akan berusaha mengikuti anjuran perawat.
		9. Mengajarkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	9. Pasien mengikuti anjuran perawat.
13.40 WIB	D.0142	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal pada luka pinggang, lutut kanan, dan kedua tungkai kaki dan tanda infeksi sistemik	1. Rubor: tidak tampak adanya kemerahan di sekitar luka - Tumor: tidak tampak adanya pembengkakan sekitar luka - Dolor: iya, nyeri pada luka kaki skala 4 - Kalor: tidak teraba panas pada kulit sekitar luka, suhu tubuh pasien: 36,2°C - Fungsio Laesa: Gerakan ROM ekstermitas bawah pasien tampak menurun karena pasien takut untuk menggerakkan kedua kakinya
		2. Membatasi jumlah pengunjung	2. Keluarga kooperatif dan saat ini pasien ditunggu oleh 1 anggota keluarga
		3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	3. Perawat mencuci tangan (+)
		4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	4. Pasien dan keluarga kooperatif dan memahami penjelasan perawat

5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	5. Pasien dan keluarga memahami langkah-langkah cuci tangan yang benar dan momen cuci tangan
6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka	6. Pasien dan keluarga memahami penjelasan perawat
7. Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi	7. Pasien dan keluarga kooperatif, pasien makan makanan dari rumah sakit dan porsi selalu habis
8. Mengajarkan meningkatkan asupan cairan	8. Pasien minum air putih 2 liter/hari

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN HARI KE-2

Tabel 8. Implementasi Keperawatan Hari ke-2 pada Pasien Tn. B Tanggal 01 Februari 2025 di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

Tanggal/ Jam	No. Dx Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
01/02/2025 08.00 WIB	D.0077	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1. P: Pergerakan Q: tajam dan menusuk saat ada pergerakan dan berdenyut saat tidak digerakkan. R: bahu kiri, kedua tungkai kaki, dan lutut kanan S: bahu kiri:6, kedua tungkai dan lutut:3 T: Hilang timbul
		2. Mengidentifikasi skala nyeri	2. Skala: bahu kiri:6, kedua tungkai dan lutut:3
		3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	3. Pasien masih tampak meringis, dan bersikap protektif pada bagian tubuh yang nyeri dengan memegang bahunya
08.05 WIB		4. Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri	4. Pasien mengikuti anjuran
		5. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik ketorolac 10 mg secara IV	5. Pasien mengatakan nyeri berkurang tetapi setelah reaksi obat hilang nyeri terasa lagi
		6. Melakukan kolaborasi pemberian injeksi antibiotik profilaksis preoperasi Vicilin 1,5g secara IV	6. Antibiotik profilaksis telah diberikan dan pasien tidak ada alergi terhadap antibiotic yang diberikan
08.30 WIB		7. Mengukur Tanda-Tanda Vital	7. S: 36,6°C TD: 121/69mmHg N: 84x/menit RR: 20x/menit SpO2: 96% NC 3 lpm

		8. Memonitor efek samping penggunaan analgetik	8. Tidak ada efek samping abnormal yang dirasakan pasien. sesak (-), berdebar (-) mual muntah (-), gatal-gatal (-), pusing (-)
08.35 WIB	D.0054	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada bahu kiri dan kedua tungkai kaki serta lutut kanannya
		2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	2. Pasien tidak bisa menggerakkan bahu kanannya karena menggunakan armsling untuk imobilisasi <i>close fraktur</i> , pasien mulai berani menggerakkan kedua kakinya
		3. Memonitor kondisi umum selama melakukan pergerakan	3. Pasien tampak meringis saat mencoba menggerakkan kakinya
08.40 WIB		4. Memfasilitasi melakukan pergerakan	4. Pasien mampu menggeser kedua kakinya dan menggerakkan tangan kannanya
		5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	5. Keluarga kooperatif dan membantu pasien melakukan pergerakan sederhana
		6. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (menggerakkan kedua kaki, menekuk kaki, atau mengangkat kaki)	6. Pasien memahami penjelasan perawat

08.45 WIB	D.0055	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	1. Pasien mengatakan tadi malam saat tidur sering terbangun karena nyeri, dan hanya bisa tidur selama 2 jam
		2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	2. Nyeri pada bahu kiri dan kedua tungkai dan lutut kanan pasien.
		3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur	3. Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi makanan atau minuman yang mengganggu tidur.
		4. Menyesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga	4. Pemberian obat dan tindakan keperawatan dilakukan pada waktu selain jadwal tidur pasien yang telah ditetapkan.
		5. Mengajukan menepati kebiasaan waktu tidur	5. Pasien mengatakan akan berusaha mengikuti anjuran perawat.
09.00 WIB		6. Mengantar pasien ke kamar operasi untuk menjalankan tindakan pembedahan ORIF	6. Pasien tampak tenang dan siap untuk menjalani tindakan operasi
13.00 WIB		7. Menjemput pasien dari kamar operasi setelah menjalankan tindakan post pembedahan ORIF	7. Pasien tampak masih dibawah pengaruh anestesi
13.05 WIB		8. Mengantar pasien ke radiologi untuk foto kontrol X-Ray <i>Shoulder</i> post pembedahan ORIF	8. Hasil foto X-Ray <i>Shoulder</i> : Masih tampak garis fraktur pada os clavícula kiri, tampak terpasang fiksasi internal, <i>loosening</i> (-)
13.25 WIB		9. Mengukur tanda-tanda vital pasien	9. S: 36,1°C TD: 114/72mmHg N: 74x/menit RR: 20x/menit SpO2: 95% NC 5 lpm

13.30 WIB		10. Menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur	10. Pasien mengikuti anjuran
18.30 WIB	D.0077	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri post-operasi	1. P: Pergerakan Q: Menusuk dan berdenyut R: bahu kiri S: bahu kiri:7, kedua tungkai dan lutut: 1 T: Terus menerus
		2. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan skala NRS (<i>Numering Rating Scale</i>)	2. Skala nyeri: bahu kiri:7, kedua tungkai dan lutut:1
		3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	3. Pasien masih tampak meringis dan gelisah
18.35 WIB		4. Mengukur Tanda-Tanda Vital	4. S: 36,2°C TD: 130/69mmHg N: 92x/menit RR: 21x/menit SpO2: 96% NC 5 lpm
18.40 WIB		5. Memberikan teknik nonfarmakologis kompres hangat menggunakan WWZ disekitar luar luka operasi selama 30 menit dengan suhu air 40-46 °C untuk mengurangi intensitas nyeri.	5. Pasien mengatakan merasa nyaman dengan kompres hangat yang diberikan
18.45 WIB		6. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	6. Pasien mengikuti anjuran
19.55 WIB		7. Melakukan evaluasi suhu air pada WWZ	7. Pasien mengatakan merasa nyaman dengan suhu air hangat yang diberikan
19.10 WIB		8. Mengevaluasi skala nyeri pasien setelah diberikan intervensi non-farmakologis kompres hangat menggunakan WWZ	8. Skala Nyeri: 4, pasien mengatakan setelah diberikan kompres hangat terasa nyaman, rileks, dan nyeri berkurang

19.15 WIB	D.0142	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik pada luka pinggang, lutut kanan, kedua tungkai kaki, dan luka postoperasi ORIF di bahu kiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rubor: tidak ada kemerahan Tumor: tidak ada pembengkakan Dolor: iya, nyeri S: 4 Kalor: tidak teraba panas pada kulit sekitar luka, Suhu tubuh pasien: 36,0°C Fungsio Laesa: iya, Gerakan ROM ekstermitas atas kiri dan ekstermitas bawah pasien tampak menurun dan gerakan pasien terbatas
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Membatasi jumlah pengunjung 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Keluarga kooperatif dan saat ini pasien ditunggu oleh 1 anggota keluarga
		<ol style="list-style-type: none"> 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Perawat mencuci tangan (+)
19.18 WIB		<ol style="list-style-type: none"> 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien dan keluarga kooperatif, dan mampu menyebutkan tanda dan gejala infeksi
		<ol style="list-style-type: none"> 5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Pasien dan keluarga memahami langkah-langkah cuci tangan yang benar dan momen cuci tangan
		<ol style="list-style-type: none"> 6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Pasien dan keluarga memahami penjelasan perawat
		<ol style="list-style-type: none"> 7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Pasien dan keluarga kooperatif dan mengikuti anjuran, untuk saat ini pasien sedang puasa post-operasi

8. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan	8. Pasien dan keluarga kooperatif dan mengikuti anjuran, untuk saat ini pasien sedang puasa post-operasi
9. Melakukan kolaborasi pemberian antibiotik anbacim 1gram secara IV	9. Pasien mengatakan tidak ada efek samping alergi setelah pemberian antibiotik

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN HARI KE-3

Tabel 9. Implementasi Keperawatan Hari ke-3 pada Pasien Tn. B Tanggal 02 Februari 2025 di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

Tanggal/ Jam	No. Dx Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
02/02/2025 06.10 WIB	D.0077	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1. P: Pergerakan Q: Berdenyut R: bahu kiri, kedua tungkai kaki, dan lutut kanan S: bahu kiri: 5, kedua tungkai dan lutut: 0 T: Hilang timbul
		2. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan skala NRS (<i>Numering Rating Scale</i>)	2. Skala: bahu kiri: 5, kedua tungkai dan lutut:0
		3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	3. Pasien tampak meringis, dan takut untuk menggerakkan badannya karena nyeri
		4. Mengukur tanda-tanda vital pasien	4. S: 36,4°C TD: 128/61mmHg N: 94x/menit RR: 20x/menit SpO2: 97% RA
06.15 WIB		5. Memberikan teknik nonfarmakologis kompres hangat menggunakan WWZ disekitar luar luka operasi selama 30 menit dengan suhu air 40-46 °C untuk mengurangi intensitas nyeri.	5. Pasien mengatakan nyaman dan nyeri berkurang ketika diberikan kompres hangat
06.30 WIB		6. Melakukan evaluasi suhu air pada WWZ	6. Pasien mengatakan merasa nyaman dengan suhu air hangat yang diberikan

06.45 WIB		7. Mengevaluasi skala nyeri pasien setelah diberikan intervensi non-farmakologis kompres hangat menggunakan WWZ	7. Skala Nyeri: 3, pasien mengatakan setelah diberikan kompres hangat terasa nyaman, rileks, dan nyeri berkurang
08.30 WIB		8. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik santagesik 1000mg secara IV	8. Pasien mengatakan setelah diberikan obat nyeri berkurang tetapi setelah reaksi obat hilang nyeri terasa lagi
09.00 WIB		9. Memonitor efek samping penggunaan analgetik	9. Tidak ada efek samping abnormal yang dirasakan pasien. sesak (-), berdebar (-) mual muntah (-), gatal-gatal (-), pusing (-)
09.02 WIB	D.0054	1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada bahu kirinya setelah operasi, kedua tungkai kaki serta lutut kanannya sudah tidak nyeri dan bisa digerakkan/diangkat
		2. Memfasilitasi melakukan pergerakan	2. Pasien mampu menggerakkan dan mengangkat kedua kakinya, pasien bisa miring ke kiri dengan bantuan
		3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	3. Kondisi pasien baik, saat melakukan pergerakan atau mobilisasi sederhana pasien tampak meringis karena nyeri
		4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	4. Keluarga kooperatif dan membantu pasien melakukan pergerakan sederhana

		5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	5. Pasien memahami penjelasan perawat dan mampu melakukan mobilisasi sederhana diatas tempat tidur.
09.30 WIB	D.0055	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	1. Pasien mengatakan kemarin siang bisa tidur siang selama 1,5 jam dan tadi malam bisa tidur pukul 22.00 WIB dan terbangun 2 kali karena nyeri, bangun pukul 05.00 WIB
		2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis)	2. Nyeri pada bahu kiri
		3. Menyesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga	3. Pemberian obat dan tindakan keperawatan dilakukan pada waktu selain jadwal tidur pasien yang telah ditetapkan.
		4. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	4. Pasien mengikuti anjuran perawat.
10.00 WIB	D.0142	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik pada luka pinggang, lutut kanan, kedua tungkai kaki, dan luka postoperasi ORIF di bahu kiri	1. Rubor: tidak ada kemerahan Tumor: tidak ada pembengkakan Dolor: iya, nyeri S: 2 Kalor: tidak teraba panas pada kulit sekitar luka, Suhu tubuh pasien: 36,4°C Fungsio Laesa: gerakan ROM ekstermitas atas bawah pasien tampak menurun dan gerakan pasien terbatas.

		2. Membatasi jumlah pengunjung	2. Keluarga pasien kooperatif, penunggu pasien hanya 1 anggota keluarga
		3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	3. Perawat mencuci tangan (+)
		4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	4. Pasien dan keluarga mampu mempraktikkan langkah-langkah mencuci tangan yang benar
		5. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi	5. Pasien dan keluarga kooperatif dan mengikuti anjuran, pasien makan 3 kali sehari dengan diit TKTP lauk dan sayur cincang
		6. Mengajukan meningkatkan asupan cairan	6. Pasien dan keluarga kooperatif dan mengikuti anjuran dengan minum air putih sedikit-sedikit tapi sering
		7. Melakukan kolaborasi pemberian antibiotic anbacim 1 gram secara IV	7. Pasien mengatakan tidak ada efek samping alergi setelah pemberian antibiotik
11.40 WIB	D.0077	8. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	8. P: Pergerakan Q: Berdenyut R: Bahu kiri (luka post-operasi ORIF) S: 4 T: Hilang timbul
		9. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan skala NRS (<i>Numering Rating Scale</i>)	9. Skala nyeri: 4

10. Memberikan teknik nonfarmakologis kompres hangat menggunakan WWZ disekitar luar luka operasi selama 30 menit dengan suhu air 40-46 °C untuk mengurangi intensitas nyeri	10. Pasien mengatakan nyaman dan nyeri berkurang ketika diberikan kompres hangat
11. Melakukan evaluasi suhu air pada WWZ	11. Pasien mengatakan merasa nyaman dengan suhu air hangat yang diberikan
12. Mengevaluasi skala nyeri pasien setelah diberikan intervensi non-farmakologis kompres hangat menggunakan WWZ	12. Skala Nyeri: 2, pasien mengatakan setelah diberikan kompres hangat terasa nyaman, rileks, dan nyeri berkurang

E. Evaluasi Keperawatan

1. Evaluasi Formatif

EVALUASI KEPERAWATAN HARI KE-1 (PRE-OPERASI)

Tabel 10. Evaluasi Formatif Hari ke-1 pada Pasien Tn. B Tanggal 31 Januari 2025 di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

No. Dx	Hari ke-1
Kep	31/01/2025 pukul 14.00 WIB
D.0077	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bahu kiri masih sangat terasa meskipun sudah diberikan obat - Pasien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kedua tungkai kakinya juga masih terasa hilang timbul - Pasien mengatakan tadi malam tidak bisa tidur dan terjaga karena nyeri - P: Pergerakan - Q: tajam dan menusuk saat ada pergerakan dan berdenyut saat tidak digerakkan. - R: bahu kiri, kedua tungkai kaki, dan lutut kanan - S: bahu kiri: 5, kedua tungkai dan lutut: 3 - T: Terus menerus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U: Cukup - Kesadaran: Composmentis - GCS: 456 - Pasien tampak meringis kesakitan jika ada pergerakan pada bahu kiri dan kedua kakinya - Pasien masih tampak gelisah dan merintih kesakitan - TD: 122/67 mmHg - N: 77x/menit - Tampak luka di pinggang kiri, luka robek sedalam kulit pada tungkai kanan dan kiri serta luka pada lutut kanan pasien dan terbalut kassa <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri no. 1,2,3,5,6,7,9,10</p>
D.0054	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih takut menggerakkan kedua kakinya karena nyeri - Pasien mengatakan bahu sebelah kirinya tidak bisa digerakkan - Pasien mengatakan jika terdapat pergerakan pada bahu kiri dan kedua kakinya akan terasa nyeri

O:

- K/U: Cukup
 - Kesadaran: Composmentis
 - GCS: 456
 - Tampak deformitas pada klavikula sinistra (+), tenderness (+), krepitasi (-)
 - Kekuatan otot
- | | |
|---|---|
| 5 | 2 |
| 3 | 3 |
- Gerakan ROM ekstermitas atas kiri dan ekstermitas bawah pasien tampak menurun
 - Gerakan pasien tampak terbatas
 - Pasien memakai armsling pada tangan kanannya

A:

Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P:

Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi no. 1,2,3,4,5,6,7

D.0055 **S:**

- Pasien mengatakan tadi malam tidak bisa tidur karena nyeri dan siang ini hanya bisa tidur 30 menit
- Pasien mengeluh merasa lelah karena tidak cukup tidur dan masih mengantuk
- Pasien mengatakan akan mencoba menepati waktu tidur yang telah ditetapkan

O:

- K/U: Cukup
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Pasien tampak lemas
- Pasien terlihat menguap saat sedang mengobrol dengan perawat
- Mata pasien tampak sayu

A:

Masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi dukungan tidur no. 1,2,3,4,6,7,9

D.0142 **S:**

- Pasien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kedua tungkai kakinya

O:

- K/U: Cukup
 - Kesadaran: Composmentis
 - GCS: 456
-

-
- Terdapat luka pada pinggang pasien, lutut kaki kanan, dan kedua tungkai kaki pasien terbalut kassa, kassa bersih (+), rembesan (-)
 - Rubor: tidak tampak adanya kemerahan di sekitar luka
 - Tumor: tidak tampak adanya pembengkakan sekitar luka
 - Dolor: iya, nyeri skala 3 pada luka di kaki kanan dan kiri
 - Kalor: tidak teraba panas pada kulit sekitar luka, suhu tubuh pasien: 36,0°C
 - Fungsi Laesa: gerakan ROM ekstermitas bawah pasien tampak menurun dan gerakan pasien terbatas

A:

Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi no.1,2,4,6,7,8,9,10

No. Dx	Hari ke-1
Kep	31/01/2025 pukul 20.00 WIB
D.0077	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bahu kiri masih terasa terutama saat efek obat nyeri sudah hilang - Pasien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kedua tungkai kakinya juga masih terasa hilang timbul - P: Pergerakan - Q: tajam dan menusuk saat ada pergerakan dan berdenyut saat tidak digerakkan. - R: bahu kiri, kedua tungkai kaki, dan lutut kanan - S: bahu kiri: 6, kedua tungkai dan lutut: 3 - T: Terus menerus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U: Cukup - Kesadaran: Composmentis - GCS: 456 - Pasien tampak meringis kesakitan jika ada pergerakan pada bahu kiri dan kedua kakinya - Pasien merintih kesakitan - TD: 130/73 mmHg - N: 84x/menit - Tampak luka di pinggang kiri, luka robek sedalam kulit pada tungkai kanan dan kiri serta luka pada lutut kanan pasien dan terbalut kassa <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi manajemen nyeri no. 1,2,3,5,6,7,9,10</p>

D.0054 **S:**

- Pasien mengatakan akan mencoba untuk menggerakkan atau melakukan mobilisasi sederhana pada kedua kakinya
- Pasien mengatakan jika terdapat pergerakan pada bahu kiri dan kedua kakinya akan terasa nyeri

O:

- K/U: Cukup
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Tampak deformitas pada klavikula sinistra (+), tenderness (+), krepitasi (-)
- Kekuatan otot

5	2
3	3

- Gerakan ROM ekstermitas atas kiri dan ekstermitas bawah pasien tampak menurun
- Gerakan pasien tampak terbatas
- Pasien memakai armsling pada tangan kanannya

A:
Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian

P:
Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi no. 1,2,3,4,5,6,7

D.0055 **S:**

- Pasien mengatakan saat siang hanya bisa tidur 30 menit, saat ini nyeri masih terasa dan belum bisa tidur
- Pasien mengatakan akan mencoba menepati waktu tidur yang telah ditetapkan saat nyeri berkurang

O:

- K/U: Cukup
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Pasien terlihat meringis kesakitan dan terlihat terjaga

A:
Masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi sebagian

P:
Lanjutkan intervensi dukungan tidur no. 1,2,3,4,5,6,7,9

D.0142 **S:**

- Pasien mengatakan luka pada kedua kaki dan pinggangnya tidak terasa panas

O:

- K/U: Cukup
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Terdapat luka pada pinggang pasien, lutut kaki kanan, dan kedua tungkai kaki pasien terbalut kassa, kassa bersih (+), rembesan (-)

-
- Rubor: tidak tampak adanya kemerahan di sekitar luka
 - Tumor: tidak tampak adanya pembengkakan sekitar luka
 - Dolor: iya, nyeri skala 3 pada luka di kaki kanan dan kiri
 - Kalor: tidak teraba panas pada kulit sekitar luka, suhu tubuh pasien: 36,5°C
 - Fungsi Laesa: gerakan ROM ekstermitas bawah pasien tampak menurun dan gerakan pasien terbatas

A:

Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi no.1,2,4,6,7,8,9,10

No. Dx	Hari ke-2
Kep	01/02/2025 pukul 06.45 WIB
D.0077	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bahu kiri masih terasa - Pasien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kedua tungkai kakinya terasa hilang timbul - Pasien mengatakan tadi malam sering terbangun karena nyeri - P: Pergerakan - Q: tajam dan menusuk saat ada pergerakan dan berdenyut saat tidak digerakkan. - R: bahu kiri, kedua tungkai kaki, dan lutut kanan - S: bahu kiri: 5, kedua tungkai dan lutut: 2 - T: Hilang timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U: Cukup - Kesadaran: Composmentis - GCS: 456 - Pasien tampak meringis kesakitan jika ada pergerakan pada bahu kiri dan kedua kakinya - Pasien merintih kesakitan - TD: 128/62 mmHg - N: 80x/menit <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi manajemen nyeri no. 1,2,3,5,6,7,8,11</p>
D.0054	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan takut menggerakkan kedua kakinya karena nyeri - Pasien mengatakan bahu sebelah kirinya ada pergerakan akan terasa sangat nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U: Cukup - Kesadaran: Composmentis - GCS: 456

-
- Tampak deformitas pada klavikula sinistra (+), tenderness (+), krepitasi (-)
 - Kekuatan otot

5	2
3	3
 - Gerakan ROM ekstermitas atas kiri dan ekstermitas bawah pasien menurun
 - Pasien mampu menggeser kedua kakinya perlahan
 - Pasien memakai armsling pada tangan kanannya

A:

Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi no. 1,2,3,4,5,7

D.0055 **S:**

- Pasien mengatakan tadi malam saat tidur sering terbangun karena nyeri, dan hanya bisa tidur selama 2 jam
- Pasien mengeluh merasa lelah karena tidak cukup tidur dan masih mengantuk
- Pasien mengatakan akan mencoba menepati waktu tidur yang telah ditetapkan

O:

- K/U: Cukup
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Pasien tampak lemas
- Pasien terlihat menguap saat sedang mengobrol dengan perawat
- Mata pasien tampak sayu

A:

Masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi dukungan tidur no. 1,2,3,4,6,7,9

D.0142 **S:**

- Pasien mengatakan tidak merasa panas pada area sekitar luka di kaki dan pinggang

O:

- K/U: Cukup
 - Kesadaran: Composmentis
 - GCS: 456
 - Terdapat luka pada pinggang pasien, lutut kaki kanan, dan kedua tungkai kaki pasien terbalut kassa, kassa bersih (+), rembesan (-)
 - Rubor: tidak tampak adanya kemerahan di sekitar luka
 - Tumor: tidak tampak adanya pembengkakan sekitar luka
 - Dolor: iya, nyeri skala 3 pada luka di kaki kanan dan kiri
-

-
- Kalor: tidak teraba panas pada kulit sekitar luka, suhu tubuh pasien: 36,3°C
 - Fungsi Laesa: gerakan ROM ekstermitas bawah pasien tampak menurun dan gerakan pasien terbatas

A:

Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi no.1,2,4,6,7,9,10,11

EVALUASI KEPERAWATAN HARI KE-2 (POST-OPERASI)

Tabel 11. Evaluasi Formatif Hari ke-2 pada Pasien Tn. B Tanggal 01 Februari 2025 di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

No. Dx	Hari ke-2
Kep	01/02/2025 pukul 14.00 WIB
D.0077	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi di bahu kiri - Pasien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kedua tungkai kakinya sudah menurun dan tidak terlalu mengganggu - P: Pergerakan - Q: Menusuk dan berdenyut - R: Bahu kiri, kedua tungkai kaki, dan lutut kanan - S: Bahu kiri: 7, kedua tungkai dan lutut: 1 - T: Terus menerus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U: Baik - Kesadaran: Composmentis - GCS: 456 - Pasien terlihat meringis kesakitan dan gelisah - Pasien protektif pada bagian tubuh bahu sebelah kirinya - TD: 114/72mmHg - N: 74x/menit - Pasien post-operasi ORIF hari ke-1 dan tampak luka post-operasi pada bahu kiri tertutup kassa dan plester - Tampak luka di pinggang kiri, luka robek sedalam kulit pada tungkai kanan dan kiri serta luka pada lutut kanan pasien dan terbalut kassa <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi d.d pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri no. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11</p>
D.0054	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulai mencoba menggerakkan kedua kakinya dengan menggeser dan mengangkat perlahan-lahan - Pasien mengatakan setelah tindakan operasi tidak berani untuk menggerakkan bahu kirinya - Pasien mengatakan sejak dirawat posisinya hanya terlentang saja tidak berani untuk miring ke kanan - Pasien mengatakan jika terdapat pergerakan pada bahu kiri dan kedua kakinya akan terasa nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U: Baik - Kesadaran: Composmentis - GCS: 456

-
- Kekuatan otot

$$\frac{5}{3} \mid \frac{2}{3}$$

- Gerakan ROM ekstermitas atas kiri dan ekstermitas bawah pasien tampak menurun
- Gerakan pasien tampak terbatas
- Pasien post-operasi ORIF hari ke-1 dan terpasang k-wire 1,6mm dan s-wire 1,0mm pada klavikula sinistra
- Pasien memakai armsling pada tangan kanannya

A:

Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi no. 1,2,3,5,6,7,8

D.0055 **S:**

- Pasien mengatakan tadi malam saat tidur sering terbangun karena nyeri, dan hanya bisa tidur selama 2 jam
- Pasien mengatakan saat di ruang pulih sadar bisa tidur hampir 1 jam

O:

- K/U: Baik
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Mata pasien tampak sayu

A:

Masalah keperawatan keperawatan gangguan pola tidur teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi dukungan tidur no. 1,2,6,8

D.0142 **S:**

- Pasien mengatakan area luka di kaki dan pinggangnya tidak terasa panas

O:

- K/U: Baik
 - Kesadaran: Composmentis
 - GCS: 456
 - Terdapat luka pada pinggang pasien, lutut kaki kanan, dan kedua tungkai kaki pasien terbalut kassa, kassa bersih (+), ada rembesan (+) tetapi minimal dan bukan pus
 - Terdapat luka post-operasi ORIF hari ke-1 di bahu kiri pasien tertutup kassa dan plester, luka tampak bersih (+), rembesan (-)
 - Rubor: tidak tampak adanya kemerahan di sekitar luka kaki dan luka post-operasi dibahu
 - Tumor: tidak tampak adanya pembengkakan sekitar luka kaki dan luka post-operasi dibahu
-

-
- Dolor: iya, nyeri skala 1 pada luka di kaki kanan dan kiri, nyeri skala 7 pada luka post-operasi dibahu
 - Kalor: tidak teraba panas pada kulit sekitar luka, suhu tubuh pasien: 36,4°C
 - Fungsi Laesa: gerakan ROM ekstermitas atas kiri pasien tampak menurun dan gerakan pasien terbatas

A:

Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi no. 1,2,4,6,7,8,9,10

No. Dx	Hari ke-2
Kep	01/02/2025 pukul 20.00 WIB
D.0077	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi di bahu kiri berkurang - Pasien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kedua tungkai kakinya sudah menurun dan tidak terlalu mengganggu - P: Pergerakan - Q: Berdenyut - R: Bahu kiri - S: 4 - T: Hilang timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U: Baik - Kesadaran: Composmentis - GCS: 456 - Pasien terlihat meringis kesakitan dan gelisah - Pasien protektif pada bagian tubuh bahu sebelah kirinya - TD: 114/72mmHg - N: 74x/menit - Pasien post-operasi ORIF hari ke-1 dan tampak luka post-operasi pada bahu kiri tertutup kassa dan plester <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi manajemen nyeri no. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11</p>
D.0054	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan setelah tindakan operasi tidak berani untuk menggerakkan bahu kirinya - Pasien mengatakan jika terdapat pergerakan pada bahu kiri dan kedua kakinya akan terasa nyeri - Pasien mengatakan kesulitan dan merasa takut untuk miring kanan

O:

- K/U: Baik
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Kekuatan otot

$$\frac{5}{3} \mid \frac{2}{3}$$

- Gerakan ROM ekstermitas atas kiri dan ekstermitas bawah pasien tampak menurun
- Pasien terlihat sudah bisa menggerakkan, menggeser, dan mengangkat kedua kakinya perlahan
- Pasien post-operasi ORIF hari ke-1 dan terpasang k-wire 1,6mm dan s-wire 1,0mm pada klavikula sinistra
- Pasien memakai armsling pada tangan kanannya

A:

Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi no. 2,3,4,5,7,8

D.0055

S:

- Pasien mengatakan saat siang setelah operasi selesai dan kembali ke ruang rawat inap bisa tidur 1,5 jam
- Pasien mengeluh pusing

O:

- K/U: Baik
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Mata pasien tampak sayu

A:

Masalah keperawatan keperawatan gangguan pola tidur teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi dukungan tidur no. 1,4,6,7,8

D.0142

S:

- Pasien mengatakan area luka operasi pada bahu kiri dan luka pada kedua kakinya serta pinggang tidak terasa panas

O:

- K/U: Baik
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Terdapat luka pada pinggang pasien, lutut kaki kanan, dan kedua tungkai kaki pasien terbalut kassa, kassa bersih (+), ada rembesan (+) tetapi minimal dan bukan pus
- Terdapat luka post-operasi ORIF hari ke-1 di bahu kiri pasien tertutup kassa dan plester, luka tampak bersih (+), rembesan (-)

-
- Rubor: tidak tampak adanya kemerahan di sekitar luka kaki dan luka post-operasi dibahu
 - Tumor: tidak tampak adanya pembengkakan sekitar luka kaki dan luka post-operasi dibahu
 - Dolor: iya, nyeri skala 1 pada luka di kaki kanan dan kiri, nyeri skala 4 pada luka post-operasi dibahu
 - Kalor: tidak teraba panas pada kulit sekitar luka, suhu tubuh pasien: 36,1°C
 - Fungsi Laesa: gerakan ROM ekstermitas atas kiri pasien tampak menurun dan gerakan pasien terbatas

A:

Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi no. 1,2,4,6,7,8,9,10

No. Dx	Hari ke 3
Kep	02/02/2025 pukul 06.00 WIB
D.0077	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi di bahu kiri masih terasa - P: Pergerakan - Q: Berdenyut - R: Bahu kiri - S: 5 - T: Hilang timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U: Baik - Kesadaran: Composmentis - GCS: 456 - Pasien terlihat meringis kesakitan - Pasien protektif pada bagian tubuh bahu sebelah kirinya - TD: 118/64mmHg - N: 85x/menit - Pasien post-operasi ORIF hari ke-2 dan tampak luka post-operasi pada bahu kiri tertutup kassa dan plester <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi manajemen nyeri no. 1,2,3,5,6,7,10,11</p>
D.0054	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan jika ada pergerakan pada bahu kirinya terasa nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U: Baik - Kesadaran: Composmentis - GCS: 456

-
- Kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 5 & 2 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$$

- Pasien bisa miring kanan dan posisi duduk dengan bantuan
- Pasien terlihat sudah bisa menggerakkan, menggeser, dan mengangkat kedua kakinya perlahan
- Pasien post-operasi ORIF hari ke-1 dan terpasang k-wire 1,6mm dan s-wire 1,0mm pada klavikula sinistra
- Pasien memakai armsling pada tangan kanannya

A:

Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi no. 2,3,4,5,8

D.0055 **S:**

- Pasien mengatakan tadi malam bisa tidur pukul 22.00 WIB dan bangun tidur pukul 05.00 WIB
- Pasien mengatakan sempat terbangun 2 kali saat tidur malam karena nyeri tetapi pasien mengatakan tidur cukup nyenyak dan cukup
- Pasien mengatakan merasa lebih segar dan tidak pusing

O:

- K/U: Baik
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Pasien tampak lebih segar

A:

Masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi

P:

Hentikan intervensi dukungan tidur

D.0142 **S:**

- Pasien mengatakan area luka operasi pada bahu kiri dan luka pada kedua kakinya serta pinggang tidak terasa panas

O:

- K/U: Baik
 - Kesadaran: Composmentis
 - GCS: 456
 - Terdapat luka pada pinggang pasien, lutut kaki kanan, dan kedua tungkai kaki pasien terbalut kassa, kassa bersih (+)
 - Terdapat luka post-operasi ORIF hari ke-1 di bahu kiri pasien tertutup kassa dan plester, luka tampak bersih (+), rembesan(-)
 - Rubor: tidak tampak adanya kemerahan di sekitar luka kaki dan luka post-operasi dibahu
 - Tumor: tidak tampak adanya pembengkakan sekitar luka kaki dan luka post-operasi dibahu
-

-
- Dolor: iya, nyeri skala 1 pada luka di kaki kanan dan kiri, nyeri skala 4 pada luka post-operasi dibahu
 - Kalor: tidak teraba panas pada kulit sekitar luka, suhu tubuh pasien: 36,2°C
 - Fungsi Laesa: gerakan ROM ekstermitas atas kiri pasien tampak menurun dan gerakan pasien terbatas

A:

Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi no. 1,2,4,7,9,10

EVALUASI KEPERAWATAN HARI KE-3 (POST-OPERASI)

Tabel 12. Evaluasi Formatif Hari ke-3 pada Pasien Tn. B Tanggal 02 Februari 2025 di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

No. Dx	Hari ke-3
Kep	02/02/2025 pukul 13.00 WIB
D.0077	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi di bahu kiri jauh lebih berkurang - P: Pergerakan - Q: berdenyut - R: Bahu kiri - S: 2 - T: Hilang timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U: Baik - Kesadaran: Composmentis - GCS: 456 - Tampak meringis menurun - Gelisah dan sikap protektif menurun - Pasien tampak lebih tenang dan rileks - TD: 116/73 mmHg - N: 79x/menit - Pasien post-operasi ORIF hari ke-2 dan tampak luka post-operasi pada bahu kiri tertutup kassa dan plester <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi edukasi manajemen nyeri secara mandiri dibantu keluarga di rumah</p>
D.0054	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan jika terdapat pergerakan pada bahu kirinya masih terasa nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U: Baik - Kesadaran: Composmentis - GCS: 456 - Kekuatan otot $\frac{5}{4} \mid \frac{2}{4}$ <ul style="list-style-type: none"> - Pasien post-operasi ORIF hari ke-2 dan terpasang k-wire 1,6mm dan s-wire 1,0mm klavikula sinistra - Pasien memakai armsling pada tangan kanannya - Pasien tampak bisa miring ke kanan dan posisi duduk dengan bantuan

A:

Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi edukasi tentang dukungan mobilisasi secara mandiri dibantu keluarga di rumah

D.0142 **S:**

- Pasien mengatakan tidak ada keluhan adanya infeksi pada luka

O:

- K/U: Baik
- Kesadaran: Composmentis
- GCS: 456
- Terdapat luka pada pinggang pasien, lutut kaki kanan, dan kedua tungkai kaki pasien terbalut kassa, kassa bersih (+), rembesan (-)
- Terdapat luka post-operasi ORIF hari ke-2 di bahu kiri pasien tertutup kassa dan plester, ada rembesan (+) tetapi minimal dan bukan pus
- Rubor: tidak tampak adanya kemerahan di sekitar luka kaki dan luka post-operasi dibahu
- Tumor: tidak tampak adanya pembengkakan sekitar luka kaki dan luka post-operasi dibahu
- Dolor: iya, nyeri skala 1 pada luka di kaki kanan dan kiri, nyeri skala 2 pada luka post-operasi dibahu
- Kalor: tidak teraba panas pada kulit sekitar luka, suhu tubuh pasien: 36,0°C
- Fungsi Laesa: gerakan ROM ekstermitas atas kiri pasien tampak menurun dan gerakan pasien terbatas
- Kebersihan lingkungan dan tangan pasien dan keluarga meningkat (+)

A:

Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi

P:

Hentikan intervensi pencegahan infeksi

2. Evaluasi Sumatif

a. Diagnosa 1-Nyeri Akut (D.0077)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, didapatkan diagnosa keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisik (*close fracture* dan luka) d.d pasien mengatakan nyeri pada bahu kiri dan tidak bisa digerakkan serta nyeri pada kedua kakinya nyeri bertambah berat saat digerakkan, nyeri terasa tajam dan menusuk jika ada pergerakan dan terasa berdenyut saat istirahat, skala nyeri bahu kiri 6 dan 4 pada kedua tungkai dan lutut kiri, nyeri terasa terus menerus, pasien tampak meringis dan memegang bahu kirinya, TD: 128/74 mmHg, N: 72x/menit hingga tanggal 02 Februari 2025 telah teratasi sebagian.

Pasien telah menjalani tindakan operasi pada tanggal 01 Februari 2025 dan setelah diberikan implementasi kompres hangat menggunakan WWZ tingkat nyeri pasien menurun dari yang sebelumnya skala 7 dari 10 (nyeri kategori berat) menjadi skala 4 dari 10 (nyeri kategori sedang), hal ini juga dibuktikan dengan kriteria hasil keluhan nyeri sedang (3), meringis cukup menurun (4), sikap protektif cukup menurun (4), gelisah menurun (4), kesulitan tidur cukup menurun (4), pola tidur cukup membaik (4).

Selanjutnya pada hari ketiga (pagi) sebelum pasien diberikan intervensi tingkat nyeri pasien pada skala 5 dari 10 (nyeri kategori sedang), dan setelah diberikan implementasi non-farmakologis kompres hangat menggunakan WWZ tingkat nyeri pasien menurun

menjadi skala 3 dari 10 (nyeri kategori ringan). Pada hari ketiga (siang), sebelum pasien diberikan intervensi tingkat nyeri pasien pada skala 4 dari 10 (nyeri kategori sedang), dan setelah diberikan implementasi non-farmakologis kompres hangat menggunakan WWZ tingkat nyeri pasien menurun menjadi skala 2 dari 10 (nyeri kategori ringan). Hasil evaluasi pada hari ketiga ini juga dibuktikan dengan kriteria hasil keluhan nyeri cukup menurun (4), meringis menurun (5), sikap protektif menurun (5), gelisah menurun (5), kesulitan tidur menurun (5), pola tidur membaik (5).

Pasien diperbolehkan pulang pada tanggal 02 Februari 2025 pukul 13.00 WIB. Intervensi dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien dan keluarga setelah mendapatkan edukasi dari perawat seperti melakukan kompres hangat pada area sekitar nyeri di rumah serta mengkonsumsi obat sesuai dengan resep yang diberikan. Pasien mendapatkan edukasi mengenai kepatuhan dalam minum obat, terapi non-farmakologis untuk menurunkan tingkat nyeri secara mandiri di rumah, dan jadwal kontrol ke poli ortopedi.

b. Diagnosa 2-Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, didapatkan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal dan nyeri d.d pasien mengatakan takut menggerakkan kedua kakinya karena nyeri, bahu kiri pasien tidak bisa digerakkan dan terasa nyeri, tampak deformitas pada klavikula sinistra (+), tenderness (+), krepitasi (-), gerakan ROM ekstermitas

atas kiri dan ekstermitas bawah pasien tampak menurun, dan gerakan pasien tampak terbatas hingga tanggal 02 Februari 2025 telah teratasi sebagian. Hal ini sesuai dengan rencana keperawatan yaitu mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstermitas sedang (3), kekuatan otot cukup meningkat (3), ROM cukup meningkat (4), nyeri cukup menurun (4), kecemasan menurun (5), Gerakan terbatas cukup menurun (4), kelemahan fisik cukup menurun (4).

Sebelum diberikan tindakan keperawatan pasien mengatakan tidak berani/takut menggerakkan kedua kakinya karena terasa nyeri setelah jatuh dari pohon setinggi 3meter dan ada luka di kedua kakinya, bahu kiri pasien tidak bisa digerakkan dan memakai armsling dan terasa nyeri jika ada pergerakan pada kedua kaki dan bahu kirinya, terdapat deformitas pada klavikula sinistra (+), tenderness (+), krepitasi (-), kekuatan otot 5233, gerakan ROM pasien menurun dan terbatas. Setelah diberikan tindakan keperawatan pasien bisa menggerakkan, mengangkat, dan menggeser kedua kakinya, kekuatan otot 5244, pasien post-operasi ORIF dan terpasang fiksasi internal k-wire 1,6mm dan s-wire 1,0mm pada tulang klavikula sinistra, pasien memakai armsling pada tangan kanannya, pasien sudah bisa melakukan mobilisasi dini miring ke kanan dan posisi duduk bersandar pada tempat tidur dengan bantuan. Pasien diperbolehkan pulang pada tanggal 02 Februari 2025 pukul 13.00 WIB. Intervensi dukungan mobilisasi

dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien dan keluarga setelah mendapatkan edukasi dari perawat yaitu dengan melakukan mobilisasi dini di rumah.

c. Diagnosa 3-Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, didapatkan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur b.d nyeri d.d pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri pada bahu kirinya dan hanya bisa tidur sebentar-sebentar, pasien tampak lemas, pasien terlihat menguap saat sedang mengobrol dengan perawat, dan mata pasien tampak sayu teratasi pada tanggal 02 Februari 2025. Hal ini sesuai dengan rencana keperawatan yaitu pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun (5), keluhan sering terjaga menurun (5), keluhan tidak puas tidur menurun (5), keluhan istirahat tidak cukup menurun (5).

Sebelum diberikan tindakan keperawatan pasien mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri pada bahu kirinya, hanya bisa tidur sebentar-sebentar dan merasa pusing, pasien terlihat lemas, mata tampak sayu, dan saat mengobrol dengan perawat pasien terlihat sering menguap. Setelah diberikan tindakan keperawatan pasien mengatakan saat malam pasien bisa tidur selama 7 jam, tidur pukul 22.00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB, pasien mengatakan waktu tidur cukup, tidur cukup nyenyak, merasa lebih segar, dan tidak pusing. Masalah gangguan pola tidur teratasi dan intervensi

dukungan tidur dihentikan dan pasien diperbolehkan pulang pada tanggal 02 Februari 2025 pukul 13.00 WIB.

d. Diagnosa 4-Risiko Infeksi (D.0142)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, didapatkan diagnosa keperawatan risiko infeksi d.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan hingga tanggal 02 Februari 2025 telah teratasi. Hal ini sesuai dengan tujuan pada rencana keperawatan yaitu kebersihan tangan meningkat (5). Pasien post-jatuh dari pohon setinggi 3meter dan terdapat luka pada pinggang, lutut kaki kanan, dan tungkai kaki kanan kiri, luka terbalut kassa, bersih, dan tidak ada rembesan, tidak ada bengkak disekitar area luka, tidak ada kemerahan disekitar luka, tidak teraba panas pada kulit sekitar luka, suhu tubuh pasien dalam 3 hari selalu dalam rentang normal.

Pada hari kedua pasien menjalani tindakan invasif operasi ORIF sehingga terdapat luka post-operasi yang tertutup kassa dan plester, terdapat benda asing didalam tubuh pasien setelah dilakukan fiksasi internal yaitu internal k-wire 1,6mm dan s-wire 1,0mm pada tulang klavikula sinistra, rubor (-), kalor (-), tumor (-), dolor (+). Pasien diperbolehkan pulang pada tanggal 02 Februari 2025 pukul 13.00 WIB. Intervensi pencegahan infeksi dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien dan keluarga setelah mendapatkan edukasi dari perawat mengenai pencegahan infeksi, mengenal tanda-tanda terjadinya infeksi, dan peningkatan asupan nutrisi dan cairan.

F. Discharge Planning

Tabel 13. *Discharge Planning* pada Pasien Tn. B Tanggal 02 Februari 2025 di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

Data	Keterangan
Identitas pasien	Tn. B berusia 63 tahun, status perkawinan menikah, pekerjaan petani, alamat Klemunan Blitar, agama Islam
Tanggal MRS	30 Januari 2025
Tanggal KRS	02 Februari 2025
Alasan MRS	Pasien post jatuh dari pohon setinggi 3meter tanggal 30 Januari 2025 pukul 12.00 WIB, keluarga mengatakan pasien sempat tidak sadar selama 30 menit. Pasien mengatakan sangat nyeri pada bahu kirinya dan tidak bisa digerakkan, terdapat luka-luka pada kaki dan pinggang.
Prpsedur yang dilakukan	Foto Shoulder Kiri AP (Tanggal 30/01/2025) dan didapatkan hasil tampak garis fraktur pada os klavikula sinistra, pasien dilakukan prosedur pembedahan ORIF pada tanggal 01 Februari 2025.
Terapi	Paracetamol tab 500 mg bila nyeri
Konsisi pasien saat KRS	Keadaan umum baik, pasien masih merasa nyeri jika terdapat gerakan dengan skala nyeri 2, nyeri terasa hilang timbul, pasien sudah bisa tidur dan istirahat cukup, mobilisasi pada ekstermitas atas kiri masih terbatas, pasien memakai armsling, dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka di pinggang, lutut kanan, tungkai kanan kiri, maupun luka operasi di bahu kiri.
Rencana tindak lanjut	Pasien diberikan edukasi mengenai anjuran mengkonsumsi obat pulang sesuai arahan dokter, anjuran untuk melakukan mobilisasi dini, pencegahan infeksi, dan peningkatan kebutuhan nutrisi dan cairan untuk membantu proses penyembuhan luka.