

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Asuhan keperawatan pada Tn. As dengan Close Fraktur Femur 1/3 Distal Sinistra yang dilaksanakan pada tanggal 01 Agustus 2015 di Ruang Mina RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo.

#### **3.1. Pengkajian Keperawatan**

##### **3.1.1. Pengumpulan Data**

Tanggal Pengkajian : 01 Agustus 2015 pukul 18.15 WIB.

#### **1. Identitas Pasien**

Nama Pasien Tn. AS, No. RMK 4875xx pasien berumur 48 Tahun, pasien berjenis kelamin Laki-laki, Suku Bangsa Jawa pasien beragama Islam Pekerjaan Wiraswasta, Pendidikan terakhir SMA, pasien beralamat Karah Agung No. 146 ML Surabaya Diagnosa Medis *Post Ops Fraktur Femur 1/3 Distal Sinistra*

#### **2. Keluhan Utama**

Pasien mengatakan nyeri di sekitar luka operasi.

#### **3. Riwayat Kesehatan/Penyakit Sekarang :**

Pada hari Kamis tanggal 30 Juli 2015 pasien mengalami kecelakaan lalu lintas di ruas jalan Barata jaya, kemudian pasien dibawa ke Klinik dan selanjutnya pihak klinik merujuk ke RS. Siti Khodijah dan dilakukan Primary Survey dan dilakukan foto. Pasien mengeluh nyeri pada tulang femur bagian kiri, skala nyeri 8 (1-10), nyeri terasa di remas-remas, nyeri timbul terus-menerus tidak ada rasa berkurang mesti sudah diberi inj analgesic, pergerakan

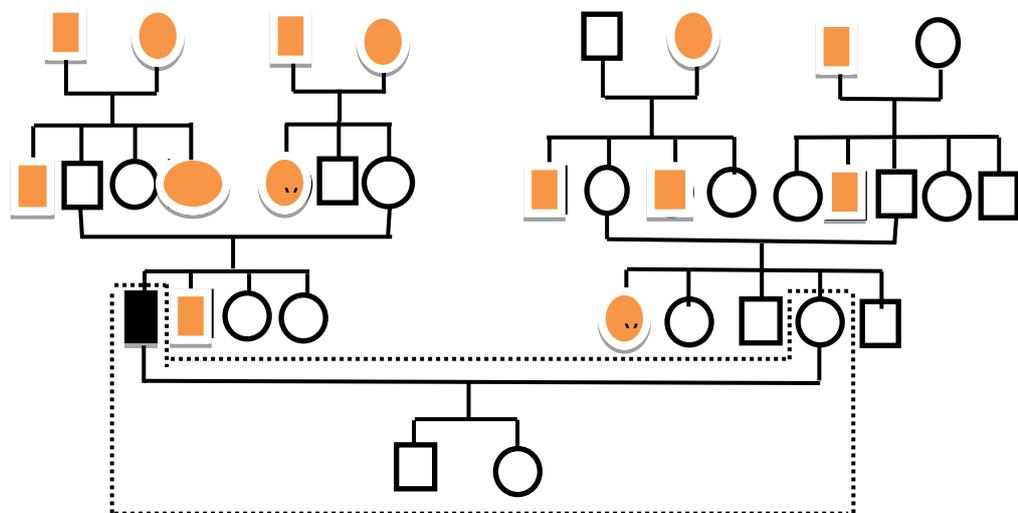
terbatas. TTV normal. Hasil Foto didapatkan fraktur femur 1/3 distal sinistra, dan telah dilakukan operasi close fraktur pada jam 16.00 WIB. Pasien sekarang mengeluh sangat nyeri pada luka operasi dan sendi kesemutan.

#### 4. Riwayat Kesehatan/Penyakit Dahulu :

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit *hipertensi* dan sering merokok.

#### 5. Riwayat Kesehatan/Penyakit Keluarga :

Genogram :



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Laki-laki meninggal
-  : Perempuan meninggal
-  : Pasien
-  : Keluarga tinggal Serumah

**Penjelasan :**

Pasien mengatakan umur 48 tahun dan pasien adalah anak pertama dari 4 bersaudara, pasien sudah menikah dan mempunyai 2 orang anak (1 laki-laki dan 1 perempuan), pasien tinggal bersama istri dan 2 anaknya.

**6. Pola Fungsi kesehatan :****1. Pola Penatalaksanaan Kesehatan / persepsi sehat**

Sebelum masuk rumah sakit : Pasien mengatakan sehat itu adalah apabila kondisi pasien mampu melakukan kegiatan sehari-hari, dan keadaan sakit apabila pasien sudah tidak bisa bangun. Bila merasa sakit pasien selalu berobat ke rumah sakit atau ke dokter.

Saat masuk rumah sakit : Pasien hanya di seka oleh keluarga tidak sikat gigi dan rambut terlihat tidak rapi.

Masalah Keperawatan :

- Defisit perawatan diri

**2. Pola Nutrisi-Metabolik**

Sebelum masuk rumah sakit : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari. Pasien membatasi dietnya dengan tidak makan asin, dengan menu makanan : 1/2 piring nasi tiap kali makan, 3 sendok sayur, 2 potong lauk nabati, porsi makan yang disediakan habis. Pada sore hari pasien ngemil kue atau gorengan tidak tentu jumlahnya.

Saat masuk rumah sakit : Pasien makan 1 porsi di habiskan, nasi, sayur, lauk, diet nasi tinggi kalori tinggi protein.

Masalah Keperawatan:

- Tidak ada masalah keperawatan

### **3. Pola Eliminasi**

#### **1) Eliminasi Alvi**

Sebelum masuk rumah sakit :Pasien mengatakan BAB 1 hari sekali, lancar, tidak ada konstipasi dan tidak ada diare, pasien dari seteah operasi belum pernah BAB.

Saat masuk rumah sakit pasien belum bisa BAB 2 hari dari mulai masuk rumah sakit

#### **2) Eliminasi Uri**

Sebelum masuk rumah sakit : Pasien mengatakan BAK lebih dari 5x sehari dan produksi urin kurang lebih 1500 cc/hari, berwarna kuning jernih dan berbau khas.

Saat masuk rumah sakit :pasien BAK 5x/hari jumlah 1000cc/24 jam warna kuning, lancar, bau khas, tidak nyeri

Masalah Keperawatan :

- Tidak ada masalah keperawatan

### **4. Pola Istirahat dan Tidur**

Sebelum masuk rumah sakit : Pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam, pasien tidak mengalami kesulitan dalam tidur.

Saat masuk rumah sakit : Pasien tidur siang 1-2 jam malam 5-6 jam pasien tidak mengalami gangguan tidur

Masalah Keperawatan :

- Tidak ada masalah keperawatan.

## 5. Pola Aktifitas dan Latihan

Kemampuan Perawatan Diri	0	1	2	3	4
Makan atau minum					√
Mandi				√	
Toileting				√	
Berpakaian				√	
Mobilitas di tempat tidur				√	
Berpindah atau berjalan				√	
Ambulasi atau ROM				√	

Tabel 3.1 : Pola Aktivitas dan latihan pada pasien *Close Fraktur Femur 1/3 distal sinistra*

Keterangan :

0 : Mandiri, 1 : Alat Bantu, 2 : Orang Lain, 3 : Orang Lain dan Alat, 4 : tergantung Total.

- Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

## 6. Pola Kognitif-Perseptual-Keadekatan Alat Sensori

Pasien mengatakan mengalami sakit ini karena pernah mengalami kecelakaan. Dan tulang kakinya patah butuh operasi dengan segera, ekspresi wajah menyeringai. Pendengaran dan penglihatan masih berfungsi dengan baik.

- Masalah Keperawatan : Nyeri akut

## **7. Pola Persepsi dan Konsep Diri**

### **1) Pola Persepsi**

Pasien mengatakan bahwa sakitnya adalah akibat dari patah tulang setelah kecelakaan lalu lintas.

### **2) Konsep Diri**

#### **a. Gambaran diri**

Pasien dapat menerima keadaannya saat ini.

#### **b. Harga diri**

Pasien merasa bahwa dirinya masih berguna lagi namun pasien masih mempunyai semangat untuk sembuh. Karena sakit ini bisa sembuh.

#### **c. Ideal diri**

Pasien merasa puas dengan apa yang didapatkannya selama ini.

#### **d. Peran diri**

Pasien merasa masih belum dapat menjalankan perannya sebagai seorang ayah yang bertugas mencari nafkah untuk keluarga karena masih perawatan di rumah sakit..

#### **e. Identitas diri**

Pasien sudah dapat menerima keadaannya, tidak merasa malu dengan keadaannya, keluarga juga selalu memperhatikan.

Masalah Keperawatan:

- Tidak ada masalah keperawatan

## **8. Pola Reproduksi Seksual**

Pasien mengatakan tidak ada keluhan dengan masalah seksual, pasien selama dirawat di rumah sakit tidak berhubungan seks.

Masalah Keperawatan :

- Tidak ada masalah keperawatan.

## **9. Pola Hubungan Peran**

### **a. Persepsi Pasien tentang pola hubungan :**

Pasien mengatakan dalam berkomunikasi sehari-hari tidak mengalami hambatan sehingga pasien memiliki hubungan yang baik kepada sesama keluarga dan kepada tetangga pasien. Dalam komunikasi pasien menggunakan bahasa Jawa. Pasien tinggal di rumah bersama istrinya, anak perempuan

Saat masuk rumah sakit : tidak ada hambatan komunikasi baik dengan dokter perawat dan anggota keluarga yang lain.

### **b. Persepsi Pasien tentang peran dan tanggung jawab :**

Sebelum masuk rumah sakit : Pasien adalah seorang ayah dan suami. Pasien ingin cepat sembuh agar bisa melakukan semua kegiatan secara mandiri seperti dulu dan tidak merepotkan anggota keluarga yang lain.

Saat masuk rumah sakit : pasien tetap sebagai suami, kepala keluarga dan tanggung jawab sebagai ayah

Masalah Keperawatan :

- Tidak ada masalah keperawatan.

## 10. Mekanisme Koping

### a. Kemampuan mengendalikan Stress

Pasien mengatakan perubahan terbesar dalam hidup pada kecelakaan ini adalah keadaan sakitnya yang harus segera disembuhkan. Sakitnya ini sudah diperiksakan ke dokter dan pelayanan kesehatan, akan tetapi karena semangat yang besar pasien akan terus berobat untuk kesembuhannya.

### b. Sumber Pendukung

Istri, Anak dan keluarga lain.

Masalah Keperawatan :

- Tidak ada masalah keperawatan

## 11. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pasien beragama Islam dan mengatakan selama di rumah bisa melakukan rutinitas agamanya akan tetapi selama sakit pasien tidak bisa beribadah seperti dulu.

Masalah Keperawatan :

- Tidak ada masalah.

### 3.1.2. Pemeriksaan Fisik

#### Status Kesehatan Umum

Kesadaran : Pasien sadar penuh dengan G C S : 4 5 6 (Compos Mentis)

TTV : Suhu: 36,5°C

TD : 140/80 mmHg

RR : 22x/menit

Nadi : 88x/menit

TB/BB : 172 cm /70 Kg.

## **1. Kepala dan Leher**

### **a. Kepala**

Kepala tampak simetris, rambut tidak rapi, warna rambut putih kehitaman, distribusi rambut banyak, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan.

### **b. Muka**

Wajah tampak pucat, tidak terdapat kelainan kulit, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

### **c. Mata**

Mata normal dan simetris, tidak ada ikterik, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan, tidak memakai alat bantu penglihatan, reaksi pupil normal. VOD normal VOS normal.

### **d. Telinga**

Telinga pasien tampak bersih, daun telinga simetris, fungsi pendengaran +, tidak ada cairan abnormal, tidak ada nyeri tekan.

### **e. Hidung**

Hidung simetris, distribusi rambut hidung sedikit, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada polip dan tidak ada nyeri tekan.

### **f. Mulut dan Faring**

Mulut tampak simetris, mukosa lembab, gigi agak kotor, tidak ada gangguan menelan.

### **g. Leher**

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada bendungan vena jugularis.

## 2. Thorak

### Paru

#### a. Inspeksi

- Dada tampak simetris
- Tidak ada lesi
- Frekuensi nafas normal
- Tidak ada kesulitan bernafas
- Tidak menggunakan otot bantu nafas

#### b. Palpasi

- Tidak ada benjolan abnormal
- Tidak ada nyeri tekan

#### c. Perkusi

- Terdapat suara sonor pada lapang paru.
- Terdapat suara redup pada suara redup pada jantung.
- Tidak ada suara abnormal pada lapang dada.

#### d. Auskultasi

- Suara jantung S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara tambahan.

### Jantung

#### a. Inspeksi

- Tampak simetris

#### b. Palpasi

- Tidak ada benjolan abnormal
- Tidak ada nyeri tekan

#### c. Auskultasi

- Suara jantung S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara tambahan gallop murmur
- Ronchi -/-, wheezing -/-.

- Ronchi -/-, wheezing -/-.  
-

### 3. Abdomen

#### a. Inspeksi

Perut tampak bersih, Tidak ada benjolan, Bentuk datar, Tidak ada jaringan parut

#### b. Palpasi

Tidak ada nyeri tekan, Tidak ada pembesaran limfe, Tidak ada massa

#### c. Perkusi

Suara tympani pada lambung, dan redup pada hepar.

#### d. Auskultasi

Bising Usus normal 12 x/menit

### 4. Inguinal, genital dan Anus

- Tidak ada benjolan pada inguinal. Genital bersih dan tidak ada benjolan.
- Tidak ada perdarahan, benjolan dan nyeri pada daerah anus.

### 5. Integumen

Suhu/akral hangat, kulit berwarna sawo matang, tidak ada sianosis, turgor kulit baik sesuai umur, CRT < 2 detik.

### 6. Muskuloskeletal neurologis

Skala kekuatan otot : 3 (pergerakan otot melawan gravitasi, dengan bantuan)  
tidak ada kontraktur, odem.

Odem	Kekuatan Otot
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 40px; height: 40px; margin-left: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span style="font-size: 24px;">-</span> <span style="font-size: 24px;">+</span> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px; text-align: center;">5</div> <div style="width: 40px; height: 40px; margin-left: 5px; text-align: center;">5</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span style="font-size: 24px;">-</span> <span style="font-size: 24px;">3</span> <span style="font-size: 24px;">-</span> </div>

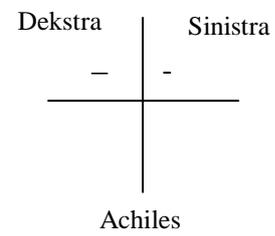
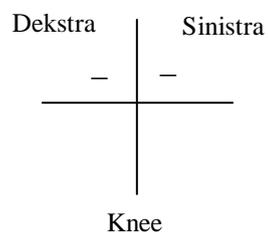
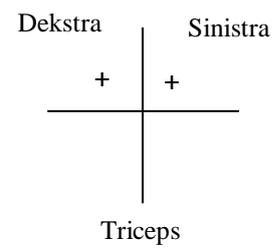
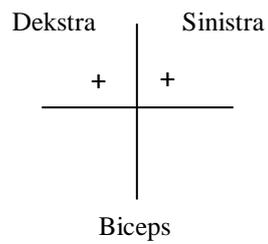
Masalah Keperawatan : Hambatan mobilitas Fisik

### 1. Neurologis

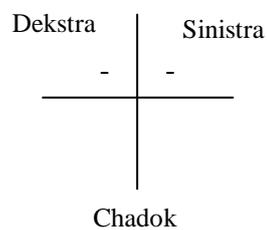
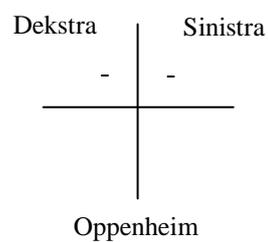
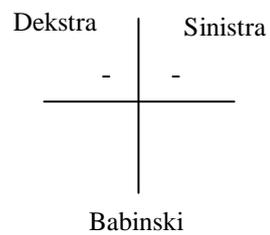
Kelemahan kaki kiri, kesemutan, kebas, penglihatan normal, tidak ada gangguan rasa pengecapan dan penciuman, tidak ada refleks patologis.

Reflek :

Fisiologis



Patologis



### 3.1.3. Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pemeriksaan Laboratorium (tanggal 01 Agustus 2015)

No.	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
			(<100 mg/dL)
1.	Gula darah puasa	91 mg/dL	(< 140 mg/dL)
2.	Glukosa darah 2 jpp	131 mg/dl	(3,4-5,0 g/dL)
3.	Albumin	4,2 g/dL	(10-20 mg/dl)
4.	BUN	29 mg/dl	(< 1,5 mg/dl)
5.	Creatinin Serum	1,0 mg/dl	(38 U/L)
6.	SGOT	24 U/L	(41 U/L)
7.	SGPT	21 U/L	(3,8-5,5
8.	Kalium	3,8 mmol/L	mmol/L)
9.	Natrium	135 mmol/L	(136-144
10.	Chlorida	101 mmol/L	mmol/L)
11.	Kolesterol total	134 mg/dL	(97-103
12.	Trigliserida	81 mg/dL	mmol/L)
13.	HDL – Kolesterol	41 mg/dL	(0-200 mg/dL)
14.	LDL – kolesterol	83 mg/dL	(30-150 mg/dL)
			(40-60 mg/dL)
			(0-99 ug/dL)
	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
			Laki-laki
	Hb	10,5	13.5-18

Pcv	43	40-54
Eritrosit	4.450.000	4.5-6
Leukosit	8.000	4.000-11.000
Hitung jenis	-/-/-/9/11/-	1-2/0-1/3-5/54- 62/25-33/3-7
LED	85	0-15
Trombosit	166.000	150.000- 450.000

Tabel 3.2 : Pemeriksaan Laboratorium.

**2. Pemeriksaan foto rongen (Tanggal 01 Agustus 2015)**

Foto femur sinistra.

Klinis : Fraktur Femur Sinistra

Pemeriksaan msct tibia fibula sagital coronal

**3. Pemeriksaan Lain-lain**

Tidak ada pemeriksaan lain.

**4. Terapi dan Diet**

**Terapi peroral :**

- Ceftriaxone 1 g.      2 x1 gr/iv
- Novalgin              3 x1 amp
- Elkana                2 x1 tab
- Diazepam            2 x2 mg
- Ringer Laktat 20 tpm

**Diit :**

- Diit bebasTKTP

**3.1.4 Analisa Data**

<b>Data</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Masalah</b>
<p>S : Pasien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kiri</p> <p>O: Tampak oedem pada kaki kiri, Pasien tampak menyeringai, (P : Bekas Operasi, Q : Nyeri terasa ditusuk-tusuk, R : Femur 1/3 distal sinistra, S : 8 (1-10), T : Nyeri terus menerus). Hasil foto RO : menunjukkan adanya Fraktur Femur 1/3 distal sinistra</p> <p>Observasi Tanda Vital :</p> <p>Suhu : 36,5°C</p> <p>Nadi : 88 x/m</p> <p>Teknan Darah : 140/80 mmHg</p> <p>RR : 22 x/menit.</p> <p>Skala kekuatan otot : 3 (pergerakan melawan gravitasi dengan bantuan tidak ada kontraktur dan oedem).</p>	<p>Fraktur</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Pergeseran fragmen tulang</p> <p>↓</p> <p>Proses Kimia</p> <p>↓</p> <p>Otak memerintah untuk melepaskan hormone serotonin</p> <p>prostaglandis</p> <p>↓</p> <p>Reseptor di Hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut</p>

<p>S : Pasien mengeluh sakit kakinya, tidak bisa digerakkan</p> <p>O : Skala nyeri skala 8 (1-10), Ekspresi wajah menyeringai, nyeri terus menerus, Pasien hanya bisa tirah baring, Bagian kaki yang fraktur susah digerakkan.</p> <p>Observasi Tanda Vital:</p> <p>Suhu : 36,5°C</p> <p>Nadi : 88 x / menit</p> <p>Tekanan Darah: 140/80 mmHg</p> <p>RR: 22x /menit</p> <p>ROM : 3, menggunakan alat dan dibantu orang lain</p> <table border="1" data-bbox="414 1467 670 1624" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> </table>	5	5	5	3	<p>Fraktur</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Diskontinuitas jaringan tulang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>
5	5					
5	3					
<p>S : pasien mengeluh lemah, nyeri pada kaki kiri</p> <p>O : Skala nyeri 8 (1-10), Ekspresi wajah menyeringai, nyeri terus</p>	<p>Fraktur</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Defisit perawatan diri</p>				

<p>menerus, pasien hanya bisa tirah baring dan aktifitas di bantu oleh keluarga, gigi agak kotor, rambut tampak tidak rapi.</p> <p>Observasi Tanda Vital:</p> <p>Suhu : 36,5°C</p> <p>Nadi : 88 x / menit</p> <p>Tekanan Darah: 140/80 mmHg</p> <p>RR: 22x /menit</p>	<p>Pergeseran fragmen tulang</p> <p>↓</p> <p>nyeri</p> <p>↓</p> <p>Imobilisasi</p> <p>↓</p> <p>ADL terganggu</p> <p>↓</p> <p>Keterbatasan fisik</p> <p>↓</p> <p>Defisit perawatan diri</p>	
---	--	--

### 3.2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan luka post operasi
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan nyeri luka post operasi

### 3.3. Perencanaan Keperawatan

**Diagnosa I :** Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

1. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang atau hilang.

2. NOC: Tingkatkan kenyamanan : tingkat persepsi positif terhadap kemudahan fisik dan psikologis.

- Pengendalian nyeri : tindakan individu untuk mengendalikan nyeri
- Tingkat nyeri : keparahan nyeri yang dapat diamati atau dilaporkan
- Tingkat kenyamanan tingkat persepsi positif terhadap kemudahan fisik dan psikologis
- Respon simpang psikologis keparahan respon simpang kognitif dan emosi yang dapat diamati atau dilaporkan terhadap nyeri fisik

NOC1 : Skala Nyeri 8

Kriteria Hasil:

- a. Frekuensi nyeri
- b. Skala nyeri turun
- c. Ekspresi wajah tampak rileks
- d. TTV dalam batas normal

NOC2 : Kontrol Nyeri

Kriteria Hasil:

- a. Menyatakan secara verbal pengetahuan tentang cara alternatif untuk meredakan nyeri
- b. Melaporkan bahwa tingkat nyeri pasien dipertahankan pada atau kurang (pada skala nyeri 0-10)
- c. Melaporkan kesejahteraan fisik dan psikologis
- d. Gunakan tindakan analgetik yang tepat

3. Intervensi NIC: Manajemen Nyeri

1. Kaji secara menyeluruh tentang nyeri termasuk lokasi, durasi, frekuensi, intensitas, dan faktor penyebab nyeri
2. Observasi isyarat non verbal dari ketidaknyamanan terutama jika tidak dapat berkomunikasi secara efektif.
3. Berikan analgetik(ketorolac 3x1 ml) dengan tepat.
4. Berikan HE tentang nyeri
5. Ajarkan teknik non farmakologi (misalnya: relaksasi & distraksi), seperti tarik nafas dalam hembuskan perlahan, menonton televisi, membaca koran

**Diagnosa II :** Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka post op

1. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari dan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri
2. NOC:
  - Ambulasi : kemampuan untuk berjalan dari satu tempat ke tempat yang lain secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
  - Mobilitas : kemampuan untuk bergerak secara bertujuan dalam lingkungan sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu

Kriteria Hasil:

  - Mentoleransi aktivitas yang biasa dilakukan
  - Menunjukkan daya tahan tubuh yang baik
  - Tanda vital dalam batas normal saat aktivitas
3. Intervensi NIC :
  1. Mengkaji tanda vital sebelum dan sesudah beraktivitas

2. Membatasi aktivitas , tingkatkan tirah baring
3. Mengkaji respon emosi , sosial, spiritual terhadap aktivitas
4. Memobilisasi pasien secara bertahap sesuai kemampuan. Seperti latihan gerak sendi, duduk, berjalan.
5. Meningkatkan pola aktivitas secara bertahap , pantau tingkatannya

**Diagnosa III:** Defisit perawatan diri berhubungan dengan nyeri luka post op

1. Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien dapat menunjukkan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri.

2. NOC:

Kriteria hasil:

- Kebutuhan perawatan diri terpenuhi
- Pasien dapat mandiri dalam melakukan perawatan diri

3. Intervensi NIC:

1. Kaji kemampuan dan tingkat penurunan
2. Hindari apa yang tidak dapat di lakukan klien dan bantu bila perlu
3. Berikan klien motivasi dan izinkan klien melakukan tugas dan berikan umpan baik positif atas usahanya
4. Rencanakan tindakan untuk mengurangi pergerakan
5. Bantu dalam personal hygiene. Seperti sikat gigi, menata rambut

**3.4. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

**Diagnosa I**

**Tanggal 01 Agustus 2015**

**Pukul 19.00 WIB**

1. Melakukan pengkajian secara menyeluruh tentang nyeri termasuk lokasi, frekuensi, skala, dan faktor penyebab nyeri, pasien mengatakan skala nyeri 8

Respon : Pasien kooperatif

#### **Pukul 19.50 WIB**

2. Melakukan pemantauan tanda-tanda vital pasien

Tekanan Darah : 140/80mmHg, Nadi : 88x/menit, Suhu : 36,5°C, Pernafasan/RR : 22x/menit, Memberikan posisi elevasi setinggi 30°

Respon : Pasien kooperatif

#### **Pukul 20.15 WIB**

3. Melakukan Health Education tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama akan berakhir, Px mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat

4. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi :

- Injeksi Analgetik ketorolac 3x1 amp
- Injeksi Antibiotik ceftriaxon 2x1 mg

5. Mengajarkan teknik non farmakologi distraksi relaksasi

Respon : Pasien mampu melakukan teknik relaksasi dengan baik

#### **Pukul 20.20 WIB**

6. Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam memberi terapi obat :

- P.O Elkana 2x1 mg
- P.O Diazepam 2x2 mg

#### **Diagnosa II**

**Tanggal 01 Agustus 2015**

#### **Pukul 19.10 WIB**

1. Mengkaji tanda vital pasien.

Tekanan Darah : 140/80mmHg, Nadi : 88x/menit, Suhu : 36,5°C, Pernafasan/RR : 22x/menit, Memberikan posisi elevasi setinggi 30°

Respon : pasien kooperatif

### **Pukul 19.30 WIB**

2. Memantau adanya tanda – tanda takikardi, disritmia.

Respon : pasien kooperatif

### **Pukul 19.45 WIB**

3. Membatasi aktivitas pasien , anjurkan untuk tirah baring.

Respon : Pasien kooperatif

4. Memobilisasi secara bertahap sesuai kemampuan pasien.

Respon : pasien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap

### **Diagnosa III**

**Tanggal 01 Agustus 2015**

### **Pukul 19.20 WIB**

1. Mengkaji tanda vital pasien

Respon : Pasien kooperatif

### **Pukul 19.25**

2. Kaji kemampuan dan tingkat penurunan

Respon : Pasien kooperatif

### **Pukul 19.40 WIB**

3. Membantu pasien apa yang tidak dapat dilakukan pasien

Respon : Pasien kooperatif

4. Memberikan motivasi pada pasien dalam melakukan perawatan diri

Respon : Pasien kooperatif

### **Diagnosa I**

**Tanggal 02 Agustus 2015**

#### **Pukul 08.00 WIB**

1. Mengobservasi tanda-tanda vital pasien

Tekanan Darah : 130/80mmHg, Nadi : 90x/menit, Suhu : 36,8°C, Pernafasan/RR : 20x/menit, Skala nyeri : 6, Memberikan posisi elevasi setinggi 30°

Respon : Pasien bisa kooperatif dalam pemeriksaan.

#### **Pukul 08.15 WIB**

2. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi :

- Injeksi Analgetik ketorolac 3x1 amp
- Injeksi Antibiotik ceftriaxon 2x1 mg

Respon : pasien tampak menahan sakit.

#### **Pukul 09.00 WIB**

3. Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi (nafas dalam) saat nyeri muncul.

Respon : pasien mampu melakukan teknik relaksasi (nafas dalam)

### **Diagnosa II**

**Tanggal 02 Agustus 2015**

#### **Pukul 08.10 WIB**

1. Membatasi aktivitas pasien, anjurkan untuk tirah baring.

Respon : Pasien membatasi gerakan

#### **Pukul 08.20 WIB**

2. Mengkaji respon emosi, sosial, spiritual terhadap aktivitas

Respon : Pasien tampak tenang dan bisa menahan emosinya

**Pukul 09.10 WIB**

3. Meningkatkan pola aktivitas secara bertahap, pantau tingkatannya

Respon : Ada peningkatan kemampuan aktivitas pada klien

**Diagnosa III**

**Tanggal 02 Agustus 2015**

**Pukul 08.30 WIB**

1. Kaji kemampuan dan tingkat penurunan

Respon : Pasien kooperatif

**Pukul 08.45 WIB**

2. Memberikan pada pasien motivasi dalam melakukan perawatan diri

Respon : Pasien tampak termotivasi

**Pukul 09.20 WIB**

3. Mengizinkan klien melakukan tugas dan memberi umpan baik positif atas usahanya

Respon : Pasien kooperatif

**Diagnosa I**

**Tanggal 03 Agustus 2015**

**Pukul 10.00 WIB**

1. Mengkaji secara menyeluruh tentang nyeri termasuk lokasi, durasi, frekuensi, intensitas, dan faktor penyebab nyeri.

Respon : Pasien mengatakan skala nyeri sudah menurun menjadi 4 (0-10)

**Pukul 10.15 WIB**

2. Mengobservasi tanda-tanda vital pasien

Tekanan Darah : 130/80mmHg, Nadi : 84x/menit, Suhu : 36,2°C, Pernafasan/RR : 20x/menit, Memberikan posisi elevasi setinggi 30°

### **Pukul 11.00 WIB**

3. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi :
  - Injeksi Analgetik ketorolac 3x1
  - Injeksi Antibiotik ceftriaxon 2x1 mg

Respon : pasien tampak menahan sakit

### **Diagnosa II**

**Tanggal 03 Agustus 2015**

### **Pukul 10.10 WIB**

1. Memobilisasi pasien secara bertahap sesuai kemampuan

Respon : Pasien bisa mengikuti intruksi yang diberikan

### **Pukul 10.35 WIB**

2. Meningkatkan pola aktivitas secara bertahap, pantau tingkatannya

Respon : Ada peningkatan kemampuan aktivitas pada klien

### **Diagnosa III**

**Tanggal 03 Agustus 2015**

### **Pukul 10.45 WIB**

1. Memberikan pada pasien motivasi dalam melakukan perawatan diri

Respon : Pasien sangat termotivasi

2. Kaji kemampuan dan tingkat penurunan

Respon : Ada peningkatan kemampuan dalam melakukan perawatan diri

### **3.5. Evaluasi**

### **Diagnosa I**

**Tanggal 01 Agustus 2015****Pukul 21.00 WIB**

S : Pasien mengatakan nyeri luka operasi

O : Pasien tampak menyeringai, Problem : Nyeri luka bekas operasi, Quality : Nyeri terasa di tusuk-tusuk dan panas, Regio : pada daerah femur, Scale : Skala 8, Time : Nyeri terus menerus, Tekanan Darah : 140/80, Nadi : 88x/menit, Suhu : 36,5°C, Pernafasan/ RR : 22x/menit.

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

**Diagnosa I****Tanggal 02 Agustus 2015****Pukul 10.00 WIB**

S : Pasien mengatakan nyeri luka operasi berkurang

O : Pasien tampak cukup rileks, Problem : Nyeri luka bekas operasi, Quality : Nyeri terasa panas, Regio : pada daerah femur, Scale : Skala 6, Time: Nyeri terus menerus, Tekanan Darah : 130/80, Nadi : 90x/menit, Suhu: 36,8°C, Pernafasan/ RR: 20x/menit.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

**Diagnosa I****Tanggal 03 Agustus 2015****Pukul 12.00 WIB**

S : Pasien mengatakan nyeri luka operasi berkurang

O : Pasien sudah tidak menyeringai. Problem : Nyeri luka bekas operasi,  
 Quality : Nyeri terasa hilang timbul, Regio : pada daerah femur , Scale : Skala  
 4, Time : Nyeri hilang timbul, Tekanan Darah : 130/80mmHg, Nadi :  
 84x/menit, Suhu: 36,2°C, Pernafasan/RR: 20x/menit.

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Diagnosa II**

**Tanggal 01 Agustus 2015**

**Pukul 21.15 WIB**

S : Pasien mengatakan masih takut dan nyeri untuk bergerak

O : Pasien tampak lemah, menyeringai, kesakitan, aktivitas di bantu prawat dan keluarga, nyeri, TTV : Tekanan darah : 140/80 mmhg Nadi : 88x/mnt Suhu :  
 36,5°C, Penafasan : 22x/mnt. Skala kekuatan otot : 3

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi di lanjutkan

### **Diagnosa II**

**Tanggal 02 Agustus 2015**

**Pukul 09.30 WIB**

S : Pasien mengatakan nyeri berkurang dan bisa sedikit mobilisasi

O : Pasien tampak cukup mobilisasi duduk, TTV : Tekanan darah : 130/80  
 mmhg, Nadi : 90x/mnt Suhu : 37,5°C Penafasan : 20x/mnt. Aktivitas sebagian  
 di bantu perawat dan keluarga

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi di lanjutkan

### **Diagnosa II**

**Tanggal 03 Agustus 2015**

**Pukul 12.00 WIB**

S : Pasien mengatakan bisa mobilisasi secara bertahap seperti menggerakkan sendi, duduk , jalan.

O : Pasien terlihat bermobilisasi jalan dengan menggunakan walker, TTV :  
Tekanan darah :130/80 mmhg, Nadi : 86x/mnt Suhu : 37°C Penafasan :  
20x/mnt.

A : Masalah teratasi

P : Intervensi di lanjutkan.

### **Diagnosa III**

**Tanggal 01 Agustus 2015**

**Pukul 21.10 WIB**

S : Pasien mengeluh lemah, nyeri pada kaki kiri

O : Skala nyeri 8 (1-10), Ekspresi wajah menyeringai, nyeri terus menerus, pasien hanya bisa tirah baring dan aktifitas di bantu oleh keluarga, gigi agak kotor, rambut tampak tidak rapi, Tekanan Darah : 140/80, Nadi : 88x/menit, Suhu: 36,5°C, Pernafasan/ RR: 22x/menit

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi di lanjutkan

### **Diagnosa III**

**Tanggal 02 Agustus 2015**

**Pukul 14.00 WIB**

S : Pasien mengatakan nyeri berkurang dan bisa sedikit mobilisasi

O : Pasien tampak termotivasi dalam perawatan diri, TTV : Tekanan darah :130/80 mmhg, Nadi : 90x/mnt Suhu : 37,5°C Penafasan : 20x/mnt. Aktivitas sebagian di bantu perawat dan keluarga

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi di lanjutkan

**Diagnosa III**

**Tanggal 03 Agustus 2015**

**Pukul 14.00 WIB**

S : Pasien mengatakan bisa memakai baju sendiri, rambut rapi

O : Ada peningkatan dalam perawatan diri, gigi bersih, rambut tampak rapi,  
Tekanan darah :130/80 mmhg, Nadi : 86x/mnt Suhu : 37°C Penafasan : 20x/mnt.

A : Masalah teratasi

P : Intervensi di pertahankan