

Lampiran 1

**FORMAT PENGAJIAN
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa : Risteza Puspita Sari
NIM : 2019 0305 015
Tempat Praktik : RSPAD Gatot Soebroto
Tanggal Pengkajian : 4 - November - 2019

A. PENGAJIAN

1. IDENTITAS DIRI

a. KLIEN

- 1) Nama : M Y S
- 2) Tanggal Lahir : 17 - Agustus - 1965
- 3) Jenis Kelamin : Perempuan
- 4) Agama : Budha
- 5) Pendidikan : SMP
- 6) Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- 7) Alamat : Jl. Cibubur NO:260 RT 009/004 Krendang
- 8) Status Perkawinan : Menikah
- 9) Sumber Informasi : Suami
- 10) Tanggal pengkajian : 4 - November - 2019
- 11) Tanggal Masuk : 2 - November - 2019
- 12) No RM : 9482 XX
- 13) Diagnosa Medis : Fraktur 1/3 Proximal femur sinistra

b. PENANGGUNG JAWAB

- 1) Nama : T N S
- 2) Umur : 58 Tahun
- 3) Alamat : Jl. Cibubur NO:260 RT 009/004 Krendang
- 4) Pekerjaan : Pengusaha
- 5) Hubungan dengan klien : Suami

2. RIWAYAT PENYAKIT

a. Keluhan utama saat pengkajian:

Pasien mengatakan nyeri dibagian paha kiri, dan kesulitan untuk bergerak

b. Riwayat penyakit sekarang :

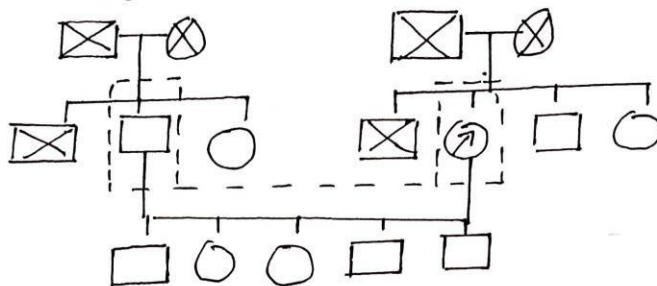
(Mulai timbulnya gejala, pengobatan sebelum ke RS, pemeriksaan penunjang gejala yang spesifik sehingga dibawa ke Rumah sakit dan pengobatan awal di IGD)

Mrs S (55 tahun) datang ke IGD RSPAD pada tanggal 2 November 2019 dengan keluhan nyeri hebat dibagian paha kiri karena jatuh dari tempat tidur dan terdapat luka terbuka dibagian paha kiri. Saat dilakukan pengkajian nyeri diakibatkan jatuh dari tempat tidur, nyeri seperti tertusuk - tusuk, lokasi dibagian paha mengenai hingga keujung kaki. Skala nyeri 7 nyeri di dalam terus menerus. Hasil pemeriksaan Tanda-tanda vital TD: 130/80 mmHg, Nadi: 85 x/m, suhu: 36,6°C, pernapasan 20 x/m. Hasil Lab Hemoglobin 11g/dl, Hematokrit 36%, Eritrosit 3,79 juta/L, Leukosit 5890/ul gula darah 158 mg/dl. Lalu pemeriksaan radiologi didapatkan hasil femur sinistra Ap lateral menunjukkan tempat fraktur 1/3 proksimal dilakukan operasi pada tanggal 3-November-2019. lalu dirawat di ruang perawatan bedah ortho, IV RSPAD Genol Soebrato obat yg diberikan Larutan Inter RL 20 tpm, ketorolac lamp/0jam, cefazolin lamp/0jam obat oral cefadroxil 500 3x1 hari dan kalsi 3x1 hari.

c. Riwayat Penyakit dahulu:
 (Penyakit yang pernah diderita dari bayi sampai saat ini)

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat kesehatan.

c. Genogram



Keterangan:

☒ = laki-laki meninggal

— = garis pernikahan

⊗ = perempuan meninggal

↗ = klien

☐ = laki-laki

- - - = tinggal serumah

○ = perempuan

| = garis keturunan

Interpretasi:

Penyakit keturunan :

Apakah ibu NTS memiliki penyakit darah tinggi.

Penyakit menular :

Tidak memiliki penyakit menular.

3. PENGKAJIAN SAAT INI

a. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Persepsi tentang kesehatan diri

Pasien mengatakan mengenai kesehatan id sangat penting

2) Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya

Pasien mengatakan mengetahui penyakitnya, karna kerangka hati - hati

3) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

a) Kebiasaan diit yang adekuat, diit yang tidak sehat ?

Pasien mengatakan tidak pernah melakukan diit.

b) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi

Pasien mengatakan jarang memeriksa kesehatan secara berkala

c) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan

a) Yang dilakukan bila sakit

Pasien mengatakan bila sakit pasien berobat ke klinik dekat rumah

b) Kemana pasien biasa berobat bila sakit ?

Pasien biasa berobat ke klinik dekat rumah

c) Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/alkohol/rokok/kopi/kebiasaan olahraga)

Merokok tidak pak/hari, lama : ... tahun

Alkohol : tidak, lama : ...

Kebiasaan olahraga, jenis : jarang olahraga, frekwensi : -

.....

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
-	-	-	-

a. Pola nutrisi/ metabolik

1) Intake makan

Sebelum masuk RS	Selama di RS
<p>a. Keluhan Tidak mengalami keluhan saat masih sehat</p> <p>b. Frekuensi 3x/hari dalam porsi normal</p> <p>c. Menu Ayam, sayur, Nasi Ikan. Ikan</p> <p>d. Riwayat alergi makanan Tidak ada alergi makanan</p>	<p>e. Keluhan Tidak mengalami keluhan saat makan selama di RS</p> <p>f. Frekuensi 1/4 porsi 3x/hari</p> <p>g. Menu Nasi, Ayam, Ikan, sayur</p> <p>h. Riwayat alergi makanan Tidak ada alergi makanan</p>

2) Intake minum

Sebelum masuk RS	Selama dirawat di RS
<p>a. Keluhan Tidak ada keluhan saat minum</p> <p>b. Frekuensi Sebelum sakit pasien minum \pm 1500 ml</p> <p>c. Jenis minuman Beras dan air mineral</p> <p>d. Riwayat alergi minuman Tidak ada alergi minuman</p>	<p>a. Keluhan Tidak ada keluhan saat minum</p> <p>b. Frekuensi Setelah sakit pasien minum \pm 500 ml</p> <p>c. Jenis minuman Air mineral, susu</p> <p>d. Riwayat alergi minuman Tidak ada alergi minuman</p>

b. Pola eliminasi

1) Buang air besar (BAB)

Sebelum masuk RS	Selama di RS
<p>a. keluhan BAB Tidak ada keluhan BAB</p> <p>b. Frekuensi \pm 2 x/hari</p> <p>c. Konsistensi Padat</p>	<p>a. keluhan BAB Tidak ada keluhan BAB</p> <p>b. Frekuensi \pm 1 x/hari</p> <p>c. Konsistensi Padat</p>

d. Warna kuning kecoklatan	d. Warna kuning kecoklatan
e. Bau (+) khas	e. Bau (+) khas
f. Menggunakan alat bantu atau obat? Tidak menggunakan Alat bantu obat	f. Menggunakan alat bantu atau obat? Tidak menggunakan Alat bantu obat

2) Buang air kecil (BAK)

Sebelum dirawat di RS	Selama di rawat di RS
a. keluhan BAB Tidak ada keluhan Saat BAK	a. keluhan BAB Tidak ada keluhan Saat BAK
b. Frekuensi ± 5-6 x/hari	b. Frekuensi ± 6-7 x/hari
c. Konsistensi cair	c. Konsistensi cair
d. Warna kuning keruh	d. Warna kuning keruh
e. Bau khas	e. Bau khas

f. Menggunakan alat bantu atau obat? Tidak menggunakan alat bantu atau obat	f. Menggunakan alat bantu atau obat? Tidak menggunakan alat bantu atau obat
--	--

c. Pola aktifitas dan latihan

Klien mengatakan sejak tumor di kaki kanan membesar, aktivitas klien di bantu oleh keluarga dan keterbatasan gerakan motorik karena kelemahan pada kaki kanan.

Kemampuan perawatan diri	Selama di rumah sakit				
	0	1	2	3	4
Makan, minum	✓				
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Mobilitas di tempat tidur			✓		
Berpindah			✓		
Ambulasi/ROM			✓		

Keterangan :

- 0 : Mandiri
- 1 : Dengan bantuan alat
- 2 : Dibantu orang lain
- 3 : Dibantu orang lain dan alat
- 4 : Tergantung total

d. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit	Selama dirawat di RS
a. Keluhan Pasien mengatakan Sebelum masuk RS tidak menyakit	a. Keluhan Pasien mengatakan Sering menyakit.
b. Kualitas Menyakit	b. Kualitas Tidak terbalut nyeri Sering terbangun
c. Kuantitas 6-7 jam	c. Kuantitas 4-6 jam
d. Perasaan setelah bangun Segar	a. Perasaan setelah bangun mengatakan tidak segar.

e. Pola perceptual

- 1) Penglihatan
Mata sebelah kanan buram, kiri tidak.
Pasien tidak merasa mematainkannya.
- 2) Pendengaran:
Pendengaran normal, pasien mampu mendengar percakapan
perawat pada saat dilakukan komunikasi
- 3) Pengecapan:
Pengecapan normal, pasien dapat merasakan
manis, asam, dan pedas.
- 4) Penciuman:
Penciuman normal, pasien dapat menerima aroma/bau
- 5) Sensasi:
Pasien merasakan rangsangan nyeri jika dicubit

f. Pola seksualitas dan reproduksi

Tidak terakaji.

- g. Pola persepsi diri
Pasien menganggap bisa seperti ini karena tidak berhati-hati saat berjalan.
- h. Pola peran hubungan
hubungan pasien dengan keluarga baik-baik saja
- i. Pola manajemen koping stres
Pasien mengatakan jika terjadi masalah, pasien memikirkan masalah yang ada
- j. Sistem nilai dan keyakinan
Pasien mengatakan sering melakukan ibadah

b. PEMERIKSAAN FISIK

- a. Keadaan umum: ~~komparmentasi~~ sedikit sedang
- b. BB : 63 kg; TB : 157 cm ; IMT :
- c. Kesadaran : *compos mentis*
GCS E 4 M 6 V 5
- d. Vital Signs
TD : 120/80 mmHG
N : 85 kali/menit
RR : 20 kali/menit
T : 36,6 °C
- e. Kepala
 - 1) Bentuk : Normal , lesi (-) , bekas op (-) luka (-)
 - 2) Rambut :
Rambut dan kulit kepala berminyak, hitam dan terdapat uban yang menyebar distribusi pertumbuhan rambut normal.

3) Wajah :

Wajah oval tidak terdapat lesi, warna

kulit wajah merata, tidak ada nyeri tekan

4) Mata :

Bentuk mata sipit, mata kanan kiri simetris kelopak mata tidak ada pembengkakan konjungtiva dan sklera dan kornea refleks cahaya tidak

5) Telinga

Telinga kanan dan kiri simetris, tidak terlihat cairan yang keluar, tidak terdapat benjolan, tidak menggunakan alat bantu dengar.

6) Hidung

a) Bentuk hidung berukuran normal

b) Terdapat cavum nasi

c) Tidak ada fraktur dihidung

d) Tidak terdapat pembengkakan

e)

f)

g)

7) Mulut

a) ~~Mukosa~~ warna mukosa mulut dan bibir merah muda

b) Lidah merah muda mukosa lembab. Tenggorok tidak

ada pembengkakan. tidak terdapat stomatitis.

d)

e)

f)

8) Leher

- a) Tidak terdapat lesi
- b) Tidak ada pembengkakan tiroid
- c) Tidak ada nyeri tekan
- d) Tidak ada ekspansi menelan
- e)
- f)
- g)

9) Thorax

I: Bentuk dada simetris, frekuensi napas 20x/m, izama napas teratur, tidak ada pengurangan area base napas

P: Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri, Tidak terdapat fiziketer

P: Perkusi paru sonor ICS 2-6

A: Suara napas vesikuler tidak ada suara napas tambahan

10) Jantung

I: Tidak terdapat Ictus cordis

P: Ictus cordis terdapat di ICS 5 midklavikula

P: Batas atas kanan ICS 3 parasternalis dextra
Batas atas kiri ICS 3 parasternalis sinistra

A: Bunyi jantung S1 dan S2 reguler (tidak ada bunyi tambahan)

11) Abdomen

I: Tidak terdapat lesi, massa, tidak ada luka DP pada abdomen dan tidak terpasang drain

A: Bising usus 16x/m

P: Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa tidak ada pembesaran pada hepar

P: Bunyi jantung terdengar, tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal.

12) Genitalia dan perianal

I: Tidak terdapat

13) Kulit dan Ekstremitas

a. Ekstremitas atas :

Turgor kulit elastis, tidak terdapat edema kekuatan otot

4/5

b. Ekstremitas bawah :

Post op kaki bagian kiri hari ke I dan terdapat bintitan di kaki bagian kiri

kekuatan otot

5/2.

c. Kekuatan otot

Tangan kanan	5/5	Tangan kiri
kaki kanan	5/2	kaki kiri

c. PROGRAM TERAPI

a. Oral

- 1) Cefadroxil 500 3x1 .mg/ jam
- 2) kalce 3x1 .mg/ jam
- 3)mg/ jam
- 4)mg/ jam
- 5)mg/ jam

b. Injeksi

- 1) Ketorolac 1 amp/8 Jam jam via IV/IM/IC/SC
- 2) Cefazolin 1 amp/8 Jam jam via IV/IM/IC/SC
- 3)mg/ jam via IV/IM/IC/SC
- 4)mg/ jam via IV/IM/IC/SC
- 5)mg/ jam via IV/IM/IC/SC
- 6)mg/ jam via IV/IM/IC/SC
- 7)

c. Infus

- 1) RL 20 tpm
- 2)

d. Rencana tindakan :

d. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan laboratorium darah tanggal 13 Juni 2015

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal	Intrepretasi
Hematologi Rutin				

Keterangan / Interpretasi :

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	intrepetasi
Darah Lengkap				
Hemoglobin	12	gr/dl	12 - 16 gr/dl	Normal
Hematokrit	34	%	37 - 47 %	Normal
Eritrosit	4.4 4.4	Jta / μ l	4.3 - 6 juta / μ l	Normal
Leukosit	5000	tb / μ l	418 - 1018 tb / μ l	Normal
trombosit	203	1000 tb / μ l	150 - 400 tb / μ l	Normal
glukosa darah	138	mg / dl	2 / 40 mg / dl	Normal
Hasil pemeriksaan Diagnostik - Hasil rontgen didapatkan hasil femur sinistra Ap lateral menunjukan terdapat fraktur 1/3 proksimal.				

ANALISA DATA

No	Data Fokus / Batasan Karakteristik	Etiologi / Faktor yang Berhubungan	Problem / DX
1.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dibagian kaki yang mengalami fraktur.</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dengan karakteristik.</p> <p>P: Nyeri adanya fraktur</p> <p>Q: Nyeri terasa seperti tertusuk tusuk</p> <p>R: Nyeri dibagian perha sampai ke kaki</p> <p>S: skala nyeri 7 nyeri berat</p> <p>T: Nyeri dalam durasi</p> <p>DO :</p> <p>Telihat tampak memosis kesakitan</p> <p>Telihat menjaga area yang sakit dari lingkungan sekitar</p> <p>Telihat berhati-hati saat bergerak kaki.</p>	<p>Trauma langsung</p> <p>↓</p> <p>Fraktur</p> <p>↓</p> <p>Diskontinuitas tulang</p> <p>↓</p> <p>Pergeseran fragmen tulang</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut.</p>	<p>Nyeri Akut.</p>

ANALISA DATA

No	Data Fokus / Batasan Karakteristik	Etiologi / Faktor yang Berhubungan	Problem / DX
2.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan tidak bisa aktifitas seperti biasa</p> <p>DO :</p> <p>Tetlihat bedrest tetlihat balutan post op tetlihat membatasi gerakan Ambulasi, berpindah. Perawatan diri dibantu kekuatan otot kaki kaki kanan ketel kiri 5 / 2.</p>	<p>Trauma langsung ↓ Fraktur ↓ Diskontinuitas ↓ Pergeseran fragmen ↓ Pausahan jaringan Sekter ↓ Gangguan fungsi ↓ Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Hambatan Mobilitas fisik</p>

ANALISA DATA

No	Data Fokus / Batasan Karakteristik	Etiologi / Faktor yang Berhubungan	Problem / DX
3.	<p>Ds: Pasien mengatakan sulit untuk merawat diri karena keterbatasan gerakan</p> <p>Pasien mengatakan tidak bisa mandi, BAK, dan BAB sendiri</p> <p>Do:</p> <p>Telihat wajah pasien berminyak kulit kering dan kemerahan</p> <p>Telihat pasien sering mengamburukan badannya</p> <p>Tepi yang keateter</p>	<p>Trauma langsung</p> <p>↓</p> <p>fraktur</p> <p>↓</p> <p>Diskon vertebra</p> <p>↓</p> <p>Pergerakan terganggu</p> <p>↓</p> <p>Rubakan jaringan sekitar</p> <p>↓</p> <p>gangguan fungsi</p> <p>↓</p> <p>Hambatan mobilitas</p> <p>↓</p> <p>Defisit perawatan diri = mandi</p>	<p>Defisit perawatan diri : mandi</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN PRIORITAS

- 1) *Nyeri akut*
- 2) *Hambatan mobilitas fisik*
- 3) *Defisit perawatan diri : mandi*
- 4)
- 5)
- 6)

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & KH	Kode NIC	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri Akut.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam nyeri akut berkurang dengan hasil:</p> <p>Kontrol nyeri indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengontrol kapan nyeri terjadi - menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik - menggunakan analgesik yang direkomendasikan - melaporkan perubahan pada gejala nyeri - melaporkan nyeri yang terkontrol 	1400	<p>manajemen nyeri.</p> <p>Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</p> <p>Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>Perikan analgesik untuk mengurangi nyeri</p> <p>Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>Monitor pasien secara terus menerus tentang manajemen nyeri</p>

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & KH	Kode NIC	Intervensi Keperawatan
2.	Hambatan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam hambatan mobilitas fisik dapat meningkat</p> <p>Kriteria hasil</p> <p>Kriteria indikator</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesembangan - Cara berjalan - Gerakkan otot dan sendi meningkat - Dapat bergerak dgn mudah. 	07 40	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor vital sign in sebelum dan setelah latihan - Balikkan pasien yang tidak mampu mobilisasi sendiri tidak setiap 2 jam - Ajarkan latihan ditempat tidur dengan cara yang tepat - Aplikasi alat peresus sesuai luas

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & KHI	Kode NIC	Intervensi Keperawatan
3.	Defisit perawatan diri : mandi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 Jam, kriteria hasil Perawatan diri mandiri indikator - Dapat masuk keluar kamar mandi - Dapat mencuci wajah - Dapat mencuci badan bagian atas - Dapat mencuci badan bagian bawah - Dapat membersihkan area perinium - Dapat mengeringkan badan	160	memandikan : - Bantu (memandikan pasien dengan menggunakan cara yang tepat yang sesuai dengan keinginan pasien - Cuci rambut sesuai dengan kebutuhan (keinginan pasien) - Bantu dalam hal perawatan perinea, jika diperlukan - Monitor kondisi kulit saat mandi - Monitor kemampuan saat mandi

IMPLEMENTASI

No.	Waktu	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
1.	10:10	Nyeri Akut.	<p>Lakukan penyesuaian nyeri secara komprehensif</p> <p>Aplikasi teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam)</p> <p>Beikan analgesik untuk mengurangi nyeri</p> <p>Evaluasi kontrol nyeri.</p>	<p>S : pasien mengatakan nyeri dengan karakteristik (P) adanya nyeri-teratur (6) nyeri seperti tertukut tusuk (R) nyeri dibagian palpa pampai kaki (S) skala 7 (T) terus menerus</p> <p>pasien mengatakan merasa cara relaksasi napas dalam</p> <p>O : Terlihat merasa area T9 sakit, berhati hati saat digrak kan. ketenloc. lamp / Rjem</p>	<p>And.</p>
2.	09:00	Defisit perawatan diri: mandi	<ul style="list-style-type: none"> - Bantu memandikan pasien sesuai keinginan pasien - cuci rambut sesuai dengan keinginan pasien - monitor kondisi kulit saat mandi - Monitor fungsi kemampuan saat mandi 	<p>S : pasien mengatakan memerlukan bantuan saat mandi</p> <p>pasien mengatakan tidak mau untuk memcuci rambut</p> <p>O : kulit terlihat kasar, tebal kasar</p> <p>terlihat blm mampu mem besihkan bagian ekstermitas atas</p>	<p>And</p>

3	11:05	Hambatan mobilisasi fisik.	<p>Monitor vital signs</p> <p>balikkan pasien yang tidak mampu mobilisasi paling tidak setiap 2 jam</p> <p>Aturkan katilias ditempat tidur dengan cara yang tepat. (ROM)</p>	<p>S : pasien mengatakan sulit untuk membalik badan pasien</p> <p>O : pasien mampu melakukan mobilisasi setiap 2 jam pasien mampu melakukan ROM.</p>	<p>Chief</p>
1.	14:10	nyeri Akut.	<p>Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</p> <p>Asisten teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>Evaluasi kontrol nyeri</p>	<p>S : (p) nyeri-fraktur (s) nyeri seperti tertusuk-tusuk. (R) nyeri dibagian paha sampai kebet (S) skala nyeri 5</p> <p>(T) nyeri tens mayor</p> <p>O = telihat mayajam area T9 sakit, hati-hati menggerakkan kepala</p> <p>keterlalu lamp / 2 jam</p>	<p>Chief</p>

2.	15:05	Monitor vital sign in Balikkan pasien yang tidak mampu mobilisasi, setiap 2 jam Ajaran latihan, ditempat tidur dengan cara yg tepat (ROM)	<p>S: pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasa</p> <p>O: pasien mampu mobilisasi setiap 2 jam pasien mampu melakukan ROM</p>	clewif
3.	16:00	Bantu (memandikan pasien) dengan cara yg tepat cuci rambut sesuai keinginan kebutuhan pasien monitor kondisi kulit saat mandi monitor kemampuan saat mandi	<p>S: pasien mengatakan memerlukan bantuan saat mandi pasien mengatakan mau untuk dicuci rambutnya</p> <p>O: kulit terlihat bersih dan terasa lembab pasien bisa mampu membersihkan determinasi bagian atas secara mandiri</p>	clewif

1.	09:10	Homokula mekanisme fisik	Monitor vital signs Beriakan pasien -> tidak mampu mobilisasi paling tidur setiap 2 jam Ajarkan latihan ditempat tidur dengan cara yang tepat.	S: pasien mengatakan tidak gisa beraktivitas seperti biasa O: pasien mampu mobilisasi setiap 2 jam Pasien mampu melakukan ROM	Clint
2.	09:55	nyeri Akut	Lakukan pengalihan nyeri Secara komprehensif Ajarkan teknik non farmakologi (teknik relaksasi napas dalam) Berikan amblyscintar pengalihan nyeri Evaluasi kontrol nyeri	S: (p) nyeri akuta-fraktur Laki nyeri seperti tertusuk tumpul. (t) nyeri dibagian kaki kanan kebetulan nyeri 5 (1) nyeri yang dialami hilang timbul - pasien mengesakan melakukan napas dalam O: Terlihat rileks dan tidur. ketertolac. 1 am / 8 jam	Clint

2.	08:10	Defisit Kelelahan dini: mandi	Bantu memantapkan pasien dengan cara yg tepat. cuci rambut sesuai kebutuhan pasien. monitor kondisi saat mandi. monitor fungsi kemampuan saat mandi.	S: pasien mengungkapkan permasalahan kamisan saat mandi. pasien mengatakan tidak mau mencuci rambutnya. D: kulit terlihat bersih dan terasa lembab. Pasien belum mampu membersihkan ekstremitas atas sendiri.	Ami

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
10:55	Nyeri Akut.	<p>S: Pasien mengatakan nyeri dengan karakteristis (P) Nyeri adanya trauma (G) nyeri seperti tertusuk-tusuk (R) nyeri disebabkan pada smpai kaki (S) skala nyeri 7 (T) ^{tears-menens}</p> <p>Pasien mengatakan nyeri mengerti cara melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>O: Terlihat menjaga area yang sakit dan lingkungan sekitar Ketubac lamp / 0 Jam. Terlihat be-hati-hati saat mengerjakan kaer</p> <p>A: Tujan sebagian tercapai masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi - Pengajaran nyeri kompreensif - Ajarkan teknik relaksasi napas dalam, - Berikan analgetik.</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
08:30.	Defisit perawatan diri: mandi	<p>S : pasien mengatakan sulit untuk mencuci diri karena ketidaktahuan penggunaan pasta mengatakan memerlukan bantuan saat mandi pasien mengatakan tidak pernah mencuci rambut.</p> <p>O : kulit terlihat kusam teraba kasar pasien terlihat belum mampu untuk membersihkan bagian ekstremitas bagian atas sendiri</p> <p>A : Tujuan sebagian tercapai masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> - bantu memandikan pasien - cuci tangan sebelum keinginan - monitor kondisi kulit. - monitor fungsi kemampuan. </p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
11-45	Hambatan mobilitas fisik.	<p>S : pasien mengatakan sulit membalik-balikkan posisi Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya</p> <p>O : Terlihat Bedrest terdapat balutan post op. membatasi gerakan Ambulasi. Berpuasa. Perawatan diri dibantu Pasien mampu melakukan mobilisasi Setrap 2 Jam klien mampu melakukan ROM kelucutan otot Fraktur (2)</p> <p>TTV : TD: 120/80 mmHg W: 70x1m S : 36.3°C. RR: 18x1m</p> <p>A : Tujuan sebagian tercapai masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi - Monitor vital sign in - mobilisasi pasien Setrap 2 Jam - Ajarikan latihan ditengah tidur (ROM).</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
14:20	Nyeri akut.	<p>S: pasien mengatakan nyeri dengan karakteristik (p) nyeri fraktur (p) nyeri seperti terbakar - juk (R) nyeri dibagian betis sampai kaki (S) selain nyeri S (T) nyeri yang dialami terus menerus.</p> <p>O: Terlihat menjerna area yang sakit dan lingkungan sekitar Terlihat hati-hati saat pergerakan kaki. keterlambatan lamp / 8 jam</p> <p>P: Tujuan sebagian tercapai masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi - Pengkajian nyeri komprehensif - Ajarkan teknik relaksasi napas dalam - Berikan analgesik</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
15.20.	Hambatan mobilitas fisik	<p>S: pasien mengartikulasikan tidak bisa beraktifitas seperti biasanya</p> <p>O: Terdapat balutan port op, memba. tali geukon. Ambulasi, berpindah dan perawatan diri dibantu, pasien mampu mobilisasi setiap 2 jam.</p> <p>pasien mampu melakukan kom. kekuatan otot Fraktur (2)</p> <p>TTV: TD: 130/90 mmHg N: 85 x/m S: 36.5°C RR: 21 x/m</p> <p>A: Tujuan sebagian tercapai masalah belum teratasi,</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor vital sign - mobilisasi pasien setiap 2 jam - Ajarkan latihan ditempat tidur

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
16:35	Defisit perawatan diri: mandi	<p>S : pasien mengatakan sulit untuk merawat diri karena ketebatanan piodermitis</p> <p>Pasien mengatakan merasa kaku karena serabut mandi</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan mau untuk dicuci tapi betrap. <p>O : kulit terlihat bersih dan terasa lembab</p> <p>pasien belum mampu untuk membersihkan bagian ekstremitas bagian atas sendiri</p> <p>A : Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu memandikan pasien - cuci rambut sesuai keinginan - monitor kondisi kulit - monitor fungsi kemampuan

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
09:30	Hambatan mobilitas fisik.	<p>S: pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya</p> <p>O: Terlihat balutan post op, membedakan sekujur tubuh, ambulasi berproteksi dan perawatan diri dibantu pasien mampu mobilisasi setiap 2 jam pasien mampu mobilisasi dengan kekuatan otot fraktur (3)</p> <p>TTV: TD: 130/80 mmHg N: 75x/mn S: 36.2°C RR: 21x/mn</p> <p>A: Tujuan sebagian tercapai masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi monitor vital sign in mobilisasi setiap 2 jam Ajarkan latihan ditempat tidur (pem).</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
10:00	Nyeri Akut	<p>S: Pasien mengatakan nyeri dengan karakteristik (P) nyeri adanya peritonen (CP) nyeri seperti tertusuk-tusuk (dz) nyeri dibagian perna sampai kaki (S) skala nyeri 5 (T) nyeri yang tidak hilang - menyus, hilang sebentar</p> <p>Pasien mengerti cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>O: Terlihat menjaga area yang sakit Terlihat berhati-hati saat menggerakkan kaki * ketertakutan 1 cm / 8 jam</p> <p>A: Tujuan sebagian tercapai masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi - pengkajian nyeri komprehensif - Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam - Berikan analgesik</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
08:25	Defisit perawatan diri : mandi	<p>S : pasien mengatakan sulit untuk merawat diri karena ketebatalan penglihatan, memperoleh bantuan saat mandi pasien mengatakan tidak mau mencuci rambutnya</p> <p>O : kulit terlihat bersih dan terasa lembab. Terlihat tidak menggarukkan badannya. pasien terlihat belum mampu membersihkan bagian ekstremitas bagian atas sendiri.</p> <p>A : Tujuan sebagian tercapai masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu mandikan pasien - Cuci rambut sesuai keinginan - Monitor kondisi kulit - Monitor fungsi kemampuan

**FORMAT PENGAJIAN
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa : *RITA Puspita Sari*
NIM : *2019 03 05 015*
Tempat Praktik : *RSPAD Gatot Soebroto*
Tanggal Pengkajian : *6 - November - 2019*

A. PENGAJIAN**1. IDENTITAS DIRI****a. KLIEN**

- 1) Nama : *NT A*
- 2) Tanggal Lahir : *14 - Februari - 1973*
- 3) Jenis Kelamin : *Perempuan*
- 4) Agama : *Islam*
- 5) Pendidikan : *SMA*
- 6) Pekerjaan : *Ibu Rumah Tangga*
- 7) Alamat : *Jl. Surya Kencana no 36 A*
- 8) Status Perkawinan : *Menikah*
- 9) Sumber Informasi : *Suami*
- 10) Tanggal pengkajian : *6 - November - 2019*
- 11) Tanggal Masuk : *5 - November - 2019*
- 12) No RM : *2110 XX*
- 13) Diagnosa Medis : *Fraktur 1/3 medial femur sinistra.*

b. PENANGGUNG JAWAB

- 1) Nama : *Tn F*
- 2) Umur : *51 Tahun*
- 3) Alamat : *Jl. Surya Kencana no 36 A*
- 4) Pekerjaan : *Karyawan swasta*
- 5) Hubungan dengan klien : *Suami*

2. RIWAYAT PENYAKIT

a. Keluhan utama saat pengkajian:

nyeri dibagian paha kiri disertai bengkak dan tidak bisa digerakkan.

b. Riwayat penyakit sekarang :

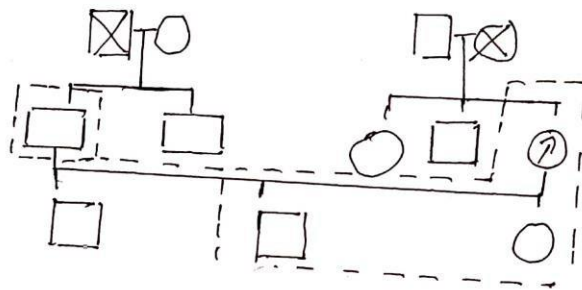
(Mulai timbulnya gejala, pengobatan sebelum ke RS, pemeriksaan penunjang gejala yang spesifik sehingga dibawa ke Rumah sakit dan pengobatan awal di IGD)

Mt A (47 tahun) datang ke IGD RSPAH pada tanggal 5 November 2019 nyeri dipaha kiri disertai bengkak pasien mengalami kecelakaan lalu lintas kendaraan bermotor yang ditumpangnya menabrak mobil besar yang sedang singgah di jalan pasien terhimpit di kendaraan tersebut. terdapat luka pecar di dahi dan pelipis. TTV. TD : 120/80 mmHg. Nadi 80 x/m Suhu : 36,4°C RR 19 x/m. Hasil Labors tonium. Hb 9,80g/dl hematokrit 30% Eritrosit 4,09 juta per Leucosit 7940 per quadraat 20 mg/lai pemeriksaan radiologi femur sinistra Ap latera menunjukkan fraktur 1/3 ~~medial~~ medial diop tanggal 6 november 2019. lalu dirawat di lantai 4 bedah. obat yg didapat Cefazolin Bi 20tpm ketorolac 1amp/8jam cefazolin 1amp/8jam dan obat oral cefadroxil 500 3x/hari

c. Riwayat Penyakit dahulu:
 (Penyakit yang pernah diderita dari bayi sampai saat ini)

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat kesehatan

c. Genogram



Keterangan:

- ☒ = laki-laki meninggal
- ☒ = laki-laki
- = perempuan
- ☒ = perempuan meninggal
- ☒ = laki-laki
- = perempuan
- = garis pernikahan
- ↗ = klien
- - - = tinggal serumah
- | = garis keturunan

Interpretasi:

Penyakit keturunan :

NYA tidak memiliki riwayat penyakit keturunan

Penyakit menular :

Tidak memiliki penyakit menular

3. PENGKAJIAN SAAT INI

a. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Persepsi tentang kesehatan diri

Pasien mengatakan sekiranya ini adalah
mengaga ketertarikan dan faktor
tentunya

2) Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya

pasien mengatakan ini semua sudah
familiar dari yang biasa

3) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

a) Kebiasaan diit yang adekuat, diit yang tidak sehat ?

pasien tidak pernah melakukan diit

b) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi

Jarang memeriksakan kesehatan
secara berkala

c) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan

a) Yang dilakukan bila sakit

Bila sakit pasien hanya minum
obat warung

b) Kemana pasien biasa berobat bila sakit ?

pasien biasa berobat ke Puskesmas

c) Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/alkohol/rokok/kopi/kebiasaan olahraga)

Merokok : ... pak/hari, lama : ... tahun

Alkohol : ..., lama : ...

Kebiasaan olahraga, jenis : jarang dengan frekwensi :

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan

a. Pola nutrisi/ metabolisme

1) Intake makan

Sebelum masuk RS	Selama di RS
<p>a. Keluhan pola makan terganggu dengan baik</p> <p>b. Frekuensi 3x/hari dalam porsi normal</p> <p>c. Menu Ikan, Sayur, nasi Ayam, daging telur.</p> <p>d. Riwayat alergi makanan Tidak ada alergi makanan</p>	<p>e. Keluhan MA nafsu makan berkurang selama di RS</p> <p>f. Frekuensi YA porsi 3x/hari</p> <p>g. Menu Nasi Ikan Ayam telur sayur</p> <p>h. Riwayat alergi makanan Tidak ada alergi makanan</p>

2) Intake minum

Sebelum masuk RS	Selama dirawat di RS
<p>a. Keluhan Tidak ada keluhan saat minum</p> <p>b. Frekuensi Sebelum sakit ± 1600 ml</p> <p>c. Jenis minuman Jus dan air mineral</p> <p>d. Riwayat alergi minuman Tidak ada alergi minuman</p>	<p>a. Keluhan Tidak ada keluhan saat minum</p> <p>b. Frekuensi Setelah sakit ± 1000 ml</p> <p>c. Jenis minuman air mineral</p> <p>d. Riwayat alergi minuman Tidak ada alergi minuman</p>

b. Pola eliminasi

1) Buang air besar (BAB)

Sebelum masuk RS	Selama di RS
<p>a. keluhan BAB Tidak ada masalah BAB</p> <p>b. Frekuensi ± 2-3 x/hari</p> <p>c. Konsistensi padat / lunak</p>	<p>a. keluhan BAB Tidak ada masalah BAB.</p> <p>b. Frekuensi ± 1 x/hari</p> <p>c. Konsistensi lunak.</p>

<p>d. Warna kuning kecoklatan</p> <p>e. Bau (+) khas</p> <p>f. Menggunakan alat bantu atau obat? Tidak menggunakan alat bantu obat</p>	<p>d. Warna kuning kecoklatan</p> <p>e. Bau (+) khas</p> <p>f. Menggunakan alat bantu atau obat? Tidak menggunakan alat bantu obat</p>
--	--

2) Buang air kecil (BAK)

Sebelum dirawat di RS	Selama di rawat di RS
<p>a. keluhan BAB Tidak ada keluhan saat BAK</p>	<p>a. keluhan BAB Tidak ada keluhan saat BAK.</p>
<p>b. Frekuensi $\pm 6-7 \times / \text{hari}$</p>	<p>b. Frekuensi $5-5 \times / \text{hari}$</p>
<p>c. Konsistensi cair</p>	<p>c. Konsistensi cair</p>
<p>d. Warna kuning kehut</p>	<p>d. Warna kuning kehut</p>
<p>e. Bau khas</p>	<p>e. Bau khas</p>

f. Menggunakan alat bantu atau obat? <i>Tidak menggunakan alat bantu obat</i>	f. Menggunakan alat bantu atau obat? <i>Tidak menggunakan alat bantu obat</i>
--	--

c. Pola aktifitas dan latihan

Klien mengatakan sejak tumor di kaki kanan membesar, aktivitas klien di bantu oleh keluarga dan keterbatasan gerakan motorik karena kelemahan pada kaki kanan.

Kemampuan perawatan diri	Selama di rumah sakit				
	0	1	2	3	4
Makan, minum	✓				
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Mobilitas di tempat tidur			✓		
Berpindah			✓		
Ambulasi/ROM			✓		

Keterangan :

- 0 : Mandiri
- 1 : Dengan bantuan alat
- 2 : Dibantu orang lain
- 3 : Dibantu orang lain dan alat
- 4 : Tergantung total

d. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit	Selama dirawat di RS
a. Keluhan Sebelum masuk RS tidur nyenyak	a. Keluhan Poliomielitis menyengap
b. Kualitas nyenyak	b. Kualitas Tidak-bekas nyenyak
c. Kuantitas 6-7 jam	c. Kuantitas 4-6 jam
d. Perasaan setelah bangun Segar	a. Perasaan setelah bangun mengatakan tidak Segar.

e. Pola perceptual

- 1) Penglihatan
Penglihatan mata baik
- 2) Pendengaran:
pendengaran normal, pasien mampu mendengar
perkataan perawat
- 3) Pengecapan:
pergecapan normal
- 4) Penciuman:
Penciuman normal, pasien dapat menerima aroma/bau
- 5) Sensasi:
pasien merasakan rangsangan nyeri jika diubit.

f. Pola seksualitas dan reproduksi

Tidak terakaji

g. Pola persepsi diri

Pasien mengatakan bisa seperti ini karena sudah takdir dari Tuhan.

h. Pola peran hubungan

Hubungan pasien dengan keluarga sangat baik.

i. Pola manajemen koping stres

Jika terjadi masalah pasien fidu memikirkannya

j. Sistem nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan ibadah + waktu

b. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum: Sakn sedang

b. BB: 64 kg; TB: 155 cm; IMT:

c. Kesadaran: Compos mentis

GCS E4M6V5

d. Vital Signs

TD: 120/80 mmHG

N: 80 kali/menit

RR: 19 kali/menit

T: 36.4 °C

e. Kepala

1) Bentuk:

Normal, lesi (-) bekas OP (-) luka (-)

2) Rambut:

Terdapat uban yang menyebar distribusi rambut merata

3) Wajah :

wajah bulat, ~~tidak~~ terdapat lesi warna kulit
wajah merata.

4) Mata :

mata kanan kiri simetris kelopak mata tidak
ada pembengkakan, luka memar dibagian palpebra
konjungtiva anemik sklera anikterik respon cahaya (+)

5) Telinga

kanan kiri simetris tidak terdapat benjolan
tidak menggunakan alat bantu dengar.

6) Hidung

a) Hidung betuk normal

b) Terdapat cavum nasi

c) Tidak ada fraktur dihidung

d) Tidak ada pembengkakan

e)

f)

g)

7) Mulut

a) mukosa mulut dan bibir merah muda

b) Tonsil tidak ada pembengkakan

c) Tidak terdapat stomatitis

d)

e)

f)

8) Leher

- a) Tidak terdapat lesi
- b) Tidak ada pembengkakan tiroid
- c) Tidak ada nyeri tekan
- d)
- e)
- f)
- g)

9) Thorax

I: Bentuk dada simetris, irama nafas teratur
tidak ada otot bantu nafas

P: Ekspansi paru simetris. Tidak terdapat fraktur

P: Perkus paru sonor ICS 2-6

A: Suara nafas Vesikuler tidak ada suara nafas tambahan.

10) Jantung

I: Tidak tampak letus cordis

P: letus cordis teraba di ICS 5 midclavikula.

P: Batas atas kanan ICS 3 parasternalis dextra
Batas atas kiri ICS 3 parasternalis sinistra

A: Bunyi jantung S₁ dan S₂ reguler (tidak ada bunyi tambahan)

11) Abdomen

I: Tidak terdapat massa, terdapat luka post op cesar.
pada abdomen

A: Bising usus 20x/m

P: Tidak ada nyeri tekan tidak teraba adanya
massa tidak ada pembesaran hepar.

P: Bunyi lambung timpang, tidak ada nyeri
pada pemeriksaan fokal ginjal

12) Genitalia dan perianal

I: Tidak terdapat

13) Kulit dan Ekstremitas

a. Ekstremitas atas :

Turgor kulit elastis tidak ada edema
kekuatan otot.

5/5

b. Ekstremitas bawah :

Post op kaki bagian kiri terdapat balutan
dikam bagian kiri

5/1

c. Kekuatan otot

Tangan kanan	5/5	Tangan kiri
Kaki kanan	5/1	Kaki kiri

c. PROGRAM TERAPI

a. Oral

- 1) Cefadroxil 500 3x1mg/ jam
- 2)mg/ jam
- 3)mg/ jam
- 4)mg/ jam
- 5)mg/ jam

b. Injeksi

- 1) Ketorolac 1 amp/1 jammg/ jam via IV/IM/IC/SC
- 2) Cefadroxil 1 amp/1 jammg/ jam via IV/IM/IC/SC
- 3)mg/ jam via IV/IM/IC/SC
- 4)mg/ jam via IV/IM/IC/SC
- 5)mg/ jam via IV/IM/IC/SC
- 6)mg/ jam via IV/IM/IC/SC
- 7)

c. Infus

- 1) RL 20tpm
- 2)

d. Rencana tindakan :

d. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan laboratorium darah tanggal 13 Juni 2015

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal	Intpretasi
Hematologi				
Rutin				

Keterangan / Interpretasi :

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	intrepetasi
Hemoglobin	12.80	gr/dl	12 - 16 gr/dl	Normal
Hematokrit	38	%	37 - 47 %	Normal
Eritrosit	4.9	Juta/ μ L	4.3 - 6.3 juta/ μ L	Normal
Leukosit	7940	rb/ μ L	4.8 - 10.8 rb/ μ L	Normal
Trombosit	210	rb/ μ L	170 - 400 rb/ μ L	Normal
jumlahan darah	120	mg/dl	2140 mg/dl	Normal
<p>Hasil pemeriksaan diagnostik Hasil rontgen di dapat kontras, femur sinistra AP (lateral) menunjukkan tampak fraktur 1/3 distal.</p>				

ANALISA DATA

No	Data Fokus / Batasan Karakteristik	Etiologi / Faktor yang Berhubungan	Problem / DX
1.	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri dibagian kaki yang mengalami Fraktur Fraktur nyeri dengan karakteristik P: nyeri adanya fraktur Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk R: nyeri dibagian paha hingga kaki S: skala nyeri 7 Nyeri berat T: Nyeri diotomi terus menerus.</p> <p>DO: Terlihat tampak membesar Terlihat mayapaga area 7-8 sakit dari lingkungan sekitar Terlihat behati hati saat mendekati kaki</p>	<p>Trauma langsung ↓ Fraktur ↓ Dislokitas tulang ↓ Pergerakan fragmen tulang ↓ nyeri akut.</p>	<p>Nyeri akut.</p>

ANALISA DATA

No	Data Fokus / Batasan Karakteristik	Etiologi / Faktor yang Berhubungan	Problem / DX
2.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan sulit untuk membalok balikkan posisi</p> <p>Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas seperti biasa</p> <p>Pasien mengatakan kesemutan pada kaki</p> <p>DO :</p> <p>Terlihat bed rest</p> <p>Terlihat balutan post op.</p> <p>terlihat membatasi gerakan</p> <p>Ambulasi, berpindah, keucatan dan dibantu kekuatan otot kaki</p> <p>kaki kanan kaki kiri</p> <p>5 1</p>	<p>Trauma langsung</p> <p>↓</p> <p>fraktur</p> <p>↓</p> <p>Diskontinuitas</p> <p>↓</p> <p>Pergerakan fragmen</p> <p>↓</p> <p>Perubahan jaringan sekitar</p> <p>↓</p> <p>Pergerakan fragmen</p> <p>↓</p> <p>Deformitas</p> <p>↓</p> <p>gangguan n fungsi</p> <p>↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik.</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik.</p>

ANALISA DATA

No	Data Fokus / Batasan Karakteristik	Etiologi / Faktor yang Berhubungan	Problem / DX
3.	<p>DS - pasien mengatakan sulit untuk perawatan diri karena keterbatasan gerak.</p> <p>pasien mengatakan tidak bisa mandi BAK dan BAB sendiri. Batas toilet lenjok.</p> <p>DO:</p> <p>Telitiq pasien sering mengasah kateter. Terpasang kateter</p>	<p>Trauma langsung</p> <p>↓</p> <p>Fraktur</p> <p>↓</p> <p>Diskonduktif</p> <p>↓</p> <p>Pergerakan fragmen</p> <p>↓</p> <p>Perubahan jaringan sekitar</p> <p>↓</p> <p>Gangguan fungsi</p> <p>↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p> <p>↓</p> <p>Defisit perawatan diri : mandi</p>	<p>Defisit perawatan diri : mandi</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN PRIORITAS

- 1) *Nyeri akut.*
- 2) *Hambatan mobilitas fisik*
- 3) *Defisit perawatan diri : mandi*
- 4)
- 5)
- 6)

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & KH	Kode NIC	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri Akut.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan Skala nyeri nyeri akut berkurang dengan hasil:</p> <p>Kontrol nyeri indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengurangi laporan nyeri terjadi - menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik - menggunakan analgesik yang direkomendasikan - melaporkan perubahan pada skala nyeri - melaporkan nyeri yang terkontrol 	1400	<p>manajemen nyeri.</p> <p>Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</p> <p>Ajarkan teknik non farmakologi untuk manajemen nyeri</p> <p>Berikan analgesik untuk manajemen nyeri</p> <p>Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>Monitor penerapan/kepatuhan tentang manajemen nyeri</p>

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & KH	Kode NIC	Intervensi Keperawatan
2.	Hambatan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x2 jam hambatan mobilitas fisik dapat meningkat</p> <p>Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesembuhan - Cara berpikir - Gerakan otot dan sendi meningkat - Dapat bergerak dgn mudah. 	0740	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor vital signs sebelum dan setelah latihan - Balikan pasien prog tidak memperlambat latihan tidak setiap jam - Ajaran latihan ditempat tidur dengan cara yang tepat - Aplikasi alat ortes sesuai las

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & KH	Kode NIC	Intervensi Keperawatan
3.	Defisit Perawatan diri : mandi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 Jam, kriteria hasil Perawatan diri mandi Indikator - Dapat masuk ke kamar mandi - Dapat mencuci wajah - Dapat mencuci badan bagian atas - Dapat mencuci badan bagian bawah - Dapat membatikakan area perinium - Dapat mengeringkan badan	1660	memandikan : - Bantu (memandikan) pasien dengan menggunakan cover yang tepat yang sesuai dengan keinginan pasien - Cuci rambut sesuai dengan kebutuhan (keinginan) pasien - Bantu dalam hal perawatan perianal, jika diperlukan - Monitor kondisi kulit saat mandi - Monitor kenyamanan saat mandi

IMPLEMENTASI

No.	Waktu	Dx	Implementasi	Respon	Paraf
1.	07:55	Defisit Perawatan diri: mandi	Bantu merencanakan pakaian sesuai keinginan Cuci rambut sesuai keinginan pasien Monitor kondisi kulit saat mandi Monitor fungsi kemampuan saat mandi	S: pasien mengatakan memerlukan mandi bantuan ditempat tidur Pasien mengatakan mau untuk untuk mencuci rambutnya O: kulit terlihat bersih dan teraba lembab klien terlihat blm mampu membedakan lokasi ekstremitas atas	Alif
2.	09:10	nyeri Akut	Latihan pengajaran nyeri secara komprehensif Ajarkan teknik non farmakologi (relaksasi, nafas dalam) Beri analgetik untuk mengurangi nyeri Evaluasi kontrol nyeri	S: pasien mengatakan nyeri dengan karakteristik (P) adanya nyeri fraktur (P) nyeri seperti tertekuk tertekuk (P) nyeri dibagian polus sampai kehi (I) skala 7 (T) nyeri terus menerus pasien mengatakan mengerti cara melakukan teknik nafas dalam O: Terlihat penyaja area yang sulit ketendac. lamp (P) dan	Alif

3	10:25	Hamatan Debititas fisik	Monitor vital sign. Balikan pasien yg tidak mampu mobilisasi patng tidak pe 2 jam Ajarkan latihan ditempat tidur dengan cara yg tepat	S: Td: 120/90mmHg N: 84x/mn S: 36.5°C RR: 20 x/mn P: pasien mengatakan sulit kembali kekan posisi O: mampu melakukan mobilisasi setiap 2 jam mampu melakukan kecm	Cluef
7.	09:15	Nyeri Akut.	Lakukan pendekatan nyeri secara komprehensif Ajarkan fungsi non farm. kelelosi (teknik relaksasi berhasil dalam) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	S: (1) nyeri fraktur (2) nyeri seperti jatuh ke fuduk (2) nyeri dibagian paha sampai kaki (s) skala nyeri 6 (T) nyeri terus menerus O: Tak lihat merogis area yg sakit, hati-hati me saat mengeratkan kaki seterap 1 amp / 8 jam	Cluef

2.	09:45	Handelen mobilitas fisik	<p>Monitor vital sign in</p> <p>Balutkan pasien yang tidak mampu mobilisasi paling tidak per 2 jam</p> <p>Ajarkan latihan ditempat tidur dengan cara yang tepat</p>	<p>S: klien mengatakan merasa mobilisasi paling +tkk per 2 jam.</p> <p>O: klien tampak nyaman dan walaupun masih terengah-engas</p> <p>Tb: 120/80 mmHg R: Barter</p> <p>S: 36.2°C RR: 21x/m</p>	<p>Client</p>
3.	10:15	Defisit keawaban diri mandi	<p>Bantu memandikan pasien sesuai keinginan</p> <p>cuci rambut sesuai keinginan pasien</p> <p>monitor kondisi kulit saat mandi</p> <p>monitor fungsi kencing</p>	<p>S: pasien mengatakan memerlukan bantuan saat mandi.</p> <p>Pasien mengatakan tidak mau cuci rambut karena sudah kerontok.</p> <p>O: kulit terlihat bersih dan terasa lembab.</p> <p>klien belum mampu mencuci mandi secara mandiri</p>	<p>Client</p>

1	15:35	Defisit Perawatan diri mandi	Bantu memandikan pasien sesuai keinginan. cuci rambut sesuai keinginan pasien Monitor kondisi kulit saat mandi Monitor fungsi kateterisasi	S: pasien mengungkapkan merasa malu saat mandi pasien mengungkapkan tidak mau untuk cuci rambut O: kulit terlihat bersih dan terdapat kemerahan kecil saat mandi secara mandiri
2	16:20	Nyeri akut.	Latihan pengkajian nyeri secara komprehensif Ajaran teknik nonfarmakologi (relaksasi napas dalam) berikan analgesik untuk mengurangi nyeri	S: pasien mengungkapkan nyeri dengan kardifostatik (P) adanya nyeri fraktur (P) nyeri di bagian paha sampai ke kaki (P) nyeri seperti tertusuk tusuk (S) skala 2 hilang timbul mengatakan mengerti cara melakukan teknik nafas dalam O: Terlihat menjangkau area yg sakit

3.	17:10	Hambatan mobilitas fleks	mengetes vital signs Balikan pasien tjd tidak mampu mobilisasi paling tidak pe 2 jam fisik dan latihan ditempat tidak caranya tepat.	S : klien mengatakan mampu mobilisasi paling tidak pe 2 jam O : mampu melakukan kom perawatan pasien terasa nyet TD: 120/60 mmHg N: 83x/mn S: 36,5°C teka: 15x/mn

EVALUASI KEPERAWATAN		
Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
08:05	Defisit perawatan diri mandi	<p>S: pasien mengatakan sulit untuk merawat diri karena ketidakbatasan gerak</p> <p>pasien mengatakan merasa kaku dan sakit saat mandi</p> <p>pasien mengatakan mau untuk perawatan kembali</p> <p>O: kulit terlihat bersih, tidak ada lecet, kemerahan, dan bintil-bintil</p> <p>A: Tujuan sebagian tercapai masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu memandikan pasien - Cuci kembali sesuai keinginan - Monitor kondisi kulit - Monitor kenyamanan

EVALUASI KEPERAWATAN		
Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
09:20	Nyeri Akut	<p>S: pasien mengatakan nyeri dengan karakteristik (p) adanya nyeri fraktur (p) nyeri seperti tertancap tusuk (R) nyeri dibagian dada sampai ke dada (S) skala nyeri 7 (T) nyeri terus menerus</p> <p>Pasien mengatakan mengerti cara nafas dalam</p> <p>O: Terlihat menjaga area fraktur dan lingkungan sekitar</p> <p>terlihat hati-hati saat menggunakan katrol</p> <p>A: Tujuan sebagian tercapai masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan nyeri secara komprehensif - Teknik relaksasi nafas dalam - Berikan analgesik

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
10:55	Hambatan mobilitas fisik.	<p>S: pasien mengungkapkan sulit membatasi ke palikan posisi Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasa.</p> <p>O: Terlihat kesulitan post op membatasi gerakan Ambulasi/ Berprediksi perawatan diri dibantu Pasien mampu mobilisasi setiap 2 jam Pasien mampu melakukan ROM Kelelahan otot fraktur (1)</p> <p>TTU = TD: 120/90 mmHg W: 47x1m S: 36.5°C RR 20x/m</p> <p>A: Tujuan sebagian tercapai masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi monitor vital sign mobilisasi setiap 2 jam Periksa tertahan ditentang fidur</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
09:30	Nyeri akut.	<p>S: pasien mengatakan nyeri (P) nyeri karna fraktur (F) nyeri seperti-tumpul-tusuk (P) nyeri dibagian perian sampai kaku (S) skala nyeri 6 (F) nyeri terus menerus pasien mengatakan mengerti cara nafas dalam.</p> <p>O: Terlihat merajaga area postektomi lihat-lihat saat mengedukasi klien ketepatan timing A: Tujuan sebagian tercapai masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi pengkajian nyeri komprehensif ajarkan teknik relaksasi napas dalam berikan analgesik</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
10:00	Hambatan mobilitas fisik	<p>S: pasien mengatakan mampu mobilisasi baliun pasien setiap 2 jam. Pasien menyatakan tidak bisa aktivitas seperti biasa.</p> <p>O: Terlihat balutan post op membatasi gerakan umbilikal, berpindah perawatan dan dibantu pasien mampu melakukan kom. TTV: TD 90/60 W: 80x1m 5:36 in RR 21x/m</p> <p>A: Tujuan sebagian tercapai masalah belum teratasi</p> <p>∅: Lanjutkan intervensi monitor vital sign mobilisasi setiap 2 jam aserkan kethani ditempel stiker.</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
10:40	Defisit perawatan diri : mandi	<p>S: pasien mengatakan sulit untuk merawat diri karena ketebatan gerak.</p> <p>Pasien mengatakan mengalami kesulitan saat mandi.</p> <p>Pasien mengatakan tidak mau untuk cuci tangan.</p> <p>O: Kulit teriritasi & bersisik & melepuh.</p> <p>Pasien belum mampu mandi secara mandiri.</p> <p>A: Tujuan sebagian tercapai, motivasi & keterampilan.</p> <p>P: (capaian intervensi)</p> <p>Bantu memandikan pasien</p> <p>Cuci tangan sesuai keayaman</p> <p>Monitor kondisi kulit & monitor fungsi kemampuan</p>

EVALUASI KEPERAWATAN		
Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
16:01	Defisit perawatan diri mandi	<p>S: pasien mengatakan sulit untuk mencuci diri karena ketekantan pasien mengatakan menaruh bantuan saat mandi pasien mengatakan tidak mau mencuci rambut</p> <p>O: kulit terlihat bersih, teraba lembas, klien belum mampu untuk membersihkan bagian ketekantan saat sedang</p> <p>P: Teken sebagian tercapai masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bantu memandikan pasien -Cuci rambut sesuai keinginan -monitor kondisi kulit -monitor kemampuan

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
16:35	Nyeri Akut	<p>S: Pasien mengatakan nyeri dengan karakteristik (p) biduran nyeri focalis (p) nyeri seperti tertusuk tusuk. (k) nyeri dibagian paha sampai punggung kanan serta hilang timbul.</p> <p>Pasien menunjukkan mengerti dan melakukan teknik relaksasi.</p> <p>O: Terlihat rileks area yg sakit. Berhenti saat saat pergerakan kaki ketertidur 1 jam 10 jam.</p> <p>P: Tanyakan sebagai tolak ukur apakah belum teratasi.</p> <p>P: lanjutkan intervensi perawatannya nyeri keperawatan.</p> <p>Ajarkan teknik nafas dalam Berikan analgesik.</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	DX Keperawatan	Evaluasi
17530	Hambatan mobilitas fisik-	<p>S: pasien mengatakan sulit untuk membalok balikan postop (pasien mengatakan tidak bisa ulatfitur seperti biasanya)</p> <p>O: terlihat kesulitan postop membalok gerakan. Ambulasi, Bopindoh perawatan diri dibantu.</p> <p>Pasien mampu melakukan pedalisasi setrap 2 jam pasien mampu lakukan kean.</p> <p>Taru: 120/70 mmHg N: 78 x/m</p> <p>S: 36,5 °C RR 19 x/m</p> <p>A: Tujuan tercapai tercapai masalah belum teratasi</p> <p>R: lanjutkan intervensi monitor tanda vital mobilisasi setrap 2 jam Ajarkan latihan dan dokumentasi.</p>