

Lampiran 1 Informed Consent

SURAT PERSETUJUAN PASIEN**(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Tn. Suwanto
Umur : 60 tahun
Agama : Islam
Pekerjaan : Buruh
Alamat : Jl. Nakula Gumilir

sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk karya tulis ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap:

Nama Mahasiswa : ANISA MAYLANI TAMINATUL ASKAH

NIM : 106122015

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus kelolaan ini, dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 15 Juni 2025



Tn. Suwanto



Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 2 Format Asuhan Keperawatan

FORMAT ASKEP

ASUHAN KEPERAWATAN LUKA

A. PENGKAJIAN

Tanggal masuk :
 Tanggal pengkajian :
 No register :
 Diagnosa Medis :

1. Identitas Klien

Nama :
 Jenis kelamin :
 Usia :
 Pendidikan terakhir :
 Pekerjaan :
 Status perkawinan :
 Suku bangsa :
 Agama :
 Alamat :
Penanggung jawab klien

Nama :
 Pekerjaan :
 Alamat :
 Hubungan dengan klien :

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama :
 b. Riwayat Penyakit Sekarang :
 c. Riwayat Penyakit Dahulu :
 d. Riwayat Penyakit Keluarga :

Genogram :

Keterangan genogram :

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Tanda-tanda vital
- b. Kepala dan leher
- c. Jantung
- d. Paru-paru
- e. Abdomen
- f. Ekstremitas

Ektremitas atas

Ekstremitas bawah

FOKUS Pengkajian Luka : (lengkap) :

A. Pola Nutrisi dan metabolik

B. Pola Eliminasi

Sebelum dirawat :

Subyektif:

Selama dirawat

Subyektif:

Obyektif:

C. Pola Aktivitas dan Latihan

D. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

4. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

a. Laboratorium ke..... tanggal.....

b. Hasil foto rontsen /USG/CT Scan/ tanggal

Kesan :

c. Hasil

5. TERAPI MEDIS :

B. ANALISA DATA

No	Tanggal, jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD

C. PRIORITAS MASALAH

.....

D. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA :
 NO CM :
 UMUR :
 DIAGNOSA MEDIS :

NO	TANGGAL JAM	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	NOC	NIC	TTD

E. CATATAN KEPERAWATAN

NAMA :
 NO CM :
 UMUR :
 DX. MEDIS :

TGL/JAM	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON KLIEN	TTD

F. CATATAN PERKEMBANGAN

NAMA :
 NO CM :
 UMUR :
 DX. MEDIS :

NO	TGL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI	T T D
			S : O : A : P : Foto luka	

Lampiran 3 Pengkajian Luka

INSTRUMEN PENGKAJIAN LUKA**“ WINNERS SCALE “**

ITEMS	PENGKAJIAN	TANGGAL		
UKURAN LUKA	1= PxL < 4cm 2= PxL 4 < 16cm 3= PxL 16 < 36cm 4= PxL 36 < 80cm 5= PxL > 80cm			
KEDALAMAN	1= stage 1 (kulit utuh dg tanda akan terjadi luka) 2= stage 2 (hilangnya lapisan dermis/epidermis/ kedua lapisannya) 3= stage 3 (kehilangan/ nekrosis jaringan subkutan/lebih dalam tp tidak sampai tendon/tulang 4= stage 4 (kehilangan jaringan subkutis s.d tulang&tendon) 5= necrosis wound			
TEPI LUKA	1= samar,tidak jelas terlihat 2= batas tepi terlihat, menyatu dengan dasar luka 3= jelas, tidak menyatu dengan dasar luka 4= jelas, tidak menyatu dengan dasar luka, tebal 5= jelas, fibrotic, parut tebal/ hyperkeratonic			
GOA	1= tidak ada 2= goa <2cm diarea manapun 3= goa 2-4cm < 50% dipinggir luka 4= goa 2-4cm >50% dipinggir luka 5= goa >4cm diarea manapun			
TIPE EKSUDATE	1= tidak ada 2= bloody (merah+darah) 3= serosanguineous (bening kemerahan) 4= serous (kuning jernih encer) 5= purulent (pus/nanah)			
JUMLAH EKSUDAT	1= kering 2= moist (lembab) 3= sedikit (<25% balutan) 4= sedang (25-75% balutan) 5= banyak (>75% balutan)			
WARNA KULIT SEKITAR LUKA	1= pink atau normal 2= merah terang jika ditekan 3= putih atau pucat atau hipopigmentasi 4= merah gelap 5= hitam atau hyperpigmentasi			

Lampiran 4 Tools Perawatan Luka Bersih

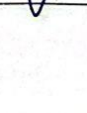
		UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP		
		FAKULTAS ILMU KESEHATAN		
		LABORATORIUM KEPERAWATAN		
		Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223		
PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN				
PERAWATAN LUKA BERSIH				
Nama :		Tanggal :		
NIM :		Observer :		
NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE PREINTERAKSI			
1	Cek program perawatan luka bersih	2		
2	Menyiapkan alat	2		
B	FASE ORIENTASI			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
C	FASE KERJA			
	Mengucapkan basmallah			
1	Mencuci tangan	2		
2	Memasang sampiran/menjaga privasi	2		
3	Memasang perlek dan alasannya	2		
4	Membuka peralatan	2		
5	Mendekatkan bengkok	3		
6	Memakai hand scoen	3		
7	Membasahi plester dengan alkohol atau bensin	3		
8	Membuka balutan luar	3		
9	Membersihkan sekitar luka dari sisa plester	5		
10	Membuka balutan dalam	5		
11	Menekan sekitar luka untuk mengetahui ada tidaknya pus	10		
12	Membersihkan luka dengan NaCl	10		
13	Mengeringkan dengan kassa	5		
14	Melakukan kompres desinfektan (NaCl)	10		
15	Menutup luka dengan balutan	8		
16	Merapikan pasien	3		
17	Merapikan alat	2		
18	Mencuci tangan	2		
	Mengucapkan Hamdallah			
C	FASE TERMINASI			
1	Melakukan evaluasi tindakan	2		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2		
3	Berpamitan	2		
	TOTAL	100		

Lampiran 5 Tools Perawatan Luka Kotor

 UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP FAKULTAS ILMU KESEHATAN LABORATORIUM KEPERAWATAN Jl. Cermee No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223				
PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN				
PERAWATAN LUKA KOTOR				
Nama :		Tanggal :		
NIM :		Observer :		
NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE PREINTERAKSI			
1	Cek program perawatan luka kotor	2		
2	Menyiapkan alat	2		
B	FASE ORIENTASI			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
C	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah			
1	Mencuci tangan	2		
2	Memasang sampiran/menjaga privasi	2		
3	Memasang perlek dan alasannya	2		
4	Membuka peralatan	2		
5	Mendekatkan bengkok	4		
6	Memakai hand scoen	4		
7	Membasahi plester dengan alkohol atau bensin dan buka balutan luar dengan menggunakan pincet	4		
8	Membersihkan sekitar luka dari sisa plester	4		
9	Membuka balutan dalam	5		
10	Menekan sekitar luka untuk mengetahui ada tidaknya pus	10		
11	Melakukan debribemen	10		
12	Membersihkan luka dengan NaCl	5		
14	Melakukan kompres desinfektan (NaCl)	5		
12	Membersihkan luka dengan NaCl	5		
13	Mengeringkan dengan kassa	5		
15	Menutup luka dengan plester dan verband	5		
16	Merapihkan pasien	2		
17	Merapihkan alat	2		
18	Mencuci tangan	2		
	Mengucapkan Hamdallah			
C	FASE TERMINASI			
1	Melakukan evaluasi tindakan	2		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2		
3	Berpamitan	2		
	TOTAL	100		

Lampiran 6 Lembar Konsul

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	16 Mei 2025	Konsultasi judul	 Pak Suko
2.	19 Mei 2025	Konsultasi BAB 1 Revisi : - Penyakit yg perlu dioperasi - Akibat dari operasi - Banyaknya kasus - Cara mengatasi - Bahas perawatan luka	 Pak Suko
3	23 Mei 2025	Konsultasi BAB 1. BAB 2	
4.	27 Mei 2025	revisi luka bism ada?	
5.	18 Juni 2025	Data operasi ⇒ pengkajian luka post op Jelaskan kondisi luka	
6.	19 Juni 2025	Langkah perawatan	
7.	24 Juni 2025	Revisi kesimpulan Dapur ⇒ sarah baris 3	
	25 Juni 2025	all	

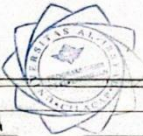
LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	18/06/2025.	- Judul ditambahkan post op - Terapi medis di revisi - Ds Menggunakan bahasa pasien	f eny.
	23/6/2025	- Penulisan tempat penelitian diganti - Ds cantumkan skala nyeri - menyusun-kn bahasa sesuai EYD - Nama penyakit yg type diganti	f eny
	26/6/2025	- Ds tambahkan skala nyeri - diambil gambar diganti buku kia - Advis dokter - Rupa pasien pre op dan post op	f eny
	30/6/2025	Ace	f

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	22 Mei 2025	Konsultasi judul, BAB I dan BAB II - penyusunan konsep per Tipe	
2	27 Mei 2025	Konsultasi BAB III - Uraian ke Bab III	

Lampiran 7 Asuhan Keperawatan



ASUHAN KEPERAWATAN
PADA Tn. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN INTEGRITAS KULIT PASIEN POST ORIF
FRaktur CLAVICULA SINISTRA

Pengumpulan data
A. Pengkajian

Tanggal masuk : 13 Juni 2025
 Tanggal pengkajian : 15 Juni 2025
 No register : 0025 xxxx
 Diagnosa Medis : ORIF Fraktur Clavicula Sinistra

1. Identitas pasien

Nama : Tn. S
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Usia : 60 tahun
 Pendidikan terakhir : SMK
 Pekerjaan : Buruh
 Status perkawinan : Kawin
 Suku bangsa : Indonesia
 Agama : Islam
 Alamat : Jl. Makula Gumilir Cilacap

Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. M
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
 Alamat : Jl. Makula Gumilir Cilacap
 Hubungan dengan klien : Istri

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi
 P : Nyeri bertambah saat digerakkan
 Q : Nyeri seperti tersayat sayat
 R : Nyeri pada bahu kiri
 S : Skala nyeri 5
 T : Nyeri hilang timbul

SIDU



b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang dari IGD dengan keluhan post jatuh dirumah, bahu kiri tidak bisa diangkat maksimal dan terasa sakit sekali saat digerakkan. Kemudian Tn. S dibawa ke ruang AI-Araaf untuk menjalani operasi fraktur klavikula sinistra rencana operasi hari sabtu 14 Juni 2025, sebelumnya pasien puasa pada siang hari sebelum melakukan operasi. Operasi dilakukan hari sabtu jam 15.00 tanggal 14 Juni 2025. Setelah dilakukan operasi pasien mengatakan nyeri pada daerah bekas operasi, P: Nyeri bertambah saat digerakkan, Q: Nyeri seperti tersayat-sayat, R: bahu kiri, S: Skala nyeri 5, T: Nyeri hilang timbul.

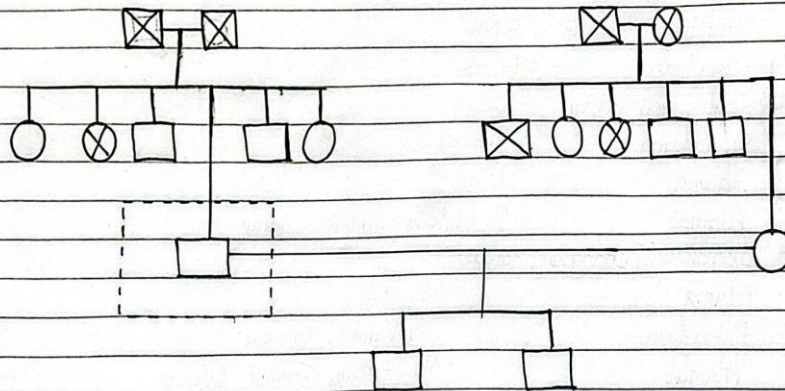
c. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, DM dan Asma

d. Riwayat penyakit keturunan

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan.

Genogram :



Keterangan genogram

- : Laki laki
- : Perempuan
- (dashed) : Pasien
- X : Meninggal



3. Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 122/80 mmHg
 Nadi : 98x/menit
 RR : 22x/menit
 Suhu : 36,7°C

b. Kepala

Bentuk simetris tidak ada benjolan, kulit kepala bersih, rambut tidak rontok, rambut sedikit beruban.

c. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

d. Jantung

Inspeksi : Ictus cordis terlihat
 Palpasi : Ictus cordis teraba
 Perkusi : Suara jantung pekak
 Auskultasi : Tidak ada bunyi tambahan

e. Paru-paru

Inspeksi : Bentuk dada simetris, pengembangan rongga dada sama
 Palpasi : Ekspansi paru sama
 Perkusi : Suara paru sonor
 Auskultasi : Suara pernapasan vesikuler

f. Abdomen

Inspeksi : Perut bersih, tidak ada garis vena, simetris
 Palpasi : Tidak ada pembesaran hati, tidak ada pembesaran ginjal
 Perkusi : Bunyi tympani
 Auskultasi : Terdengar bising usus

g. Ekstremitas

Ekstremitas atas

Tidak ada edema, terpasang arm sling pada tangan kiri, tangan kanan terpasang infus RL 20 tpm, terdapat luka bekas op pada bahu kiri. panjang luka ± 12 cm, jumlah jahitan 5.

Ekstremitas bawah

Tidak ada edema, tidak ada luka.



4. Pola pengkajian fungsional gordon

a. Pola nutrisi dan metabolik

Pasien menghabiskan makan 1 porsi makanan yg disediakan oleh RS.
Sehari pasien minum sekitar 6 liter.

b. Pola eliminasi

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan BAB dan BAK.

BAK 3x sehari warna urin bening jernih

BAB 1x sehari warna coklat, tidak keras, tidak terlalu encer

Selama dirawat :

Pasien mengatakan BAK lancar namun belum BAB

c. Pola aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan beraktivitas dari jam 06.00, pasien tidak menggunakan alat bantu.

Selama dirawat :

Pasien mengatakan sedikit sulit beraktivitas karena nyeri luka operasi, seperti saat bangun dari tidur pasien harus dibantu

d. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak memiliki keluhan saat istirahat tidur.

lama tidur sekitar 6 jam tidur nyenyak tidak ada gangguan

Selama dirawat :

Pasien tirah baring / bedrest ditempat tidur, tidur malam $\pm$ 5 jam.

e. Pola persepsi kognitif

Pasien mengatakan tidak ada gangguan penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa dan peraba.

f. Pola persepsi diri

Pasien mengatakan tidak memandang dirinya rendah.

Pasien mengatakan tetap semangat dan optimis dalam menjalani perawatan demi kesehatannya.

g. Pola hubungan peran

Pasien mengatakan tetap dekat dengan keluarga dan masyarakat

Hubungan pasien dengan keluarga terjalin dengan baik seperti biasanya

h. Pola toleransi terhadap coping stress

Pasien mengatakan sedikit sedih dengan keadaannya, ingin cepat sembuh dan pulih seperti sebelumnya.

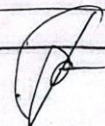
i. Pola keyakinan nilai

Pasien mengatakan terganggu saat beribadah namun tetap berdoa agar



5. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik
Laboratorium tanggal 13 Juni 2025

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
DARAH RUTIN			
Hemoglobin	13.8	13-18	g/dL
Leukosit	13710*	4000-10000	$10^3/\mu\text{L}$
Hematokrit	41.5*	45-52	%
Trombosit	250000	150.000-450.000	$1^3/\mu\text{L}$
Eritrosit	4.67	4.50-5.60	$10^6/\mu\text{L}$
H3L			
Eosinofil	0.3*	1-5	%
Neutrofil	88.3*	50-70	%
Basofil	0.3	0-1	%
Limfosit	7.9*	25-40	%
Monosit	3.2	2-8	%
MCV	89.0	79-108	fL
MCH	29.6	25-35	pg
MCHC	33.3	30-36	%
CT/BT			
waktu perdarahan (BT)	2	1-3	Menit
waktu pembekuan (CT)	7	6-15	Menit
IMMUNOSEROLOGI			
HIV Tes R1	Non Reactive	Non Reaktif	
HCV, TES	Negative	Negatif	
HBSAG TES	Negative	Negatif	
GULA DARAH			
Gula darah sewaktu	132	60-200	mg/dl
FAAL GINJAL			
Ureum	18.6	15-45	mg/dl
Kreatinin	0.57*	0.7-1.2	mg/dl





6. Terapi Medis

- Inf. RL @ 500ml 20 tpm/menit
- Cefazolin Inj. 2x 1gr
- Ketorolac Inj. 3x 30mg

7. Terapi Nutrisi

Diet : TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein)

8. Pengkajian luka

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| a. Jenis luka : | Fraktur klavikula (Luka sayat) |
| b. Lokasi, faktor penyebab : | bahu kiri, jatuh/terpeleset |
| c. Ukuran luka : | ± 12 cm |
| d. Derajat luka : | Derajat 2 |
| e. Warna dasar luka : | Kemerahan |
| f. Eksudat : | Tidak ada |
| g. Kulit sekitar luka : | Kemerahan |
| h. Tepi luka : | Kemerahan |
| i. Tanda-tanda infeksi pada luka : | Nyeri, kemerahan |
| j. Jumlah jahitan : | 5 |

Analisa Data

DATA	Masalah	Etiologi
DS : - Pasien mengatakan nyeri luka bekas operasi pada bahu kiri hari ke 1	Gangguan Integritas kulit dan jaringan	Faktor mekanis
DO : - Terdapat luka bekas operasi panjang ± 12 cm, terpasang ORIF dengan 7 sekrup yg dipasang. - Jumlah jahitan 5 - Area sekitar luka tampak merah indikasi trauma jaringan		
DS : - Pasien mengatakan nyeri pada sekitar luka bekas operasi P: Nyeri bertambah saat digerakkan Q: Nyeri seperti tersayat-sayat R: Nyeri pada bahu kiri S: Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul	Nyeri Akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)
DO : - Tampak melemas kesakitan - Terdapat nyeri tekan pada bagian clavicula sebelah kiri - TTV $\Rightarrow$ TD: 122/80 mmHg, S: 36,7°C, N: 98x/menit, RR 22x/menit.		
DS : - Pasien mengatakan ada luka bekas operasi di bahu kiri - Pasien mengatakan luka terasa nyeri & panas	Risiko Infeksi	Efek prosedur invasif
DO : - Tampak ada luka ditutup kassa steril - Tampak sekitar luka beresap - Tampak perubahan warna kemerahan sekitar luka		



Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan integritas kulit ^{dan jaringan} berhubungan dengan faktor mekanis dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri luka bekas operasi pada bahu kiri hari ke 1, tulang bahu kiri patah karena terpeleset, terdapat luka bekas operasi panjang ± 12 cm, terpasang ORIF dengan 7 sekrup yg dipasang, jumlah jahitan 5, area sekitar luka tampak merah indikasi trauma jaringan.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada sekitar luka post op, P: Nyeri bertambah saat digerakkan, A: Nyeri seperti tersayat-sayat, R: Nyeri pada bahu kiri, S: Skala nyeri 5, T: Nyeri hilang timbul, tampak meringis kesakitan, terdapat nyeri tekan pada bagian clavicula sebelah kiri, TTV $\Rightarrow$ TD 122/80 mmHg, S $= 36.7^{\circ}\text{C}$, N $= 98\text{x}/\text{menit}$, RR $22\text{x}/\text{menit}$.
3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan pasien mengatakan ada luka post operasi di bahu kiri, luka terasa nyeri dan panas, tampak luka ditutup kassa steril, tampak bengkak, perubahan warna kemerahan

Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI															
Gangguan integritas kulit dan jaringan (D.0123)	Integritas kulit dan jaringan (L.4125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil	Perawatan Luka (C.1.14564) Tindakan Observasi : • Monitor karakteristik luka (mis. draina warna, ukuran, bau) • Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik : • Lepaskan balutan dan plester secara perlahan • Bersihkan dengan NaCl • Berikan salep yg sesuai, jika perlu • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam/ sesuai kondisi pasien • Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vit A, Vit C, Zinc, Asam amino)															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>A</th><th>T</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Kemerahan</td><td>2</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	A	T	Kerusakan jaringan	2	5	Kerusakan lapisan kulit	2	5	Nyeri	3	5	Kemerahan	2	5	
Kriteria Hasil	A	T															
Kerusakan jaringan	2	5															
Kerusakan lapisan kulit	2	5															
Nyeri	3	5															
Kemerahan	2	5															
	Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun																

		Edukasi : - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi : - Kolaborasi prosedur debridement - Kolaborasi pemberian antibiotik									
Nyeri akut (D.0077) Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>A</th><th>T</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>2</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> Keterangan : 1. Meringkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Kriteria Hasil	A	T	Keluhan nyeri	3	5	Meringis	2	5	Manajemen nyeri (I.08238) Tindakan Observasi : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yg memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik : - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : - Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
Kriteria Hasil	A	T									
Keluhan nyeri	3	5									
Meringis	2	5									

Dipindai dengan CamScanner



Risiko Infeksi (0.0142)	Tingkat Infeksi (L. 14137)		Pencegahan Infeksi (1.14539)
	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil		Tindakan
	Kriteria Hasil	A +	Observasi :
	Kemerahan	2 5	• Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
	Myeri	3 5	Terapeutik :
	Bengkak	3 5	• Batasi jumlah pengunjung
	Keterangan :		• Berikan perawatan kulit pada area edema
	1. Meningkat		• Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
	2. Cukup meningkat		• Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
	3. Sedang		Edukasi :
	4. Cukup menurun		• Jelaskan tanda dan gejala infeksi
	5. Menurun		• Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
			• Ajarkan etika batuk
			• Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
			• Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
			• Anjurkan meningkatkan asupan cairan
			Kolaborasi :
			• Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

Implementasi Keperawatan

Tgl/Jam	Dx. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
15 Juni 2025 15.00	Gangguan Integritas kulit dan jaringan	- Memonitor karakteristik luka	S : Pasien mengatakan ada luka bekas op di bahu kiri, O : Terdapat luka bekas operasi panjang ± 12 cm, terpasang ORIF dengan 7 sekrup yg dipasang, jumlah jahitan 5, Area sekitar luka tampak merah indikasi trauma jaringan	Amisa Amisa
15.10		- Memonitor tanda-tanda infeksi	S : Pasien mengatakan masih nyeri, panas. O : Tampak sekitar luka lebam + merah.	Amisa Amisa
15.25	Nyeri akut	- Mengidentifikasi skala nyeri	S : Pasien mengeluh nyeri P : Nyeri bertambah saat digerakan Q : Nyeri seperti tersayat-sayat R : Nyeri pada bahu kiri S : Skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul O : Pasien tampak meringis kesakitan, terdapat nyeri tekan.	Amisa Amisa
15.45		- Menjelaskan strategi nyeri menggunakan teknik nonfarmakologis dan memberikan teknik relaksasi napas dalam	S : Pasien mengatakan nyeri masih sangat sakit di angka 5 namun pasien mampu mengendalikannya dengan cara relaksasi O : Pasien melakukan relaksasi napas dalam	Amisa Amisa



16.00	Risiko Infeksi	- Memonitor tanda dan gejala Infeksi	S : Pasien mengatakan ada luka bekas op syert dan panas O : Tampak sekitar luka lebam dan merah	Amir Anisa
16.10		- Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar	S : Pasien mengatakan masih bingung cara mencuci tangan dengan benar O : Pasien tampak paham cara mencuci tangan dengan benar	Amir Anisa
16 Juni 2025 08.00	Gangguan Integritas kulit dan jaringan	- Melakukan perawatan luka, mengganti balutan sesuai jenis luka	S : Pasien mengatakan adanya luka O : Balutan lembab ditutup kassa steril, panjang luka ± 12 cm, jumlah jahitan 55 luka lebam dan merah	Amir Anisa
08.15		- Melakukan pemberian antibiotik (memberikan cefazolin inj. 1 gr)	S : Pasien mengatakan mau diberikan obat O : Obat masuk melalui Intravena	Amir Anisa
08.35	Nyeri akut	- Memberikan teknik napas dalam untuk menurunkan nyeri	S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan pasien tetap melakukan teknik relaksasi napas dalam O : Pasien tampak melakukan	Amir Anisa
08.50		- Mengkolaborasi pemberian obat analgetik (katerolac inj. 30 mg/ml @ 1ml)	S : Pasien mengatakan mau diberikan obat O : Pasien tampak kesakitan	Amir Anisa
09.00	Risiko Infeksi	- Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi	S : Pasien mengatakan belum paham nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka O : Pasien tampak paham setelah di edukasi.	Amir Anisa

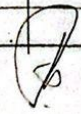


Evaluasi Keperawatan

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	SOAP (Evaluasi)	Paraf																				
15 Juni 2025 16.30	Gangguan Integritas kulit dan jaringan	S: Pasien mengatakan nyeri luka bekas operasi hari ke 1. O: Terdapat luka bekas operasi panjang ± 12 cm, terpasang ORIF dengan 7 sekrup yg dipusang, jumlah jahitan 5, tampak merah trauma jaringan A: Masalah belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>Awal</th><th>Capaian</th><th>Target</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Nyeri</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Kemerahan</td><td>2</td><td>4</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan Intervensi Perawatan luka, kolaborasi antibiotik	Kriteria Hasil	Awal	Capaian	Target	Kerusakan jaringan	2	3	5	Kerusakan lapisan kulit	2	3	5	Nyeri	3	4	5	Kemerahan	2	4	5	Ant Antia
Kriteria Hasil	Awal	Capaian	Target																				
Kerusakan jaringan	2	3	5																				
Kerusakan lapisan kulit	2	3	5																				
Nyeri	3	4	5																				
Kemerahan	2	4	5																				
17.00	Nyeri akut	S: Pasien mengatakan nyeri bekas op, nyeri tersayat-sayat, bahu kiri, skala 5, hilang timbul O: Tampak meringis kesakitan, ada nyeri tekan, TTV $\Rightarrow$ TD 123/80 mmHg, S: 36,7°C, N: 98x/menit, RR 22x/menit. A: Masalah belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>Awal</th><th>Capaian</th><th>Target</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan Intervensi Mapas dalam, Kolaborasi analgetik.	Kriteria Hasil	Awal	Capaian	Target	Keluhan nyeri	2	3	5	Meringis	2	3	5	Ant Antia								
Kriteria Hasil	Awal	Capaian	Target																				
Keluhan nyeri	2	3	5																				
Meringis	2	3	5																				



17.30	Risiko Infeksi	S : Pasien menyatakan ada luka bekas operasi nyeri dan panas O : Sekitar luka lebam, perubahan warna kemerahan A : Masalah belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> P : Lanjutkan Intervensi Edukasi pasien tentang peningkatan nutrisi	Kriteria hasil	Awal	Capaian	Target	Kemerahan	2	3	5	Nyeri	3	3	5	Bengkak	3	4	5	 Anisa				
Kriteria hasil	Awal	Capaian	Target																				
Kemerahan	2	3	5																				
Nyeri	3	3	5																				
Bengkak	3	4	5																				
16 Juni 2025 09.30	Gangguan Integritas kulit dan jaringan	S : Pasien menyatakan adanya nyeri luka bekas operasi O : Luka panjang ± 12 cm, jumlah jahitan 5, tampak merah, nyeri berkurang A : Masalah teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> P : Lanjutkan Intervensi Edukasi perawatan luka homecare	Kriteria hasil	Awal	Capaian	Target	Kerusakan jaringan	2	3	5	Kerusakan lapisan kulit	2	3	5	Nyeri	3	5	5	Kemerahan	2	4	5	 Anisa
Kriteria hasil	Awal	Capaian	Target																				
Kerusakan jaringan	2	3	5																				
Kerusakan lapisan kulit	2	3	5																				
Nyeri	3	5	5																				
Kemerahan	2	4	5																				
10.00	Nyeri akut	S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang O : Meringis sudah berkurang nyeri tekan berkurang, skala 2 A : Masalah teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> P : Hentikan Intervensi Pasien BLPL	Kriteria hasil	Awal	Capaian	Target	Keluhan nyeri	3	5	5	Meringis	2	5	5	 Anisa								
Kriteria hasil	Awal	Capaian	Target																				
Keluhan nyeri	3	5	5																				
Meringis	2	5	5																				



Dipindai dengan CamScanner

SiDU

10-30	Risiko Infeksi	S : Pasien mengatakan luka bekas op nyeri + panas O : Nyeri berkurang, kemerahan berkurang A : Masalah teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> P : Hentikan... Intervensi Pasien BLPL	Kriteria Hasil	Awal	Capaian	Target	Kemerahan	2	4	5	Nyeri	3	4	5	Bengkak	3	4	5	<i>Anisa</i> Anisa
Kriteria Hasil	Awal	Capaian	Target																
Kemerahan	2	4	5																
Nyeri	3	4	5																
Bengkak	3	4	5																