



# LAMPIRAN

## Lampiran 1 Lembar SOP Relaksasi Genggam Jari

Standar Prosedur Operasional Terapi Relaksasi <i>Finger Hold</i> /Terapi relaksasi Genggam Jari	
Pengertian	Teknik genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi sederhana yang mudah di lakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan aliran tubuh manusia dan dapat mengurangi rasa nyeri
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas</li> <li>2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam</li> <li>3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh</li> <li>4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi</li> <li>5. Melancarkan aliran dalam darah</li> </ol>
Kebijakan	Bahwa semua pasien yang mengalami nyeri dapat melakukan teknik relaksasi genggam jari
Prosedur	<p>Waktu yang di butuhkan untuk menjelaskan dan mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari yaitu <math>\geq 10</math> menit. Pasien di minta untuk mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari selama 10 menit, dapat di ulang sebanyak 3 kali. Teknik relaksasi genggam jari dapat di lakukan setelah kegawatan pada pasien teratas.</p> <p>Pelaksanaan Teknik Relaksasi Genggam Jari</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman</li> <li>2. Siapkan lingkungan yang tenang</li> <li>3. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan</li> <li>4. Perawat meminta pasien untuk merilekskan pikiran kemudian motivasi pasien dan perawat mencatatnya sehingga catatan tersebut dapat digunakan</li> <li>5. Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari</li> <li>6. Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi, bantu pasien keposisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang</li> <li>7. Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata</li> <li>8. Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja (dilanjutkan dengan jari lainnya)</li> <li>9. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut</li> <li>10. Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur</li> <li>11. Anjurkan pasien menarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan</li> <li>12. Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran</li> <li>13. Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali iteknik</li> </ol>

	relaksasi genggam jari 14. Dokumentasi respon pasien
--	---

Sumber : RSPAD Gatot Subroto



## Lampiran 2 Asuhan Keperawatan

### I. Identitas

#### i. Identitas Klien :

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1. Nama                 | :Ny. B                                 |
| 2. Jenis Kelamin        | : Perempuan                            |
| 3. Tempat/tanggal lahir | : Kebumen, 07 JuNI 1968                |
| 4. Golongan darah       | : O                                    |
| 5. Pendidikan terakhir  | : SMA                                  |
| 6. Agama                | : Islam                                |
| 7. Suku                 | : Jawa                                 |
| 8. Status perkawinan    | : kawin                                |
| 9. Pekerjaan            | : Ibu Rumah Tangga                     |
| 10. Alamat              | : Sidodadi 02/05 Ngasiman Bonorowo.    |
| 11. Diagnosa medik      | : Post Operasi Hernia Femoralis Dextra |

#### B. Identitas Penanggung Jawab :

- |                          |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nama                  | : Tn. B                           |
| 2. Umur                  | : 57Tahun                         |
| 3. Jenis kelamin         | : Laki-laki                       |
| 4. Agama                 | : Islam                           |
| 5. Suku                  | : Jawa                            |
| 6. Hubungan dengan klien | : Suami                           |
| 7. Pendidikan terakhir   | : SMA                             |
| 8. Alamat                | :Sidodadi 02/05 Ngasiman Bonorowo |

### II. Status Kesehatan

#### A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama : klien mengeluh nyeri luka post operasi pada selangkangan kanan menjalar sampai paha dan perut dengan skala 6, rasa seperti disayat-sayat, hilang timbul ± 4 menit, nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi, nyeri berkurang saat beristirahat, klien mengeluh kaki sulit bergerak karena merasa nyeri pada daerah luka post op.
2. Faktor pencetus: hernia femoralis
3. Lamanya keluhan: ±6 bulan
4. Timbulnya keluhan: ( ✓ ) bertahap ( ) mendadak
5. Faktor yang memperberat: aktivitas berat dan kelelahan

#### B. Status Kesehatan masa lalu

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :  
Tidak ada penyakit yang pernah dialami
2. Kecelakaan : tidak ada riwayat kecelakaan

#### C. Pernah dirawat

1. Penyakit : -
2. Waktu : -
3. Riwayat operasi : -

### III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

3. Persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

- a. Persepsi tentang kesehatan diri  
Ny. B mengatakan bahwa dirinya sedang sakit, dan pasien belum mengetahui cara merawat luka post operasinya
  - b. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya  
Ny. B belum mengetahui cara merawat luka post operasinya
  - c. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
    - 1) Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?  
= Tidak ada
    - 2) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi  
= Pasien mengatakan memeriksakan kesehatan ketika sakit
    - 3) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
      - a) Yang dilakukan bila sakit  
= berobat ke layanan kesehatan terdekat
      - b) Kemana pasien biasa berobat bila sakit  
= puskesmas dan rumah sakit
      - c) Kebiasaan hidup (konsumsi)  
jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga
- Merokok : tidak merokok  
 Alkohol : tidak mengonsumsi alcohol  
 Kebiasaan olah raga, jenis : tidak berolahraga  
 d) Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan Kesehatan :
- (1) Penghasilan :  
Pasien mengatakan tidak berkerja dan tidak berpenghasilan
  - (2) Asuransi/jaminan Kesehatan :  
BPJS III
  - (3) Keadaan lingkungan tempat tinggal :  
Bersih dan nyaman

## 2. Nutrisi, cairan dan metabolism

- a. Gejala (Subjektif)
  - 1) Diet biasa (Tipe) :  
TKTP, jumlah makan/hari 3x sehari.
  - 2) Pola diit : Teratur, makan terakhir siang hari.
  - 3) Nafsu/selera makan :Menurun, tidak mual
  - 4) Muntah :Tidak ada
  - 5) Nyeri ulu hati : Tidak ada
  - 6) Alergi makanan : Tidak ada
  - 7) Masalah mengunyah/menelan : Tidak ada
  - 8) Keluhan demam : Tidak ada
  - 9) Pola minum/cairan : Jumlah minuman ± 3 gelas, cairan yang biasa diminum air putih
  - 10) Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : Tidak ada
- b. Tanda (objektif)
 

1) Suhu tubuh	: 36,5°C, tidak ada diaphoresis
2) Berat badan	: 55 kg Tinggi badan : 154 cm

- 3) Turgor kulit : Lembab
- 4) Edema :Tidak ada
- 5) Acites :Tidak ada
- 6) Integritas kulit perut : Tidak ada lesi
- 7) Distensi vena jugularis :Tidak ada
- 8) Hernia/masa :ada hernia femoralis dextra (post op)
- 9) Bau mulut/halitosis :Tidak ada
- 10) Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah: gigi bersih dan rapi, mukosa mulut lembab.

### **3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan**

- a. Gejala subyektif
  - 1) Dispneu :Tidak ada dipsneu
  - 2) Yang meningkatkan atau mengurangi sesak :Tidak ada
  - 3) Pemajaman terhadap udara berbahaya : Tidak ada
  - 4) Penggunaan alat bantu : Tidak ada penggunaan alat bantu nafas
- b. Tanda obyektif
  - 1) Pernafasan : Frekuensi 20x/menit  
Kedalaman : Dangkal  
Simetris : Pergerakan dinding dada simetris
  - 2) Penggunaan alat bantu nafas : Tidak ada penggunaan alat bantu  
Nafas cuping hidug : Tidak ada
  - 3) Batuk : Tidak ada  
Sputum (karakteristik): Tidak ada
  - 4) Fremitus : Tidak ada  
Bunyi nafas : Versikuler
  - 5) Egofofi : Tidak ada  
Sianosis : Tidak ada

### **4. Aktivitas**

- a. Gejala subyektif
  - 1) Kegiatan dalam pekerjaan : Pasien menjadi ibu rumah tangga
  - 2) Kesulitan atau keluhan dalam beraktivitas
    - a) Pergerakan tubuh : Terbatas dan lemah
    - b) Kemampuan merubah posisi : Perlu bantuan keluarga atau perawat
    - c) Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makanan, dll) : Perlu bantuan dari keluarga
  - 3) Toileting (BAB/BAK) : Perlu bantuan dari keluarga
  - 4) Keluhan sesak nafas saat beraktivitas : Tidak ada
  - 5) Mudah merasa kelelahan : Tidak ada
  - 6) Toleransi terhadap aktivitas : ada karena terdapat luka di paha kanan sehingga mengganggu ekstremitas bawah
- b. Tanda obyektif
  - 1) Respon terhadap aktivitas yang teramat : Normal
  - 2) Status mental (misalnya menarik diri, letargi) : Tidak ada
  - 3) Penampilan umum :
    - a) Tampak lemah : Ya, pasien tampak berbaring ditempat tidur
    - b) Kerapian berpakaian : Cukup rapi
  - 4) Pengkajian neuromuskuler :

- Masa/tonus : Tidak ada masa  
 Kekuatan otot : Lemah  
 Rentang gerak : Terbatas  
 Deformitas : Tidak ada  
 5) Bau badan : Tidak ada  
 Bau mulut : Tidak ada  
 Kondisi kulit kepala : Bersih, tidak ada lesi, rambut berwarna hitam.  
 Kebersihan kuku : kuku sedikit Panjang dan kotor

## 5. Istirahat

- a. Gejala subyektif
  - 1) Kebiasaan tidur : Tidur malam saja  
 Lama tidur : Sebelum sakit  $\pm$  8 jam/hari, selama sakit susah tidur.
  - 2) Masalah berhubungan dengan tidur
    - a) Insomnia : Tidak ada
    - b) Kurang puas/ segar setelah bangun tidur : Tidak ada
    - c) Lain-lain, sebutkan : Tidak ada
- b. Gejala obyektif
  - 1) Tampak mengantuk/mata sayu : Tidak ada
  - 2) Mata merah : Tidak ada
  - 3) Sering menguap : Tidak ada
  - 4) Kurang konsentrasi : Tidak ada

## 6. Sirkulasi

- a. Gejala subyektif
  - 1) Riwayat hipertensi dan riwayat jantung : tidak ada riwayat hipertensi
  - 2) Riwayat edema kaki : Tidak ada
  - 3) Flebitis : Tidak ada
  - 4) Rasa kesemutan : Tidak ada
  - 5) Palpitasi : Tidak ada
- b. Gejala obyektif
  - 1) Tekanan darah : 139/87 mmHg
  - 2) *Mean Arteri Pressure (MAP)* : 104,3
  - 3) Nadi :
    - a) Karotis : Teraba
    - b) Femoralis : Teraba
    - c) Popliteal : Teraba
    - d) Jugularis : Teraba
    - e) Radialis : Teraba
    - f) Dorsal pedis : Teraba
    - g) Bunyi jantung : Lup dup  
 Frekuensi : 84x/menit  
 Irama : Teratur  
 Kualitas : Baik
    - h) Murmur : Tidak ada

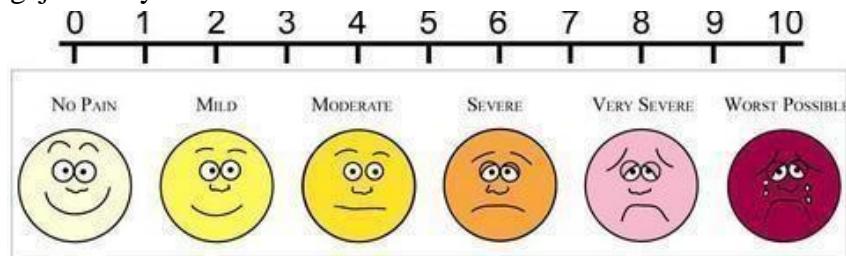
- Gallop : Tidak ada  
 i) Pengisian kapiler : <2 detik  
 Varises : Tidak ada  
 Phlebitis : Tidak ada  
 j) Warna membrane mukosa : Pucat  
 Bibir : Lembab  
 Konjungtiva : Tidak anemis  
 Sklera : Tidak ada  
 Punggung kuku : Berwarna merah muda

## 7. Eliminasi

- a. Gejala subjektif
- 1) Pola BAB : Frekuensi 1x sehari, konsistensi padat
  - 2) Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat bantu, misal: terpasang kolostomi/ileostomy) : Tidak ada
  - 3) Kesulitan BAB  
 Konstipasi : Tidak ada  
 Diare : Tidak ada
  - 4) Penggunaan laksatif : Tidak ada
  - 5) Waktu BAB terakhir : Pagi hari
  - 6) Riwayat perdarahan : Tidak ada
  - 7) Riwayat inkontinensia alvi : Tidak ada
  - 8) Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : ada
  - 9) Raiyan penggunaan diuretik : Tidak ada
  - 10) Rasa nyeri/terbakar saat BAK : Tidak ada
  - 11) Kesulitan BAK : Tidak ada
- b. Gejala obyektif
- 1) Abdomen
    - a) Inspeksi : Abdomen tidak membuncit
    - b) Auskultasi : Bising usus 15x/menit  
 Bunyi abnormal : Tidak ada
    - c) Perkusii  
 Bunyi timpani : Ada  
 Kembung : Tidak ada  
 Bunyi abnormal : Tidak ada
    - d) Palpasi :  
 Nyeri tekan : Tidak ada  
 Nyeri lepas : Tidak ada  
 Konsistensi : Lunak  
 Massa : Tidak ada  
 Pola BAB : konsistensi padat, warna kekuningan  
 Pola BAK : Dorongan tidak ada, frekuensi 5-6 x/hari  
 Distensi kandung kemih : Tidak ada
    - e) Karakteristik urin : Berwarna kekuningan, jumlah 150 cc, bau khas urin
    - f) Bila terpasang kolostomi/ileostomi : tidak terpasang

## 8. Neurosensori dan kognitif

### a. gejala subyektif



#### 1) Adanya nyeri

P : *Paliatif/profokatif* (yang mengurangi/meningkatkan nyeri)

klien mengatakan nyeri luka post operasi, nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi, nyeri berkurang saat beristirahat

Q : *Kualitas/kuantitas* (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan)

Nyeri seperti disayat-sayat

R : *Region/tempat* (Lokasi sumber dan penyebarannya)

Nyeri pada selangkangan kanan menjalar sampai paha dan perut

S : *Severity/tingkat berat nyeri* (skala 1-10)

Skala nyeri 6

T : *Time* (kapan keluhan dirasakan dan lamanya)

hilang timbul ± 4 menit

2) Rasa ingin pingsan/pusing : Tidak ada

3) Sakit kepala : Tidak ada

4) Kesemutan/kebas/kelemahan : Tidak ada

5) Kejang : Tidak ada

6) Mata : Penurunan pengelihatan tidak ada

7) Pendengaran : Penurunan pendengaran tidak ada

8) Epistaksis : Tidak ada

#### a. Tanda obyektif

1) Status mental : Kesadaran komposmentis

2) Skala coma Glasgow (GCS)

Respon membuka mata (E) : 4

Respon motorik (M) : 6

Respon verbal (V) : 5

3) Terorientasi : Waktu baik, tempat baik, orang baik.

4) Presepsi sensori : Ilusi tidak ada, halusinasi tidak ada, delusi tidak ada, afek tidak ada

5) Memori

Saat ini : Pasien mampu mengingat saat ini dengan jelas

Masa lalu : Pasien mampu mengingat masa lalu dengan baik

6) Alat bantu penglihatan/pendengaran : Tidak ada

7) Reaksi pupil terhadap Cahaya : ka/ki anemis, ukuran pupil isokor

8) *Fascial drop* : Tidak ada

- 9) Penampilan umum tampak kesakitan : Ada, respon emosional gelisah, penyempitan focus tidak ada

#### 9. Keamanan

##### a. Gejala subyektif

- 1) Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik)
  - Obat-obat : Tidak ada
  - Makanan : Tidak ada
- 2) Riwayat penyakit hunungan seksual : Tidak ada
- 3) Riwayat transfusi darah : Tidak ada
  - Riwayat adanya reaksi transfusi : Tidak ada
- 4) Riwayat cedera : Tidak ada
- 5) Riwayat kejang : Tidak ada

##### b. Tanda obyektif

- 1) Suhu tubuh :  $36^{\circ}\text{C}$ 
  - Diaphoresis : Tidak ada
- 2) Integritas jaringan : Baik
- 3) Jaringan perut : Tidak ada
- 4) Kemerahan atau pucat : Ada, terdapat kemerahan dibagian *luka post op*
- 5) Adanya luka : Luas 6 cm, kedalaman tidak ada
  - Drainase purulent : tidak ada,
  - Peningkatan nyeri pada luka : jika banyak melakukan aktivitas
- 6) Ekimosis/tanda perdarahan lain : Tidak ada
- 7) Faktor resiko terpasang alat invasif : Tidak ada
- 8) Gangguan keseimbangan : Tidak ada
- 9) Kekuatan umum : Baik
  - Tonus otot : Lemah
  - Parese/paralisa* : Tidak ada

#### 10. Seksual dan reproduksi

##### a. Gejala subyektif

- 1) Pemahaman terhadap fungsi seksual : Pasien memahami terkait fungsi seksualnya
- 2) Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi : Tidak ada
- 3) Permasalahan selama aktivitas seksual : Tidak ada
- 4) Pengkajian pada perempuan
  - a) Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan) : Tidak ada
  - b) Riwayat kehamilan -
  - c) Riwayat pemeriksaan ginekologi (*pap smear*) : -

##### b. Tanda obyektif

- 1) Pemeriksaan payudara/penis/testis : normal
- 2) Kutil genital, lesi : normal

#### 11. Presepsi diri, konsep diri dan mekanisme coping

##### a. Gejala subyektif

- 1) Faktor stress : Pasien merasa cemas dengan kondisinya saat ini

- 2) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu) : Dalam mengambil keputusan pasien dibantu oleh keluarga
- 3) Yang dilakukan ketika menghadapi suatu masalah : Berdiskusi dengan keluarga
- 4) Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang : Berdoa dan berusaha
- 5) Perasaan cemas/takut : Ada, cemas dengan kondisi saat ini
- 6) Perasaan Ketidakberdayaan : Tidak ada
- 7) Perasaan keputusasaan : Tidak ada
- 8) Konsep diri :
  - a) Citra diri : Pasien mengatakan menerima keadaannya saat ini
  - b) Ideal diri : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan kembali beraktivitas seperti biasa
  - c) Harga diri : Pasien mengatakan tetap bersyukur karena ada keluarga yang menemani
  - d) Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : Tidak ada
  - e) Konflik dalam peran : Tidak ada
- b. Tanda obyektif
  - 1) Status emosional : Gelisah
  - 2) Respon fisiologi yang terobservasi : Ekspresi wajah meringis menahan nyeri

### 12. Interaksi sosial

- a. Gejala subyektif
  - 1) Orang terdekat dan lebih berpengaruh : Suami dan anak-anaknya
  - 2) Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah : Keluarga
  - 3) Adakah kesulitan dalam keluarga : Tidak ada
  - 4) Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : Tidak ada
- b. Tanda obyektif
  - 1) Kemampuan berbicara : Jelas
  - 2) Pola bicara tidak biasa/kerusakan : Tidak ada
  - 3) Penggunaan alat bantu bicara : Tidak ada
  - 4) Adanya trakeostomi : Tidak ada
  - 5) Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain : Suara dan intonasi jelas
  - 6) Perilaku menarik diri : Tidak ada

### 13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

- a. Gejala subyektif
  - 1) Sumber kekuatan bagi klien : Allah SWT dan keluarga
  - 2) Perasaan menyalahkan tuhan : Tidak ada
  - 3) Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : Dengan melaksanakan sholat 5 waktu

- 4) Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat : Tidak ada
- 5) Pemecahan oleh kilen : Wudhu dengan tayamum
- 6) Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan Kesehatan : Tidak ada
- 7) Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani : Tidak ada
- b. Tanda obyektif
  - 1) Perubahan prilaku : Tidak ada
  - 2) Menolak pengobatan : Tidak ada
  - 3) Berhenti menjalankan aktivitas agama : Tidak ada
  - 4) Menunjukan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : Tidak ada

Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Nilai
<b>Hematologi</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Hemoglobin	10.9-14.9	g/dl	13.4
Leukosit	4790-11340	/mm3	8400
Hematokrit	34-45	%	40
Eritrosit	4.11-5.55	uL	4.8
Trombosit	216000-451000	/uL	285000
MCV	71.8-92.0	fL	84.0
MCH	22.6-31.0	Pg/cell	28.2
MCHC	30.8-35.2	g/dl	33.5
Basofil	0-1	%	0.2
Eosinofil	0.7-5.4	%	3.0
Limfosit	20.4-44.6	%	30.3
Monosit	3.6-9.9	%	7.2
Neutrofil	42.5-71.0	%	72.8
PT	11-15	detik	14.20
INR	<2	detik	1.04
APTT	34.40	detik	25-35

- 2. Radiologi:-
- 3. EKG: Sinus Rhythm
- 4. CT Scan:-
- 5. Pemeriksaan lain:-
- 6. Obat-obatan:
  - a. Ampicillin Sulbactam 1,5 gr/8 jam
  - b. Peinloss 400mg/8 jam
  - c. Inf Flutrolit 20 tpm
- 7. Diit: Nasi Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP)

### Analisa Data

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1	28/10/2023 14.00 WIB	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi hernia</p> <p>P : nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi, nyeri berkurang saat beristirahat</p> <p>Q : Nyeri rseperti disayat-sayat</p> <p>R : Nyeri pada selangkangan kanan menjalar sampai paha dan perut</p> <p>S : Sakal Nyeri 6</p> <p>T : Nyeri Hilang timbul ± 4 menit</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak menahan nyeri</li> <li>- Klien tampak meringis</li> </ul> <p>TD: 139/87 mmHg</p> <p>N: 89x/menit</p>	Agen Pencedera Fisik	Nyeri Akut (D.0077)
2	28/10/2023 14.00 WIB	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit bergerak karena nyeri pada luka operasi</li> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lemah dan gerakan terbatas</li> </ul>	Nyeri	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
3	28/10/2023 14.00 WIB	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada bagian post operasi</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi pada paha kanan</li> <li>- Tertutup perban</li> <li>- Leukosit: 8,4 ribu</li> </ul>	Efek Prosedur Invasive	Resiko Infeksi (D.0142)

### Prioritas Diagnosa Keperawatan

- I. Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077)
- II. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)
- III. Risiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasive (D.0142)

## Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri</li> <li>2. Meringis</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Kesulitan tidur</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ol>

			<p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat</li> <li>5. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</li> </ol>
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054)	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas</li> <li>2. Kekuatan otot</li> <li>3. Rentang gerak (ROM)</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>

			Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3.	Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	Tingkat infeksi (L.03030)  Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun , dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kemerahan</li><li>2. Bengkak</li><li>3. Nyeri</li></ol>	Perawatan Luka (I.14564)  Observasi 1. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi  Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien  Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

## Implementasi Keperawatan

No	Tgl.Jam	Dx	Implementasi	Evaluasi formatif	Paraf
28/10/23					
1.	14.30 WIB	I	mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitas nyeri	Subjektif: klien mengatakan nyeri dibagian luka post op selangkangan kanan menjalar sampai paha dan perut, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri hilang timbul dengan durasi waktu ± 4 menit, nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi, nyeri berkurang saat beristirahat Objektif: klien tampak meringis menahan nyeri dan memegangi area nyeri	Anisa
	14.50 WIB	I	mengidentifikasi skala nyeri	subjektif: klien mengatakan nyeri sering muncul dengan skala nyeri 6, Objektif: klien tampak menahan nyeri.	
	15.00 WIB	I	mengidentifikasi nyeri nonverbal dan mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri	subjektif: klien mengatakan nyeri bertambah jika pasien melakukan gerakan/aktivitas berlebih, Objektif: klien terlihat merasakan nyeri pada luka post op	
	15.10 WIB	I	mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri	subjektif: klien mengatakan tempat tidur kurang naik setengah duduk sehingga kurang nyaman dan ruangan terasa panas. Objektif: klien tampak tidak nyaman	
	15.30 WIB	II	mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	subjektif: klien mengatakan nyeri dibagian luka post op, objektif: klien tampak meringis menahan nyeri.	
	15.40 WIB	II	memonitor kondisi umum selama melakukan pergerakan di ekstremitas atas dan bawah	subjektif: klien mengatakan tangan tidak ada sakit jika digerakkan hanya saja kaki harus pelan-pelan karena takut dan sakit. Objektif: klien tampak mengikuti instruksi untuk menggerakkan tangan serta jari-jari dan pergerakan aktif,	

			sedangkan di ekstremitas bawah klien berhati-hati ketika melakukan pergerakan.	
16.00 WIB	I,II ,III	memberikan terapi obat <i>ampicillin sulbactam</i> dan <i>peinloss</i>		
17.00 WIB	III	memonitor tanda-tanda infeksi luka	respon subjektif: klien mengatakan nyeri dibagian luka post op menjalar sampai perut, respon objektif: terdapat luka post operasi hernia femoralis <i>dextra</i> panjang ± 5 cm	
17.15 WIB	III	menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien	subjektif: keluarga mengatakan bersedia untuk selalu melakukan cuci tangan, objektif: keluarga tampak telah melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah.	
18.00 WIB	I,II ,III	melakukan pemeriksaan TTV	S:- O: TD:139/87 mmHg, N: 89 kali/menit,, RR:20 kali/menit, S: 36,5°C, SPO <sub>2</sub> : 98%.	
19.00 WIB	I	memberikan terapi teknik relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri	subjektif: klien mengatakan bersedia diajarkan terapi relaksasi genggam jari setelah selesai diajarkan klien mengatakan skala nyeri dari 6 menjadi 5, objektif: klien mengikuti instruksi dan melakukan terapi relaksasi genggam jari	
19.30 WIB	I	menganjurkan klien untuk melakukan terapi Teknik relaksasi genggam jari secara mandiri jika timbul nyeri	subjektif: klien mengatakan akan melakukan sesuai anjuran, respon objektif: klien tampak mengerti atas anjuran yang diberikan.	
29/10/23				
2.	15.00	III	mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien	subjektif: keluarga mengatakan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah membantu klien, respon objektif: keluarga tampak sudah paham
	15.30 WIB	I,II ,III	melakukan pemeriksaan TTV	S:- O: TD:125/95 mmHg, N: 85

			kali/menit,, RR:20 kali/menit, S: 36°C, SPO <sub>2</sub> : 98%.	
15.50 WIB	I	menanyakan perkembangan nyeri yang dirasakan klien	subjektif: klien mengatakan nyeri dibagian luka post op menjalar ke perut dan paha, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri hilang timbul dengan durasi waktu ± 4 menit, nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi, nyeri berkurang saat beristirahat, skala nyeri 5 objektif: klien tampak lebih nyaman dari kemarin	
16.00 WIB	I,II ,III	memberikan terapi obat <i>ampicillin sulbactam</i> dan <i>peinloss</i>		
17.00 WIB	III	memonitor tanda dan gejala infeksi pada luka post operasi	subjektif: klien mengatakan nyeri dibagian luka post op menjalar sampai perut, objektif: terdapat luka post operasi hernia femoralis <i>dextra</i> dibagian paha kanan dan luka tidak ada kemerahuan	
17.30 WIB	III	menjelaskan tanda dan gejala infeksi dan menganjurkan makanan tinggi kalium dan protein	subjektif: klien dan keluarga mengatakan paham atas penjelasan dari perawat, objektif: klien dan keluarga mendengarkan dengan baik dan tampak paham.	
18.00 WIB	II	mengajarkan mobilisasi sederhana duduk ditempat tidur dan disamping tempat tidur	subjektif: klien mengatakan belum berani untuk duduk sendiri hanya bisa miring kiri, objektif: klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur dibantu oleh keluarga dengan hati-hati.	
18.30 WIB	II	menganjurkan klien latihan secara mandiri melakukan mobilisasi	subjektif: klien mengatakan bersedia, objektif: klien tampak nyaman.	
19.00 WIB	I	memberikan terapi teknik relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri	respon subjektif: klien mengatakan bersedia diajarkan terapi relaksasi genggam jari setelah selesai diajarkan klien mengatakan skla nyeri dari 5	

			menjadi 4, objektif: klien mengikuti instruksi dan melakukan terapi relaksasi genggam jari.	
	19.30 WIB	I	menganjurkan klien untuk melakukan terapi teknik relaksasi genggam jari secara mandiri jika timbul nyeri	subjektif: klien mengatakan akan melakukan sesuai anjuran objektif: klien tampak mengerti atas anjuran yang diberikan.
	30/10/23			
3	08.00WIB	III	Mengingatkan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien	subjektif: keluarga mengatakan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah membantu klien, objektif: keluarga tampak sudah paham.
	08.20 WIB	I	menanyakan perkembangan nyeri yang dirasakan klien	Subjektif: klien mengatakan nyeri berkurang dibagian luka post op, nyeri seperti tersayat-sayat, nyeri hilang timbul dengan durasi waktu ± 4 menit, skala nyeri 3 objektif: Pasien tampak sudah nyaman.
	08.30 WIB	I,II ,III	memberikan terapi obat <i>ampicillin sulbactam</i> dan <i>peinloss</i>	
	09.00 WIB	III	mengganti balut luka post op atau perawatan luka	subjektif: klien mengatakan lukanya masih terasa sedikit nyeri. objektif: klien tampak bersikap protektif saat diganti balut, luka tampak bersih, besar luka 5 cm, berwarna sedikit kemerahan, ganti balut sesuai SOP
	09.30 WIB	III	mengajarkan klirn dan keluarga cara merawat luka dirumah	subjektif: klien dan keluarga mengatakan paham tetapi masih takut jika mengganti balut sendiri sehingga akan ganti balut di puskesmas jika sudah keluar dari RS. objektif: klien dan keluarga tampak paham.
	10.00 WIB	II	menanyakan apakah ada keluhan fisik lain	subjektif: klien mengatakan tidak ada keluhan fisik lainnya dan nyeri sudah sangat

Anisa

			berkurang, objektif: klien tampak lebih nyaman	
10.30 WIB	II	menanyakan apakah klien sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri	subjektif: klien mengatakan sudah bisa melakukan secara mandiri dan sudah bisa berdiri sendiri serta berjalan ke toilet objektif: klien tampak sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri.	
11.30 WIB	I	mengevaluasi teknik relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri	subjektif: klien mengatakan sudah menerapkan teknik relaksasi genggam jari secara mandiri, nyeri berkurang dan lebih tenang objektif: klien tampak bisa melakukan secara mandiri dan tampak nyaman.	
12.00 WIB	I,II ,III	melakukan pemeriksaan TTV	S:- O: TD:120/80 mmHg, N: 84 kali/menit,, RR:20 kali/menit, S: 36°C, SPO <sub>2</sub> : 99%.	

## Evaluasi Keperawatan

No	Hari/Tgl	Dx	Evaluasi	TTD												
1.	28/10/23	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan nyeri dibagian luka post op P : nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi, nyeri berkurang saat beristirahat</li> <li>Q : Nyeri rseptif disayat-sayat</li> <li>R : Nyeri pada selangkangan kanan menjalar sampai paha dan perut</li> <li>S : Sakal Nyeri 5</li> <li>T : Nyeri Hilang timbul ± 4 menit</li> <li>• klien mengatakan bersedia diajarkan terapi relaksasi genggam jari setelah selesai diajarkan klien mengatakan skala nyeri dari 6 menjadi 5.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tidak tampak meringis menahan nyeri</li> <li>• klien mengikuti instruksi dan melakukan terapi relaksasi genggam jari,</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitasnyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi nyeri non verbal</li> <li>4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol>	Indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan nyeri	2	5	3	Meringis	3	5	3	Anisa
Indikator	IR	ER	Akhir													
Keluhan nyeri	2	5	3													
Meringis	3	5	3													
		II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan nyeri dibagian luka post op,</li> <li>• klien mengatakan tangan tidak ada sakit jika digerakkan hanya saja kaki harus pelan-pelan karena takut dan sakit karena nyeri.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak meringis menahan nyeri,</li> <li>• klien tampak mengikuti instruksi untuk menggerakkan tangan serta jari-jari dan pergerakan aktif, sedangkan di ekstremitas bawah klien berhati-hati ketika melakukan pergerakan</li> </ul>													

		<p>A: masalah keperawatan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Indikator</b></th><th><b>IR</b></th><th><b>ER</b></th><th><b>Akhir</b></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>kelemahan fisik</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memfasilitasi kembali untuk melakukan mobilitas fisik</li> <li>2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> <li>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> </ol>	<b>Indikator</b>	<b>IR</b>	<b>ER</b>	<b>Akhir</b>	Nyeri	2	5	3	kelemahan fisik	3	5	3	Gerakan terbatas	3	5	3	
<b>Indikator</b>	<b>IR</b>	<b>ER</b>	<b>Akhir</b>																
Nyeri	2	5	3																
kelemahan fisik	3	5	3																
Gerakan terbatas	3	5	3																
III	S:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan nyeri dibagian luka post op menjalar sampai perut</li> <li>• keluarga mengatakan bersedia untuk selalu melakukan cuci tangan.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• terdapat luka post operasi hernia femoralis <i>dextra</i> panjang <math>\pm 5</math> cm,</li> <li>• keluarga tampak telah melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Indikator</b></th> <th><b>IR</b></th> <th><b>ER</b></th> <th><b>Akhir</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kembali tanda-tanda infeksi luka</li> <li>2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>3. Menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalium dan protein</li> </ol>	<b>Indikator</b>	<b>IR</b>	<b>ER</b>	<b>Akhir</b>	Keluhan nyeri	2	5	3									
<b>Indikator</b>	<b>IR</b>	<b>ER</b>	<b>Akhir</b>																
Keluhan nyeri	2	5	3																

		I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan nyeri dibagian luka post op P : nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi, nyeri berkurang saat beristirahat Q : Nyeri rseperi disayat-sayat R : Nyeri pada selangkangan kanan menjalar sampai paha S : Sakal Nyeri 4 T : Nyeri Hilang timbul ± 4 menit</li> <li>• klien mengatakan bersedia diajarkan terapi relaksasi genggam jari setelah selesai diajarkan klien mengatakan skla nyeri dari 5 menjadi 4</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tidak tampak meringismenahan nyeri</li> <li>• klien mengikuti instruksi dan melakukan terapi relaksasi genggam jari</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, krakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan itensitasnyeri</li> <li>2. Mengevaluasi terapi relaksasi genggam jari</li> </ol>	Indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan nyeri	2	5	4	Meringis	3	5	4					
Indikator	IR	ER	Akhir																	
Keluhan nyeri	2	5	4																	
Meringis	3	5	4																	
2.	29/10/23	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan belum berani untuk duduk sendiri hanya bisa miring kiri,</li> <li>• klien mengatakan bersedia diajarkan ambulasi duduk</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak sudah bisa duduk di tempat tidur</li> <li>• klien tampak sudah bisa duduk di tempat tidur</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>kelemahan fisik</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memfasilitasi kembali untuk melakukan mobilitas fisik</li> <li>2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> <li>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> </ol>	Indikator	IR	ER	Akhir	Nyeri	2	5	4	kelemahan fisik	3	5	4	Gerakan terbatas	3	5	4	ANISA
Indikator	IR	ER	Akhir																	
Nyeri	2	5	4																	
kelemahan fisik	3	5	4																	
Gerakan terbatas	3	5	4																	

		III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan nyeri dibagian luka post op menjalar sampai perut,</li> <li>• keluarga mengatakan bersedia untuk selalu melakukan cuci tangan,</li> <li>• klien dan keluarga mengatakan paham atas penjelasan dari perawat menegani tanda dan gejala infeksi dan banyak makan yang tinggi protein.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• terdapat luka post operasi hernia femoralis <i>dextra</i> panjang ± 5 cm,</li> <li>• keluarga tampak telah melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien</li> <li>• klien dan keluarga mendengarkan dengan baik dan tampak paham</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. memonitor kembali tanda-tanda infeksi luka,</li> <li>2. menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalium dan protein,</li> <li>3. melakukan perawatan luka</li> </ol>	Indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan nyeri	3	5	4					
Indikator	IR	ER	Akhir													
Keluhan nyeri	3	5	4													
3.	30/10/23	I	<p>• klien mengatakan nyeri dibagian luka post op sudah berkurang</p> <p>P : nyeri bertambah saat bergerak R : Nyeri pada selangkangan kanan S : Sakal Nyeri 3 T : Nyeri Hilang timbul ± 4 menit</p> <p>• klien mengatakan bisa melakukan terapi relaksasi genggam jari secara mandiri</p> <p>• klien mengatakan skla nyeri dari 4 menjadi 3</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tidak tampak meringismenahan nyeri</li> <li>• klien mengikuti instruksi dan melakukan terapi relaksasi genggam jari</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Pertahankan intervensi</p>	Indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan nyeri	2	5	5	Meringis	3	5	5	ANISA
Indikator	IR	ER	Akhir													
Keluhan nyeri	2	5	5													
Meringis	3	5	5													

		II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan tidak ada keluhan fisik lainnya dan nyeri sudah sangat berkurang, sudah bisa melakukan ambulasi secara mandiri dan sudah bisa berdiri sendiri serta berjalan ke toilet</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak lebih nyaman,</li> <li>• klien tampak sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri.</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>kelemahan fisik</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Pertahankan intervensi</p>	Indikator	IR	ER	Akhir	Nyeri	2	5	5	kelemahan fisik	3	5	5	Gerakan terbatas	3	5	5	
Indikator	IR	ER	Akhir																	
Nyeri	2	5	5																	
kelemahan fisik	3	5	5																	
Gerakan terbatas	3	5	5																	
		III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keluarga mengatakan bersedia untuk selalu melakukan cuci tangan,</li> <li>• klien mengatakan lukanya masih terasa sedikit nyeri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak bersikap protektif saat diganti balut,</li> <li>• luka tampak bersih, besar luka 5 cm, berwarna sedikit kemerahan, ganti balut sesuai SOP,</li> <li>• keluarga tampak telah melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Pertahankan intervensi</p>	Indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan nyeri	3	5	4									
Indikator	IR	ER	Akhir																	
Keluhan nyeri	3	5	4																	