



Lampiran 1

SOP KOMPRES DINGIN

Standar Prosedur Operasional Terapi Relaksasi Kompres Dingin/ <i>Cold Pack</i>	
Pengertian	Kompres adalah metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan dingin pada bagian tubuh yang memerlukan
Tujuan	Pemberian kompres dingin bertujuan untuk meningkatkan vasokonstriksi, mengurangi edema, mengurangi nyeri, mengurangi atau menghentikan perdarahan
Persiapan alat dan bahan	<ul style="list-style-type: none"> • Mengecek catatan medis pasien • Persiapan alat yaitu pengalas (underpad atau perlak), <i>cold pack</i> yang sudah dibekukan di freezer, handuk kecil, kasa gulung atau plester untuk merekatkan <i>cold pack</i>
Prosedur	<p>A. Tahap Pra Interaksi Persiapan pasien dan lingkungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan peralatan 2. Cuci tangan 3. Kaji tanda-tanda vital <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri. 2. Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur. 4. Memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 5. Mendekatkan alat 6. Mencuci tangan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privasi pasien 2. Membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman 3. Memasang pengalas (underpad atau perlak) 4. Memberikan kompres dingin dengan <i>cold pack</i> yang diletakkan didekat lokasi nyeri atau disisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan lokasi nyeri. 5. kompres dingin diberikan kurang lebih 15-20 menit saat nyeri atau tergantung pada tingkat nyeri dan bengkak yang dirasakan. 6. Pertahankan <i>cold pack</i> dengan menggunakan kasa gulung atau difiksasi dengan plaster sesuai kebutuhan dan kenyamanan pasien. 7. Mengobservasi kondisi dan hemodinamik pasien selama diberikan terapi kompres dingin. <p>D. Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akhiri prosedur dengan komunikasi terapeutik 2. Evaluasi perasaan pasien 3. Mengucapkan salam 4. Cuci tangan setelah tindakan

Sumber : Poltekkes Kemenkes Denpasar

Lampiran 2

FORMAT PENGKAJIAN

a. Identitas

1. Identitas Klien

- a. Nama : Tn.B L/P
- b. Tempat/tanggal lahir : Purworejo, 20 Juli 1964
- c. Golongan darah : A/O/B/AB
- d. Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/IV/S1/S2/S3
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Jawa
- g. Status perkawinan : Kawin/belum/janda/duda (cerai : hidup/mati)
- h. Pekerjaan : Tidak bekerja
- i. Alamat : Dukun Wetan 02/01
- j. Diagnosa medik : Post of orif atas indikasi fraktur klavikula

2. Identitas Penanggung Jawab

- a. Nama : Tn.P
- b. Umur : 50 tahun
- c. Jenis kelamin : Laki;laki
- d. Agama : Islam
- e. Suku : Jawa
- f. Hubungan dengan klien: Saudara
- g. Pendidikan terakhir : SMA
- h. Alamat : Dukun Wetan 02/01

b. Status Kesehatan

1. Status kesehatan saat ini

- a. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama:

Pasien mengatakan nyeri punggung sebelah kanan seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah saat tangan digerakkan, berkurang saat istirahat.

- b. Faktor Pencetus:

Pasien *post op orif cf clavikula dextra*.

c. Timbulnya keluhan:

Bertahap

d. Faktor yang memperberat:

Apabila tangan digerakan

2. **Status Kesehatan masa lalu**

a. Status Kesehatan masa lalu:

Pasien mengatakan punya Riwayat hipertensi

b. Kecelakaan:

Tidak ada riwayat kecelakaan

3. **Pernah dirawat**

a. Penyakit : Vertigo

b. Waktu : 1 tahun lalu

c. Riwayat operasi : -

c. **Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik**

1. **Presepsi dan pemeliharaan Kesehatan**

a. Presepsi tentang Kesehatan diri :

Pasien mengatakan dirinya sedang sakit.

b. Pengetahuan dan presepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya:

Pasien mengatakan belum mengetahui cara merawat lukanya

c. Upaya yang bisa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

1) Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?

Pasien mengatakan makan sehari 3x dan tidak ada pantangan

2) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan

a) Yang dilakukan bila sakit :

Pasien mengatakan bila sakit mengurangi aktivitas sehari-hari dan beristirahat.

b) Kemana pasien berobat bila sakit :

Pasien mengatakan jika sakit berobat ke puskesmas dan Rumah Sakit.

c) Kebiasaan hidup :

Merokok : tidak pernah merokok

Alkohol : tidak pernah minum alkohol

Kebiasaan olah raga, jenis : Tidak pernah berolah raga

d) Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan Kesehatan :

(1) Penghasilan :

Pasien mengatakan tidak bekerja dan tidak berpenghasilan

(2) Asuransi/jaminan Kesehatan :

BPJS III

(3) Keadaan lingkungan tempat tinggal :

Bersih dan nyaman

2. **Nutrisi, cairan dan metabolisme**

a. Gejala (Subjektif)

1) Diet biasa (Tipe) :

TKTP, jumlah makan/hari 3x sehari.

2) Pola diet :

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 \pm 3 gelas, cairan yang biasa diminum air putih

10) Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir :

Tidak ada

b. Tanda (objektif)

- 1) Suhu tubuh : 36°C, tidak ada diaphoresis
- 2) Berat badan : 65 kg Tinggi badan : 154 cm
Turgor kulit : Lembab
- 3) Edema :
Tidak ada
- 4) Acites :
Tidak ada
- 5) Integritas kulit perut :
Tidak ada lesi
- 6) Distensi vena jugularis :
Tidak ada
- 7) Hernia/masa :
Tidak ada
- 8) Bau mulut/halitosis :
Tidak ada
- 9) Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah :
Gigi ompong, mukosa mulut lembab.

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

a. Gejala subyektif

- 1) Dispneu : Tidak ada dispneu
- 2) Yang meningkatkan atau mengurangi sesak : Tidak ada
- 3) Pemajanan 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) Egofoni : 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 : Kurang, karena terdapat fraktur di daerah ekstermitas kanan atas

b. Tanda obyektif

1) Respon terhadap aktivitas yang teramati : 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 : Ada, mempunyai 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 : 121/72 mmHg

2) *Mean Arteri Pressure* (MAP) : 88,3

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 : 79x/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 subyektif

- 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) : Tidak ada
- 9) Raiyat 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 12x/menit

Bunyi abnormal : Tidak ada

c) Perkusi

Bunyi timpani : Ada

Kembung : Tidak ada

Bunyi abnormal : Tidak ada

d) Palpasi :

Nyeri tekan : Tidak ada

Nyeri lepas : Tidak ada

Kosistensi : Lunak

Massa : Tidak ada

Pola BAB : konsistensi padat, warna kekuningan

Pola BAK : Dorongan tidak ada, frekuensi 5-6 x/hari

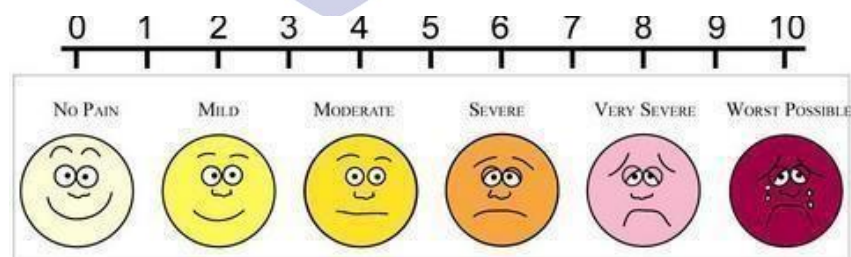
Distensi kandung kemih : Tidak ada

e) Karakteristik urin : Berwarna kekuningan, jumlah 150 cc, bau khas urin

f) Bila terpasang kolostomi/ileostomi : Keadaan tidak terpasang

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif



1) Adanya nyeri

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

Pasien mengatakan nyeri post op, nyeri saat tangan digerakan, berkurang saat istirahat

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

Nyeri seperti ditusuk-tusuk

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

Nyeri dibagian punggung kanan menjalar ke jari-jari tangan

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

Skala nyeri 7

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

Nyeri terus menerus \pm 5 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 pengelihatn tidak ada
- 7) Pendengaran : Penurunan pendengaran tidak ada
- 8) Epistaksis : Tidak ada

b. 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 tranfusi darah : Tidak ada
 - Riwayat adanya reaksi tranfusi : Tidak ada
- 4) Riwayat cedera : Tidak ada
- 5) Riwayat kejang : Tidak ada

b. Tanda obyektif

- 1) Suhu tubuh : 36° 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 invasive : 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 laki-laki
 - Raba pada penis : -
 - Gangguan prostat : -
- 5) Pengkajian pada perempuan
 - a) Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan) : Tidak ada
 - b) Riwayat kehamilan : Tidak terkaji
 - c) Riwayat pemeriksaan ginekologi (*pap smear*) : Tidak terkaji

b. Tanda obyektif

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

11. Presepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping

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 klien : 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 perilaku : Tidak ada
- 2) Menolak pengobatan : Tidak ada
- 3) Berhenti menjalankan aktivitas agama : Tidak ada
- 4) Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : Tidak ada

d. Data Penunjang

1. Laboratorium

Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Hasil
Hematologi			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	10.9-14.9	g/dl	13.3
Leukosit	4.8-11.3	/mm ³	17.1
Hematokrit	34-45	%	39
Eritrosit	3.8-5.2	uL	4.4
Trombosit	150-450	/uL	317
MCV	89.1	FL	89.1
MCH	22.6-31.0	Pg/cell	30.3
MCHC	30.8-35.2	g/dl	34.0
Basofil	0-1	%	0.1
Eosinofil	1-5	%	5.7
Limfosit	20-45	%	8.9
Monosit	4-10	%	4.6
Neutrofil	43-71	%	80.7
Natrium	135-147	mmol/l	139
Kalium	3.1-5	mmol/l	3.9

Chlorida	95-105	mmol/l	106
GDS	74-121	mg/dL	137
Ureum	10-50	mg/dL	31
Creatinine	0.6-1.1	mg/dL	0.9
SGOT	31	u/L	33
SGPT	32	u/L	18

2. Radiologi

- a. Pemeriksaan radiologi Rontgen thorak pada tanggal 28 November 2023

Diafragma licin, CTR kurang dari 0,5.

Kesan:

Corakan pulmo dan besar cor normal, fraktur kompleta *os clavícula dekstra* dengan aposisi fragmen jelek.

- b. Pemeriksaan radiologi *clavícula* DIS pada tanggal 29 November 2023

Kesan: trabekulasi tulang normal, terpasang *plat* dan *screw* pada *os clavícula dekstra*, dengan kedudukan baik, masih tampak garis fraktur pada *os clavícula dekstra* dengan aposisi dan aligament baik, Calus (+).

3. Obat-obatan

- IVFD RL 20 tpm
- Inj. Ketorolac 1 amp/18 jam
- Inj. Ranitidine 1 amp/ 12 jam
- Inj. Citikolin 2x500 mg
- Inj. Kalnex 2x500 mg
- Inj. Ceftriaxon 2x 1 gr

4. Diit

Diit bertahap bebas TKTP

ANALISA DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1	29/11/2023 Rabu	DS : <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi P : Nyeri saat tangan digerakan, berkurang saat beristirahat Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri dibagian punggung kanan menjalar ketangan S : Skala nyeri 6 T : Nyeri terus menerus \pm 5 menit DO : <ul style="list-style-type: none"> Pasien post op hari ke 1 Terdapat luka post op dipunggung kanan Pasien tampak meringis dan gelisah TD : 121/72 mmHg N : 79x/menit 	Agen Pencedera Fisik	Nyeri Akut (D.0077)
2	29/11/2023 Rabu	DS : <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan khawatir jika luka post op tidak kunjung sembuh Pasien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini DO : <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak cemas dan gelisah Pasien tampak bertanya-tanya dengan keadaannya terus menerus 	Krisis Situasional	Ansietas (D.0080)
3	29/11/2023 Rabu	DS : <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan luka post op terasa perih DO : <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak lemah Terdapat luka post op dipunggung kanan dengan panjang luka 6 cm dan ditutup perban elastis, luka kemerahan tidak kering 	Efek Prosedur Infasif	Risiko Infeksi (D.0142)

		• Leukosit 17.1 u/L		
--	--	---------------------	--	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut (b.d) agen pencedera fisik (D.0077)
2. Ansietas (b.d) krisis situasional (D.0080)
3. Risiko infeksi (b.d) efek prosedur invasive (D.0142)

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosis	SLKI	SIKI
1	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	SLKI: Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 	SIKI: Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologi (kompres dingin) untuk mengurangi nyeri Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik nonfarmakologi (kompres dingin) untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Ansietas (b.d) krisis situasional ((D.0080)	SLKI: Tingkat Ansietas (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:	SIKI: Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah

		1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 2. Perilaku gelisah menurun (5)	- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan Terapeutik - Pahami situasi yang membuat ansietas - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi - Latih teknik relaksasi.
3	Risiko infeksi (b.d) kurang terpapar informasi (D.0080)	SLKI: Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kemerahan menurun (5).	SIKI : Pencegahan Infeksi (L.14539) Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik - Pertahankan teknik aseptik pada pasien Edukasi - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka pasca op

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Tgl.Jam	Dx	Implementasi	Evaluasi formatif	Paraf
29/11/23					
1.	14.30 WIB	I	Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri dan mengidentifikasi skala nyeri	S : Pasien mengatakan nyeri dibagian luka <i>post</i> operasi, nyeri bertambah saat tangan digerakkan, berkurang saat istirahat, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dipunggung sebelah kanan menjalar ke jari-jari tangan, skala nyeri 6, nyeri terus menerus \pm 5 menit. O : Pasien tampak meringis kesakitan dan gelisah	Yuni
	15.00 WIB	I	Memberikan teknik non farmakologis kompres dingin untuk mengurangi nyeri	S : Pasien mengatakan masih merasakan nyeri O : Pasien masih tampak meringis dan gelisah	
	16.00 WIB	I	Memberikan teraphi sesuai program	S :	

				Pasien mengatakan bersedia diberikan obat O : Pasien diberikan obat ketorolac 1 amp/8jam	
	17.00 WIB	III	Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	S : Pasien mengatakan luka <i>post op</i> terasa perih O : Terdapat luka <i>post op</i> orif di bagian ekstermitas kanan atas dengan panjang luka 6 cm dan ditutup perban elastis, luka tampak kemerahan dan tidak kering	
	17.30 WIB	III	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka <i>post op</i>	S : Pasien mengatakan bersedia diajarkan cara memeriksa kondisi luka <i>post op</i> O : Pasien dan keluarga tampak memperhatikan dan dapat menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan	
	18.00 WIB	II	Mengidentifikasi saat Tingkat ansietas berubah	S : Pasien mengatakan khawatir jika luka <i>post op</i> tidak kunjung sembuh O : pasien selalu bertanya tentang keadaannya	
	19.00WIB	II	Mengidentifikasi mengambil keputusan	S : Pasien mengatakan tidak bisa mengambil keputusan sendiri O : Pasien tampak gelisah	
	19.30 WIB	II	Memotivasi megidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	S : pasien mengatakan akan berusaha untuk tidak cemas terhadap kondisinya saat ini O : Pasien tampak kooperatif	
	20.00 WIB	III	Memberikan teraphi sesuai program	S : Pasien mengatakan bersedia diberi obat O : Pasien diberikan obat ceftriaxon 2x1, dan kalnex 2x1	
30/11/23					
2.	07.30	I	Memberikan terapi non farmakologi kompres dingin untuk mengurangi nyeri	S : Pasien mengatakan masih sedikit nyeri O :	

				Pasien masih tampak sedikit meringis dan gelisah berkurang	
	08.00 WIB	I,III	Memberikan teraphi sesuai program	S:- Pasien bersedia diberikan obat O: Pasien diberikan obat ketorolac 1 amp/8jam, obat ceftriaxon 2x1, dan kalnex 2x1	Yuni
	09.00 WIB	I	Mengidentifikasi skala nyeri	S : Pasien mengatakan nyerinya ada direntan skala 5 O : Pasien masih tampak sedikit meringis	
	09.30 WIB	III	Memberikan perawatan luka	S : Pasien mengatakan senang dan tenang karena luka sudah dibersihkan O : Luka sudah dibersihkan, perban sudah diganti dengan yang baru.	
	10.00 WIB	III	Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	S : Pasien mengatakan perih diluka <i>post op</i> sedikit berkurang O : Kemerahan disekitar luka <i>post op</i> sedikit berkurang dan sudah mulai kering	
	10.30 WIB	II	Mengidentifikasi saat Tingkat ansietas berubah	S : Pasien mengatakan cemas sedikit berkurang O : Pasien sudah jarang bertanya tentang keadaannya	
	11.30 WIB	II	Mengidentifikasi mengambil keputusan	S : Pasien mengatakan sudah dapat mengambil keputusan agar tidak cemas O : Pasien tampak sedikit lebih tenang	
	01/11/23				
3.	07.30 WIB	I	memberikan terapi non farmakologi kompres dingin untuk mengurangi nyeri	S : pasien mengatakan nyeri berkurang O : pasien tampak sedikit tenang	Yuni
	08.00 WIB	I, III	memberikan teraphi sesuai program	S : pasien bersedia diberikan obat O : pasien diberikan obat ketorolac 1 amp/8jam, obat ceftriaxon 2x1, dan kalnex 2x1	

	09.00 WIB	I	mengidentifikasi skala nyeri	S : pasien mengatakan nyerinya ada direntan skala 3 O : pasien tampak sedikit tenang	
	10.00 WIB	III	memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	S ; pasien mengatakan perih diluka <i>post op</i> berkurang. O : kemerahan disekitar luka <i>post op</i> berkurang dan sudah kering.	
	10.30 WIB	II	mengidentifikasi saat Tingkat ansietas berubah	S ; pasien mengatakan sudah tidak cemas. O : pasien tampak sedikit tenang.	

EVALUASI KEPERAWATAN

No	Hari/Tgl	Dx	Evaluasi	TTD																
1.	29/11/23	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">pasien mengatakan nyeri dibagian luka <i>post operasi</i>,P : Nyeri bertambah saat tangan digerakan, berkurang saat istirahatQ : Nyeri seperti ditusuk-tusukR : Nyeri dipunggung kanan menjalar ke jari-jari tangan,S : Skala nyeri 6T : Nyeri terus menerus ± 5 menit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">pasien mengatakan bersedia diberikan kompres dingin.pasien tampak meringis kesakitanpasien diberikan obat inj ketorolak 1 amp/8jampasein diberikan kompres dingin untuk mengurangi nyeri <p>A : masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr></table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">memberikan terapi non farmakologis terapi kompres dingin,pemberian teraphi sesuai programmengidentifikasi skala nyeri.	Indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan nyeri	3	5	3	Meringis	3	5	3	Gelisah	3	5	3	Yuni
Indikator	IR	ER	Akhir																	
Keluhan nyeri	3	5	3																	
Meringis	3	5	3																	
Gelisah	3	5	3																	

		<p>II S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan khawatir jika luka <i>post op</i> tidak kunjung sembuh Pasien mengatakan tidak bisa mengambil keputusan sendiri dan akan berusaha untuk tidak cemas terhadap kondisinya saat ini <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien selalu bertanya tentang keadaannya Pasien tampak gelisah. <p>A : Masalah keperawatan ansietas belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="651 613 1220 797"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Gelisah</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi saat tingkat ansietas berubah Identifikasi mengambil keputusan. 	Indikator	IR	ER	Akhir	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	3	Gelisah	3	5	3	
Indikator	IR	ER	Akhir												
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	3												
Gelisah	3	5	3												
		<p>III S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan luka <i>post op</i> terasa perih Pasien bersedia diajarkan cara memeriksa kondisi luka <i>post op</i> dan bersedia diberi obat. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Terdapat luka <i>post op</i> orif di bagian ekstermitas kanan atas dengan panjang luka 6 cm dan ditutup perban elastis Luka tampak kemerahan dan tidak kering Pasien diberi obat ceftriaxone 2x1 dan kalnex 2x1. <p>A : Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="651 1352 1220 1429"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemerahan</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> Berikan terapi sesuai program Berikan perawatan luka Monitor tanda gejala lokal dan sistemik. 	Indikator	IR	ER	Akhir	Kemerahan	3	5	3					
Indikator	IR	ER	Akhir												
Kemerahan	3	5	3												

2.	30/11/23	<p>I</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan luka di bagian post op masih sedikit nyeri P : Nyeri bertambah saat tangan digerakan, berkurang saat istirahat Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri dipunggung kanan menjalar ke jari-jari tangan, S : Skala nyeri 5 T : Nyeri terus menerus ± 5 menit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien tampak sedikit meringis kesakitan dan gelisah berkurang pasien diberikan obat inj ketorolak 1 amp/8jam pasien diberikan kompres dingin untuk mengurangi nyeri <p>A : masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="651 786 1220 913"> <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> <tr> <td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Gelisah</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> memberikan terapi non farmakologis terapi kompres dingin, pemberian terapi sesuai program mengidentifikasi skala nyeri. 	Indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan nyeri	3	5	4	Meringis	3	5	4	Gelisah	3	5	4	
Indikator	IR	ER	Akhir																
Keluhan nyeri	3	5	4																
Meringis	3	5	4																
Gelisah	3	5	4																
		<p>II</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan cemas sedikit berkurang Pasien mengatakan sudah dapat mengambil keputusan sendiri agar tidak cemas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien sudah jarang bertanya tentang keadaannya Pasien tampak sedikit lebih tenang <p>A : Masalah keperawatan ansietas belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="651 1451 1220 1630"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Gelisah</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 	Indikator	IR	ER	Akhir	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	4	Gelisah	3	5	4	Yuni				
Indikator	IR	ER	Akhir																
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	4																
Gelisah	3	5	4																

		III	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan perih luka <i>post op</i> sedikit berkurang• Pasien bersedia diberi obat• Pasien mengatakan senang dan tenang karena luka sudah dibersihkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien diberi obat ceftriaxone 2x1 dan kalnex 2x1.• Pasien diberikan perawatan luka, luka sudah dibersihkan perban sudah diganti dengan yang baru• kemerahan disekitar luka <i>post op</i> sedikit berkurang dan sudah mulai kering <p>A : Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr><tr><td>Kemerahan</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr></table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Berikan teraphi sesuai program• Monitor tanda gejala local dan sistemik.	Indikator	IR	ER	Akhir	Kemerahan	3	5	4									
Indikator	IR	ER	Akhir																	
Kemerahan	3	5	4																	
3.	01/12/23	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan luka diabgian post op nyeri berkurang <p>P : Nyeri bertambah saat tangan digerakan, berkurang saat istirahat</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri dipunggung kanan menjalar ke jari-jari tangan</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Nyeri terus menerus ± 5 menit</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan bersedia diberikan kompres dingin. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak sedikit tenang• Pasien diberikan obat inj ketorolak 1 amp/8jam• Pasein diberikan kompres dingin untuk mengurangi nyeri <p>A : masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>Ir</th><th>Er</th><th>Akhir</th></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Meringis</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr></table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Menganjurkn pasien untuk melakukan terapi kompres dingin untuk mengurangi nyeri saat di rumah	Indikator	Ir	Er	Akhir	Keluhan nyeri	4	5	5	Meringis	4	5	5	Gelisah	4	5	5	Yuni
Indikator	Ir	Er	Akhir																	
Keluhan nyeri	4	5	5																	
Meringis	4	5	5																	
Gelisah	4	5	5																	

		<p>II</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sudah tidak cemas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak sedikit tenang <p>A : Masalah keperawatan ansietas belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="651 443 1222 622"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Gelisah</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 	Indikator	IR	ER	Akhir	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	4	5	5	Gelisah	4	5	5	
Indikator	IR	ER	Akhir												
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	4	5	5												
Gelisah	4	5	5												
		<p>III</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan perih luka <i>post op</i> berkurang Pasien bersedia diberi obat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien diberi obat ceftriaxone 2x1 dan kalnex 2x1. kemerahan disekitar luka <i>post op</i> berkurang dan sudah kering <p>A : Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="651 1048 1222 1120"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemerahan</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor tanda gejala local dan sistemik Berikan perawatan luka 	Indikator	IR	ER	Akhir	Kemerahan	4	5	5					
Indikator	IR	ER	Akhir												
Kemerahan	4	5	5												