

BAB III STUDI KASUS

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Pasien

- a. Nama : Ny.K
- b. Umur : 35 tahun
- c. Jenis kelamin : Perempuan
- d. Pendidikan : Sarjana
- e. Pekerjaan : BUMN
- f. Agama : Islam
- g. Suku/Bangsa : Indonesia
- h. Alamat : Jl.Padat Karya Komp. Lestari no.18 banjarmasin
- i. Ruangan dirawat : Maria xx
- j. Tanggal Masuk RS : 31 Januari 2023
- k. No. Register : 0.18.2x.xx
- l. Diagnosa Medis : *Close fraktur Tibia Plateau (s)*
- m. Dokter yang merawat : dr.Izaak Sp.OT

2. Riwayat Penyakit

- a. Keluhan utama : Nyeri Kaki Kiri (Lutut)
- b. Riwayat penyakit sekarang :

Pasien mengatakan “± 1jam SMRS pada saat pulang kerja pasien mengalami KLLD hendak berbelok ditabrak pengendara sepeda motor dari arah berlawanan”. Post kejadian : muntah (-), Pingsan (-)

Pengkajian pada tanggal 03 Februari 2023 pukul 09.00 wita. Pasien mengatakan “nyeri lutut kiri saat digerakkan masih terasa dengan skala nyeri “3” (0-4) dan semenjak dipasang *gips* semakin sulit untuk digerakkan karena terasa berat, aktivitas banyak dibantu oleh suami dan perawat.

Tampak sakit sedang, Kesadaran *Composmentis*, GCS E4 V5 M6, Ekspresi muka tampak muram, sesekali tampak meringis kesakitan, *Gips* terpasang.

c. Riwayat penyakit dahulu :

Pasien mengatakan “Pada tahun 2018 pernah dirawat di RS.Suaka Insan dengan maag kronis”.

d. Riwayat penyakit keluarga :

Pasien mengatakan : “Mempunyai riwayat penyakit Hipertensi (Ayah)”.

e. Riwayat sosial :

Pasien mengatakan : “Pasien sudah menikah ± 12 tahun, memiliki 2 orang anak (anak pertama perempuan berusia 10 tahun, anak kedua perempuan berusia 5 tahun), pasien bekerja di BUMN (PDAM)”.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : tampak lemah

b. Kesadaran : *composmentis*

c. Pasien : tampak berbaring tidur dan *gips* terpasang dikaki kiri antara 1/3 paha sampai dengan ujung kaki.

d. GCS : E4 V5 M6

e. TTV : TD : 120mmHg , MAP (70MmHg)

Nadi : 89x/mnt

Suhu : 36.C

Pernafasan : 20x/mnt

Skal nyeri : 3 (1-4)

Spo2 : 100% tanpa penggunaan O₂

f. Sistem *Integument* :

kulit bersih/ putih, tidak terdapat lesi, tidak *ikterik*, turgor kulit kembali dalam ±2 detik, kulit lembab, akral teraba hangat.

g. Kepala

1) Keluhan : tidak ada

2) *Inspeksi* : tampak bersih

3) Distribusi rambut : panjang dan tebal

- 4) Warna kulit kepala : bersih
 - 5) Kebersihan kulit kepala : bersih
 - 6) *Palpasi* : massa abnormal : tidak ada
 - 7) *Krepitasi* : tidak ada
 - 8) Nyeri tekan : tidak ada
- h. Muka : Simetris, tidak ada kelainan
- i. Mata
- 1) *Visus* : +ka/ki : tidak ada kesulitan melihat objek dengan jelas
 - 2) Lapang pandang : Kemampuan mata untuk melihat benda disekitar Baik.
 - 3) *Inspeksi* : tampak *simetris*
 - 4) *Palpebra* : kulit *palpebra* tidak ada *hematoma*, tidak ada benjolan
 - 5) *Konjungtiva* : tidak *anemis*
 - 6) Perdarahan : tidak ada
 - 7) *Pupil* : +ka/+ki reaksi terhadap cahaya +
 - 8) Tanda peradangan : tidak ada
 - 9) Fungsi penglihatan : baik
 - 10) Penggunaan alat bantu : tidak ada
- j. Telinga : bentuk *simetris* dan tampak bersih pada kedua rongga telinga.
- k. Hidung
- 1) *Inspeksi* : tampak bersih pada kedua rongga hidung
 - 2) Bentuk : *simetris*
 - 3) Warna : putih, tidak ada *obstruksi* atau napas tambahan
- l. Mulut dan *faring*
- 1) *Inspeksi* : tampak bersih dan *simetris*
 - 2) Warna bibir : kemerahan
 - 3) *Mukosa* bibir : tampak lembab
 - 4) *Mukosa* dalam : merah muda
 - 5) Gigi : tampak rapi dan bersih
 - 6) Gusi : bersih

- 7) Pembengkakan tonsil : tidak ada
- 8) Sakit tenggorokan : tidak ada
- 9) Gangguan bicara : tidak ada

m. Leher : tampak *simetris*, tidak ada benjolan *limphe nodul*, nyeri tekan tidak ada.

n. Thorax

1) *Inspeksi* :
bentuk dada *simetris*, kondisi kulit dada tampak bersih, *ekspansi* dinding dada bergerak *simetris*, tanda peradangan tidak ada dan tidak ada otot bantu nafas tambahan.

2) *Palpasi* :
tidak teraba adanya massa abnormal/ *krepitasi*, nyeri tekan/ *edema*/ dan *emfisema sub cutis*.

3) *Auskultasi*
Paru-paru : ronchi (-), wheezing (-) , tidak ada bunyi nafas tambahan
Jantung : auskultasi : S1 S2 tunggal reguler, S3 S4 tidak terdengar murmur

4) *Perkusi*
Paru-paru : sonor sela iga 8 s/d 10 midaxila kanan dan kiri
Jantung : Pekak , batas jantung, kesan tidak melebar.

o. Payudara dan *axila*

1) *Inspeksi* :
Ukuran/bentuk payudara kanan dan kiri tampak *simetris*, kondisi kulit putih dan puting susu tampak *pink* kecoklatan.

2) *Palpasi* : tidak ada nyeri tekan, *edema* /massa abnormal.

p. *Abdomen*

1) *Inspeksi* : bentuk *simetris*, kondisi kulit bersih

2) *Palpasi* :

tidak ada penegangan dinding *abdomen*, tidak ada *edema* dan nyeri tekan atau massa abnormal.

3) *Auskultasi* : bising usus 12x/mnt

4) *Perkusi* : *tympani*

q. *Genitalia* : tampak adanya lendir keputihan , tapi tidak berbau. Terpasang *dowerchateter*.

r. *Ekstremitas* : akral teraba hangat

Kekuatan otot : D	S
5	5
5	tidak dapat terkaji pasien terpasang gips

Keterangan :

O : tidak ada *kontraksi* otot

1 : *kontraksi* otot dapat *dipalpasi* tanpa pergerakan persendian

2 : tidak mampu melawan *gravitasi* (*gerak pasif*)

3 : hanya mampu melawan *gravitasi*

4 : mampu mengerjakan persendian dengan gaya *gravitasi*, mampu melawan dengan tahanan sedang.

5 : mampu mengerjakan persendian dalam lingkup gerak penuh mampu melawan *gravitasi*, mampu melawan dengan tahanan penuh.

Ekstremitas atas D/ S : tangan kanan dan kiri mampu mengerjakan dengan bebas, tidak ada keluhan, tampak tangan kiri terpasang infus RL.

Ekstremitas bawah *dextra* : kekuatan otot skala 5 dan tidak ada keluhan

Ekstremitas bawah *sinistra* :

1) tampak terpasang *GIPS* dari 1/3 paha sampai ujung kaki kiri

2) jari-jari kaki kiri tampak bisa digerakkan

3) Sirkulasi atau fungsi neurologi akibat pemasangan gips : (Nyeri pada ujung ujung jari kaki kiri negatif, rasa kesemutan/gatal negatif , tanda tanda infeksi negatif, dan kulit tampak putih kemerahan /sianosis tidak terjadi)

4) pasien tampak kesulitan melakukan pergerakan karena rasa nyeri

5) pengkajian skala nyeri PQRST

P : trauma *post* KLLD

Q : nyeri seperti tertusuk tusuk

R : daerah lutut

S : skala nyeri 3 (1-4)

T : Jika melakukan pergerakan

s. 11 Pola *Gordon*

1) Persepsi terhadap kesehatan – manajemen kesehatan:

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan apabila sakit segera pergi kepuskesmas/klinik kesehatan.

Selama sakit :

Pasien mengatakan merasa khawatir akan penyakitnya, takut hal yang buruk terjadi (Cacat tidak bisa berjalan).

2) Pola aktivitas dan latihan: (pasien kategori 2 dibantu orang lain)

	AKTIVITAS	SMRS (SKOR)	MRS (SKOR)
1	Makan/minum	0	2
2	Mandi	0	3
3	Berpakaian / Berdandan	0	2
4	Toileting	0	3
5	Berpindah	0	4
6	Berjalan	0	4
7	Naik Tangga	0	4

Ket :

0 = Mandiri

1 = alat bantu

2 = dibantu orang lain

3 = dibantu orang lain dan alat

4 = tidak mampu

Alat bantu : tongkat/kursi roda

3) Pola istirahat dan tidur

	KEGIATAN	SMRS	MRS
1	Tidur siang	Tidak/jarang	Tidur siang
2	Tidur malam	Sekitar jam 22.00wita	Tidak menentu
3	Kebiasaan sebelum tidur	Tidak ada	Tidak ada
4	Kesulitan tidur	Tidak ada	Tidak ada
	Upaya mengatasi -		

4) Pola nutrisi (kategori sehat , dengan IMT: 21,5 TB: 160cm, BB: 55kg)

	KETERANGAN	SMRS	MRS
1	Jenis makanan/diet	Tidak ada	Tinggi <i>protein</i>
2	<i>Frekuensi</i>	2x/hr (siang dan sore)	Mengikuti jadwal dari RS (3x/hr)
3	Porsi yang dihabiskan	1 porsi	1 porsi
4	Komposisi menu	Bebas	Mengikuti menu yang tersedia di RS
5	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
6	Nafsu makan	Baik	Baik
7	<i>Fluktasi</i> BB 6 bulan terakhir	Baik / normal	Baik /normal
8	Sukar menelan	Tidak ada	Tidak ada
9	Riw. Penyembuhan luka	Baik	Baik

5) Pola *eliminasi* (Dibantu dengan alat , dan dibantu perawat/suami)

	SMRS	MRS
Buang Air Besar (BAB)		
1	Frekuensi	1x/hr
2	Warna	Kuning
3	Kesulitan BAB	Tidak ada
Tidak terbiasa, karena harus BAB di pampers		
Upaya mengatasi : Segera mengganti pampres jika selesai bab, menjaga pampers agar selalu bersih dan kering, jika perlu penggunaan cream untuk menghindari ruam karena penggunaan popok.		
Buang Air Kecil (BAK) : Menggunakan chateter urin		
1	Frekuensi	Sering
2	Jumlah	Banyak
Selama 7jam ± 1.100cc		

3	Warna	Kuning, jernih	Kuning, jernih
4	Kesulitan BAK	Tidak ada	Tidak terbiasa dengan penggunaan <i>dowerchateter</i>
Upaya mengatasi : Mengedukasi pasien tentang pentingnya pemasangan <i>dowerchateter</i> pada saat ini			

6) Pola *kognitif – perceptual*

Sebelum sakit :

pasien mengatakan tidak tahu bahaya dari patah tulang, jika tidak segera diatasi.

Selama sakit :

pasien mengatakan sudah tahu tentang tindakan penanganan dari patah tulang yang sedang dideritanya, pasien mendapatkan informasi dari dokter dan perawat yang merawat. Tetapi untuk saat ini memang masih takut dan tidak berani untuk mengambil tindakan operasi yang seperti dokter sarankan.

7) Pola konsep diri

Gambaran diri :

pasien mengatakan sedih dengan kondisinya saat ini dan mencoba menerima kondisinya.

Harga diri :

pasien mengatakan tidak malu/ rendah diri dengan kondisinya saat ini, karena (suami/ anak) selalu memberikan dukungan semangat hidup, tetapi merasa cemas/ khawatir terjadinya perubahan struktur fungsi tubuh, takut cacat/ tidak dapat bekerja lagi.

8) Pola *koping*

a) Pengambil keputusan secara sendiri dan dibantu suami.

- b) Masalah utama terkait dengan perawatan di RS /penyakit : “mengeluh nyeri dan khawatir perannya sebagai seorang istri/ibu menjadi tidak maksimal dalam melayani keluarga, serta dalam melakukan *aktivitas* akan menjadi sangat terbatas terkait kondisinya saat ini.
 - c) Hal yang biasa dilakukan jika mengalami stress/masalah: “mendengarkan musik dan berdiskusi dengan orang terdekat (suami)”.
 - d) Harapan setelah menjalani perawatan: “Dapat beraktivitas seperti biasanya, keluhan nyeri hilang”.
 - e) Perubahan yang dirasakan setelah sakit: “peran sebagai seorang isteri/ibu menjadi tidak maksimal, dalam melakukan beberapa aktivitas memerlukan bantuan orang terdekat suami dan perawat”.
- 9) Pola *seksualitas – reproduksi*
- a) Masaah hubungan *seksual* selama sakit : pasien mengatakan “tidak ada keluhan dengan alat *genitalianya*, dan selama dirawat di RS belum ada melakukan hubungan *seksual* dengan suaminya, karena saat ini fokus untuk kesembuhannya”.
 - b) Upaya mengatasi: “Menganjurkan pasien untuk berbicara/ berdiskusi dengan suaminya secara intim”.
- 10) Pola peran – hubungan
- a) Peran dalam keluarga: “perannya sebagai ibu dan juga sebagai pekerja. Sekarang ini tidak lagi bekerja dan perannya didalam keluarga juga tidak maksimal karena kondisinya yang sedang sakit”.
 - b) Sistem pendukung: suami, anak, ibu/ bapak (orang tua).
 - c) Upaya untuk mengatasi: “perawat memberikan penjelasan dan dukungan/ motivasi kepada pasien, agar selalu semangat menjalani hidup”.
- 11) Pola nilai dan kepercayaan :
- menurut pasien Agama itu sangat penting dan percaya dengan adanya tuhan yang maha esa. Kegiatan agama yang dilakukan selama di Rumah Sakit : bershawat/ berdzikir dan berdoa kepada tuhan agar diberikan kesembuhan.

12) Pemeriksaan Saraf (khusus Ruang Syaraf): penglihatan dan pendengar baik, biasa merasakan senrtuhan/rangsangan nyeri.

4. Prosedur *diagnostik*

a. *Laboratorium* , (31 januari 2023, 22.00 wita)

Darah Lengkap	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Analisa
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	12.3	12-14	g/dl	Normal
Hematokrit	35.9	37-43	%	Resiko anemia
Leukosit	12.1	5.500-15.000	/ul	
Trombosit	111.000	180.000-32.000	/ul	Resiko perdarahan
Eritrosit	4.14.000	3.500.000-	Juta/ul	
MCV	86.6	4.500.000	fl	
MCH	29.8	81-99	pg	
MCHC	34.4	28-33	g/dL	
		32-36		
DIFT COUNT				
Basophil	0	0.0-1.0	%	
Eosinophil	0	1-3	%	
Stab Cell	2	2-6	%	
Segmen	80	50-70	%	
Limfosit	18	20-35	%	
Monosit	0	2-6	%	
DARAH LENGKAP				
Neutrofil Limposit Ratio (NLR)	4.44	< 3,14		
Absolute Limposit Count (ALC)	2.178	>1.500	/ul	
KIMIA DARAH				
APTT	29.4	27.0-42.0	detik	
PPT	16.2	11.0-18.00	detik	
Ureum	16	15-39	mg/dl	
Creatinin	0.6	0.6-1.1	u/l	
SGOT	14	<30	u/l	
SGPT	17	<31	gr/dl	
Protein Total	3.6	6.0-7.8	gr/dl	
Albumin	0.9	3.5-5.0	gr/dl	
Globulin	2.7			
NONSEROLOGI				
	Negative	Negative		Normal

Antigen (Ag) SARS- COV-2	Negative	Negative	Normal
HbsAg	Negative	NonReaktif	Normal
HIV Kategori 1			

b. *x-ray* : (31 januari 2

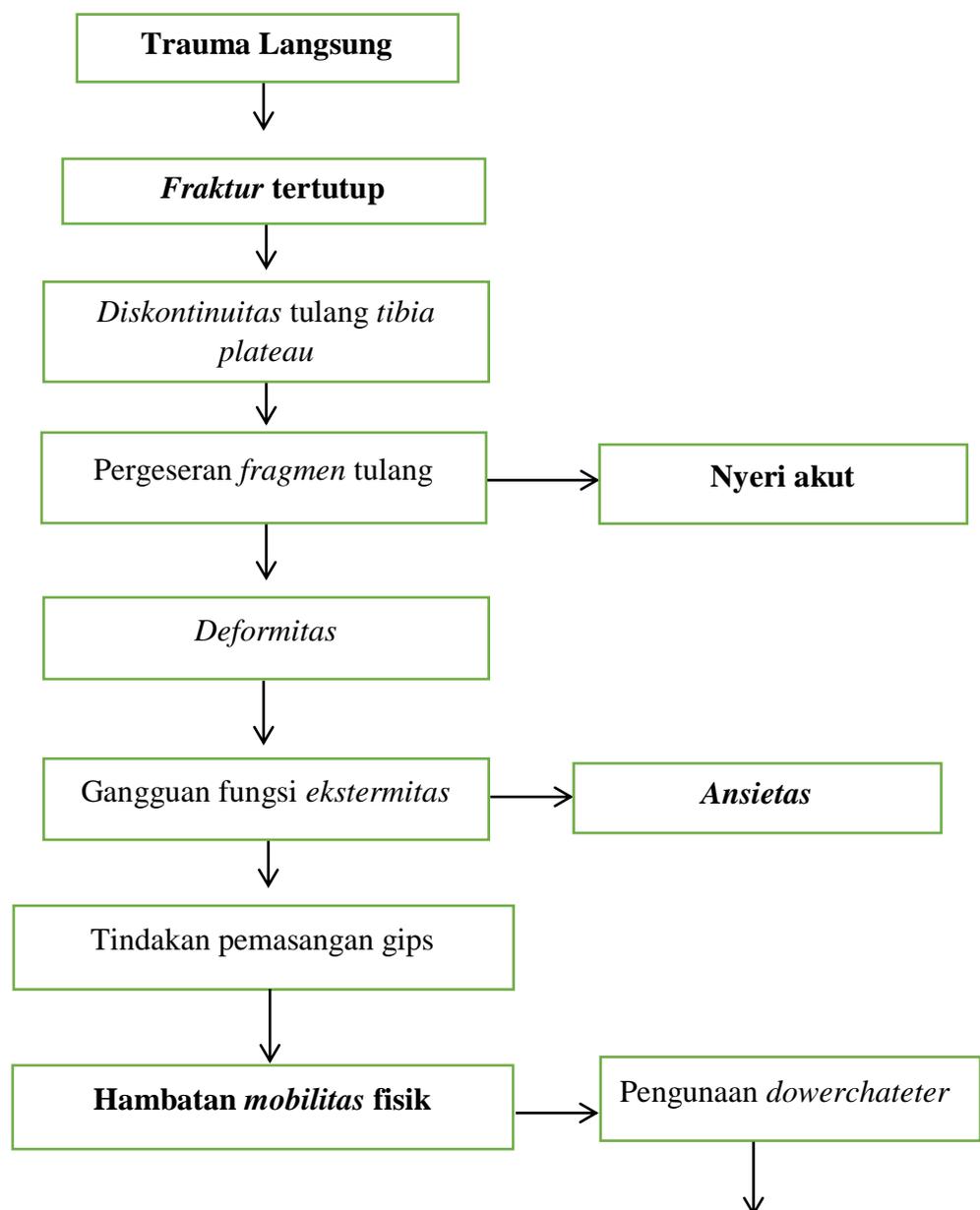
b. Thorax foto :Kesan : *thorax* foto normal, tidak ada pembesaran jantung atau kelainan jantung dan paru.

Ankle AP/LAT : Kesan : foto *ankle sinistra* dalam batas normal

Femur LAT : Kesan : tidak tampak kelainan os femur sinistra

GENU AO/LAT : Kesan : Fraktur proximal tibia sinistra dengan keterlibatan tibia plateau

c. *ECG* : (31 januari 2023) Kesan : tampak *sinus rythm*.

B. PATHWAY

Resiko Infeksi

Skema 3.1. *Pathway* kasus**C. Analisa Data**

Data	Etiologi	Analisa Problem
<p>Data S :</p> <p>Pasien mengatakan “kaki kiri terasa nyeri seperti ditusuk tusuk dan semakin nyeri jika melakukan pergerakan”</p> <p>Pengkajian nyeri :</p> <p>P : trauma post KLLD</p> <p>Q : nyeri seperti tertusuk tusuk</p> <p>R : area lutut</p> <p>S : skala nyeri “3”</p> <p>T : jika melakukan pergerakan</p> <p>Data O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak meringis 2) Tampak terpasang <i>gips</i> dikaki sebelah kiri dari 1/3 paha sampai ujung kaki 3) Jari-jari kaki kiri tampak bisa digerakkan, masih bisa merasakan rangsangan nyeri 4) Hasil <i>Rongen</i> : (<i>Genu AP/LAT</i> : <i>fraktur proximal tibia sinistra</i> dengan keterlibatan tibial <i>plateau</i>) 	<p>Trauma (cidera/benturan) <i>Post KLLD</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><i>Fraktur</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pergeseran <i>fragmen</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut</p>

--	--	--

Data	Etiologi	Analisa Problem
<p>Data S :</p> <p>pasien mengatakan “sulit bergerak karena rasa nyeri dan terasa berat karena pemaangan gips, saat ini aktivitas banyak dibantu keluarga dan perawat”.</p> <p>Data O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga 2) <i>Gips</i> terpasang 3) <i>Dowerchatarter</i> terpasang 4) Jika pasien mau melakukan perubahan posisi duduk/ rebahan dibantu suami/ perawat 	<p><i>Fraktur</i></p> <p>↓</p> <p><i>diskontinuitas tulang tibia plateau</i></p> <p>↓</p> <p>pergeseran <i>fragmen</i> tulang</p> <p>↓</p> <p>Tindakan pemasangan <i>gips</i></p> <p>↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>

Data	Etiologi	Analisa Problem
------	----------	-----------------

<p>Faktor resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berhubungan dengan pemasangan <i>dowerchateter</i> - Kemungkinan terjadinya infeksi saluran kemih 	<p style="text-align: center;"><i>Fraktur</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan fungsi <i>ekstremitas</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hambatan mobilitas fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><i>dowerchateter</i> terpasang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Resiko Infeksi</p>	<p style="text-align: center;">Resiko Infeksi</p>
---	---	---

A. Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan/agen cedera ditandai pasien mengatakan “nyeri jika kaki kirinya digerakkan”. Dibantu dengan pengkajian keperawatan yaitu pasien tampak lemah, pasien tampak meringis kesakitan (ekspresi murah), tampak terpasang *gips* pada kaki antara 1/3 paha sampai dengan ujung kaki *sinistra/* kiri. Kesadaran *composmentis*, *GCS* (*Eye* 4, *Verbal* 5, *Motorik* 6 = 15), *TTV* (*Temp*= 36 °C, *Pulse*= 89 x/menit, *Resp*= 20x/menit, *Blood Pressure*= 120/70 mmHg, *SpO2*= 100% tanpa menggunakan bantuan oksigen) dalam posisi *supine*.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post trauma, pemasangan *gips* ditandai pasien mengatakan “sulit bergerak karena terasa nyeri dan terasa berat, *gips* terpasang” dibantu dengan pengkajian keperawatan yaitu pola aktivitas latihan dan kebutuhan dasar sehari-hari dibantu dengan orang lain (2) yaitu makan, minum, berpakaian, berdandan. dibantu dengan orang lain dan alat (3) yaitu mandi dan toileting dengan menggunakan *pampers* dan *dowerchateter*, dan tidak mampu melakukannya (4) yaitu berpindah, berjalan dan naik tangga.

3. Anxietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan pasien mengatakan “merasa khawatir tidak bisa beraktivitas normal seperti biasanya dan peran nya sebagai ibu/isteri menjadi tidak maksimal” dibantu dengan pengkajian keperawatan yaitu muka tampak muram, tidak bersemangat konsentrasi menurun dan pasien menolak untuk dilakukan tindakan ORIF karena saat ini memang masih takut dan tidak berani untuk dilakukannya tindakan operasi yang seperti dokter sarankan, pasien lebih memilih menggunakan *Gips* yang diberikan oleh dokter sebagai opsi lain.
4. Resiko Infeksi ditandai dengan prosedur invasif (pemasangan *dowerchateter*)

E. Asuhan Keperawatan

Nama / Umur : Ny. K, 35 tahun
 Kamar : M. 2x
 Dokter : dr. I
 Hari / Tanggal : Jumat, 03 januari2023
 Diagnosa Keperawatan 1 :

STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)	STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Nyeriakut berhubungan dengan terputusnya <i>kontinuitas</i> jaringan/agen cedera	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun 3. Sikap <i>protektif</i> menurun. 4. Gelisah menurun. 5. Kesulitan tidur menurun.	Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen nyeri berdasarkan SIKI, antara lain: Observasi 1. <i>Identifikasi</i> lokasi, karakteristik, durasi, <i>frekuensi</i> , kualitas, <i>intensitas</i> nyeri. 2. <i>Identifikasi</i> skala nyeri. 3. <i>Identifikasi</i> respon nyeri non verbal. 4. <i>Identifikasi</i> faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	Jam 08.00 wita 1. <i>Mengidentifikasi</i> lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, <i>intensitas</i> nyeri dan skala nyeri dengan PQRST: a) P=(trauma <i>post</i> KLLD) b) Q=(nyeri seperti tertusuk tusuk) c) R=(daerah lutut) d) S=(skala nyeri 3) (1-4) e) T=(jika kaki kiri digerakkan)	Jam 13.30 wita S : pasien mengatakan “nyeri berkurang dikarenakan tidak terlalu banyak menggerakkan kaki kiri dan lebih banyak beristirahat” O : 1. TTV a) Bp: 110/70mmhg b) HR: 80x/mnt c) R: 22x/mnt

	<p>6. <i>Frekuensi</i> nadi membaik.</p>	<p>5. <i>Identifikasi</i> pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</p> <p>6. <i>Identifikasi</i> pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</p> <p>7. <i>Identifikasi</i> pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi <i>komplementer</i> yang sudah diberikan.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan Teknik <i>nonfarmakologis</i> untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi</p>	<p>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>3. Mengukur TTV</p> <p>a) BP : 120/80mmhg</p> <p>b) HR : 89x/mnt</p> <p>c) R : 20x/mnt</p> <p>d) T : 36°C</p> <p>e) Spo2 : 100%</p> <p>Jam 09.00 wita</p> <p>4. Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat dan tidur.</p> <p>5. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.</p> <p>6. Membantu/memberikan posisi yang nyaman menurut pasien.</p> <p>7. Memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang kepada pasien, seperti (membatasi jumlah pengunjung).</p> <p>8. Memberikan terapi nonfarmakologis, yaitu SDB (<i>slow deep</i></p>	<p>d) T: 36,5°C</p> <p>e) Spo2: 100%</p> <p>2. Skala nyeri, dgn PQRST</p> <p>a) P (trauma <i>post</i> KLLD)</p> <p>b) Q (nyeri seperti tertusuk-tusuk)</p> <p>c) R (daerah lutut)</p> <p>d) S (skala nyeri 2)</p> <p>e) T (jika kaki kiri digerakkan)</p>
--	--	---	--	---

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Anjurkan menggunakan <i>analgesik</i> secara tepat. 5. Ajarkan Teknik <i>farmakologis</i> untuk mengurangi nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian <i>analgetik</i>, jika perlu. 	<p><i>Breathing</i>), dalam jurnal yang terlampir.</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Memberikan obat <i>inj.torasic</i> 30mg (IV) (sesuai order dokter) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Kaki kiri tampak terpasang <i>gips</i> dari 1/3 paha s/d ujung kaki. 4. Tampak terdengar pasien sedang memutar musik. <p>A : masalah nyeri akut teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri dengan PQRST. 2. Mengukur TTV 3. Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat dan tidur 4. Membantu/memberikan posisi yang nyaman menurut pasien 5. Memberikan lingkungan yang
--	--	--	--	---

				<p>nyaman dan tenang kepada pasien, seperti (membatasi jumlah pengunjung)</p> <ol style="list-style-type: none">6. Memberi teknik nonfarmakologis yaitu SDB (slow deep breathing).7. Memberikan obat anti nyeri.
--	--	--	--	---

Diagnosa Keperawatan 2 :

STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)	STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)	IMPLEMENTASI	EVALUASI		
<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri <i>post trauma, immobilisasi, pemasangan gips</i></p>	<p>Setelah dilakukan <i>intervensi</i> keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Tindakan yang dilakukan pada <i>intervensi</i> Dukungan ambulasi berdasarkan SIKI, antara lain:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Identifikasi</i> adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. <i>Identifikasi</i> toleransi fisik melakukan <i>ambulasi</i>. 3. Monitor <i>frekuensi</i> 	<p>Jam 08.00 wita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu ADL (menyeka pasien, mengganti <i>linen</i>). 2. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 3. Menempatkan barang pribadi disekitar pasien. <p>Jam 10.00 wita</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mengkaji <i>mobilitas</i> dan <i>observasi</i> adanya peningkatan kerusakan, dengan cara melihat aktivitas pasien, seperti : <table border="1" data-bbox="1167 1190 1512 1275"> <tr> <td>AKTIVITAS</td> </tr> <tr> <td>Makan/Minum</td> </tr> </table> 	AKTIVITAS	Makan/Minum	<p>Jam 13.30 wita</p> <p>S : pasien mengatakan “mencoba mengeser kaki kiri secara perlahan bisa, namun terasa nyeri dan berat, kemudian untuk selanjutnya aktivitas banyak dibantu sama suami dan perawat”.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sedang berbaring ditempat tidur. 2. Tampak <i>gips</i> terpasang.
AKTIVITAS						
Makan/Minum						

		<p>jantung dan tekanan darah sebelum memulai <i>ambulasi</i>.</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Fasilitasi aktivitas ambulasi</i> dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk). 2. <i>Fasilitasi</i> melakukan mobilisasi fisik, jika perlu. 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan <i>ambulasi</i>. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur <i>ambulasi</i>. 2. Anjurkan melakukan <i>ambulasi</i> dini. 	<table border="1" data-bbox="1169 228 1512 343"> <tr><td>Mandi</td></tr> <tr><td>Berpakaian</td></tr> <tr><td>Toileting</td></tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan <i>ambulasi</i>. 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 7. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis.tongkat/kursi roda). 8. Menjelaskan tanda tanda infeksi (mis, gips berbau busuk, eritme, demam 9. Menjelaskan tanda-tanda gangguan sirkulasi atau fungsi neurologi akibat gips pada ekstremitas yang terkena (mis. nyeri, pucat, nadi tidak teraba, parestesi, paraists [5P]) dan laporkan segera jika terjadi. 10. Menganjurkan menghindari menekan gips selama masa pengeringan. 11. Menganjurkan menghindari gips terkena air/basah (mis. gunakan pelindung yang sesuai saat mandi. 12. Menganjurkan memposisikan gips pada bantal 	Mandi	Berpakaian	Toileting	<ol style="list-style-type: none"> 3. Tampak pasien mampu melakukan pergeseran kaki kirinya secara perlahan. <p>A : masalah hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan <i>Intervensi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Mengidentifikasi</i> adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Menempatkan barang pribadi disekitar pasien 3. Mengukur TTV 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan <i>ambulasi</i>.
Mandi							
Berpakaian							
Toileting							

		<p>3. Ajarkan <i>ambulasi</i> sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).</p> <p>Perawatan Gips (SIKI, 2022)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan materi dan media serta berikan</p>		<p>5. Menjelaskan tanda tanda infeksi (mis, gips berbau busuk, eritme, demam)</p> <p>6. Menjelaskan tanda-tanda gangguan sirkulasi atau fungsi neurologi akibat gips pada ekstremitas yang terkena (mis. nyeri, pucat, nadi tidak teraba, parestesi, paraists [5P]) dan laporkan segera jika terjadi</p> <p>7. Menganjurkan menghindari menekan gips selama masa pengeringan</p> <p>8. Menganjurkan menghindari gips terkena air/basah (mis. gunakan</p>
--	--	--	--	--

		<p>kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan bahwa gips akan terasa hangat selama proses pemasangan sampai kering 2. Jelaskan perlunya membatasi aktivitas selama masa pengeringan gips 3. Jelaskan tanda-tanda infeksi (mis. gips berbau busuk, eriteme, demam) dan minta segera melaporkan 4. Jelaskan tanda-tanda gangguan sirkulasi atau fungsi neurologi akibat gips pada ekstremitas yang 		<p>pelindung yang sesuai saat mandi)</p> <p>9. Menganjurkan memposisikan gips pada bantal</p>
--	--	--	--	---

		<p>terkena (mis. nyeri, pucat, nadi tidak teraba, parestesi, paraists [5P]) dan laporkan segera jika terjadi</p> <p>5. Anjurkan menghindari menekan gips selama masa pengeringan</p> <p>6. Anjurkan menghindari gips terkena air/basah (mis. gunakan pelindung yang sesuai saat mandi)</p> <p>7. Anjurkan memposisikan gips pada bantal</p>		
--	--	---	--	--

Diagnosa Keperawatan 3 :

STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)	STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)	IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p><i>Ancietas</i> berhubungan dengan krisis <i>situasional</i></p>	<p>Setelah dilakukan <i>intervensi</i> keperawatan selama 1-3 x 60 menit, maka tingkat <i>ansietas</i> menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Verbalisasi</i> kebingungan menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Konsentrasi membaik 	<p>Tindakan yang dilakukan pada <i>intervensi Reduksi ansietas</i> berdasarkan SIKI, antara lain:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Identifikasi</i> saat tingkat <i>ansietas</i> berubah (mis: kondisi, waktu, <i>stresor</i>). 2. <i>Identifikasi</i> kemampuan mengambil keputusan. 3. <i>Monitor</i> tanda-tanda <i>ansietas</i> (<i>verbal</i> dan <i>nonverbal</i>). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana <i>terapeutik</i> untuk menumbuhkan kepercayaan. 2. Pahami situasi yang membuat <i>ansietas</i>. 3. Dengarkan dengan penuh perhatian. 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. 	<p>Jam 08.00 wita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menciptakan suasana <i>terapeutik</i> untuk menumbuhkan kepercayaan dan melakukan pendekatan dengan tenang dan meyakinkan. 2. <i>Mendidentifikasi</i> saat tingkat <i>ansietas</i> berubah (mis: kondisi, waktu, <i>stresor</i>). 3. Memonitor tanda-tanda <i>ancietas</i> (<i>verbal/non verbal</i>). 4. Berdiskusi dengan pasien untuk mengurangi kecemasan. 	<p>Jam 13.30 wita</p> <p>S : pasien mengatakan “sedikit lebih tenang, dikarenakan suami sigap membantu segala aktivitas yang tidak dapat dilakukan”</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tenang. 2. Kontak mata positif. 3. Nadi teraba kuat dan teratur. <p>A : masalah <i>ancietas</i> teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan <i>intervensi</i></p>

		<p>5. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.</p> <p>6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.</p> <p>7. Diskusikan perencanaan <i>realistis</i> tentang peristiwa yang akan datang.</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan <i>prosedur</i>, termasuk <i>sensasi</i> yang mungkin dialami.</p> <p>2. Informasikan secara <i>faktual</i> mengenai diagnosis, pengobatan, dan <i>prognosis</i>.</p> <p>3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien</p> <p>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak <i>kompetitif</i>, sesuai kebutuhan.</p> <p>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.</p> <p>6. Latih Teknik <i>relaksasi</i>.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat <i>antiansietas</i>, jika perlu.</p>	<p>5. Memahami situasi yang membuat <i>ansietas</i> dan mendengarkan dengan penuh perhatian.</p> <p>6. Mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.</p> <p>7. Menjelaskan prosedur, termasuk <i>sensasi</i> yang mungkin dialami.</p> <p>8. Memberikan informasikan secara <i>faktual</i> mengenai diagnosis, pengobatan, dan <i>prognosis</i>.</p> <p>9. Meganjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien.</p> <p>10. Melatik teknik relaksasi.</p>	<p>1. Mengidentifikasi saat tingkat <i>ansietas</i> berubah (mis: kondisi, waktu, <i>stresor</i>).</p> <p>2. Memonitor tanda tanda <i>ancietas</i> (<i>verbal/non verbal</i>).</p> <p>3. Berdiskusi dengan pasien untuk mengurangi kecemasan.</p> <p>4. Meganjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien.</p> <p>5. Melatih Teknik <i>relaksasi</i>.</p>
--	--	--	--	---

Diagnosa keperawatan 4

STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)	STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Resiko Infeksi	Selama dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam, diharapkan tidak terjadi tanda tanda infeksi, dengan kriteria hasil : 1. Tidak ada kemerahan 2. Tidak ada merasa panas 3. Tidak ada nyeri 4. Tidak ada pembengkakkan	<p>Observasi</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<p>Jam 08.00 wita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Melakukan perawatan <i>dowerchateter</i> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Jam 09.00 wita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 	<p>Jam 13.30 wita</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri saat/ingin kencing tidak ada</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tanda tanda vital (T : 36,8'c, HR : 82x/mnt) - Demam tidak ada - Tidak ada pembengkakkan dan kemerahan didaerah genitalia - Warna urin tampak kuning, jernih <p>A : masalah resiko infeksi tidak terjadi</p>

		<p>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>3. Ajarkan etika batuk</p> <p>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan Meningkatkan asupan cairan 	<p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Mempertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi - Melakukan perawatan <i>dowerchateter</i> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sitemik
--	--	---	---	--

F. DRUG STUDY

Nama Obat, Frekuensi, Pemberian Dosis, Cara Pemberian	<i>Indikasi</i>	<i>Kontraindikasi</i>	Efek Samping	Cara Kerja Obat	<i>Konsiderasi Perawat</i>
<p>Torasic 3x 30 mg -IV-</p>	<p>Adalah obat untuk meredakan nyeri sedang hingga berat. Obat ini sering digunakan setelah operasi atau prosedur medis yang bisa menyebabkan nyeri.</p>	<p>Kontraindikasi</p> <p>a. Penderita yang <i>hipersensitif</i> terhadap <i>ketorolak, aspirin</i>, atau NSAID lainnya.</p> <p>b. Pasien dengan riwayat asma, aktif atau riwayat penyakit <i>ulkus peptikum</i>, baru-baru ini atau riwayat perdarahan atau <i>perforasi</i> GI.</p> <p>c. Pasien berisiko gagal ginjal karena penipisan atau <i>dehidrasi</i>.</p> <p>d. Pengobatan nyeri <i>perioperatif</i> dalam pengaturan operasi CABG.</p> <p>e. Gangguan ginjal sedang sampai berat.</p>	<p>Efek samping yang mungkin terjadi yaitu:</p> <p>a. Saluran cerna: <i>diare, dispepsia, nyeri gastrointestinal, nausea</i>.</p> <p>b. Susunan Saraf Pusat : sakit kepala, pusing, mengantuk, berkeringat, depresi, mulut kering, <i>euforia</i>, haus berlebihan, <i>parestesia</i>, stimulasi, <i>vertigo</i>.</p> <p>c. <i>Gastrointestinal: konstipasi</i>, rasa penuh, kelainan fungsi hati, <i>melena, ulkus peptikum</i>, perdarahan <i>rektal, stomatitis</i>, muntah, <i>flatus</i>.</p> <p>d. <i>Respirasi</i> : asma, <i>dispnea</i>.</p>	<p><i>Torasic</i> merupakan obat golongan NSAID (<i>nonsteroidal anti inflammatory drug</i>) yang bekerja dengan cara mengurangi senyawa dalam tubuh yang menyebabkan nyeri, demam, dan peradangan.</p>	<p>a. <i>Observasi</i> tanda tanda alergi.</p> <p>b. <i>Observasi</i> terjadinya penurunan kesadaran</p> <p>c. <i>Observasi</i> terjadinya gangguan pada saluran pencernaan.</p> <p>d. 12 benar obat.</p>

			e. <i>Dermatologik: pruritus, urtikaria.</i>		
--	--	--	--	--	--

Nama Obat, Frekuensi, Pemberian Dosis, Cara Pemberian	Indikasi	Kontraindikasi	Efek Samping	Cara Kerja Obat	Konsiderasi Perawat
<i>Omeprazole</i> 2 x 1 gr -IV-	<i>Indikasi omeprazole</i> kerap digunakan untuk <i>ulkus peptikum, ulserasi lambung</i> karena obat <i>antiinflamasi nonsteroid (OAINS)</i> .	<i>Omeprazole</i> dikontraindikasikan pada pasien yang memiliki riwayat <i>hipersensitivitas</i> terhadap <i>omeprazole</i> ataupun obat penghambat pompa <i>proton</i> lainnya. <i>Omeprazole</i> juga dikontraindikasikan pada pasien yang mengonsumsi <i>nelfinavir</i> karena dapat terjadi penurunan konsentrasi obat <i>nelfinavir</i> .	Beberapa efek samping yang bisa terjadi setelah menggunakan <i>omeprazole</i> adalah: a. Sakit kepala. b. Sakit perut atau perut kembung. c. Mual atau muntah. d. Diare. e. <i>Sembelit</i> . f. Gejala <i>flu</i> , seperti demam, sakit tenggorokan, atau pilek (biasanya pada anak.) Penggunaan <i>omeprazole</i> dalam jangka panjang bisa meningkatkan risiko	<i>Omeprazole</i> menurunkan asam lambung dengan cara menghambat pompa <i>proton</i> yang berperan besar dalam produksi asam lambung. Dengan cara kerja tersebut, obat ini dapat mengurangi gejala <i>iritasi</i> dinding lambung, seperti nyeri ulu hati, mual, dan kembung.	a. <i>Observasi</i> tanda tanda alergi. b. <i>Observasi</i> terjadinya <i>diare</i> / <i>sembelit</i> . c. 12 benar obat.

			tumbuhnya <i>polip</i> di lambung atau kekurangan vitamin B12.		
--	--	--	--	--	--

Nama Obat, Frekuensi, Pemberian Dosis, Cara Pemberian	Indikasi	Kontraindikasi	Efek Samping	Cara Kerja Obat	Konsiderasi Perawat
<i>Infus RL 20 tpm</i>	<ul style="list-style-type: none"> a. Sebagai pengganti cairan <i>ekstrasel</i> yang hilang atau mengatasi <i>dehidrasi isotonik</i>. b. Mengatasi kekurangan garam. c. Mengatasi ketidakseimbangan antara asam dan basa (<i>asidosis metabolik</i>) (<i>asidosis</i>) 	<p>Kontraindikasi absolut terhadap penggunaan RL adalah jika ada riwayat alergi terhadap kandungan RL. Selain itu, RL tidak boleh digunakan bersamaan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ceftriaxone karena dilaporkan dapat menimbulkan presipitasi pada aliran darah b. Transfusi darah karena dapat meningkatkan risiko koagulasi karena kalsium. 	<p>Efek samping</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Demam. b. <i>Iritasi</i>. c. Muntah. d. Sakit perut. e. <i>Infeksi</i>. f. Terjadi penggumpalan darah pada pembuluh darah <i>vena</i> (<i>trombosis vena</i>). g. Peradangan pembuluh darah <i>vena</i> (<i>tromboflebitis</i>). h. Kelemahan otot. i. Kehilangan nafsu makan (<i>anoreksia</i>). j. Kesemutan (<i>parestesia</i>). k. <i>Diare</i>. l. Kesulitan buang air besar (<i>konstipasi</i>). 	<p><i>Ringer Laktat</i> bekerja sebagai sumber air dan <i>elektrolit</i> tubuh serta untuk meningkatkan <i>diuresis</i> (penambah cairan kencing). Obat ini juga memiliki efek <i>alkalis</i>, dimana <i>ion laktat</i> dimetabolisasi menjadi <i>karbondioksida</i> dan air yang menggunakan <i>hidrogen kation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Observasi</i> terjadinya resiko <i>infeksi, plebebtis</i>. b. Tanda tanda perdarahan. <i>Observasi</i> terjadinya <i>ekstravasasi</i> kulit.

	<p><i>metabolik ringan).</i></p> <p>d. Penggantian <i>elektrolit</i> pada luka bakar.</p>		<p>m. Sakit kepala.</p> <p>n. Mual.</p> <p>Kebocoran cairan ke jaringan dalam kulit (<i>ekstravasasi</i>).</p>	<p>sehingga menyebabkan turunnya keasaman.</p>	
--	---	--	--	--	--

Nama Obat, Frekuensi, Pemberian Dosis, Cara Pemberian	Indikasi	Kontraindikasi	Efek Samping	Cara Kerja Obat	Konsiderasi Perawat
<p>Mefinal 500mg 3x1 tablet -P.O-</p>	<p>Obat ini dapat digunakan untuk Nyeri pada kondisi rematik, cedera jaringan lunak, kondisi muskuloskeletal menyakitkan lainnya, dismenorea, sakit kepala, sakit gigi, nyeri pasca operasi</p>	<p>Hipersensitivitas, peradangan atau tukak pada saluran pencernaan.</p>	<p>Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Ggn & perdarahan GI, tukak peptik.</p>	<p>MEFINAL 500 MG merupakan obat dengan kandungan Asam Mefenamat yang bekerja secara reversible menghambat siklooksigenase 1 dan 2 (COX 1 dan 2) sehingga mengakibatkan penurunan laju sintesa prostaglandin dan menunjukkan sifat analgesik,</p>	<p>a. Observasi tanda tanda perdarahan</p> <p>b. terjadinya mual dan muntah</p> <p>c. 12 benar obat</p>

				antiinflamasi dan antipiretik..	
--	--	--	--	---------------------------------	--

Nama Obat, Frekuensi, Pemberian Dosis, Cara Pemberian	Indikasi	Kontraindikasi	Efek Samping	Cara Kerja Obat	Konsiderasi Perawat
Cal -95 3x 1tablet -P.O-	Membantu memelihara kesehatan tulang, antara lain untuk: <ul style="list-style-type: none"> • Membantu memenuhi kebutuhan kalsium selama masa pertumbuhan, kehamilan, dan menyusui • Mencegah osteoporosis 	bat Cal-95 Kaplet dikontraindikasikan penggunaannya oleh orang dengan kondisi kesehatan tertentu, seperti orang dengan riwayat hipersensitivitas terhadap kandungan suplemen.	<ul style="list-style-type: none"> • Perut kembung • Susah buang air besar • Sering bersendawa • Mual dan muntah 	Cal-95 merupakan suplemen yang mengandung multivitamin dan mineral, diantaranya yaitu: Kalsium, Zinc, Boron, dan Magnesium. Suplemen ini digunakan untuk terapi suportif pada osteoporosis pascamenopause, memenuhi kebutuhan kalsium pada anak pada masa pertumbuhan, ibu	a.observasi terjadinya mual dan muntah serta terjadinya kontipasi b. 12 benar obat

	<ul style="list-style-type: none">• Membantu meringankan gejala menopause			hamil, dan menyusui.	
--	---	--	--	----------------------	--

G. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tgl. Jam	CATATAN PERKEMBANGAN (S, O, A, P, I, E)	TTD
Sabtu, 04 Feb`2023 07.30 wita	<p>Pada saat ingin dilakukan perkembangan / hari perawatan berikutnya, pasien sudah pulang pada tanggal 03 februari 2023 pukul 18.20 wita atas anjuran DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) yang datang <i>visite</i> pada pukul 15.40 wita.</p> <p>Saran dari DPJP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol kembali ke Poli Klinik Suaka Insan Banjarmasin pada Senin, 06 februari 2023. - Obat pulang . <ul style="list-style-type: none"> o <i>Mefinal 3x1 tablet (10 tablet).</i> o <i>Cal.95 1x1 tablet (10 tablet).</i> <p>Sebelum pasien pulang perawat melakukan Edukasi tentang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Perawatan gips <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan menghindari menekan <i>gips</i> selama masa pengeringan . - Menganjurkan menghindari <i>gips</i> terkena air/basah (mis. gunakan pelindung yang sesuai saat mandi). - Menganjurkan memposisikan <i>gips</i> pada bantal. - Menganjurkan menggunakan alternatif menggaruk (mis. gunakan udara dingin), jika pasien mengalami rasa gatal/panas . 3. Menganjurkan pasien untuk rutin melakukan check up rutin sesuai saran dokter 	

	<ol style="list-style-type: none">4. Memberikan informasi mengenai obat yang diresepkan dokter (dosis, manfaat dan efek samping obat).5. Menganjurkan keluarga untuk membantu aktivitas/mobilitas pasien.6. Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi diet TKTP (tinggi kalori tinggi protein) dan konsumsi susu yang mengandung kalsium tinggi.	Sonida
--	---	--------