

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

Laporan kasus kelolaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan disusun sesuai dengan tahapan proses keperawatan. Pengkajian dilakukan pada pasien dengan kasus HD (Hirschsprung diseases) di ruang PICU NICU RSUD Aji Muhammad Parikesit, pada tanggal 01 Juni 2022 sampai dengan 06 Juni 2022. Data diperoleh dengan cara, dimana penulis melakukan observasi secara langsung, melakukan pemeriksaan fisik, menganalisis catatan medis dan catatan perawat. Dari hasil pengkajian tersebut diperoleh hasil :

#### **A. Pengkajian Kasus**

##### **1. Identitas klien :**

Klien bernama By. S masuk ke ruang PICU NICU Pada hari senin, tanggal 30 Mei 2022, jam 12:30 wita dengan diagnosa medis Post Op HD soave prosedur. Klien berjenis kelamin Perempuan, Bb klien pada saat lahir 3,4 kg dan Tb 50 cm klien . Memiliki riwayat operasi colostomy saat usia 70 hari karena bab tidak lancar dan perut kembung, klien memiliki berat badan 9,4 kg dan usia klien 11 bulan. No.RM 06118021, Pasien terdapat bengkak atau hematoma dibagian pergelangan tangan pasien. Orang tua klien beragama islam dan bersuku kutai, biaya pengobatan ditanggung orang tua dengan menggunakan BPJS, alamat Desa loa ulung, Kabupaten Kutai Kartanegara.

##### **2. Keluhan utama :**

Keluhan utama klien saat dikaji adalah klien tampak menangis dan gelisah disebabkan oleh post op dibagian abdomen

### 3. Alasan dirawat :

Alasan dirawat karena klien mau dilakukan operasi tutup stoma

#### Data khusus :

##### a. Primary survey

###### 1) Airway :

Tidak ada hambatan jalan nafas, tidak ada gurgling dan snoring, jalan nafas paten

###### 2) Breathing :

a) Inspeksi : bentuk dada simetris kiri dan kanan, pernafasan :

24 x/menit, tidak menggunakan otot bantu nafas dan retraksi dinding dada, tidak ada sianosis Spo2 : 98%

b) Palpasi : gerakan dada simetris kiri dan kanan

c) Perkusi : bunyi paru kiri dan kanan sonor

d) Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan , Tidak ada ronchi dan whezzinng

###### 3) Circulation:

a) Inspeksi : bentuk dada simetris kiri dan kanan

b) Palpasi : denyut jantung teraba normal, Hr:100 x/m , S ;  
36,2°C

c) Perkusi : sonor pada jantung

##### b. Auskultasi : bunyi jantung I dan II tunggal Mur2

##### c. Secondary Survey

###### 1) Pernafasan B1 (*Breathing*)

Spo2 96%, Pernafasan : 24 x/menit ,tidak menggunakan alat

atau otot bantu nafas Persyarafan B2 (*Brain*) Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS : 15 E4 M5 V6, sklera ikterik, konjungtiva tidak anemis, reflek cahaya mata kanan dan kiri ada (+), Pupil isokor 2MM

2) Kardiovaskuler B3 (*Blood*)

Nadi : 100 x/menit, akral teraba hangat, CRT < 2 detik, Nadi teraba Kuat, tidak ada perdarahan, ada edema kebiruan di tangan kanan dan kiri

3) Perkemihan B4 (*Bladder*)

Pasien terpasang Dc urine, dan terpasang rektal tube di stump , Bak berwarna kuning , Total input 324,4 ,output 168,5, Bal, 3 jam 155,9, produksi Bab 45 cc berwarna hijau lendir, Pencernaan B5 (*Bowel*) pasien terpasang OGT diit susu asi / susu formula 8 x 10 cc/ 3 jam melalui OGT, residu NGT 65cc berwarna kehijauan. Lingkar perut 21 cm distensi abdomen, terdapat luka post op di abdomen

4) Musculoskeletal B6 (*Bone*)

Pasien bedrest ditempat tidur dan tirah baring, Mobilisasi dibantu karena masih balita, terpasang restrain di ekstremitas atas dan bawah tidak ada lecet dan luka Ada hematoma atau bengkak dibagian pergelangan tangan kanan berwarna merah kebiruan.

Ekstremitas superior kanan dan kiri dan inferior kanan dan kiri dengan jumlah skala 5 tidak ada nyeri

ket :

**Table 3.1 Pemeriksaan Kekuatan Otot**

|   |
|---|
| 0 : Kontraksi otot tidak terdeteksi       |
| 1 : Tidak ada gerakan hanya dapat dilihat |
| 2 : Gerakan otot dapat melawan gravitasi  |
| 3 : Gerakan normal melawan gravitasi      |
| 4 : Gerakan penuh dan dapat menahan       |
| 5 : Kekuatan otot normal                  |

**4. Pemeriksaan penunjang**

## a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan Hematologi Darah lengkap tanggal 4 juni 2022 :

**Table 3.2**

| No. | Nama Pemeriksaan | Hasil           | Satuan           | Nilai Normal            |
|-----|------------------|-----------------|------------------|-------------------------|
| 1.  | Hemoglobin       | 9,8             | gr/100m<br>1     | P 13 -16 – W 12 -<br>14 |
| 2.  | Hematokrit       | 28              | Vol %            | P 40 -48 – W 37 –<br>43 |
| 3.  | Leukosit         | 17.<br>300      | /mm <sup>3</sup> | 5.000 – 10.000          |
| 4.  | Basofil          | 0,2             | %                | 50 -70                  |
| 5.  | Limfosit         | 9,7             | %                | 20 - 40                 |
| 6.  | Monosit          | 5,3             | %                | 2 -8                    |
| 7.  | Thrombosit       | 427<br>.00<br>0 | /mm <sup>3</sup> | 150.0 – 450.000         |

**5. Daftar harian terapi obat dan cairan****Table 3.3 Terapi obat dan cairan**

| No. | Hari / Tanggal        | Terapi Obat dan Cairan   | Jam Pemberian  |
|-----|-----------------------|--|--|
| 1.  | Rabu<br><br>Juni 2022 | Infus Ds 1,4% Ns 1000cc 24/<br>jam<br>Cefotaxim 3x 300 mg/iv<br>Metronidazole 3x100mg/iv<br>Ranitidin 2 x 5 mg/iv<br>Pct 4x100mg/iv<br>Susu asi / susu formula 8 x 2<br>-10 cc / 3 jam | Selama 24 jam<br>07.00 / 19.00<br>23.00<br>07.00 / 19.00 |
| 2.  | Kamis<br><br>uni 2022 | 1. Infus Ds 1,4% Ns 1000cc<br>24/ jam<br>2..Cefotaxim 3x 300 mg/iv<br>3. Metronidazole 3x100mg/iv<br>Ranitidin 2 x 5 mg/iv<br>Pct 4x100mg /iv  | Selama 24 jam<br>07.00 / 19.00<br>07.00 / 19.00          |

|    |                        |   |  |
|----|------------------------|---|--|
|    |                        | Susu asi / susu formula 8 x 2<br>-10 cc / 3 jam   |  |
| 3. | Jumat<br><br>Juni 2022 | 1. Infus Ds 1,4% Ns 1000cc<br>24/ jam<br>2. Cefotaxim 3x 300 mg/iv<br>3. Metronidazole<br>3x100mg/iv<br>Ranitidin 2 x 5 mg/iv<br>Pct 4x100mg /iv<br>Susu asi / susu formula 8 x 2<br>-10 cc / 3 jam | -Selama 24 jam<br>-07.00 / 19.00<br>-10.00 |

## 6. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

| No. | Data Subyektif & Objektif  | Etiologi                           | Problem                           |
|-----|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1.  | Data Subyektif :<br>Pasien tidak dapat dikaji<br>SPo2 98%<br>N : 100xmnt<br>RR : 19xmnt<br>S : 36,2 C<br>Data Obyektif :<br>- Pasien ada bekas luka Op di abdomen<br>- pasien ada bengkak dibagian tangan kanan dan kiri<br>- adanya kemerahan<br>- F: Meringis (1)<br>L : gelisah (1)<br>A : Menggeliat tidak bisa diam (1)<br>C : Merengek (1)<br>C : Dapat ditenangkan dengan sentuhan (1)<br>- Skala Nyeri 5 | Agen Cidera Fisik                  | Nyeri Akut                        |
| 2.  | Data Subyektif :<br>Paisen tidak dapat dikaji Data Obyektif :<br>Keadaan umum pasien lemah<br>Kesadaran compos mentis<br>- GCS: 15 = E4 M6 V5<br>Akral teraba hangat<br>CRT < 2 detik<br>Terdapat Bekas Luka Op di bagian abdomen<br>Tanda-tanda vital : Nadi : 100 x/menit Pernafasan : 24 x/menit<br>Suhu : 36,2°C<br>Spo2 : 98%   | Prosedur Pembedahan Ekstensif Luas | Perlambatan pemulihan Pasca Bedah |
| 3.  | Data Subyektif :<br>- Pasien tidak dapat dikaji<br>- Data Objektif :   | Efek prosedur invasive             | Resiko Infeksi                    |

|    |   |                        |              |
|----|---|------------------------|--------------|
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemah</li> <li>- Kesadaran compos mentis</li> <li>- GCS: 15 = E4 M6 V5</li> <li>- Akral teraba hangat</li> <li>- Pasien op hd soave prosedur</li> <li>- Terdapat bekas op di abdomen</li> <li>- Terdapat hematoma atau bengkak dibagian pergelangan tangan pasien</li> <li>- Terpasang rektal tube</li> <li>- Data Lab :<br/>Leukosit : 17.300 /mm<sup>3</sup></li> <li>- Tanda-tanda vital<br/>: Nadi :<br/>100<br/>x/menit<br/>Suhu :<br/>36,2°C<br/>Pernafasan : 24 x/menit<br/>Spo2 : 98%</li> </ul> |                        |              |
| 4. | <p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak dapat dikaji</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemah</li> <li>- Kesadaran compos mentis</li> <li>- GCS: 15 = E4 M6 V5</li> <li>- Akral teraba hangat</li> <li>- pasien nampak gelisah</li> <li>- tangan dan kaki pasien diikat sesuai prosedur</li> </ul>   | Usia < 2 thn pada anak | Resiko Jatuh |

## B. Prioritas Masalah Keperawatan

1. Nyeri Akut b/d Agen cedera fisik ( mis : abses, amputasi ,terbakar, terpotong prosedur operasi ) (D.0077)
2. Perlambatan Pemulihan Pasca bedah berhubungan dengan Prosedur pembedahan luas (D.0133)
3. Resiko infeksi berhubungan efek prosedur invasif (D. 0142)
4. Resiko Jatuh berhubungan dengan usia < 2 thn pada anak (D.0143)

### C. Intervensi Keperawatan

| No | SDKI  | SLKI  | SIKI   |
|----|---|---|--|
| 1  | Nyeri Akut b/d Agen cidera fisik ( mis : abses, amputasi ,terbakar, terpotong prosedur operasi ) (D.0077) | <p><b>Kontrol Nyeri ( L .08066)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Kontrol nyeri meningkat dapat teratasi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri ringan</li> <li>2. Meringis ringan</li> <li>3. Skala nyeri ringan</li> </ol> <p>Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat</li> <li>2. Cukup berat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Ringan</li> <li>5. Tidak ada</li> </ol> | <p><b>Manajemen Nyeri (I. 08238)</b></p> <p><b>Tindakan Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri</li> <li>1.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>1.3 Identifikasi respon nyeri nonverbal</li> <li>1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>1.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>1.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>1.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>1.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>1.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.10 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis:cryoterapi)</li> <li>1.11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>1.12 Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>1.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.14 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>1.15 Jelaskan strategi meredakannyeri</li> <li>1.16 Anjurkan memonitor nyeri</li> </ol> |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   |   |   | <p>secara mandiri</p> <p>1.17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>1.18 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p>  |
| 2 | <p>Perlambatan pemulihan pasca bedah bd prosedur pembedahan luas (D.0133)</p> | <p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b><br/>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Nyeri skala cukup meningkat</p> <p>b. Kemerahan cukup meningkat</p> <p><b>Keterangan :</b></p> <p>1) Menurun<br/>2) Cukup menurun<br/>3) Sedang<br/>4) Cukup meningkat<br/>Meningkat</p>  | <p><b>Perawatan Luka (L.14564)</b><br/><b>Observasi :</b></p> <p>3.1 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>3.2 Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>3.3 Kompres daun bandotan ke bagian yang hematom atau bengkak</p> <p>3.4 Observasi bagian hematom</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>3.5 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>3.6. Kolaborasi pemberian antibiotic</p> |
| 3 | <p>Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif ( D.0142 )</p>          | <p><b>Integritas Kulit Dan Jaringan meningkat (L.14125)</b><br/>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 1x4 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dapat teratasi dengan indikator:</p> <p>1. Tanda dan gejala infeksi membaik</p> <p>2. Nyeri membaik</p> <p>3. Hematoma membaik</p> <p>4. Kemerahan membaik</p> <p>Skala :</p> <p>1. Memburuk<br/>2. Cukup memburuk<br/>3. Sedang<br/>4. membaik<br/>5. cukup membaik</p> | <p><b>Perawatan Luka (L.14564)</b><br/><b>Observasi :</b></p> <p>3.6 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>3.7 Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>3.8 Kompres daun bandotan ke bagian yang hematoma atau bengkak</p> <p>3.9 Observasi bagian hematom</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>3.10Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>3.4 Kolaborasi pemberian antibiotic</p> |
| 4 | <p>Resiko jatuh</p>   | <p><b>Tingkat Jatuh (L.</b></p>   | <p><b>Pencegahan Jatuh</b></p>   |



|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | berhubungan dengan Usia < 2th pada anak (D. 0143) | <b>14138)</b><br>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat jatuh Menurun, dengan kriteria hasil:<br>a. Jatuh dari tempat tidur menurun<br>Keterangan :<br>1) Menurun<br>2) Cukup menurun<br>3) Sedang<br>4) Cukup meningkat<br>5) Meningkatkan | <b>(1. 14540)</b><br><b>Observasi :</b><br>4.1 Identifikasi resiko jatuh tiap shift<br><b>Terapeutik :</b><br>4.2 Pastikan bed tempat tidur selalu terkunci<br>4.1 Atur tempat tidur dengan posisi terendah<br><b>Edukasi :</b><br>4.2 Ajarkan untuk menggunakan bel ke keluarga |
|--|---|--|--|

#### D. Intervensi Inovasi Kompres Daun Bandotan Untuk Mengurangi

#### Hematoma

Tabel 3.6

| Rabu, 1 Juni 2022  | Kamis, 2 juni 2022  | Jum'at, 3 JUNI 2022   |
|--|---|---|
| <b>PRE TEST:</b><br>Jam: 08:00   | <b>PRE TEST:</b><br>Jam: 14:00  | <b>PRE TEST:</b><br>Jam: 16:00  |
| 1. Spo2 : 98 %<br>2. Frekuensi Napas: 64 x/menit<br>3. Frekuensi Nadi: 102 x/menit<br>4. Hematoma : Kemerahan<br>5. Derajat hematoma : 2cm                   | 1. Spo2 : 98 %<br>2. Frekuensi Napas: 66 x/menit<br>3. Frekuensi Nadi: 118 x/<br>4. Hematoma : Kemerahan<br>5. Derajat hematoma : 1,6cm                 | 1. Spo2 : 98 %<br>2. Frekuensi Napas: 68 x/menit<br>3. Frekuensi Nadi: 120 x/menit<br>4. Hematoma : kekuningan<br>5. Derajat hematoma : 1,3             |
| <b>POST TEST :</b><br>Jam: 08:15   | <b>POST TEST :</b><br>Jam: 14: 15   | <b>POST TEST :</b><br>Jam: 16: 15   |
| ➤ 15 Menit<br>1. Spo2 : 98 %<br>2. Frekuensi Napas : 64 x/menit<br>3. Frekuensi Nadi : 102 x/menit<br>4. Hematoma : Kemerahan<br>5. Derajat hematoma : 1.3cm | ➤ 15 Menit<br>1. Spo2 : 98 %<br>2. Frekuensi Napas : 66 x/menit<br>3. Frekuensi Nadi : 118 x/<br>4. Hematoma : Kemerahan<br>5. Derajat hematoma : 1,3cm | ➤ 15 Menit<br>1. Spo2 : 98 %<br>2. Frekuensi Napas : 66 x/menit<br>3. Frekuensi Nadi : 118 x/<br>4. Hematoma : Kemerahan<br>5. Derajat hematoma : 1,2cm |

|  |   |  |
|--|---|--|
| ➤ 30 Menit<br>Jam: 08 : 30<br>1. Spo2 : 98 %<br>2. Frekuensi Napas :66 x/menit<br>3. Frekuensi Nadi :118 x/menit<br>4. Hematoma : Kemerahan<br>5. Derajat hematoma : 1cm | ➤ 30 Menit<br>Jam: 14: 30<br>1. Spo2 : 98 %<br>2. Frekuensi Napas : 66 x/menit<br>3. Frekuensi Nadi : 118 x/menit<br>4. Hematoma : Kemerahan<br>5. Derajat hematoma : 1cm | ➤ 30 Menit<br>Jam: 16:30<br>1. Spo2 : 98 %<br>2. Frekuensi Napas : 66 x/menit<br>3. Frekuensi Nadi : 118 x/menit<br>4. Hematoma : Kemerahan<br>5. Derajat hematoma : 1cm |
|--|---|--|

Tabel 3.7 Kelompok kontrol

| Kamis, 9 Juni 2022   |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• SPO2 : 95%</li> <li>• Frekuensi Napas :62x/menit</li> <li>• Frekuensi Nadi:130x/menit</li> <li>• Hematoma: Kemerahan dan Kebiruan</li> </ul> <p>Pada Klien dengan kelompok kontrol , tidak diberi perlakuan kompres daun bandotan terjadi pembengkakan dibagian hematomanya dan lebih lambat proses penyembuhannya. Hanya dilakukan observasi dan tindakan Keperawatan sesuai intervensi Keperawatan.</p> |

### E. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.7

| No | Tgl/Jam                | Diagnosa  | Implementasi   | TTD |
|----|------------------------|---|--|-----|
| 1. | Rabu 01/06/22<br>08.00 | Nyeri Akut<br>bd agen<br>cedera fisik                                   | Identifikasi lokasi nyeri<br>S : -<br>O : Nyeri dibagian abdomen prosedur hd soave<br>1.10 Fasilitas istirahat dan tidur<br>S : -<br>O : pasien terlihat rileks<br>1.8 Berikan terapi pijat untuk mengurangi nyeri<br>S : -<br>O : pasien terlihat tenang  |     |
| 2. | Rabu 01/06/22<br>08.20 | Perlambatan pemulihan pasca bedah bd prosedur pembedahan luas (D. 0133) | Monitor tanda dan gejala infeksi<br>S : Pasien tidak dikaji<br>O : tidak terlihat tanda infeksi<br>Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka<br>S : pasien tidak dapat dikaji<br>O : perhatikan konsep steril<br>Kompres daun bandotan ke bagian yang hematoma atau bengkak<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : hematoma memudar<br>3.6. Kolaborasi pemberian antibiotic<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : pemberian cefotaxim |     |

|    |                        |   |  |  |
|----|------------------------|---|--|--|
| 3. | Rabu 01/06/22<br>09:00 | Resiko infeksi berhubungan dengan efek invasive | <p>Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : kemerahan dan bengkak</p> <p>Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Jumlah pengunjung di batasi</p> <p>Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>mempertahankan Teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : menggunakan handscoon saat Tindakan invasif pada pasien</p> <p> jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : tanda dan gejala infeksi menurun</p> <p> ajarkan cara cuci tangan dengan benar</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Mengajarkan cuci tangan yang benar pada orangtua pasien sebelum kontak dengan pasien</p> <p> Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : pasien di berikan vaksin Hep B Ketika lahir</p> <p> Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : selalu mencuci tangan dan menggunakan handscoon ketika Tindakan invasif</p> <p> Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : pasien mendapat terapi obat ampicillin subactam 2 x 80 mg/iv</p> <p> Kompres daun bandotan ke bagian luka atau hematom</p> <p>S : pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Terlihat perubahan hematom mengempis</p> |  |
| 4. | Rabu 01/06/22<br>11:00 | Resiko jatuh pada anak usia 2th                 | <p>4.1. Identifikasi resiko jatuh tiap shift</p> <p>S : -</p> <p>O : pasien sudah posisi aman</p> <p>4.2 pastikan bed tempat tidur terkunci</p> <p>S : -</p> <p>O : bed sudah terkunci</p> <p>4.3 Atur posisi terendah</p> <p>S : -</p> <p>O : posisi pasien fowler</p>  |  |

| No | Tgl/Jam                    | Diagnosa  | Implementasi  | TTD |
|----|----------------------------|---|---|-----|
| 1. | Kamis<br>13.00             | Nyeri akut b/d<br>agen cedera fisik   | Identifikasi lokasi nyeri<br>S : -<br>O : Nyeri dibagian abdomen prosedur hd<br>soave<br>1.10 Fasilitsi istirahat dan tidur<br>S : -<br>O : pasien terlihat rileks<br>1.8 Berikan terapi pijat untuk mengurangi<br>nyeri<br>S : -<br>O : pasien terlihat tenang   |     |
| 2. | Kamis<br>02/06/22<br>15:00 | Perlambatan<br>penyembuhan<br>bedah   | S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : tidak ada mual atau muntah<br>2.5. Menjelaskan jenis makanan yang bergizi<br>tinggi, namun tetap terjangkau<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : Pasien hanya mengkonsumsi asi atau susu<br>formula   |     |
| 3. | Kamis<br>01/06/22<br>18:00 | Resiko infeksi<br>berhubungan<br>dengan efek<br>prosedur invasif<br>(D. 0142) | Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan<br>sistemik<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : kemerahan dan bengkak cukup menurun<br>Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak<br>dengan lingkungan pasien<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : mencuci tangan sebelum dan sesudah<br>kontak dengan pasien<br>Pertahankan Teknik aseptik pada pasien yang<br>berisikotinggi<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : menggunakan handscoon saat Tindakan<br>invasif pada pasien<br>Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : pasien mendapat terapi obat ampicillin<br>Kompres daun bandotan kebagian luka atau<br>hematom<br>S : pasien tidak dapat dikaji<br>O : Terlihat perubahan hematom mengempis |     |
| 4. | Kamis<br>02/06/22<br>20:00 | Resiko jatuh bd<br>anak usia 2th  | 4.2 pastikan bed tempat tidur terkunci<br>S : -<br>O : bed sudah terkunci<br>4.3 Atur posisi terendah<br>S : -<br>O : posisi pasien fowler  |     |

|  |                            |   |   |  |
|--|----------------------------|---|---|--|
|  | Jumat<br>02/06/22<br>22:00 | Nyeri akut bd<br>agen cedera fisik  | Identifikasi lokasi nyeri<br>S : -<br>O : Nyeri dibagian abdomen prosedur hd<br>soave<br>1.10 Fasilitsi istirahat dan tidur<br>S : -<br>O : pasien terlihat rileks<br>1.8 Berikan terapi pijat untuk<br>mengurangi nyeri<br>S : -<br>O : pasien terlihat tenang   |  |
|  | Sabtu<br>04/06/22<br>01:00 | Perlambatan<br>penyembuhan<br>Bedah   | Monitor tanda dan gejala infeksi<br>S : Pasien tidak dikaji<br>O : tidak terlihat tanda infeksi<br>Pertahankan Teknik steril saat melakukan<br>perawatan luka<br>S : pasien tidak dapat dikaji<br>O : perhatikan konsep steril<br>Kompres daun bandotan ke bagian yang<br>hematom atau bengkak<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : hematom memudar<br>3.6. Kolaborasi pemberian antibiotic<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : pemberian cefotaxim  |  |
|  | Sabtu<br>04/06/22<br>06:00 | Resiko infeksi<br>berhubungan<br>dengan efek<br>prosedur invasif<br>(D. 0142) | Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan<br>sistemik<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : kemerahan dan bengkak cukup menurun<br>Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak<br>dengan lingkungan pasien<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : mencuci tangan sebelum dan sesudah<br>kontak dengan<br>pasien<br>Pertahankan Teknik aseptik pada pasien yang<br>berisikotinggi<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : menggunakan handscoon saat Tindakan<br>invasif pada pasien<br>Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu<br>S : Pasien tidak dapat dikaji<br>O : pasien mendapat terapi obat ampicillin<br>Kompres daun bandotan ke bagian luka atau<br>hematom<br>S : pasien tidak dapat dikaji<br>O : Terlihat perubahan hematom mengempis |  |
|  | Sabtu<br>04/06/22<br>07:00 | Resiko jatuh bd<br>anak usia 2th  | 4.2 pastikan bed tempat tidur terkunci<br>S : -<br>O : bed sudah terkunci<br>4.3 Atur posisi terendah<br>S : -<br>O : posisi pasien fowler  |  |

## F. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.8

| No                  | Dx  | Tgl/Jam                     | Evaluasi   | Paraf  |     |     |           |                     |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |  |
|---------------------|-----|-----------------------------|--|--------|-----|-----|-----------|---------------------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------------|---|---|---|--|
| 1.                  | I   |                             | <p>S : pasien tidak dapat dikaji<br/> O : - Pasien ada bekas luka Op di abdomen<br/> - pasien ada bengkak dibagian tangan kanan dan kiri<br/> - adanya kemerahan<br/> - P : Meringis (1)<br/> L : gelisah (1)<br/> A : Menggeliat tidak bisa diam (1)<br/> C : Merengek (1)<br/> C : Dapat ditenangkan dengan sentuhan (1)<br/> - Skala Nyeri 5<br/> A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kh</th> <th>seb</th> <th>Ses</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Skala nyeri</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan Nyeri akut belum teratasi<br/> P : Lanjutkan intervensi keperawatan<br/> 1.1. Lokasi karakteristik nyeri<br/> 1.2. Berikan teknik nin farmakologis terapi pijat<br/> 1.3. Berikan analgesik untuk meredakan nyeri</p> | Kh     | seb | Ses | target    | Keluhan nyeri       | 3 | 4 | 5 | Meringis  | 3 | 4 | 5 | Skala nyeri | 3 | 4 | 5 |  |
| Kh                  | seb | Ses                         | target   |        |     |     |           |                     |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |  |
| Keluhan nyeri       | 3   | 4                           | 5  |        |     |     |           |                     |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |  |
| Meringis            | 3   | 4                           | 5  |        |     |     |           |                     |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |  |
| Skala nyeri         | 3   | 4                           | 5  |        |     |     |           |                     |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |  |
| 2.                  | II  | Rabu<br>01/06/2022<br>14:00 | <p>S : pasien tidak dapat dikaji<br/> O : Keadaan umum pasien lemah, Kesadaran composmentis GCS : 15 = E4 M6 V5, akral terba dingin, CRT &gt; 2detik,<br/> tanda tanda vital nadi : 133 x/menit, suhu ; 36,2°C, Spo2 : 96%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>A : Kh</th> <th>seb</th> <th>ses</th> <th>Targ<br/>t</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan Pemulihan pasca bedah berhubungan Operasi luas belum teratasi<br/> P : Lanjutkan intervensi keperawatan<br/> 3.1 Monitor tanda dan gejala infeksi<br/> 3.2 Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka<br/> 3.3 Kompres daun bandotan ke bagian yang hematom atau bengkak<br/> 3.6. Kolaborasi pemberian antibiotic</p>   | A : Kh | seb | ses | Targ<br>t | Nyeri               | 2 | 3 | 5 | Kemerahan | 2 | 3 | 5 |             |   |   |   |  |
| A : Kh              | seb | ses                         | Targ<br>t  |        |     |     |           |                     |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |  |
| Nyeri               | 2   | 3                           | 5  |        |     |     |           |                     |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |  |
| Kemerahan           | 2   | 3                           | 5  |        |     |     |           |                     |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |  |
| 3.                  | III | Rabu<br>01/06/2022<br>14:00 | <p>S : pasien tidak dapat dikaji<br/> Keadaan umum pasien lemah, Kesadaran composmentis GCS : 15 = E4 M6 V5, akral terba dingin, CRT &gt; 2detik, pasien terpasang IVFD D 10% 6 cc/jam ditangan kanan bengkak kemerahan, data lab leukosit : 17.300 /mm<sup>3</sup>, pasien mendapatkan terapi obat ampicilin 2x 10 mg/iv dan gentamicin 8 mg/36 jam, tanda tanda vital nadi : 100 x/menit, , Spo2 : 98%, suhu 36,2 °C</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>A : Kh</th> <th>seb</th> <th>ses</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tandagejala infeksi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Hematoma</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>  | A : Kh | seb | ses | Target    | Tandagejala infeksi | 2 | 3 | 5 | Nyeri     | 2 | 3 | 5 | Hematoma    | 2 | 3 | 5 |  |
| A : Kh              | seb | ses                         | Target   |        |     |     |           |                     |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |  |
| Tandagejala infeksi | 2   | 3                           | 5  |        |     |     |           |                     |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |  |
| Nyeri               | 2   | 3                           | 5  |        |     |     |           |                     |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |  |
| Hematoma            | 2   | 3                           | 5  |        |     |     |           |                     |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |  |

|                         |     |                             | Kemerahan   | 2      | 3   | 5   |        |                         |   |   |   |  |  |  |  |
|-------------------------|-----|-----------------------------|---|--------|-----|-----|--------|-------------------------|---|---|---|--|--|--|--|
|                         |     |                             | Masalah keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive belum teratasi<br>P : Lanjutkan Intervensi Keperawatan<br>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik<br>4.2 Batasi jumlah pengunjung<br>4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien<br>4.4 Pertahankan Teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi<br>4.5 jelaskan tanda dan gejala infeksi<br>4.6 ajarkan cara cuci tangan dengan benar<br>4.7 Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka<br>4.8 Jelaskan tanda dan gejala infeksi<br>4.9 Kolaborasi pemberian antibiotic |        |     |     |        |                         |   |   |   |  |  |  |  |
| 4.                      | IV  | Rabu<br>01/06/2022<br>14:00 | pasien tidak dapat dikaji<br>- O : Keadaan umum pasien lemah<br>- Kesadaran compos mentis<br>- GCS: 15 = E4 M6 V5<br>- Akral teraba hangat<br>- pasien nampak gelisah<br>- tangan dan kaki pasien diikt   |        |     |     |        |                         |   |   |   |  |  |  |  |
|                         |     |                             | <table border="1"> <thead> <tr> <th>A : Kh</th> <th>seb</th> <th>ses</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>   | A : Kh | seb | ses | target | Jatuh dari tempat tidur | 2 | 3 | 5 |  |  |  |  |
| A : Kh                  | seb | ses                         | target  |        |     |     |        |                         |   |   |   |  |  |  |  |
| Jatuh dari tempat tidur | 2   | 3                           | 5   |        |     |     |        |                         |   |   |   |  |  |  |  |
|                         |     |                             | Masalah keperawatan Resiko jatuh berhubungan dengan anak usia 2 tahun belum teratasi<br>P : Lanjutkan Intervensi Keperawatan<br>4.1 identifikasi resiko jatuh tiap shift<br>4.2 pastikan bed tempat tidur selalu terkunci   |        |     |     |        |                         |   |   |   |  |  |  |  |

| No            | Dx  | Tgl/Jam                      | Evaluasi   | Paraf |     |     |        |               |   |   |   |          |   |   |   |             |   |   |   |  |
|---------------|-----|------------------------------|--|-------|-----|-----|--------|---------------|---|---|---|----------|---|---|---|-------------|---|---|---|--|
| 1.            | I   | Kamis<br>02/06/2022<br>21:00 | S : pasien tidak dapat dikaji<br>O : - Pasien ada bekas luka Op di abdomen<br>- pasien ada bengkak dibagian tangan kanan dan kiri<br>- adanya kemerahan<br>- P : Meringis (1)<br>L : gelisah (1)<br>A : Menggeliat tidak bisa diam (1)<br>C : Merengek (1)<br>C : Dapat ditenangkan dengan sentuhan (1)<br>- Skala Nyeri 5<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>Kh</th> <th>seb</th> <th>ses</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Skala nyeri</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | Kh    | seb | ses | target | Keluhan nyeri | 3 | 4 | 5 | Meringis | 3 | 5 | 5 | Skala nyeri | 3 | 4 | 5 |  |
| Kh            | seb | ses                          | target   |       |     |     |        |               |   |   |   |          |   |   |   |             |   |   |   |  |
| Keluhan nyeri | 3   | 4                            | 5  |       |     |     |        |               |   |   |   |          |   |   |   |             |   |   |   |  |
| Meringis      | 3   | 5                            | 5  |       |     |     |        |               |   |   |   |          |   |   |   |             |   |   |   |  |
| Skala nyeri   | 3   | 4                            | 5  |       |     |     |        |               |   |   |   |          |   |   |   |             |   |   |   |  |
|               |     |                              | A : Masalah keperawatan Nyeri akut teratasi sebagian   |       |     |     |        |               |   |   |   |          |   |   |   |             |   |   |   |  |

|                     |     |                              | <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan</p> <p>1.4. Lokasi karakteristik nyeri</p> <p>1.5. Berikan teknik non farmakologis terapi pijat</p> <p>1.6. Berikan analgesik untuk meredakan nyeri</p>  |        |     |     |        |                     |   |   |   |           |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |  |  |
|---------------------|-----|------------------------------|--|--------|-----|-----|--------|---------------------|---|---|---|-----------|---|---|---|----------|---|---|---|-----------|---|---|--|--|
| 2.                  | II  | Kamis<br>02/06/2022<br>21:00 | <p>S : pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum pasien lemah, Kesadaran composmentis<br/>GCS : 15 = E4 M6 V5, akral terba dingin, CRT &gt; 2detik,<br/>tanda vital nadi : 133 x/menit, suhu ;36,2°C, Spo2 : 96%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>A : Kh</th> <th>Seb</th> <th>ses</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan Pemulihan pasca bedah berhubungan<br/>Operasi luas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan</p> <p>3.1 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>3.2 Pertahankan Teknik steril saatmelakukan perawatan luka</p> <p>3.3 Kompres daun bandotan ke bagian yang hematoma atau<br/>bengkak</p>   | A : Kh | Seb | ses | target | Nyeri               | 2 | 3 | 5 | Kemerahan | 2 | 3 | 5 |          |   |   |   |           |   |   |  |  |
| A : Kh              | Seb | ses                          | target   |        |     |     |        |                     |   |   |   |           |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |  |  |
| Nyeri               | 2   | 3                            | 5  |        |     |     |        |                     |   |   |   |           |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |  |  |
| Kemerahan           | 2   | 3                            | 5  |        |     |     |        |                     |   |   |   |           |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |  |  |
| 3.                  | III | Kamis<br>02/06/2022<br>21:00 | <p>S : pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum pasien lemah, Kesadaran composmentis<br/>GCS : 15 = E4 M6 V5, akral terba dingin, CRT &gt; 2detik,<br/>pasien terpasang IVFD D 10% 6 cc/jam ditangan kanan<br/>bengkak kemerahan, data lab leukosit : 17.300 /mm<sup>3</sup>,<br/>pasienmendapatkan terapi obat ampicilin 2x 10 mg/iv dan<br/>gentamicin 8 mg/36 jam, tanda tanda vital nadi : 100<br/>x/menit, , Spo2 : 98%, suhu 36,2 °C</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>A : Kh</th> <th>Seb</th> <th>ses</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tandagejala infeksi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Hematoma</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan Resiko infeksi berhubungan denganefek<br/>prosedur invasive teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi Keperawatan</p> <p>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>4.2 Batasi jumlah pengunjung</p> <p>4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak<br/>denganlingkungan pasien</p> <p>4.4 Pertahankan Teknik aseptik pada pasien yang<br/>berisikotinggi</p> <p>4.5 jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.6 ajarkan cara cuci tangan dengan benar</p> <p>4.7 Pertahankan Teknik steril saat melakukan<br/>perawatanluka</p> <p>4.8 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.9 Kolaborasi pemberian antibiotic</p> | A : Kh | Seb | ses | target | Tandagejala infeksi | 2 | 3 | 5 | Nyeri     | 2 | 5 | 5 | Hematoma | 2 | 3 | 5 | Kemerahan | 2 | 3 |  |  |
| A : Kh              | Seb | ses                          | target   |        |     |     |        |                     |   |   |   |           |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |  |  |
| Tandagejala infeksi | 2   | 3                            | 5  |        |     |     |        |                     |   |   |   |           |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |  |  |
| Nyeri               | 2   | 5                            | 5  |        |     |     |        |                     |   |   |   |           |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |  |  |
| Hematoma            | 2   | 3                            | 5  |        |     |     |        |                     |   |   |   |           |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |  |  |
| Kemerahan           | 2   | 3                            |  |        |     |     |        |                     |   |   |   |           |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |  |  |



|                         |     |                              |  |        |     |     |        |                         |   |   |   |
|-------------------------|-----|------------------------------|--|--------|-----|-----|--------|-------------------------|---|---|---|
| 4.                      | IV  | Kamis<br>02/06/2022<br>21:00 | <p>S : pasien tidak dapat dikaji<br/>O : Keadaan umum pasien lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran compos mentis</li> <li>- GCS: 15 = E4 M6 V5</li> <li>- Akral teraba hangat</li> <li>- pasien nampak gelisah</li> <li>- tangan dan kaki pasien diikt</li> </ul> <table border="1"> <tr> <td>A : Kh</td> <td>seb</td> <td>ses</td> <td>target</td> </tr> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Masalah keperawatan Resiko jatuh berhubungan dengan anak usia 2 tahun teratasi sebagian<br/>P : lanjutkan Intervensi Keperawatan<br/>4.1 Identifikasi resiko jatuh tiap shift<br/>4.2 pastikan bed tempat tidur selalu tekunci</p> | A : Kh | seb | ses | target | Jatuh dari tempat tidur | 2 | 4 | 5 |
| A : Kh                  | seb | ses                          | target   |        |     |     |        |                         |   |   |   |
| Jatuh dari tempat tidur | 2   | 4                            | 5  |        |     |     |        |                         |   |   |   |

|               |     |                              |   |        |     |     |        |               |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |
|---------------|-----|------------------------------|---|--------|-----|-----|--------|---------------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------------|---|---|---|
| 1.            | I   | Sabtu<br>04/06/2022<br>07:00 | <p>S : pasien tidak dapat dikaji<br/>O : - Pasien ada bekas luka Op di abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien ada bengkak dibagian tangan kanan dan kiri</li> <li>- adanya kemerahan</li> <li>- P : Meringis (1)</li> <li>L : gelisah (1)</li> <li>A : Menggeliat tidak bisa diam (1)</li> <li>C : Merengek (1)</li> <li>C : Dapat ditenangkan dengan sentuhan (1)</li> <li>- Skala Nyeri 5</li> </ul> <table border="1"> <tr> <td>Kh</td> <td>seb</td> <td>ses</td> <td>target</td> </tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Skala nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>A : Masalah keperawatan Nyeri akut teratasi<br/>P : Hentikan intervensi keperawatan</p> | Kh     | seb | ses | target | Keluhan nyeri | 3 | 5 | 5 | Meringis  | 3 | 5 | 5 | Skala nyeri | 3 | 5 | 5 |
| Kh            | seb | ses                          | target  |        |     |     |        |               |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |
| Keluhan nyeri | 3   | 5                            | 5   |        |     |     |        |               |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |
| Meringis      | 3   | 5                            | 5   |        |     |     |        |               |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |
| Skala nyeri   | 3   | 5                            | 5   |        |     |     |        |               |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |
|               |     | Sabtu<br>04/06/2022<br>07:00 | <p>S : pasien tidak dapat dikaji<br/>O : Keadaan umum pasien lemah, Kesadaran composmentis<br/>GCS : 15 = E4 M6 V5, akral teraba dingin, CRT &gt; 2detik, tanda tanda vital nadi : 133 x/menit, suhu ;36,2°C, Spo2 : 96%</p> <table border="1"> <tr> <td>A : Kh</td> <td>Seb</td> <td>ses</td> <td>target</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Masalah keperawatan Pemulihan pasca bedah berhubungan Operasi luas belum teratasi<br/>P : Lanjutkan intervensi keperawatan<br/>3.1 Monitor tanda dan gejalainfeksi<br/>3.2 Pertahankan Teknik steril saatmelakukan perawatan luka<br/>3.3 Kompres daun bandotan ke bagian yang hematoma atau bengkak<br/>3.6. Kolaborasi pemberian antibiotic</p>          | A : Kh | Seb | ses | target | Nyeri         | 2 | 3 | 5 | Kemerahan | 2 | 3 | 5 |             |   |   |   |
| A : Kh        | Seb | ses                          | target  |        |     |     |        |               |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |
| Nyeri         | 2   | 3                            | 5   |        |     |     |        |               |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |
| Kemerahan     | 2   | 3                            | 5   |        |     |     |        |               |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |
|               |     | Sabtu                        | S : pasien tidak dapat dikaji   |        |     |     |        |               |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |

|                         | 04/06/2022<br>07:00          | <p>Keadaan umum pasien lemah, Kesadaran composmentis<br/>GCS : 15 = E4 M6 V5, akral terba dingin, CRT &gt; 2detik, pasien terpasang IVFD D 10% 6 cc/jam ditangan kanan bengkak kemerahan, data lab leukosit : 17.300 /mm3, pasien mendapatkan terapi obat ampicilin 2x 10 mg/iv dan gentamicin 8 mg/36 jam, tanda tanda vital nadi : 100 x/menit, Spo2 : 98%, suhu 36,2 °C</p> <table border="1" data-bbox="746 501 1374 860"> <thead> <tr> <th>A : Kh</th> <th>seb</th> <th>Ses</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tandagejala infeksi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Hematoma</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive teratasi sebagian<br/>P : Lanjutkan Intervensi Keperawatan<br/>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik<br/>4.2 Batasi jumlah pengunjung<br/>4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien<br/>4.4 Pertahankan Teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi<br/>4.5 jelaskan tanda dan gejala infeksi<br/>4.6 ajarkan cara cuci tangan dengan benar<br/>4.7 Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka<br/>4.8 Jelaskan tanda dan gejala infeksi<br/>Kolaborasi pemberian antibiotic</p> | A : Kh | seb | Ses | target | Tandagejala infeksi     | 2 | 3 | 5 | Nyeri | 2 | 5 | 5 | Hematoma | 2 | 5 | 5 | Kemerahan | 2 | 5 | 5 |  |
|-------------------------|------------------------------|---|--------|-----|-----|--------|-------------------------|---|---|---|-------|---|---|---|----------|---|---|---|-----------|---|---|---|--|
| A : Kh                  | seb                          | Ses   | target |     |     |        |                         |   |   |   |       |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |  |
| Tandagejala infeksi     | 2                            | 3   | 5      |     |     |        |                         |   |   |   |       |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |  |
| Nyeri                   | 2                            | 5   | 5      |     |     |        |                         |   |   |   |       |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |  |
| Hematoma                | 2                            | 5   | 5      |     |     |        |                         |   |   |   |       |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |  |
| Kemerahan               | 2                            | 5   | 5      |     |     |        |                         |   |   |   |       |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |  |
|                         | Sabtu<br>04/06/2022<br>07:00 | <p>S : pasien tidak dapat dikaji<br/>- O : Keadaan umum pasien lemah<br/>- Kesadaran compos mentis<br/>- GCS: 15 = E4 M6 V5<br/>- Akral teraba hangat<br/>- pasien nampak gelisah<br/>- tangan dan kaki pasien diikt</p> <table border="1" data-bbox="746 1565 1396 1744"> <thead> <tr> <th>A : Kh</th> <th>seb</th> <th>ses</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan Resiko jatuh berhubungan dengan anak usia 2 tahun teratasi<br/>P : Hentikan Intervensi Keperawatan</p>   | A : Kh | seb | ses | target | Jatuh dari tempat tidur | 2 | 5 | 5 |       |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |  |
| A : Kh                  | seb                          | ses   | target |     |     |        |                         |   |   |   |       |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |  |
| Jatuh dari tempat tidur | 2                            | 5   | 5      |     |     |        |                         |   |   |   |       |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |  |