

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Data Dasar**

Ny. E (53 th), beragama islam, pendidikan terakhir SMA, alamat tempat tinggal kebraon praja timur blok GA no.19, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, jawa/Indonesi, sudah menikah mempunyai 3 orang anak, No rekam medis 65xxxx.pasien dirawat dengan diagnosa medis ca paru + fraktur femur dexra post op hari ke 5. Pasien masuk RSPAL Dr. Ramelan melalui IGD pada tanggal 05 November 2020 pada pukul 06.50 wib, masuk diruang penyakit dalam A2 pada tanggal 05 November 2020 pukul 08.15 wib dan dilakukan pengkajian pada tanggal 25 November 2020 pukul 08.00 wib.

Keluhan utama masuk rumah sakit adalah nyeri kaki sebelah kanan dan mual muntah saat pagi hari. Nyeri kaki dikarenakan jatuh pada bulan oktober dimana pasien dan keluarga menolak untuk dilakukan MRS dan operasi dan mual muntah dapat terjadi karena kanker yang sudah bermestastase.

Saat akhir bulan oktober tanggal 28 oktober 2020 pasien mengalami jatuh dikamar mandi, setelah itu langsung dibawa oleh keluarga ke rumah sakit RSPAL Dr. Ramelan saat diperiksa ditemukan kaki sakit saat digerakkan lalu oleh dokter dilakukan foto tulang femur dan didapatkan hasil patah tulang di paha sebelah kanan.setelah hasil keluar keluarga pasien diberitahu untuk dilakukan operasi tetapi keluarga pasien menolak untuk dilakukan operasi dan menginginkan pulang saja. Setelah pulang pasien dibawa oleh keluarga ke tempat pengobatan tradisional dan tidak ada perubahan. Setelah 2 minggu keadaan pasien semakin menurun maka oleh keluarga di bawa kembali ke IGD RSPAL Dr. Ramelan pada tanggal

05 November 2020 pukul 06.50 wib dengan keluhan mual muntah pada pagi hari dan saat IGD pasien tampak lemah dengan GCS 456, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80 x/mnt, respirasi 20 x/mnt, suhu 36,7°C, kaki sebelah kanan tampak bengkak, hasil pemeriksaan didapatkan kanker sudah bermetastase di tulang, pasien sudah 1 tahun diagnose kanker paru dan sudah 6 kali melakukan kemoterapi di dr. soetomo. Setelah itu pasien disarankan untuk MRS dan operasi patah tulang, pasien di bawa diruang penyakit dalam A2 pada tanggal 05 November 2020 pukul 08.00 wib. Setelah di ruangan perawat memberitahukan bahwa tindakan operasi dilakukan jika pasien sudah mulai membaik.

Riwayat penyakit dahulu yang diderita pasien hanya kanker saja dan riwayat keluarga pasien ada kanker.

Pasien tidak memiliki riwayat alergi apapun seperti obat-obatan, makanan dan minuman.

Keadaan umum pasien saat dilakukan pengkajian composmentis, dengan kesadaran 456. Tekanan darah 127/80 mmHg, nadi 80x/mnt, suhu 36,7°C, respirasi 20 x/mnt, saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri di kaki dan mual muntah pagi hari saat bangun tidur. Pengkajian nyeri didapatkan dalam PQRS yaitu P / provolatif / palitif : saat digerakkan, Q / kualitas : seperti tertekan, R / region : di paha kanan, S / skala : dengan skala 7, T / time : hilang timbul.

### **3.1.2 Pemeriksaan Fisik**

Bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu pernafasan, irama nafas regular, suara nafas vesikuler, pola nafas eupnea, tidak ada sesak nafas, tidak ada sputum, tidak ada sianosis, tidak ada kelainan, tidak ada suara nafas tambahan,taktil/vocal fremitus normal, masalah keperawatan pada

sistem pernafasan tidak ada masalah keperawatan. Ictus cordis teraba pada intercostal kiri V dari linea midklavikularis, irama jantung 80x/mnt, tidak terdapat nyeri dada, bunyi jantung regular s1 s2 tunggal, CRT < 2dtk, tidak terdapat oedema, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, akral hangat, tidak terlihat distensi vena jugularis, tidak terdapat perdarahan, sclera tidak ikterik, tidak terdapat masalah keperawatan pada sirkulasi.

GCS E 4 V 5 M 6 total 15, reflek fisiologis Patella :++/++ ,Biceps : ++/++, Triceps : ++/++ ,Achilles : ++/++, reflek patologis tidak ada Babinski, tidak ada kaku kuduk, Hoffman tidak ada. Nervus olfaktorius mampu mengidentifikasi bau, nervus optikus fungsi penglihatan normal, reflek pupil konstriksi, lapang pandang normal, tidak buta warna, nervus okulomotorius dapat melihat kesegala arah, nervus troklearis mampu mengarahkan mata untuk melihat ke arah hidung, nervus trigeminus mampu merasakan rangsangan , reflek hentakan rahang sedikit mengatupkan mulutnya setelah diberi rangsangan, nervus abduksen mampu mengerakkan mata secara lateral, nervus facialis mampu mengerutkan dahi dan tersenyum, nervus auditorius dapat mendengarkan suara dan mampu memiliki keseimbangan, nervus glosfaringeus dapat merasakan rasa makanan spt pedas, manis, asam dan pahit, nervus vagus mampu menelan dengan baik, tidak terdapat suara serak atau sengau, nervus asesoris dapat menoleh ke kanan dan kiri dengan melawan tahanan, kepala bulat tidak ada nyeri, dapat mencium aroma, bentuk hidung simetris, tidak terdapat sputum dan polip. Mata normal, tidak ada kelainan, pupil isokor, reflek cahaya membesar secara bersamaan saat diberi cahaya, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, lapang pandang normal, tidak ada gangguan atau kelainan, telinga simetris, telinga kurang bersih, tidak terdapat

gangguan pada telinga, lidah bersih, tidak ada kesulitan menelan, uvula normal memanjang, dapat berbicara dengan baik, tidak ada masalah keperawatan.

Pada sistem perkemihan kebersihan terjaga, kandung kemih penuh, terpasang kateter urin, eksresi normal, tidak ada nyeri tekan, eliminasi urin SMRS frekuensi banyak, jumlah 1000 cc warna kuning, saat MRS frekuensi banyak, jumlah 800 cc/hari, warna kuning, tidak terdapat gangguan dan tidak ada masalah keperawatan. Mulut bersih, membrane mukosa kering, pucat, tidak ada gigi palsu, tidak ada nyeri tekan, pola makan dan minum SMRS makan 1/2 piring habis 3xsehari, minum air putih 3 liter sehari, jenis lauk pauk, tidak ada pantangan makanan, pola makan dan minum MRS nafsu makan menurun, muntah saat makan 3x, mual saat bangun tidur dipagi hari, jenis makanan lauk pauk susu dan buah-buahan, tidak terpasang NGT, porsi ¼ habis, frekuensi minum 2 liter sehari jenis air putih, susu, dan teh. Bentuk perut buncit, peristaltic usus 8 x/mnt, tidak ada kelainan abdomen, hepar dan lien tidak ada gangguan, tidak ada nyeri abdomen, rectum dan anus bersih, eliminari alvi SMRS frekuensi banyak, konsistensi padat warna coklat dan elminasi alvi MRS frekuensi banyak, konsistensi lembek, warna coklat dan bau khas, masalah keperawatan yang muncul yaitu deficit nutrisi.

ROM terdapat keterbatasan di paha kanan, kekuatan otot kaki kanan

5555	5555
3333	5555

terdapat kelainan jaringan karena post op fraktur hari ke 5 dan terdapat metastase kanker ke tulang, kaki saat nyeri saat digerakkan, luka jahitan belum kering, jahitan bagus, Rambut kotor, kulit kepala terdapat ketombe, warna kulit swao matang, kuku panjang, turgor kulit >2dtk, masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut dan resiko infeksi.

### 3.1.3 Pengkajian

Thyroid tidak ada, tidak ada hiperglikemia dan hipoglikemia dan tidak ada masalah keperawatan. Menstruasi terakhir tidak terkaji, tidak ada masalah saat menstruasi, pap smear terakhir tidak terkaji, pasien tidak pernah memeriksa sadari, tidak ada masalah keperawatan. Mandi saat SMRS dibantu orang lain dan MRS tergantung pada orang lain, berpakaian dan dandan SMRS mandiri dan saat MRS dibantu orang lain, toileting saat SMRS mandiri dan MRS dengan alat bantu, mobilitas ditempat tidur SMRS mandiri dan MRS tidak mampu, berpindah SMRS mandiri dan MRS tidak mampu, berjalan SMRS mandiri dan MRS tidak mampu, alat bantu berupa kateter urin, pempers, tidak ada masalah keperawatan.

Mandi SMRS 3x sehari dan saat MRS 1x sehari, kamar SMRS 1mgg 3x dan MRS 1mgg 1x, ganti pakainya SMRS 3xsehari dan MRS 2xsehari, menyikat gigi SMRS 3xsehari dan MRS tidak pernah, memotong kuku 1xseminggu, tidak ada masalah keperawatan. Istirahat tidur SMRS 8jam, istirahat tidur MRS malam hari 21.00 – 06.00 dan siang hari 13.30 – 16.00 jumlah 10,5 jam, kualitas tidur baik, tidak ada kebiasaan sebelum tidur, tidak ada masalah keperawatan.

Persepsi terhadap sehat sakit : pasien mengatakan menerima penyakitnya, konsep diri : Ideal diri : px mengatakan ingin sekali cepat sembuh, Gambaran diri : px mengatakan bahwa ia menyadari akan penyakit yang ia derita dan harus berobat membutuhkan perawatan, Peran diri : px seorang ibu rumah tangga, Harga diri : px menyadari akan kondisinya dan mendapatkan suport penuh dari keluarga, Identitas diri : px mengatakan bahwa seorang ibu rumah tangga dan istri dari Tn. G dan An. S , d, dan I, Citra tubuh : px tidak malu akan kondisinya searang ini, Orang paling dekat : keluarga, yaitu suami dan anak-

anaknya, Hubungan dengan orang sekitar : baik, Keyakinan dan nilai : px mengatakan ini merupakan cobaan yang diberikan oleh allah dan ia menerima akan penyakit yang di derita dan terus berdoa dan berikhtiar untuk sembuh, Koping dan toleransi stres : px mengatakan sulit saat mengambil keputusan untuk mengamputasi kaki kanan nya karena penyakit yang ia derita akan tetapi px perlahan menerima demi kesembuhannya, kemampuan bicara baik, bahasa yang dipakai jawab dan Indonesia, kemampuan adaptasi terhadap masalah baik, tidak ada ansietas, aktivitas sehari-hari sebelum sakit pasien biasanya melakukan pekerjaan rumah yang ringan, rekreasi sebelum sakit biasanya hanya menonton tv bersama keluarga saat weekend, pasien tidak pernah olahraga, tidak ada masalah keperawatan

Pemeriksaan Lab : tgl 24 November 2020

	Hasil	Nilai Normal		Hasil	Nilai Normal
WBC	8,77 $10^3/uL$	4.0-10.0	MCH	27,7 pg	27.0-34.0
Neu#	7,93 $10^3/uL$	2.0-7.0	MCHC	33,0 g/dL	32.0-36.0
Neu%	90,4%	50.0-70.0	RDW_CV	15,6%	11.0-16.0
Lym#	0,46 $10^3/uL$	0.8-4.0	RDW_SD	45,7 fL	35.0-56.0
Lym%	5,3%	20.0-40.0	PLT	332 $10^3/uL$	150.0-450.0
Mon#	0,35 $10^3/uL$	0.12-1.2	MPV	7,3 fL	6.5-12.0
Mon%	4,0%	3.0-12.0	PDW	7,3	15.0-17.0
Eos#	0.0 $10^3/uL$	0.02-0.5	PCT	2,43 %	0.108-0.5
Eos%	0.0%	0.5-5.0	IMG#	0,02 $10^3/uL$	0.0-999.99
Bas#	0,03 $10^3/uL$	0.0-0.1	IMG%	0,2 %	0.0-100.0
Bas%	0.3%	0.0-1.0	Albumin	2,72 g/dL	3.40-4.80
RBC	4,56 $10^3/uL$	3.5-5.5	GDA	182 mg/dl	<120.0
HGB	12,6 g/dl	13.2-17.3	MCV	83,9 fL	80.0-100.0
HCT	38,2%	37.0-54.0			

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Terapi :

Terapi	Dosis	Indikasi
Infus tutofusin 500	30ml/kgBB/hr dg 14 tts	Untuk memenuhi kebutuhan air dan elektrolit selama masa preop dan pasca op, dehidrasi isotonic dan

		kehilangan cairan intraseluler, memenuhi kebutuhan karbohidrat secara parsial
Injeksi cinam	1,5gr – 3gr 3xsehari	Untuk mengobati infeksi kulit, struktur kulit, infeksi dalam perut dan infeksi genekologi
Injeksi Ketorolax	3x50mg	Untuk meredakan nyeri dan peradangan
Injeksi Ranitidine	3x50mg	Untuk menangani gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam berlebih di lambung

Tabel 3.2 Terapi

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pada pasien didapatkan diagnose sebagai berikut :

1. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien yang ditandai dengan membrane mukosa pucat, albumin menurun (2,72 g/dL), badan kurus, rambut rontok, GCS 456, mata cowong, mengalami penurunan berat badan ditandai dengan berat badan awal 50kg dan sekarang berat badan menjadi 45kg, berat badan ideal nya 60kg dan penurunan BB 10%, tidak nafsu makan, setiap makan dan bangun tidur di pagi hari pasti mual dan muntah, aktivitas dibantu oleh keluarga.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang ditandai dengan P / provolatif / palitif : saat digerakkan, Q / kualitas : seperti tertekan, R / region : di paha kanan, S / skala : dengan skala 7, T / time : hilang timbul, pasien tampak meringis kesakitan saat tersentuh pada area kaki, nafsu makan menurun, TTV : TD : 120/80 , S : 36,5°C , N : 80x/mnt , RR : 20x/mnt, bersikap waspada terhadap nyeri, tampak gelisah, pasien tampak diaforesis.

3. Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasive yang ditandai dengan adanya luka post op hari ke 5 di paha kanan, jahitan basah, TTV : TD : 120/80 , S : 36,5°C , N : 80x/mnt , RR : 20x/mnt, bersikap waspada terhadap nyeri, albumin 2,72 g/dL.

### 3.3 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p><b>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</b></p> <p><b>D.0077</b>  <b>Kategori psikologis</b>  <b>Sub kategori nyeri dan kenyamanan</b>  <b>Hal 172</b></p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu mengontrol nyeri</li> <li>- Mampu mengenali nyeri</li> <li>- Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>3. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>4. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>5. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>6. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam</li> <li>7. Berikan analgetik untuk mengurangi Nyeri : inj. Ketorolac</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui skala nyeri</li> <li>2. Untuk mengetahui reaksi non verbal pasien</li> <li>3. Untuk menghindari terjadinya keparahan dalam proses penyakit</li> <li>4. Memberikan kenyamanan pada pasien nyeri</li> <li>5. Untuk mengurangi nyeri</li> <li>6. Untuk proses penyembuhan</li> </ol>
2.	<p><b>Defisit nutrisi b.d faktor psikologis</b></p> <p><b>D.0019</b>  <b>Kategori Fisiologis</b>  <b>Subkategori Nutrisi dan</b></p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nafsu makan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Monitor asupan makan</li> <li>3. Monitor berat badan</li> <li>4. Berikan makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>5. Kolaborasi pemberian medikasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien</li> <li>2. Untuk memonitoring nutrisi pasien</li> <li>3. Untuk mengetahui</li> </ol>

	<p><b>Cairan</b> <b>Hal 56</b></p>	<p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bising usus dalam batas normal</li> <li>- Berat badan meningkat</li> <li>- Makan/minum sesuai dengan kebutuhan</li> </ul>	<p>sebelum makan : jeda minum obat sebelum makan</p> <p>6. Kolaborasi dengan ahli gizi</p>	<p>keseimbangan nutrisi pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Untuk memenuhi nutrisi pasien yang kurang</li> <li>5. Untuk meningkatkan asupan nutrisi pasien</li> </ol>
3.	<p><b>Resiko infeksi d.d tindakan invansif</b></p> <p><b>D.0142</b> <b>Kategori Lingkungan</b> <b>Subkategori Keamanan dan Proteksi</b> <b>Hal 304</b></p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan tidak terdapat resiko infeksi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri berkurang</li> <li>- Tidak bengkak</li> <li>- Drainase purulent</li> <li>- Demam menurun</li> <li>- Kemerahan tidak ada</li> <li>- Cairan tidak berbau</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> <li>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>5. Berikan perawatan luka</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui terjadinya infeksi</li> <li>2. Untuk mengetahui resiko terkena infeksi</li> <li>3. Untuk mengetahui terjadinya infeksi</li> <li>4. Untuk meningkatkan imun dalam tubuh</li> <li>5. Untuk meningkatkan elektrolit dalam tubuh</li> </ol>

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan Ny. E

### 3.4 Implementasi dan Evaluasi

No Dx	Hari/Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Jam	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
1,2,3	25-11-2020			25-11-2020		
1	08.00	Membina hubungan saling percaya dengan :	Ed	13.45	<p><b><u>Dx. 1 = Nyeri Akut</u></b></p> <p>S : px mengatakan nyeri di paha sebelah kanan saat digerakkan</p> <p>P: saat digerakkan</p> <p>Q : seperti tertekan</p> <p>R : di paha kanan</p> <p>S : dengan skala 7</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O : TTV = TD : 120/80 , S : 36,5°C , N : 80x/mnt , RR : 20x/mnt, pasien masih merintih kesakitan, pasien tampak gelisah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7</p> <p><b><u>Dx.2 = Defisit Nutrisi</u></b></p> <p>S : px mengatakan setiap pagi atau setelah bangun tidur merasa mual dan muntah</p> <p>O : TTV = TD : 120/80 , S : 36,5°C , N : 80x/mnt , RR : 20x/mnt, Mata cowong,</p>	Ed
	08.05	Mengucapkan salam dan mendengarkan keluhan px	Ed			
		Mengkaji respon nyeri = PQRST	Ed			
		P: saat digerakkan	Ed			
		Q : seperti tertekan				
		R : di paha kanan				
		S : dengan skala 7				
		T : hilang timbul				
2	08.10	Menanyakan berat badan terakhir BB 45kg	Ed			
1,3	08.15	Mengobservasi tanda-tanda vital	Ed			
		TD : 120/80 , S : 36,5°C , N : 80x/mnt , RR : 20x/mnt				
1	08.30	Menjelaskan penyebab dan cara menghilangkan nyeri	Ed			
1	08.45	Mengajarkan teknik nafas dalam	Ed			
1	09.00	Membantu px untuk mengontrol lingkungan	Ed			
2,3	12.00	Monitor asupan makan px	Ed			
2	12.05	Menganjurkan px untuk makan sedikit tapi sering	Ed			
3	12.10	Menganjurkan px untuk minum sedikit tapi sering	Ed			
1,3	12.30	Mengobservasi tanda vital	Ed			
1,2,3	12.45	Memberikan obat injeksi ketorolac 50 mg 1 amp iv	Ed			

1	12.50	Memberikan obat injeksi ranitidine 50 mg 1amp iv Memberikan obat injeksi cinam 1,5gr iv Mengkaji karakteristik nyeri dan nonverbal P: saat digerakkan Q : seperti tertekan R : di paha kanan S : dengan skala 7 T : hilang timbul	Ed Ed Ed Ed Ed Ed Ed Ed		badan kurus ,GCS 456, nafsu makan masih menurun, makan habis ¼ porsi A : masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4  <b><u>Dx. 3 = Resiko Infeksi</u></b> S : px mengatakan kakinya masih terasa sakit O : TTV = TD : 120/80 , S : 36,5°C , N : 80x/mnt , RR : 20x/mnt, pasien masih merintih kesakitan, pasien tampak gelisah A : masalah belum teratasi P :intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6	Ed
3	12.55	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Ed			
3	13.00	Memonitor adanya tanda dan gejala infeksi	Ed			
1	26-11-2020 16.05	Mengkaji respon nyeri = PQRST P: saat digerakkan Q : seperti tertekan R : di paha kanan S : dengan skala 6 T : hilang timbul	Ed Ed Ed Ed	26-11-2020 19.55	<b><u>Dx. 1 = Nyeri Akut</u></b> S : px mengatakan masih nyeri di paha sebelah kanan saat digerakkan P: saat digerakkan Q : seperti tertekan R : di paha kanan S : dengan skala 6 T : hilang timbul O : TTV = TD : 110/80 , S : 36,5°C , N : 88x/mnt , RR : 20x/mnt, pasien masih	Ed
1	16.15	Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 110/90 , S : 36,5°C , N : 88x/mnt , RR : 20x/mnt				
1	16.30	Mengajarkan teknik nafas dalam	Ed Ed			

2	18.00	Monitor asupan makan px	Ed	<p>merintih kesakitan, pasien tampak gelisah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,5,6,7</p> <p><b><u>Dx.2 = Defisit Nutrisi</u></b></p> <p>S : px mengatakan setiap pagi atau setelah bangun tidur masih merasa mual dan muntah</p> <p>O : TTV = TD : 110/80 , S : 36,5°C , N : 88x/mnt , RR : 20x/mnt, Mata cowong, badan kurus ,GCS 456, nafsu makan masih menurun, makan habis ½ porsi</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,3,4</p> <p><b><u>Dx. 3 = Resiko Infeksi</u></b></p> <p>S : px mengatakan kakinya masih terasa sakit</p> <p>O : TTV = TD : 110/80 , S : 36,5°C , N : 88x/mnt , RR : 20x/mnt, pasien masih merintih kesakitan, pasien tampak gelisah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P :intervensi dilanjutkan no 1,3,4,5,6</p>	Ed
2	18.05	Menganjurkan px untuk makan sedikit tapi sering	Ed		
3	18.10	Menganjurkan px untuk minum sedikit tapi sering	Ed		
1	18.30	Mengobservasi tanda vital	Ed		
1,2,3	18.45	Memberikan obat injeksi ketorolac 50 mg 1 amp iv	Ed		
		Memberikan obat injeksi ranitidine 50 mg 1amp iv	Ed		
		Memberikan obat injeksi cinam 1,5gr iv	Ed		
1	19.30	Mengkaji karakteristik nyeri dan nonverbal	Ed		
		P: saat digerakkan	Ed		
		Q : seperti tertekan	Ed		
		R : di paha kanan	Ed		
		S : dengan skala 6	Ed		
		T : hilang timbul	Ed		
3	19.45	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi			
3	19.50	Memonitor adanya tanda dan gejala infeksi	Ed		
			Ed		

1	27-11-2020 07.05	Mengkaji respon nyeri = PQRST P: saat digerakkan Q : seperti tertekan R : di paha kanan S : dengan skala 6 T : hilang timbul	Ed Ed Ed Ed	27-11-2020 12.00	<b><u>Dx. 1 = Nyeri Akut</u></b> S : px mengatakan masih nyeri di paha sebelah kanan saat digerakkan dan nyeri nya sama tidak berubah P: saat digerakkan Q : seperti tertekan R : di paha kanan S : dengan skala 6 T : hilang timbul O : TTV = TD : 120/90 , S : 36,5°C , N : 90x/mnt , RR : 20x/mnt, pasien masih merintih kesakitan, pasien tampak gelisah A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan	Ed
1	07.15	Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/90 , S : 36,5°C , N : 90x/mnt , RR : 20x/mnt	Ed			
2	08.00	Monitor asupan makan px	Ed			
1,3	11.30	Mengobservasi tanda vital	Ed			
1,2,3	11.45	Memberikan obat injeksi ketorolac 50 mg 1 amp iv Memberikan obat injeksi ranitidine 50 mg 1amp iv Memberikan obat injeksi cinam 1,5gr iv	Ed Ed Ed			
1	11.50	Mengkaji karakteristik nyeri dan nonverbal P: saat digerakkan Q : seperti tertekan R : di paha kanan S : dengan skala 6 T : hilang timbul	Ed Ed Ed Ed Ed Ed Ed Ed		<b><u>Dx.2 = Defisit Nutrisi</u></b> S : px mengatakan setiap pagi atau setelah bangun tidur masih merasa mual dan muntah O : TTV = TD : 120/90 , S : 36,5°C , N : 90x/mnt , RR : 20x/mnt, Mata cowong, badan kurus ,GCS 456, nafsu makan masih menurun, makan habis ½ porsi	Ed

			Ed Ed	<p>A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan</p> <p><b><u>Dx. 3 = Resiko Infeksi</u></b> S : px mengatakan kakinya masih terasa sakit O : TTV = TD : 120/90 , S : 36,5°C , N : 90x/mnt , RR : 20x/mnt, pasien masih merintih kesakitan, pasien tampak gelisah A : masalah teratasi sebagian P :intervensi dihentikan</p>	Ed
--	--	--	----------	--	----

Tabel. 3.2 Implementasi dan Evaluasi