

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian

1. Identitas Diri Klien

Nama	: Ny. M
Tempat/Tanggal Lahir	: 14 Maret 1967
Umur	: 55 Tahun 0 Bulan 15 Hari
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMEA
Pekerjaan	: PNS
Lama Bekerja	: 30 Tahun
Alamat	: Banjar Sibang, Badung
Tanggal Masuk RS	: 27-03-2022
Sumber Informasi	: Pasien dan Keluarga
Agama	: Hindu
Status Perkawinan	: Kawin
Suku	: Bali
Keluhan Utama	: Nyeri pada luka Operasi
Riwayat Penyakit	:

Pasien riwayat kecelakaan lalulintas tanggal 27-03-2022 pukul 18.00. Pasien tertabrak mobil dan kaki tertimpa motor yang ia bawa. Pasien tiba di IGD RSD Mangusada Badung pada pukul 19.00 dengan menggunakan ambulance. Tidak terdapat jejas pada wajah, dada, dan tangan. Kaki kiri nampak bengkak dan pasien merasa sakit bila kaki kiri digerakkan. Pasien tidak memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus. Pasien dilakukan Operasi ORIF PS Tibia (S) pada tanggal 28-03-

2022 pukul 08.00 WITA. Pasien tiba di ruangan perawatan Janger pada pukul 14.00. Saat ini pasien mengeluh nyeri pada area luka operasi. . Pasien nampak meringis kesakitan, gelisah dan mengeluh sulit memulai tidur karena nyeri. Selain itu napsu makan berkurang dan sulit berkonsentrasi karena nyeri yang dirasakan. Pengkajian nyeri:

Pencetus : Saat kaki kiri digerakkan

Quality : Seperti ditusuk-tusuk

Region : Kaki kiri

Severe : 5 (NRS)

Time : hilang timbul

Diagnosa Medis : Closed Fracture Left Tibia

a. Keluarga terdekat yang dapat dihubungi : Tn. T

Pekerjaan : PNS

Alamat : Banjar Sibang, Badung

Pendidikan : D3

b. Alergi : Tidak ada riwayat alergi

Tipe : tidak ada

Reaksi Tindakan : tidak ada

c. Kebiasaan : ~~Merokok/Kopi/obat/alkohol/dan lain-lain~~

d. Obat-obatan :

2. Pengkajian Data Bio-Psiko-Sosial budaya-Spiritual

a. Pola Bernapas

Frekuensi pernapasan : 20 x/menit

Keluhan Saat bernapas : ~~Ada~~/Tidak ada

Kesulitan bernapas pada saat : ~~Menarik/mengeluarkan napas~~

Sesak muncul pada saat : ~~Tidur/duduk/bergerak~~

Hal yang dilakukan pada saat sesak : ~~berbaring/memakai bantal
tinggi/minum obat~~

b. Pola Nutrisi

Frekuensi/porsi makan : 2-3x/ hari. Ny M dapat menghabiskan 1 porsi makanan

Berat badan : 65 kg

Tinggi badan : 160 cm

Nafsu makan : ~~Baik/buruk/sedang~~

Perubahan BB 3 bulan terakhir : ~~Tidak/ya~~

c. Pola Eliminasi

1) Buang air besar

Frekuensi : 1-2x/hari

Warna : kuning kecoklatan

Waktu : Pagi hari

Konsistensi : Lembek

2) Buang air kecil

Frekuensi : 3-4x/hari

Bau : Khas

Warna : Kuning jernih

Jumlah : 1000-1500 cc/hari

d. Pola tidur dan istirahat

Waktu tidur (jam) : Ny. M akan tidur pada pukul 22.00 – 05.00

Lama tidur/hari : 6-8 jam

Kebiasaan pengantar tidur : tidak ada

Kebiasaan saat tidur : tidak ada

e. Pola aktivitas dan latihan

Kegiatan dalam pekerjaan : Ny. M bekerja sebagai pegawai administrasi

Olahraga : Ny. M biasanya melakukan senam 1x/minggu

Kegiatan di waktu luang : Ny. M menghabiskan waktu luang dengan istirahat

f. Pola Kerja

Jenis Pekerjaan : Ny. M bekerja sebagai pegawai administrasi

Jumlah Jam kerja : 8 jam kerja

Jadwal kerja : 08.00-16.00 WITA

3. Riwayat Lingkungan

Kebersihan lingkungan : Lingkungan rumah Ny. M terjaga dengan baik

Bahaya : Tidak terdapat hal yang membahayakan di lingkungan rumah

Polusi : Tidak ada polusi yang ada di lingkungan rumah

4. Aspek Psikososial

a. Pola Pikir dan persepsi

Alat bantu yang digunakan : Ny. M tidak Menggunakan alat bantu

Kesulitan yang dialami : ~~Sering Pusing/menurunnya sensitifitas terhadap panas dingin/membaca/menulis~~

b. Persepsi diri

Hal yang dipikirkan saat ini :

Ny. M ingin segera pulih dari kondisi yang dialami dan ingin nyeri yang dirasakan berkurang.

Harapan setelah menjalani perawatan

Ny. M berharap dapat melakukan aktivitas normal setelah dilakukan perawatan

Perubahan yang dirasa setelah sakit

Ny. M mulai bisa menerima keadaan yang terjadi pada dirinya saat ini.

c. Suasana Hati: Saat ini Ny. M merasa terganggu dengan rasa nyeri yang dirasakan

d. Hubungan Komunikasi

1) Bicara

Ny. M Menggunakan bahasa Indonesia dan bahasa bali sebagai bahasa sehari-hari. Komunikasi antar keluarga berjalan dengan baik

2) Tempat tinggal

Hubungan Ny. M dengan tetangga cukup baik. Tetangga Ny. M sering membantunya apabila Ny. M memerlukan bantuan

3) Kehidupan keluarga

Komunikasi dalam keluarga cukup baik. Apabila ada masalah dalam keluarga, Ny. M akan berdiskusi dengan Tn. T untuk mendapatkan solusi.

4) Kesulitan dalam keluarga

Tidak ada

e. Kebiasaan Seksual

Tidak terkaji

f. Pertahanan koping

1) Pengambilan keputusan

Proses pengambilan keputusan akan dilakukan dengan cara diskusi agar menemukan solusi terbaik.

2) Yang disukai tentang diri sendiri

Ny. M adalah seorang pekerja keras dan ramah pada semua orang

3) Yang ingin dirubah dari kehidupan

Ny. M ingin segera pulih dari keadaannya saat ini dan berharap bisa berjalan dengan normal.

4) Yang dilakukan jika sedang stress

Ny. M akan bercerita dengan orang lain untuk menghilangkan stress yang dirasakan

5. Pengkajian Fisik

1) Vital Sign

Tekanan Darah : 150/90 mm/Hg

Nadi : 105x/menit

Pernapasan : 20x/menit

Suhu : 36,9°C

Saturasi Oksigen : 98%

2) Kesadaran : Compos Mentis

3) Keadaan Umum : Stabil

4) Pemeriksaan Head to toe

a) Kepala

Bentuk normocephalus, tidak terdapat jejas pada area kepala

b) Rambut

Warna rambut hitam ikal

c) Mata

Pupil isokor, sklera merah muda, tidak terdapat jejas pada mata

d) Hidung

Tidak terdapat jejas pada hidung, tidak terdapat sumbatan pada hidung

e) Telinga

Tidak ada perdarahan pada telinga

f) Mulut dan gigi

Mukosa mulut lembab, tidak terdapat jejas pada mulut dan gusi.

g) Leher

Tidak teraba masa pada leher, tidak ada jejas pada leher

h) Thorax

Inspeksi : tidak terdapat jejas pada area dada, bentuk simetris, tidak ada keterlambatan gerak saat inspirasi dan ekspirasi

Palpasi : Vocal premitus teraba

Perkusi : Suara: sonor

Auskultasi : Vesikuler: +/+ rhonki : -/- wheezing: -/-

i) Abdomen

Inspeksi : bentuk flat, tidak ada jejas pada abdomen

Auskultasi : Bising usus (+) frekuensi 6-8x/mnit

Perkusi : Suara : timpani pada semua regio

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

j) Genitalia

Tidak terkaji

k) Kulit

Terdapat luka lecet pada area kaki dan tangan

l) Ekstremitas

Kekuatan Otot

5		5
<hr/>		
5		4

5) Pemeriksaan Neurologis

Tidak terkaji

6. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 5.1

Hasil Pemeriksaan Lab Ny.M dengan Closed Fracture Post ORIF

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hemoglobin	14.1	g/dL	12.0-16.0
Hematokrit	41,8	%	35-47
WBC	11,7	$10^3/\text{ul}$	3,6-11
PLT	295	$10^3/\text{ul}$	150-440
GDS	118	mg/dL	79-140
Swab PCR	Negatif		Negatif

7. Pemeriksaan Radiologi

Kesan : Closed Fracture Tibia Sinistra

8. Medikasi

- Paracetamol 4 x 500mg PO
- Ceftriaxone 2 x 1gr IV

- c. Fero Sulfate 2 x 1 tab PO
- d. Konsul rehabilitasi medik untuk program mobilisasi

9. Analisis Data

Tabel 5.2

Analisa Data Ny. M dengan Closed Fracture Post ORIF

Data	Etiologi	Masalah
DS: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi	Pembedahan ORIF PS	Nyeri Akut
DO: Pengkajian nyeri	↓ Luka insisi	
P: Nyeri saat pasien bergerak	↓ Inkontinuitas jaringan terputus	
Q: seperti ditusuk-tusuk	↓ Aktivasi reseptor nyeri	
R: Area luka operasi	↓ Merangsang thalamus dan konteks serebri	
S: 5 (Numeric Pain Scale)	↓ Nyeri akut	
T: hilang timbul		
TTV: Tekanan Darah: 150/90 mm/Hg		
Suhu: 36,9°C		
Frekuensi Nadi: 105x/menit		
Respirasi: 19x/menit		
Saturasi Oksigen: 98%		
Pasien nampak meringis, gelisah dan sering terbangun saat tidur karena merasa nyeri, napsu makan menurun dan proses berpikir terganggu		

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, TD: 150/90 mmHg, nafsu makan menurun dan proses berpikir terganggu.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 5.2

Rencana Keperawatan Nyeri Akut pada Ny. M dengan Closed Fracture Post ORIF

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	<p>Nyeri Akut (D. 0077) Kategori : psikologis Subkategori: nyeri dan kenyamanan Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab : 1. Agen pencedera fisiologis(mis, inflamasi, iskemia,neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi(mis, terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik(mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Mengeluh nyeri</p>	<p>Tingkat nyeri (L.08066) Definisi : pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keluhan nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil: 7. Keluhan nyeri menurun 8. Frekuensi nadi menurun 9. Gelisah menurun 10. Tekanan darah membaik 11. Keluhan meringis menurun 12. Pola Tidur membaik</p>	<p>Intervensi Utama 1. Manajemen nyeri Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan Tindakan Observasi 1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Terapeutik 1. Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(aroma terapi) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan , kebisingan)</p>

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
	<p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (misalnya . waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur <p>Gejala dan tanda minor Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis <p>Kondisi klinis terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Syndrom koroner akut 5. Glaukoma 		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgesik,jika perlu</p> <p>Aromaterapi (I.08233)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pilihan aroma yang disukai dan tidak disukai 2. Identifikasi tingkat nyeri, stress, kecemasan, dana lam perasaan sebelum dan sesudah aromaterapi 3. Monitor masalah yang terjadi saat pemberian aromaterapi (missal: dermatitis kontak, asma) 4. Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian aromaterapi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan uji kepekaan kulit

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
			<p>sebelum dilakukan terapi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan minyak esensial dengan metode yang tepat (missal: inhalasi, pemijatan, mandi uap, atau kompres) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan Menggunakan minyak esensial secara bervariasi 2. Anjurkan menghindari kemasan minyak esensial dari jangkauan anak-anak <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasikan jenis dan dosis minyak esensial yang tepat dan aman <p>Pemantauan Nyeri (I.08242)</p> <p>Definisi : mengumpulkan dan menganalisa data nyeri</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor durasi dan frekuensi nyeri 2. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri 3. Monitor durasi dan frekuensi nyeri

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
			Terapeutik - Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. 2. Informasikan hasil pemantauan Kolaborasi 1. Tidak tersedia

D. Implementasi Keperawatan

Tabel 5.3

Implementasi Keperawatan Nyeri Akut pada Ny. M dengan Closed Fracture Post ORIF

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat(D. 0077)	28-03-2022 14.30	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan BHSP dengan pasien Mengkaji Nyeri yang dialami oleh pasien Mengukur TTV sebelum dilakukan aroma terapi 	<p>DO: Pengkajian Nyeri P: Nyeri saat pasien bergerak Q: seperti ditusuk-tusuk R: Area luka operasi S: 5 (Numeric Pain Scale) T: hilang timbul TTV: Tekanan Darah: 140/90 mm/Hg Suhu: 36,4^oC Frekuensi Nadi: 109x/menit Respirasi: 20x/menit Saturasi Oksigen: 98% DS: Pasien mengeluh nyeri pada area luka operasi.</p>	
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi	28-03-2022 16.00	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan teknik nonfarmakologi nyeri: Aromaterapi Lemon Melakukan uji kepekaan aroma pada pasien Melakukan tindakan kolaborasi: Pemberian obat 	<p>DO: Tidak terdapat tanda-tanda alergi pada pasien. DS: Pasien mengatakan merasa lebih tenang.</p>	

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
meningkat (D. 0077)		ketorolac 30mg IV		
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat (D. 0077)	28-03-2022 16.30	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan observasi mengenai masalah yang ditemui saat dilakukan aromaterapi Mengukur TTV setelah dilakukan aromaterapi 	DO: P: Nyeri saat pasien bergerak Q: seperti ditusuk-tusuk R: Area luka operasi S: 5 (Numeric Pain Scale) T: hilang timbul TTV: Tekanan Darah: 130/90 mm/Hg Suhu: 36,7°C Frekuensi Nadi: 100x/menit Respirasi: 17x/menit Saturasi Oksigen: 98% Tidak ada masalah yang ditemui setelah dilakukan aromaterapi DS: Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang	
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat (D. 0077)	28-03-2022 18.00	<ul style="list-style-type: none"> Mengkaji nyeri pasien Menganjurkan untuk menyimpan kemasan minyak aromaterapi jauh dari jangkauan anak-anak 	DO: Pengkajian nyeri: Pengkajian Nyeri P: Nyeri saat pasien bergerak Q: seperti ditusuk-tusuk R: Area luka operasi S: 4 (Numeric Pain Scale) T: hilang timbul	

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			DS: Pasien mengatakan nyeri masih dirasakan namun agak berkurang	
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat (D. 0077)	29-03-2022 09.00	<ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji Nyeri Pasien • Mengukur TTV • Menjelaskan faktor penyebab dan pemicu nyeri 	DO: Pengkajian Nyeri P: Nyeri saat pasien bergerak Q: seperti ditusuk-tusuk R: Area luka operasi S: 4 (Numeric Pain Scale) T: hilang timbul TTV: Tekanan Darah: 140/80 mm/Hg Suhu: 36,1 ^o C Frekuensi Nadi: 105x/menit Respirasi: 18x/menit Saturasi Oksigen: 97%	
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi	29-03-2022 10.00	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologi: Aromaterapi Lemon • Melakukan pengaturan lingkungan agar rendah stimulus (mematikan lampu, menutup tirai) 	DS: Pasien merasa nyeri di area luka operasi. DO: Pasien nampak tenang. Lingkungan pasien kondusif untuk dilakukan aromaterapi DS: Pasien merasa lebih baik setelah dilakukan aromaterapi	

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
meningkat (D. 0077)		<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan pasien untuk rileks • Melakukan tindakan kolaborasi: pemberian obat ketorolac 30mg IV 		
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat (D. 0077)	29-03-2022 10.15	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi keluhan yang dialami selama tindakan aromaterapi 	DO: Tidak terdapat tanda-tanda alergi saat dilakukan aromaterapi DS: -	
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat (D. 0077)	29-03-2022 12.00	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan evaluasi nyeri • Mengukur TTV setelah dilakukan aromaterapi • Memberikan pujian atas perkembangan positif yang dialami oleh pasien 	DO: Pengkajian Nyeri P: Nyeri saat pasien bergerak Q: seperti ditusuk-tusuk R: Area luka operasi S: 3 (Numeric Pain Scale) T: hilang timbul DS: Pasien merasa nyeri pada luka operasi mulai terkontrol.	
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan	30-03-2022 14.15	<ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji nyeri pasien • Mengatur posisi pasien • Mengukur TTV 	DO: Pengkajian Nyeri P: Nyeri saat pasien bergerak Q: seperti ditusuk-tusuk	

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat (D. 0077)			R: Area luka operasi S: 3 (Numeric Pain Scale) T: hilang timbul TTV: Tekanan Darah: 120/80 mm/Hg Suhu: 36.8 ^o C Frekuensi Nadi: 87x/menit Respirasi: 17x/menit Saturasi Oksigen: 98%	
			DS: Pasien merasa nyeri di area luka operasi.	
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat (D. 0077)	30-03-2022 17.15	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologi nyeri: Aromaterapi lemon • Menganjurkan pasien untuk rileks • Mengatur kondisi lingkungan pasien agar rendah stimulus • Berkolaborasi dalam memberikan terapi: ketorolac 30mg IV 	DO: Pasien nampak lebih tenang	
			DS: Pasien merasa nyaman saat diberikan aromaterapi	
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak	30-03-2022 18.00	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi masalah yang ditemui saat dilakukan aromaterapi 	DO: Tidak ada keluhan saat dilakukan aromaterapi DS: -	

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat (D. 0077)				
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat (D. 0077)	30-03-2022 19.00	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi nyeri pasien • Menganjurkan untuk melakukan aromaterapi sesuai indikasi • Memberikan apresiasi kepada pasien atas kerjasamanya selama kegiatan 	DO: Pengkajian Nyeri: P: Nyeri saat pasien bergerak Q: seperti ditusuk-tusuk R: Area luka operasi S: 2 (Numeric Pain Scale) T: hilang timbul DS Pasien merasa nyeri sudah berkurang.	

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 5.4

Evaluasi Keperawatan Nyeri Akut pada Ny. M dengan Closed Fracture Post ORIF

No	Tgl / Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	30-03-2022 19.00	<p>S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan pola tidur membaik</p> <p>O : Keadaan umum: baik, Kesadaran Compos Mentis, Tekanan Darah 120/80 mm/Hg, Nadi: 80x/menit, Suhu 36,8°C respirasi 16x/menit saturasi oksigen: 98%. Pasien tidak nampak meringis</p> <p>Pengkajian Nyeri:</p> <p>P: Nyeri saat pasien bergerak</p> <p>Q: seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Area luka operasi</p> <p>S: 2 (Numeric Pain Scale)</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>A: Nyeri Akut menurun</p> <p>P : Pertahankan kondisi pasien dan lanjutkan intervensi</p>	