

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa	: Dita Maeyra Awalantina
Tempat Praktik	: RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, ruangan Raudhah
Tanggal Praktik	: 24-29 Juli 2023
Tanggal Pengkajian	: 26 Juli 2023. Jam 08.30
Sumber data	: Pasien, Keluarga Pasien dan Rekam Medis

A. DATA UMUM KLIEN

No. RM	: 844***
Nama Klien	: Tn.S
Umur	: 80 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Sudagran, Yogyakarta
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Pensiunan
Status	: Menikah
Agama	: Islam
Tanggal masuk	: 26 Juli 2023
Ruang	: Raudhah
Diagnosa Medis	: Cf Femur Dextra

B. RIWAYAT KESEHATAN

Alasan masuk RS:

Pasien masuk ke RS pada tanggal 21 Juli 2023 karena terjatuh dari tempat tidur dan tidak sadarkan diri. Pasien langsung dibawa ke IGD dan di pindah ke ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keluhan utama saat ini:

Keluarga pasien mengatakan kaki sebelah kanan tidak bisa di gerakan, lemas dan terasa nyeri dengan skala 5, P: Nyeri timbul saat digerakan Q: Seperti di tusuk-tusuk R: di kaki sebelah kanan S: 5 T: Sewaktu-waktu

Riwayat kesehatan masa lalu:

Keluarga Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM.

Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit menular, gangguan kejiwaan, dan penyakit kronis lainnya.

Penyakit keturunan:

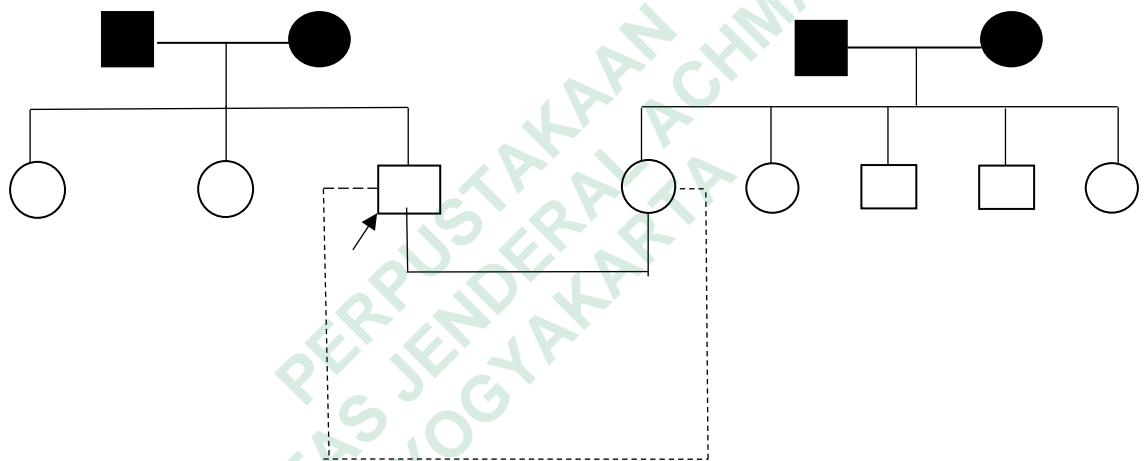
Keluarga Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan

Riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya:

Keluarga Pasien mengatakan belum pernah mengalami kecelakaan dan belum pernah menjalani pembedahan.

Riwayat Alergi dan pengobatan yang pernah di peroleh:

Keluarga Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat ataupun makanan. Pasien mengatakan tidak ada obat rutin yang di minum .

Genogram**Gambar 3.1 Genogram****Keterangan :**

■● : meninggal

○ : perempuan

□ : pria

↖ : pasien

— : garis keturunan

..... : tinggal serumah

1. Sistem Pernafasan

- Dispnea : ~~Ya~~/Tidak
- Sputum : ~~Ya~~/Tidak
- Riwayat penyakit : ~~Ya~~/Tidak
 - Bronktis
 - Asthma
 - TBC
 - Emphysema
 - Pneumonia
- Merokok : ~~Ya~~/Tidak
- Respirasi : 20 x/menit; Dalam/~~Dangkal~~; Regular/~~Iregular~~; Simetris/~~tidak~~
- Penggunaan otot bantu pernafasan: ~~Ya~~/Tidak
- Fremitus : ~~Ya~~/Tidak
- Nasal flaring : ~~Ya~~/Tidak
- Sianosis : ~~Ya~~/Tidak
- Pemeriksaan Thorax
 - 1) Inspeksi : Pergerakan dinding dada simetris antara dada kanan dan dada kiri
 - 2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, taktil fremitus normal
 - 3) Perkusi : Sonor (Resonant) di kedua lapangan paru (interpretasi Normal)
 - 4) Auskultasi : Suara pernafasan vesikuler, tidak terdengar wheezing pada kedua lapangan paru. (Interpretasi Normal)
 - 5) Lain-lain : Tidak ada

2. Sistem Kardiovaskular

- Riwayat Penyakit : ~~Ya~~/Tidak
 - Hipertensi: Ya/~~Tidak~~. Pasien mengatakan mengalami hipertensi sekitar 1 bulan yang lalu.
 - Penyakit gangguan jantung: ~~Ya~~/Tidak
- Edema kaki : Ya/~~Tidak~~
- Plebitis : ~~Ya~~/Tidak
- Claudicatio : ~~Ya~~/Tidak
- Dysreflexia : ~~Ya~~/Tidak
- Palpitasi : ~~Ya~~/Tidak; Sinkop: ~~Ya~~/Tidak
- Rasa kebas/kesemutan : ~~Ya~~/Tidak
- Batuk darah : ~~Ya~~/Tidak
- TD : 170/110 mmHg, pengukuran di: lengan; Posisi pengukuran: Tidur/~~Berdiri~~/~~Duduk~~
- Nadi : 110x/menit diukur di ~~carotis~~/~~temporal~~/~~jugular~~/~~radial~~/~~femoral~~/~~popliteal~~/~~post tibial~~/~~dorsalis pedis~~
- Kualitas nadi : Lemah/~~Kuat~~/~~tidak teraba~~

- CRT : < 2 detik.
- Homans sign : Homan sign negative (tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas bawah pada saat kaki di dorsofleksikan)
- Abnormalitas kuku : Kuku tampak kotor, pendek, kuat, tidak rapuh, berwarna putih kemerah-merahan.
- Perubahan kulit : Tidak muncul perubahan pada kulit
- Membran mukosa : Membran mukosa lembab
- Pemeriksaan Kardio
 - 1) Inspeksi : *Ictus cordi* tidak terlihat (interpretasi normal)
 - 2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan. *Ictus cordi* terletak di garis midklavikula sinistra intercostae V.
 - 3) Perkusi : Batas jantung kanan pada linea sternalis kanan, batas jantung kiri pada sela iga V garis midklavikula kiri. Bunyi pekak pada batas jantung.
 - 4) Auskultasi : Vesikuler, suara jantung pertama dan kedua normal (lup-dup), tidak didapatkan bising jantung.
 - 5) Lain-lain : Tidak ada

3. Sistem Gastrointestinal

a. Antropometri

BB: 60 kg TB: 160 cm IMT: 23,4 LLA: 27 cm

Gizi kurang

Gizi baik

Gizi lebih

Berat badan: 60 Kg, ada perubahan BB: Ya/Tidak

b. Biokimia

Hb : 14,1 gr/dl

Hmt: Tidak ada

Albumin : Tidak ada

Serum Glukosa: Tidak ada

c. Clinical sign

1) Turgor kulit : Turgor kulit elastis

2) Membran mukosa : Membran mukosa tampak lembab

3) Edema : Ya/Tidak

4) Ascites : Ya/Tidak

5) Pembesaran tiroid : Ya/Tidak

6) Gigi dan mulut : Kondisi gigi dan mulut tampak kotor, tidak ada perdarahan pada gusi, beberapa gigi sudah tanggal, ada karies gigi, tidak ada penggunaan gigi palsu.

- 7) Kondisi lidah : Tidak ada stomatitis, tidak ada lesi, kondisi lidah tampak bersih
- 8) Halitosis : Ya/Tidak
- 9) Hernia : Ya/Tidak
- 10) Massa abdomen : Ya/Tidak
- 11) Bising usus : 12 x/menit
- 12) Data tambahan dalam Pemeriksaan abdomen:
- Inpeksi : Abdomen terlihat datar, bentuk simetris, tidak ada perubahan warna kulit ataupun lesi di kulit sekitar area abdomen.
 - Auskultasi : Peristaltik usus normal (bising usus 12 x/menit)
 - Perkusi : Perkusi abdomen timpani dan perkusi hati berbunyi redup (dullnes). (interpretasi normal)
 - Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan dan tidak teraba massa

4. Diet

- a. Pola makan sebelum dirawat : 3x/sehari; waktu: pagi jam 07.00 WIB, siang jam 12.00 WIB, malam, jam 18.30 WIB.
- b. Pola makan selama sakit : 3x/sehari; waktu: pagi jam 07.30 WIB, siang jam 12.00 WIB, malam, jam 19.00 WIB.
- c. Pantangan makanan : Ya/Tidak
- d. Suplemen makanan : Ya/Tidak
- e. Nafsu makan turun : Ya/Tidak
- f. Mual/Muntah : Ya/Tidak
- g. Alergi makanan : Ya/Tidak
- h. Masalah dalam menelan : Ya/Tidak
- i. Gigi Palsu : Ya/Tidak
- j. Penggunaan diuretic : Ya/Tidak
- k. Dada serasa terbakar sesaat setelah makan: Ya/Tidak
- l. Kebutuhan cairan selama sakit:
- BB pasien = 60 kg
 - Kebutuhan Cairan:
 - 10 kg pertama = 1.000 cc
 - 10 kg ke-dua = 500 cc
 - BB 60-20 = 40 = 800 ml
 - Kebutuhan Cairan=1.000+500+800=2.300
 - IWL:

$$IWL = \frac{10-15 \times kgBB}{24 Jam} = \frac{10 \times 60}{24} = \frac{600}{24} = 24cc/jam \text{ atau } 25 \times 24 \text{ Jam} = 600cc/24Jam$$

m. Balance cairan selama 24 jam

Tabel 3. 1 Balance Cairan

Intake	Output	Balance cairan
Parenteral: 1.500cc (Infus) Makan + minum : 550cc +250cc =800cc	Urine : 1.150 cc IWL : 600 cc Feses : 200 cc Muntah : tidak ada Drain : Tidak ada Darah : Tidak ada	Input – output+IWL: 2.300 - 1.950cc
Total : 2.300cc	Total : 1.950 cc	+350 cc

5. Sistem Neurosensori

- a. Merasa pusing/mau pingsan : Ya/~~Tidak~~. Pasien mengatakan saat merasa pusing dan tegang di tengkuk. Pasien tampak gelisah dan tegang.
- b. Sakit kepala : Ya/~~Tidak~~. Pasien tampak meringis, sesekali memegang kepala
- c. Kesemutan/Kebas/lemah : ~~Ya~~/Tidak.
- d. Riwayat stroke : ~~Ya~~/Tidak
- e. Kejang : ~~Ya~~/Tidak
- f. Kehilangan daya penglihatan : ~~Ya~~/Tidak
- g. Glaukoma: ~~Ya~~/Tidak; Katarak : ~~Ya~~/Tidak; Alat bantu penglihatan: ~~Ya~~/Tidak
- h. Kehilangan daya pendengaran : ~~Ya~~/Tidak
- i. Alat bantu dengar : ~~Ya~~/Tidak,
- j. Pengecap : Tidak ada gangguan pengecapan, pasien mampu menyebutkan rasa makanan
- k. Penghidu : Tidak ada gangguan penghidu, pasien mampu menyebutkan dan mendeskripsikan aroma yang didekatkan ke hidung
- l. Peraba : Pasien mampu merasakan dan menyebutkan kembali area mana yang diberikan stimulus (sentuhan) oleh perawat
- m. Status mental : Pengukuran status mental-kognitif hasilnya 30, interpretasi normal.
- n. Orientasi : Waktu:Normal/~~Tidak~~;
Tempat: Normal/~~Tidak~~;

- Orang: Normal/~~Tidak~~; Situasi: Normal/~~Tidak~~
- o. Tingkat kesadaran : Komposmentis
 - p. GCS : E:4 M:5 V:6 Total: 15
 - q. Afek (gambarkan) : Stabil (pasien menunjukkan emosi yang sesuai dengan stimulus)
 - r. Memori : Pasien mampu menyebutkan apa saja kegiatan yang baru saja dilakukan dan rangkaian aktivitas selama sehari-hari (memori jangka pendek normal). Pasien mampu menceritakan kejadian yang dialami dalam kurun waktu 6 bulan yang lalu dan di validasi oleh keluarga (memori jangka Panjang normal).
 - s. Pupil : Isokor/~~anisokor~~; ukuran: 4mm, reaksi cahaya: R: reflek pupil normal (mata kanan mengecil saat terkena cahaya dan membesar saat di tempat gelap) /L: reflek pupil normal (mata kiri mengecil saat terkena cahaya dan membesar saat di tempat gelap).
 - t. Facial droop : ~~Ya~~/Tidak
 - u. Postur tubuh : Postur tubuh bungkuk, tidak ada kelainan bentuk pada tulang belakang.
 - v. Reflek tendon : Tendon triceps: normal (ekstensi lengan bawah pada siku). Tendon Biceps: normal (fleksi lengan bawah pada siku).
 - w. Paralisis : ~~Ya~~/Tidak.
 - x. Nyeri : ~~Ya~~/Tidak.

6. Sistem Muskuloskeletal

- a. Kegiatan utama sebelum sakit: pasien mengatakan kegiatan utama yaitu berkebun dan beres-beres rumah.
- b. Kegiatan senggang: pasien mengatakan jika senggang, ia suka menonton TV
- c. Kondisi keterbatasan: Pasien mengatakan pada hari jumat 21 Juli 2023, ketika berada di rumah, jatuh dari tempat tidur kaki kanannya tidak bisa digerakan, ia sempat jatuh dan tidak bisa berdiri. Pasien di bantu keluarga segera ke rumah sakit. Pasien mengatakan saat ini sulit menggerakan kaki kanannya dan susah untuk berjalan.
- d. Tidur malam: Ya/~~tidak~~, jam 11.00 Tidur siang: ~~Ya~~/Tidak
- e. Kesulitan untuk tidur: ~~Ya~~/Tidak; Insomnia: ~~Ya~~/Tidak

- f. Sulit bangun tidur: ~~Ya~~/Tidak
- g. Perasaan tidak tenang saat bangun tidur: ~~Ya~~/Tidak
- h. Rentang gerak: Ekstremitas kiri atas rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan atas rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan bawah rentang gerak terbatas (50%), ekstremitas kiri bawah rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%).
- i. Kekuatan otot: Ekstremitas kiri atas skala 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan atas skala 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan bawah skala 4 (mampu menggerakkan namun dengan rangsangan), ekstremitas kiri bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh).
- | | |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 4 | 5 |
- j. Deformitas: ada kelainan anatomi tulang kaki
- k. Postur: kifosis/lordosis/skoliosis
- l. Gaya berjalan: pasien tidak mampu berjalan dengan normal karena kaki kanan tidak dapat diangkat.
- m. Pengkajian resiko jatuh menggunakan morse fall scale: = 80 (resiko jantung tinggi)
- n. Kemampuan ADL's
(Menggunakan kode 2 = *independent*, 1 = butuh bantuan, 0 = *dependent*)

Tabel 3. 2 Kemampuan ADL'S

	0	1	2
Buang air besar		√	
Buang air kecil		√	
Menggunakan toilet		√	
Berdandan		√	
Makan		√	
Berpakaian		√	
Berpindah tempat		√	
Mobilisasi		√	
Naik tangga		√	
Mandi		√	

Ket: Kebutuhan ADL' sebagian besar di bantu oleh keluarga dan perawat.

- o. Lain-lain: Keluarga pasien mengatakan pasien belum mandi selama di RS hanya di lap-lap saja menggunakan handuk dan air bersih. Pasien tidak bisa melakukan aktivitas perawatan diri pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur saja rambut pasien tampak lepek bau badan pasien kurang sedap.

7. Sistem Integumen

- a. Riwayat alergi : Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi
- b. Riwayat imunisasi : Pasien mengatakan sudah tidak ingat pernah mendapatkan imunisasi apa saja.
- c. Perubahan sistem imun : Tidak ada
- d. Transfusi darah : ~~Ya~~/tidak
- e. Temperatur kulit : 36,8 C dan kulit teraba hangat
- f. Diaphoresis : Tidak ada
- g. Integritas kulit : Bagus/~~kurang~~; Scar: ~~Ya~~/Tidak; Rash: ~~Ya~~/Tidak, lokasi: petechiae muncul di permukaan kulit; Laserasi: ~~Ya~~/tidak
- h. Ulcer : ~~Ya~~/Tidak
- i. Luka bakar : ~~Ya~~/Tidak
- j. Pressure Ulcer : Skor 23 interpetasi normal, pasien tidak memiliki resiko luka tekan.
- k. Edema : Tidak ada edema
- l. Lain – lain : Tidak ada

8. Sistem Eliminasi

a. Fecal

- a) Frekuensi BAB : 1-2 x/ hari
- Konstipasi : Pasien mengatakan tidak mengalami konstipasi
- Diare : Pasien mengatakan tidak diare
- b) Karakteristik feses
 - Konsistensi : Lunak
 - Warna : Coklat kekuningan
 - Bau : Khas feses
- c) Penggunaan laxative: ~~Ya~~/Tidak
- d) Perdarahan per anus : ~~Ya~~/Tidak
- e) Hemoroid : ~~Ya~~/Tidak

b. Bladder

- a. Inkontinensia : ~~Ya~~/Tidak
- b. Urgensi : ~~Ya~~/Tidak
- c. Retensi urin : ~~Ya~~/Tidak
- d. Frekuensi BAK : 4-5x /hari
- e. Karakteristik Urin : Urin berwarna kuning pekat seperti teh
- f. Volume urin : 1.150 cc
- g. Nyeri/kesulitan terbakar/kesulitan BAK: pasien mengatakan tidak ada keluhan nyeri ataupun kesulitan saat BAK
- h. Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih: Tidak ada

9. Sistem Reproduksi

- Keluhan sistem reproduksi: pasien mengatakan tidak ada

- Akseptor KB: (~~Ya~~/Tidak)
- Kegiatan seksual teratur: ~~Ya~~/Tidak

C. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Nilai / Kepercayaan

Agama yang dianut: Islam

Kegiatan keagamaan yang dijalani: sholat 5 waktu dan pengajian

Nilai / kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan: Tidak ada

Gaya hidup: Pasien mengatakan senang makan sayur tapi tidak suka makan buah. Pasien mengatakan senang mengonsumsi makanan yang asin. Pasien mengatakan tidak ada olahraga rutin yang dilakukan karena sudah lelah setengah hari bekerja di sawah. Kalau ada waktu senggang di pakai untuk beres-beres rumah, menonton TV atau berinteraksi dengan lingkungan sekitar.

Perubahan gaya hidup: Pasien mengatakan sejauh ini tidak ada perubahan gaya hidup.

2. Koping / stress

Pasien merasa stres: ~~Ya~~/Tidak

Faktor penyebab stres : Pasien mengatakan kalau saat ini sudah tidak merasa stress. Pasien sudah mampu menerima kondisinya dan berserah diri ke sang pencipta. Pasien mengatakan jika mengalami permasalahan yang susah di atasi sendiri, ia akan berdoa, lalu bercerita pada sanak saudaranya.

Status emosional: Tenang / ~~Cemas / Marah / Menarik diri / Takut / Mudah tersinggung / Tidak sabar / euforia.~~

Lain – lain: Tidak ada

3. Hubungan

Tinggal dengan: Pasien mengatakan saat ini, tinggal dengan istrinya

Orang yang mendukung: saudara kandung

Penyakit mempengaruhi hubungan keluarga/orang lain: pasien mengatakan penyakitnya tidak membuat hubungan keluarganya renggang. Namun sebaliknya, keluarganya lebih sering memperhatikan kesehatannya.

Kegiatan di masyarakat: pasien mengatakan ikut gotong royong di dusun.

Lain-lain: Tidak ada

4. Persepsi Diri

Yang dirasakan terkait hospitalisasi: Selama sakit pasien tampak sabar dan terus berdoa kepada Allah, pasien mengatakan bahwa sakit itu bisa mengurangi dosa.

Perilaku klien sesuai dengan situasi: pasien tampak tenang dan mendengarkan arahan pengobatan yang diberikan oleh perawat
Lain – lain: Tidak ada

D. Defisit pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan Klien

Bahasa utama: Bahasa Jawa

Daftar kebutuhan pendidikan selama di rawat: Edukasi tentang perawatan diri

E. Discharge Planning (disiapkan sesuai dengan kebutuhan klien)

Edukasi kebutuhan saat pasien pulang

- Cara minum obat selama di rumah

F. Data Penunjang

Tabel 3.3 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Lab				
Jenis Pemeriksaan	Tanggal pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Status
Epitel	25-07-2023	1-2/lp	Negative	Normal
Bakteri gram	25-07-2023	Bacil gram negative; +/-positif	Negative	Normal
PMN	25-07-2023	Leukosit : 0-1/lp	Negative	Normal
GDS	26-07-2023	70-140	135	Normal
GDS	26-07-2023	70-140	130	Normal

Tabel 3.4 Pemeriksaan Radiologi

Jenis pemeriksaan	Tanggal	Hasil
PELVIS S-CR	22-07-2023	Radiologis tampak fraktur basis collum,intertrochan terica femur dextra,apposisi dan agliment kurang bagus.
THORAX DEWASA S-CR	22-07-2023	Radiologis tampak gambaran bronkhitis paru,besar dan konfigurasi cor normal.

Tabel 3.5 Terapi Medis

Nama Obat	Dosis dan waktu
Metronidazole	3 x 500 mg, IV / 8 jam (08:00-16:00-24:00)
Pantoprazole	1x140mg Tab oral (20:00)
Paracetamol	3x1 1g/100 ml IV (08:00-16:00-24:00)

B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.6 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan kaki sebelah kanan tidak bisa di gerakan, lemas dan terasa nyeri dengan skala 5 <p>P: Nyeri timbul saat digerakan Q: Seperti di tusuk-tusuk R: di kaki sebelah kanan S: 5 T: Sewaktu-waktu</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cf <i>Femur Dextra</i> - Pasien tampak meringis - Tanda-tanda vital Tekanan darah: 144/84 mmHg Suhu : 36,5 °C Nadi : 80x/menit Respirasi : 20x/menit 	Nyeri Akut (D.0077)	Agen pencedera fisik
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan kanan pasien tidak bisa di gerakan seperti kaki kiri dan lemas. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Kaki kanan pasien tidak bisa di gerakkan - Semua aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarga gerakan terbatas - Kekuatan otot tangan kanan 5, tangan kiri 5, kaki kanan 4, kaki kiri 5 	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Fraktur (<i>Femur dextra</i>)
3.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien belum mandi selama di Rs hanya di lap-lap saja menggunakan handuk dan air bersih <p>Do:</p>	Defisit perawatan diri D.0109	Kelemahan

	<ul style="list-style-type: none">- pasien tidak bisa melakukan aktivitas perawatan diri- pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur saja- rambut pasien tampak lepek- bau badan pasien kurang sedap		
--	--	--	--

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan Fraktur (*Femur Dextra*)
3. Defisit perawatan diri D.0109 berhubungan dengan Kelemahan

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

C. Rencana Keperawatan


Tabel 3.7 Rencana Keperawatan

NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
D.0077	Nyeri akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan masalah keperawatan nyeri akut klien bisa teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4). Skala nyeri pasien dari 6 menjadi 4. 2. Meringis dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4) <p>Kontrol nyeri (L.08063)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol dari sedang menjadi cukup meningkat 2. Kemampuan mengenali onset nyeri dari sedang menjadi cukup meningkat 3. Kemampuan menggunakan Teknik non-farmakologi dari sedang menjadi cukup meningkat 4. Penggunaan analgesik dari sedang menjadi meningkat 	<p>Manajemen Nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri (durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan terapi murrotal) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi
D.0054	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan fraktur (<i>femur dextra</i>)	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik klien bisa teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas dari cukup menurun (2) menjadi cukup meningkat (4) 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi pasien untuk melakukan pergerakan


		<ol style="list-style-type: none"> 2. Kekuatan otot dari cukup menurun (2) menjadi cukup meningkat (4) 3. Rentang gerak (ROM) dari cukup menurun (2) menjadi cukup meningkat (4) 4. Kelemahan fisik dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4) 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 3. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
3.	Defisit perawatan diri D.0109 berhubungan dengan kelelahan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Perawatan diri (L.11103)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 5. Minat melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Dukungan Perawatan Diri (L.11348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

D. Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi

Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi



DIAGNOSA	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Nyeri akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik	26/07/2023 09.00	1. Mengidentifikasi karakteristik nyeri (durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas)	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan kaki sebelah kanan tidak bisa di gerakan, lemas dan terasa nyeri dengan skala 5 - Pengkajian nyeri <ul style="list-style-type: none"> P: Nyeri timbul saat digerakan Q: Seperti di tusuk-tusuk R: di kaki sebelah kanan S: 5 T: Sewaktu-waktu <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Pasien tampak meringis c. Tanda-tanda vital <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah : 144/84 mmHg Suhu : 36,5 °C Nadi : 72x/menit Respirasi : 20x/menit 	 Dita Maeyra Awalantina
	09.15	2. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan terapi murrotal)	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> d. Pasien mengatakan lebih nyaman dan rileks setelah setelah melakukan relaksasi napas dalam dan mendengarkan murottal e. Pengkajian nyeri <ul style="list-style-type: none"> P: Nyeri timbul saat digerakan Q: Seperti di tusuk-tusuk R: di kaki sebelah kanan S: 4 	

			<p>T: Sewaktu-waktu</p> <p>Do:</p> <p>f. Pasien tampak meringis</p> <p>g. Tanda-tanda vital</p> <p>Tekanan darah : 144/84 mmHg</p> <p>Suhu : 36,5 °C</p> <p>Nadi : 72x/menit</p> <p>Respirasi : 20x/menit</p>	
	09.30	3. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah lebih paham penyebab, periode dan pemicu nyeri <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien telah di edukasi penyebab, periode dan pemicu nyeri. - Selama perawat menjelaskan pasien tampak memperhatikan, dan mampu menjawab kembali pertanyaan perawat saat evaluasi pemahaman pasien di akhir edukasi. 	
	10.00	4. Mengkolaborasi pemberian analgesik sesuai resep dokter	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan setelah menerima obat, nyeri agak berkurang - Pengkajian nyeri <p>P: Nyeri timbul saat digerakan</p> <p>Q: Seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R: di kaki sebelah kanan</p> <p>S: 4</p> <p>T: Sewaktu-waktu</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien telah diberikan obat paracetamol 3x1 - Ekspresi meringis berkurang. 	


		Evaluasi hari ke-1	<p>(26/07/2023, Jam 14.00)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan selama nyeri muncul sudah melakukan relaksasi napas dalam - Pasien mengatakan setelah menerima obat, nyeri sudah berkurang - Pengkajian nyeri: <ul style="list-style-type: none"> P: Nyeri timbul saat digerakan Q: Seperti di tusuk-tusuk R: di kaki sebelah kanan S: 4 T: Sewaktu-waktu <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak rileks - Ekspresi meringis berkurang <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi karakteristik nyeri (durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas) - Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan terapi murrotal) - Mengkolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi 	
Gangguan mobilitas fisik (<i>D.0054</i>) berhubungan dengan fraktur (<i>femur dextra</i>)	26/07/2023 09.00	1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih kesulitan mengerjakan kaki kanan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak sendi Ekstremitas kiri atas derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan atas derajat III rentang gerak tidak penuh, ada hambatan (50 %), ekstremitas kiri bawah 	 Dita Maeyra Awalantina


			<p>atas derajat I, rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan bawah derajat III rentang gerak tidak penuh, ada hambatan (50 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan Otot: Ekstremitas kanan derajat 3 (kekuatan otot sangat lemah tetapi anggota tubuh dapat digerakkan melawan gaya gravitasi). 	
	09.15	2. Memasilitasi pasien untuk melakukan pergerakan	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa lebih bugar setelah menggerakan seluruh tubuh <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien telah difasilitasi bergerak, perawat sudah mendampingi dan mengarahkan pasien cara melakukan pergerakan ringan di tempat tidur secara mandiri. Gerakan berupa duduk, pindah posisi tidur, pindah posisi duduk, dan menggerakan lengan kanan secara perlahan. 	
	09.20	3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tujuan mobilisasi adalah mempertahankan fungsi tubuh, melancarkan aliran darah dan meningkatkan kekuatan otot. Prosedurnya berupa latihan gerakan ringan diatas tempat tidur sampai bisa berjalan sendiri ke kamar mandi. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien telah diedukasi tujuan dan prosedur mobilisasi - Selama perawat menjelaskan pasien tampak memperhatikan, dan mampu menjawab kembali pertanyaan perawat saat evaluasi pemahaman pasien di akhir edukasi. 	
	09.40	4. Mengajukan melakukan mobilisasi dini	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia bersedia melakukan mobilisasi dini <p>DO:</p>	


			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien telah dimotivasi untuk mobilisasi dini - Pasien tampak berusaha menggerakkan tubuhnya dan pelan pelan kaki kanan-nya 	
		Evaluasi hari ke-1	<p>(26/07/2023, Jam 14.00)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki kanan masih agak susah digerakan karena masih agak nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak sendi Ekstremitas kiri atas derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan atas derajat II rentang gerak tidak (75 %), ekstremitas kiri bawah atas derajat I, rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan bawah derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%). - Kekuatan Otot Ekstremitas kiri atas derajat 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan atas derajat ekstremitas kanan atas derajat 4 (anggota tubuh dapat digerakkan, namun hanya mampu menahan sedikit tahanan), ekstremitas kiri bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh). <p>A: Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Memfasilitasi pasien untuk melakukan pergerakan 	

Defisit perawatan diri D.0109 berhubungan dengan kelelahan	26/07/2023 09.00 09.15 09.30	1.Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2.Monitor tingkat kemandirian 3.Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Evaluasi hari ke-1 (26/07/2023, Jam 14.00) S: Keluarga psien mengatakan klien belum pernah mandi selama dirawat dirumah sakit. O: Kulit klien nampak lembab, kuku masih nampak panjang dan rambut berantakan A:Defisit perawatan diri belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	 Dita Maeyra Awalantina
Nyeri akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik	27/07/2023 09.00	1. Mengidentifikasi karakteristik nyeri (durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas)	DS: - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pengkajian nyeri P: Nyeri timbul saat digerakan Q: Seperti di tusuk-tusuk R: di kaki sebelah kanan S: 3 T: Sewaktu-waktu DO: - Ekspresi meringis berkurang	 Dita Maeyra Awalantina


	09.15	2. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan terapi murrotal)	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pengkajian nyeri P: Nyeri timbul saat digerakan Q: Seperti di tusuk-tusuk R: di kaki sebelah kanan S: 3 T: Sewaktu-waktu 	
	09.30	3. Mengkolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien telah diberikan obat paracetamol 3x1 Ekspresi meringis berkurang 	
		Evaluasi hari ke-2	<p>(27/07/2023, Jam 14.00)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan selama nyeri muncul sudah melakukan relaksasi napas dalam namun untuk terapi murrotal hanya pada saat perawat memutarakan saja. - Pasien mengatakan setelah menerima obat, nyeri sudah berkurang - Pengkajian nyeri: P: fraktur, Jatuh dari rumah Q: Seperti di tusuk-tusuk R: di kaki kanan S: 3 T: Sewaktu-waktu <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak rileks - Ekspresi meringis berkurang <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p>	


			<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi karakteristik nyeri (durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas) - Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan terapi murrotal) - Mengkolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi 	
Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan fraktur (<i>femur dextra</i>)	27/07/2023 09.00	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki kanan sudah mampu digerakan tapi dalam rentang waktu yan tidak lama - Nyeri saat menggerakan tangan sudah jarang terasa <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak sendi Ekstremitas kiri atas derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan atas derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100 %), ekstremitas kiri bawah atas derajat I, rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan bawah derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%). - Kekuatan Otot: Ekstremitas kiri atas derajat 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan atas derajat ekstremitas kanan atas derajat 4 (anggota tubuh dapat digerakkan, namun hanya mampu menahan sedikit tahanan), ekstremitas kiri bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh). 	 Dita Maeyra Awalantina
		Evaluasi hari ke-2	<p>(27/07/2023, Jam 14.00)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah mampu mobilisasi ke kamar mandi sendiri, kaki kanan sudah lebih mudah digerakan dibanding hari kemarin dan nyeri jarang terasa. <p>O:</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak sendi Ekstremitas kiri atas derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan atas derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100 %), ekstremitas kiri bawah atas derajat I, rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan bawah derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%). - Kekuatan Otot: Ekstremitas kiri atas derajat 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan atas derajat ekstremitas kanan atas derajat 4 (anggota tubuh dapat digerakkan, namun hanya mampu menahan sedikit tahanan), ekstremitas kiri bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh). <p>A: Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 	
Defisit perawatan diri D.0109 berhubungan dengan kelelahan	27/07/2023 09.00 09.15 09.30	1.Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2.Monitor tingkat kemandirian 3.Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	<p>Evaluasi hari ke-2 (27/07/2023, Jam 14.00)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan tadi pagi sudah memandikan klien dengan menggunakan waslap. Pasien mengatakan istri pasien membantu untuk gosok gigi. Istri klien mengatakan belum memotong kuku klien karena tidakpunya alat gunting kuku. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien nampak lembab, kuku nampak masih panjang dan mulut bersih. <p>A: Defisit perawatan diri teratasi Sebagian</p> <p>P :</p>	 Dita Maeyra Awalantina

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	
Nyeri akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik	28/07/2023	1. Mengidentifikasi karakteristik nyeri (durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas)	DS: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pengkajian nyeri <ul style="list-style-type: none"> P: Nyeri timbul saat digerakan Q: Seperti di tusuk-tusuk R: di kaki sebelah kanan S: 2 T: Sewaktu-waktu 	 Dita Maeyra Awalantina
	09.15	2. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan terapi murrotal)	DS: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pengkajian nyeri <ul style="list-style-type: none"> P: Nyeri timbul saat digerakan Q: Seperti di tusuk-tusuk R: di kaki sebelah kanan S: 2 T: Sewaktu-waktu 	
	09.30	3. Mengkolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi	DO: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien telah diberikan obat paracetamol 3x1 Ekspresi meringis berkurang	

		Evaluasi hari ke-3	<p>(28/07/2023, Jam 14.00)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan selama nyeri muncul sudah melakukan relaksasi napas dalam namun untuk terapi murrotal hanya pada saat perawat memutarakan saja. - Pasien mengatakan setelah menerima obat, nyeri sudah berkurang - Pengkajian nyeri: <ul style="list-style-type: none"> P: fraktur, Jatuh dari rumah Q: Seperti di tusuk-tusuk R: di kaki kanan S: 2 T: Sewaktu-waktu <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak rileks - Ekspresi meringis berkurang <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi karakteristik nyeri (durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas) - Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan terapi murrotal) - Mengkolaborasikan pemberian analgesik sesuai indikasi 	

Gangguan mobilitas fisik (<i>D.0054</i>) berhubungan dengan fraktur (<i>femur dextra</i>)	28/07/2023 09.00	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki kanan sudah mampu digerakan tapi dalam rentang waktu yan tidak lama - Nyeri saat menggerakkan tangan sudah jarang terasa <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak sendi Ekstremitas kiri atas derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan atas derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100 %), ekstremitas kiri bawah atas derajat I, rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan bawah derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%). - Kekuatan Otot: Ekstremitas kiri atas derajat 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan atas derajat ekstremitas kanan atas derajat 4 (anggota tubuh dapat digerakkan, namun hanya mampu menahan sedikit tahanan), ekstremitas kiri bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh). 	 Dita Maeyra Awalantina
	Evaluasi hari ke-3		<p>(28/07/2023, Jam 14.00)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki kanan sudah lebih mudah digerakan dibanding hari kemarin dan nyeri jarang terasa. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak sendi Ekstremitas kiri atas derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan atas derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100 %), ekstremitas kiri bawah atas derajat I, rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan bawah derajat I rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%). 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan Otot: Ekstremitas kiri atas derajat 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan atas derajat ekstremitas kanan atas derajat 4 (anggota tubuh dapat digerakkan, namun hanya mampu menahan sedikit tahanan), ekstremitas kiri bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh). <p>A: Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 	
Defisit perawatan diri D.0109 berhubungan dengan kelelahan	28/07/2023 09.00 09.15 09.30	1.Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2.Monitor tingkat kemandirian 3.Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	<p>Evaluasi hari ke-3 (28/07/2023, Jam 14.00)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan tadi pagi sudah memandikan pasien dengan menggunakan waslap. Pasien mengatakan istri pasien membantu memotong kuku dan membantu untuk gosok gigi. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit klien nampak lembab, kuku nampak masih panjang dan mulut bersih <p>A: Defisit perawatan diri teratasi</p> <p>P : Pertahankan Intervensi</p>	 Dita Maeyra Awalantina