

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Data Umum Klien

No RM : 8499XX
Nama Klien : Nn. D
Umur : 18 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Pontianak
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Mahasiswa
Agama : Islam
Tanggal Masuk : 19-12-2023 Pukul 22.45 WIB
Ruang : Dahlia ISO B
Diagnosa Medis : Post Appendektomi (20-12-2023)

B. Riwayat Kesehatan

1. Alasan masuk RS : Pasien mengatakan datang ke IGD tanggal 19-12-2023 malam dengan keluhan nyeri perut kanan bawah, perut terasa panas seperti terbakar, merasa mual dan sesak. Terapi yang di dapatkan di IGD injeksi Ketorolac 30mg, injeksi Ondansetron 4mg dan Oksigen nasal kanul 2 lpm.
2. Keluhan utama saat ini : Pasien post operasi apendektomi (20-12-2023), pasien mengatakan nyeri dibagian perut terutama luka post operasi, sedikit sesak dan tenggorokan sedikit sakit karena post operasi. Pasien mengatakan masih kesulitan menggerakkan ekstermitas karena pengaruh anastesi. Pasien mengatakan belum mampu banyak berbicara dan bergerak karena takut nyeri akan bertambah dan luka post operasi akan terbuka.
P : Pasien mengatakan nyeri perut saat berdiam diri dan akan bertambah nyeri saat pasien bergerak
Q : Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk/tersayat
R : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut post operasi terutama bagian kanan bawah menjalar ke pinggang

S : Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 6 (0-10)

T : Pasien mengatakan nyeri menetap dan tidak hilang Riwayat kesehatan masa lalu : Pasien mengatakan pernah memiliki riwayat sesak ketika SD, namun pasien tidak memiliki riwayat hospitalisasi.

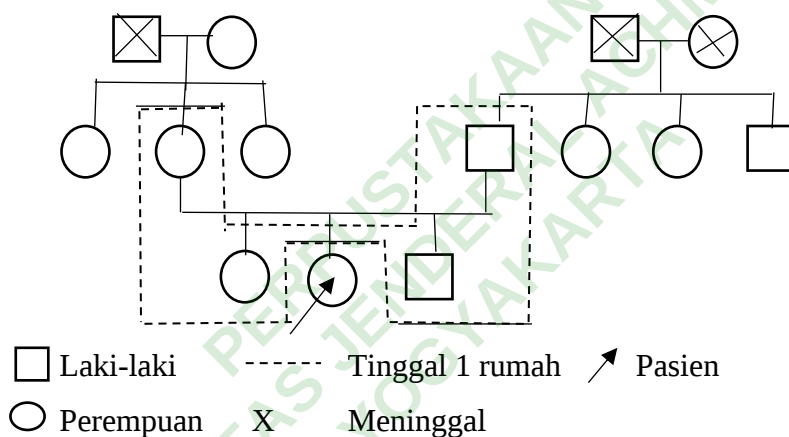
3. Riwayat kesehatan keluarga : Nenek dari ibu pasien memiliki riwayat sakit Jantung.

Penyakit keturunan : Jantung

4. Riwayat kecelakaan/pembedahan sebelumnya : Tidak ada

5. Riwayat alergi dan pengobatan yang pernah di peroleh : Pasien memiliki riwayat alergi terhadap obat sulfadiazine

6. Genogram :



C. Pengkajian Fisik

1. Sistem Pernafasan

a. Dispnea : Tidak

b. Sputum : Tidak

c. Riwayat penyakit : Tidak

Bronchitis : Tidak

Asma : Tidak

TBC : Tidak

Empyshema : Tidak

Pneumonia : Tidak

d. Merokok : Tidak

e. Respirasi : 19x/menit, dangkal, regular, simetris

f. Penggunaan alat bantu nafas : Ya (Oksigen 3 lpm)

g. Fremitus : Tidak

h. Nasal flaring : Tidak

i. Sianosis : Tidak

j. Pemeriksaan thorax : (19-12-2023)

Inspeksi : Pergerakan dada simetris, tidak tampak lesi/jejas, tidak tampak edema

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, vokal fremitus sama antara kanan dan kiri

Perkusi : Terdengar sonor

Auskultasi : Bunyi nafas vasikuler pada kedua paru, tidak terdapat suara nafas tambahan

Data tambahan : pemeriksaan thorax I posisi CR/DR dengan kesan pulmo besar COR normal

2. Sistem Kardiovaskuler

a. Riwayat penyakit hipertensi : Tidak

Penyakit gangguan jantung : Tidak

b. Edema kaki : Tidak

c. Phlebitis : Tidak

d. Claudicatio : Tidak

e. Dysreflexia : Tidak

f. Palpitasi : Tidak

g. Rasa kebas/kesemutan : Tidak

h. Batuk darah : Tidak

i. TD : 116/77 mmHg, pengukuran di lengan, posisi pengukuran tidur

j. Nadi : 65x/menit

k. Kualitas nadi : Kuat

l. CRT : < 2 detik

m. Homan sign : Tidak

n. Abnormalitas kuku : Tidak

o. Perubahan kulit : Tidak

- p. Membrane mukosa :Kering
- q. Pemeriksaan kardiovaskuler :
 - Inspeksi : Bentuk simetris, tidak tampak lesi/edema
 - Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
 - Perkusi : Terdengar pekak
 - Auskultasi : Bunyi S1 S2 reguler, lup dup

3. Sistem Gastrointestinal

- a. Antropometri
 - BB : 59 kg, TB : 158 cm, IMT : 23,7
 - Gizi Cukup
- b. Biokimia
 - HB : 12,3 gr/dL
 - Albumin : -
 - Hmt : 36%
 - Serum glukosa : -
- c. Clinical sign
 - Turgor kulit : Normal
 - Membrane mukosa : Kering
 - Edema : Tidak
 - Asites : Tidak
 - Pembesaran tiroid : Tidak
 - Kondisi gigi dan mulut : Gigi tampak rapi dan bersih
 - Kondisi lidah : Bersih
 - Halitosis : Tidak
 - Hernia : Tidak
 - Massa abdomen : Tidak
 - Bising usus : 8x/menit
 - Data tambahan pemeriksaan abdomen : (20-12-2023)
 - Inspeksi : Bentuk simetris, terdapat 3 luka post operasi appendiks (panjang balutan 5 cm), balutan kering tidak rembes, tidak ada edema

Palpasi : Terdapat nyeri tekan di seluruh perut terutama bagian kanan bawah, pasien tampak menghindar saat abdomen di tekan

Perkusi : Terdengar timpani

Auskultasi : Bising usus 8x/menit

d. Diet

- Pola makan sebelum dirawat : 3x/hari dengan porsi ½ (sedikit, tidak habis), pagi siang dan sore
- Ada larangan/pantangan makanan : Tidak
- Penggunaan suplemen makanan : Tidak
- Kehilangan nafsu makan : Tidak
- Mual/muntah : Tidak
- Alergi makanan : Tidak
- Dada serasa terbakar sesaat setelah makan : Tidak
- Masalah dalam menelan : Tidak
- Gigi palsu : Tidak
- Penggunaan diuretic : Tidak
- Pola makan selama sakit/dirawat : 3x/hari, pagi siang sore
- Kebutuhan cairan selama sakit : 900 ml (minum)
- Balance cairan selama 24 jam :

Tabel 3.1 Balance Cairan (Pukul 13.00-16.00 WIB)

INTAKE	OUTPUT	BALANCE CAIRAN
Parenteral : 500cc	Urine : 400cc	Input-output :
Makan + minum : 0cc	IWL : 73.75cc/3 jam	500-473.75 cc
	Feses : 0cc	
	Muntah : 0cc	
	Drainase : 0cc	
	Darah : 0cc	
Total : 500cc	Total : 473.75cc	Total : 26.25cc

4. Sistem Neurosensory

- Merasa pusing/mau pingsan : Tidak
- Sakit kepala : Tidak
- Kesemutan/kebas/lemah : Tidak

- d. Riwayat stroke : Tidak
- e. Riwayat kejang : Tidak
- f. Kehilangan daya penglihatan : Tidak
- g. Glaucoma : Tidak
- h. Kehilangan daya pendengaran : Tidak
- i. Pengecap : Normal
- j. Pengidu : Normal
- k. Peraba : Normal
- l. Status mental : Baik
- m. Orientasi : Baik
- n. Tingkat kesadaran : Compos mentis
- o. GCS : 15 E : 4, M : 6, V : 5
- p. Afek : Keadaan pasien baik, emosi terkontrol dengan baik dan memandang suatu hal dengan positif
- q. Memori saat ini : Pasien dapat mengingat kondisi saat ini dan masa lalu dengan baik
- r. Pupil : Isokor
- s. Facial droop : Tidak
- t. Postur tubuh : Normal
- u. Reflek tendon : Normal
- v. Paralisis : Tidak
- w. Nyeri : Ya

P : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut post operasi saat berdiam diri dan akan bertambah nyeri saat pasien bergerak

Q : Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk/tersayat

R : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut post operasi hingga menjalar ke pinggang

S : Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 6 (0-10)

T : Pasien mengatakan nyeri menetap dan tidak hilang

5. Sistem Musculoskeletal

- a. Kegiatan utama sebelum sakit : Pasien merupakan mahasiswi di salah satu universitas di Yogyakarta, kegiatan pasien sebelum sakit yaitu menjalani perkuliahan
- b. Kegiatan senggang : Tidur / main Hp
- c. Kondisi keterbatasan : Tidak ada
- d. Tidur malam : Pukul 23.00 WIB s/d 05.00 WIB
- e. Kesulitan tidur : Tidak
- f. Sulit bangun tidur : Tidak
- g. Perasaan tidak tenang saat bangun tidur : Tidak
- h. Kekuatan otot :

5	5
5	5
- i. Rentang gerak : Normal
- j. Kekuatan otot : Normal

Tabel 3.2 Skala Jatuh Morse/Morse Falls Scale (MFS)

NO	PENGKAJIAN	SKALA		SKOR	HASIL SKOR
		YA	TIDAK		
1.	Riwayat jatuh: Apakah pasien pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir		✓	25	0
2.	Diagnosa sekunder: Apakah pasien memiliki penyakit lebih dari satu		✓	15	0
3.	Alat bantu jalan Bedrest/ dibantu	✓		0	0
	Kruk/tongkat/walker		✓	15	0
4.	Terapi intravena: Apakah saat ini pasien terpasang infus	✓		20	20
5.	Gaya berjalan/ cara berpindah Normal/bedrest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri)	✓		0	0
	Lemah (tidak bertenang)	✓		10	10
	Gangguan/tidak normal (pincang/diserat)		✓	20	0

6.	Status mental			
	Pasien menyadari kondisi dirinya	✓	0	0
	Pasien mengalami keterbatasan daya ingat	✓	15	0
Total			120	30

Keterangan

Tingkat Resiko	Nilai MFS
Tidak resiko	0-24
Resiko rendah	25-50
Resiko tinggi	>51

Jadi skor resiko jatuh pada Nn.D yaitu : 30 (resiko rendah)

k. Deformitas : Tidak

l. Postur : Normal

m. Gaya berjalan : Normal

n. Kemampuan ADL's

o. (menggunakan kode 2 : independent, 1 : butuh bantuan, 0 : dependent)

Tabel 3.3 Activity Daily Living

KETERANGAN	0	1	2
Buang air besar		✓	
Buang air kecil	✓		
Menggunakan toilet		✓	
Berdandan		✓	
Makan		✓	
Berpakaian		✓	
Berpindah tempat		✓	
Mobilisasi		✓	
Naik tangga		✓	
Mandi		✓	
Keterangan	Selama proses hospitalisasi pasien membutuhkan bantuan orang lain untuk proses <i>activity daily living</i> (ADL)		

6. Sistem Integument

- a. Riwayat alergi : pasien tidak memiliki riwayat alergi makanan/minuman, udara/ cuaca, namun pasien memiliki riwayat alergi pada antibiotic sulfazidine

- b. Riwayat imunisasi : lengkap
- c. Perubahan sistem imun : Tidak
- d. Transfuse darah : Tidak
- e. Temperature kulit : 36.6 °c
- f. Diaphoresis : Tidak
- g. Integritas kulit : Baik
- h. Ulcer : Tidak
- i. Luka bakar : Tidak
- j. Pressure ulcer : Tidak
- k. Edema : Tidak tampak edema pada luka post operasi, balutan kering tidak rembes

7. Sistem Eliminasi

a. Fecal

- Frekuensi BAB : 2x/hari
- Karakteristik feses : konsistensi lunak, warna kekuningan, bau khas feses
- Penggunaan laxative : Tidak
- Perdarahan per anus : Tidak
- Hemoroid : Tidak

b. Bladder

- Inkontinensia : Tidak
- Urgensi : Tidak
- Retensi urine : Tidak
- Frekuensi BAK : 5x/hari
- Karakteristik urine : kuning Jernih
- Volume urine : 1300cc
- Nyeri/kesulitan, terbakar/kesulitan BAK : Tidak
- Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih : Tidak

8. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan sistem reproduksi : Tidak

- b. Akseptor KB : Tidak
- c. Kegiatan seksual teratur : Tidak
- d. Usia menarche : 6 SD
- e. Durasi menstruasi : 5-7 hari
- f. Periode menstruasi : 1x/bulan
- g. Waktu menstruasi terakhir : 13-12-2023
- h. Hamil : Tidak
- i. Perdarahan diantara waktu menstruasi : Tidak
- j. Menopause : Tidak
- k. Vagina discharge : Tidak
- l. Pemeriksaan payudara sendiri : Tidak
- m. Terapi hormonal : Tidak

D. Pengkajian Psikologis

1. Nilai/Kepercayaan

- a. Agama yang dianut : Islam
- b. Kegiatan keagamaan yang dijalani : Pasien melaksanakan sholat 5 waktu dan tidak mengikuti kegiatan keagamaan
- c. Nilai/kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan : Tidak ada
- d. Gaya hidup : Normal
- e. Perubahan gaya hidup : Tidak ada, namun setelah tahu sakit pasien mengatakan akan menjaga pola hidup terutama makanan

2. Koping/Stress

- a. Pasien merasa stress : Tidak
- b. Faktor penyebab stress : Tidak ada
- c. Cara mengatasi permasalahan : Tidak ada
- d. Status emosional : Baik dan tenang

3. Hubungan

- a. Tinggal dengan : Sendiri
- b. Orang yang mendukung : Keluarga dan teman
- c. Penyakit mempengaruhi hubungan dengan keluarga/orang lain : Tidak
- d. Kegiatan masyarakat : Berkumpul dengan teman

4. Persepsi Diri

- Yang dirasakan terkait hospitalisasi : Pasien mengatakan nyaman dan tenang proses hospitalisasi yang dialami saat ini
- Prilaku pasien sesuai dengan situasi : Ya, pasien mengikuti intruksi yang diberikan dokter/perawat

E. Defisit Pengetahuan/Pendidikan Kesehatan Klien

- Bahasa : Indonesia
- Daftar kebutuhan Pendidikan selama dirawat : Manajemen nyeri, manajemen mobilisasi, perawatan diri

F. Discharge Planning

- Manajemen nyeri di rumah
- Perawatan luka
- Aktivitas bertahap
- Penggunaan obat tepat waktu

G. Data Penunjang

Tabel 3.4 Pemeriksaan Penunjang

TANGGAL	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	INTERPRETASI
19/12/23	Pemeriksaan thorax	-	-	Pulmo dan besar cor normal
	Hitung jenis leukosit	-	-	-
	Lymfosit%	20.1	25-60%	L
	Eosinophil%	8.4	2.0-4.0%	H
	Neutrophil#	7.12	2.7 ribu/ul	H
	Eosinophil#	0.91	0.02-0.50 ribu/ul	H
	Trombosit	378	158.1-361.6 10e3/ul	H
	PCT	0.304	0.108-0.282%	H
	Hemoglobin	12.3	gr/dL	N
	Hematokrit	36	%	N
	Urinalisis	-	-	-
	Urobilin	Positive (+)	Positive	H
	Sedimen urine	-	-	-
	Leukosit	Positive (0-2)/LP	Positive (0-2)/LP	H

	Erythrosit	Negative	Negative/LP	H
	Epithel	Positive (2-4)/LP	Positive (0-2)/LP	H
20/12/23	Koagulasi	-	-	-
	APTT	39.5	26.8-36.3 detik	H
	Kalium	3.4	3.7-5.3 mmol/l	L

H. Terapi yang Diberikan

Tabel 3.5 Terapi Farmakologi

TANGGAL	JENIS TERAPI	RUTE	DOSIS	INDIKASI
20/12/2023	Asering	Infuse	500ml	untuk terapi pengganti cairan selama dehidrasi (kehilangan cairan) akut.
	Ceftriaxone	Injeksi	1 gr/vial	untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri, seperti gonore, meningitis, otitis media, sifilis, dan penyakit Lyme.
	Lansoprazole	Injeksi	30mg/vial	untuk mengobati gangguan pada lambung, seperti luka atau tukak lambung, tukak lambung.
	Ketorolac	Injeksi	30mg/ml	untuk mengatasi nyeri jangka pendek pada kondisi pascaoperasi, nyeri pada otot dan sendi hingga nyeri tulang belakang dan jaringan lunak.
	Ondansentron	Injeksi	8mg/4ml	untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi.
	Aqua pro	-	25 ml (Otsuka)	sebagai pelarut.
	Oksigen	NK	3 lpm	memproduksi energi melalui respirasi sel, menjaga semua sel tubuh manusia agar tetap hidup
21/12/2023	NaCl	Infuse	500ml	untuk mengatasi adanya kehilangan cairan dan elektrolit.
	Ceftriaxone	Injeksi	1 gr/vial	untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri, seperti gonore, meningitis, otitis media, sifilis, dan penyakit Lyme.

TANGGAL	JENIS TERAPI	RUTE	DOSIS	INDIKASI
	Lansoprazole	Injeksi	30mg/vial	untuk mengobati gangguan pada lambung, seperti luka atau tukak lambung, tukak lambung.
	Ketorolac	Injeksi	30mg/ml	untuk mengatasi nyeri jangka pendek pada kondisi pascaoperasi, nyeri pada otot dan sendi hingga nyeri tulang belakang dan jaringan lunak.
	Ondansentron	Injeksi	8mg/4ml	untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi.
	Aqua pro	-	25 ml (Otsuka)	sebagai pelarut.
	NaCl	Infuse	500ml	untuk mengatasi adanya kehilangan cairan dan elektrolit.
22/12/2023	Ceftriaxone	Injeksi	1 gr/vial	untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri, seperti gonore, meningitis, otitis media, sifilis, dan penyakit Lyme.
	Lansoprazole	Injeksi	30mg/vial	untuk mengobati gangguan pada lambung, seperti luka atau tukak lambung, tukak lambung.
	Ketorolac	Injeksi	30mg/ml	untuk mengatasi nyeri jangka pendek pada kondisi pascaoperasi, nyeri pada otot dan sendi hingga nyeri tulang belakang dan jaringan lunak.
	Ondansentron	Injeksi	8mg/4ml	untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi.
	Aqua pro	-	25 ml (Otsuka)	sebagai pelarut.
Injeksi dihentikan, pasien pulang 22/12/2023 pukul 14.00 WIB				
22/11/2023	Obat Pulang			

TANGGAL	JENIS TERAPI	RUTE	DOSIS	INDIKASI
	Cefixime	2x1 tablet	100 mg	untuk membantu mengobati bermacam infeksi bakteri, seperti gonore, pneumonia, infeksi/radang THT, infeksi saluran kemih, infeksi kulit, infeksi sumsum tulang, infeksi darah, dan infeksi pasca-melahirkan.
	Na Diclofenac	2x1 tablet	25 mg	untuk mengobati kondisi lain yang menimbulkan rasa nyeri seperti nyeri otot, nyeri setelah operasi atau setelah melahirkan.

I. Analisa Data

Tabel 3.6 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	DS : • Pasien mengatakan nyeri dibagian perut terutama luka post operasi, sedikit sesak dan tenggorokan sedikit sakit karena post operasi • P : Pasien mengatakan nyeri perut saat berdiam diri dan akan bertambah nyeri saat pasien bergerak • Q : Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk/tersayat • R : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut post operasi terutama bagian kanan bawah menjalar ke pinggang • S : Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 6 • T : Pasien mengatakan nyeri menetap dan tidak hilang. • Pasien mengatakan akan tidur saat nyeri datang DO : • Terdapat nyeri tekan pada bagian abdomen • Pasien tampak sesekali meringis menahan nyeri • Pasien tampak menghindar saat abdomen ditekan • Pasien tampak belum banyak berbicara karena nyeri • Pasien tampak belum banyak bergerak karena nyeri bertambah • KU : compos metis	Nyeri akut (D.0077)	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
	• Tampak 3 luka post operasi • Bising usus 8x/menit • TD : 116/77mmHg, N : 65x/menit, SpO2 : 99%, S : 36,6 °c RR : 19x/menit		
2	DS : • Pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstermitas karena post operasi • Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak • Pasien mengatakan takut menggerakkan ekstermitas karena luka post operasi akan terbuka • Pasien mengatakan belum mau bergerak karena nyeri bertambah DO : • Pasien tampak lemah • Pasien tampak masih puasa • Mukosa bibir tampak kering • KU : compos metis • Pasien tampak banyak tidur karena lemas • Tampak terpasang nasal kanul 3 lpm • TD : 116/77 mmHg, N : 65x/menit, SpO2 : 99%, S : 36,6 °c RR : 19x/menit	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Keengganan melakukan pergerakan
3	DS :- • Terdapat 3 luka post operasi di abdomen (panjang balutan 5 cm), balutan kering tidak rembes, tidak ada edema • Terpasang infuse Asering • Terpasang kateter urine • Tampak terpasang nasal kanul 3 lpm • S : 36,6 °c	Resiko infeksi (D.0142)	Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan (post operasi)

J. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d nyeri di bagian abdomen dengan skala 6

2. Gangguan mobilitas fisik b.d keengganan melakukan pergerakan d.d nyeri bertambah saat bergerak
3. Resiko infeksi b.d peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan (post operasi) d.d terdapat 3 luka post operasi di abdomen (panjang balutan 5 cm), balutan kering tidak rembes, tidak ada edema

K. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: (L.08066) • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Gelisah menurun • Frekuensi nadi membaik • Pola nafas membaik • Tekanan darah membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik • Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi genggam jari) Edukasi • Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi genggam jari) Kolaborasi • Kolaborasi pemberian analgetik
Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam, maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: (L.05042) • Pergerakan ekstermitas meningkat • Kekuatan otot meningkat • Nyeri menurun	Dukung mobilisasi (I.05173) Observasi • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)

SDKI	SLKI	SIKI
	Kelemahan fisik menurun	- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Dukung perawatan diri (I.11348) Observasi - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri Terapeutik - Dampingi melakukan perawatan diri hingga mandiri - Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Pencegahan jatuh (14540) Observasi - Identifikasi faktor resiko jatuh - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift - Monitor kemampuan berpindah tempat Terapeutik - Pastikan <i>handrall</i> dan roda tempat tidur selalu terkunci Edukasi - Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
Resiko infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: (L.14137) - Demam menurun - Kemerahan menurun	Pencegahan infeksi (I.145390) Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematik Terapeutik - Batasi jumlah pengunjung

SDKI	SLKI	SIKI
	• Nyeri menurun • Bengkak menurun • Kadar sel darah putih membaik	• Cuci tangan sebelum, setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi makanan • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi • Monitor asupan makanan Terapeutik • Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi • Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Kolaborasi • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan

L. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.8 Implementasi dan Evaluasi (Hari 1)

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
Nyeri akut (D.0077)	20/12/2023 14.30 WIB	1. Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri 2. Mengkaji respon non verbal 3. Mengkaji faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	14.50 WIB Subjektif : 1. P : Pasien mengatakan akan bertambah nyeri saat pasien bergerak, 2. Q : Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk/tersayat, 3. R : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut post operasi terutama bagian kanan bawah menjalar ke pinggang,	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
			4. S : Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 6 (0-10), 5. T : Pasien mengatakan nyeri menetap dan tidak hilang. Objektif : 1. Terdapat nyeri tekan pada abdomen 2. Pasien tampak meringis saat nyeri muncul	
	16.00 WIB	Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi genggam jari) selama 10 menit	16.15 WIB Subjektif : Pasien bertanya manfaat relaksasi genggam jari dan waktu pelaksanaan Objektif : Pasien memperhatikan peneliti dalam mempraktikkan relaksasi genggam jari	 Sherly
	21.00 WIB	1. Melakukan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi genggam jari) selama 20 menit 2. Memantau keberhasilan relaksasi genggam jari yang sudah diberikan	21.25 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan belum mampu untuk melakukan secara mandiri 2. Pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 5 (dari skala 6) Objektif : 1. Pasien mengikuti arahan peneliti 2. Pasien tampak rileks dan tenang	 Sherly
	22.00 WIB	1. Memberikan analgetic ketorolac 30mg/iv 2. Memantau efek samping penggunaan analgetic	22.10 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan nyeri saat di injeksi analgetic 2. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi Objektif :	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
			1. Pasien tampak meringis 2. Tidak ada tanda gejala alergi	
			22.25 WIB Subjektif : 1. P : Pasien mengatakan akan bertambah nyeri saat pasien bergerak, 2. Q : Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk/tersayat, 3. R : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut post operasi terutama bagian kanan bawah menjalar ke pinggang, 4. S : Pasien mengatakan skala nyeri sebelum intervensi 6 dan setelah intervensi 5, 5. T : Pasien mengatakan nyeri menetap dan tidak hilang. Objektif : 1. Pasien tampak meringis saat nyeri muncul 2. Terdapat nyeri abdomen 3. Bising usus 8x/menit Analisis : Nyeri akut belum teratasi Planning : 1. Pengkajian nyeri dilanjutkan 2. Pemberian relaksasi genggam jari dilanjutkan 3. Pemberian analgetic dilanjutkan	 Sherly
Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	20/12/2023 14.30 WIB	1. Menidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengkaji toleransi fisik melakukan pergerakan	14.55 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
		3. Memantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi	2. Pasien mengatakan masih takut untuk bergerak Objekti : 1. Pasien meringis saat bergerak 2. Pasien belum mampu mobilisasi	
	16.00 WIB	1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini 2. Mengajukan mobilisasi dini 3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (miring kanan dan kiri) 4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	16.20 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan mengerti terhadap penjelasan peneliti 2. Pasien mengatakan belum mau bergerak Objekti : 1. Pasien ditemani saudaranya 2. Pasien tampak memperhatikan penjelasan peneliti	 Sherly
	17.00 WIB	1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Mengkaji kebutuhan alat bantu kebersihan diri 3. Membantu melakukan perawatan diri hingga mandiri 4. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri	17.25 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan mau memberikan wajah 2. Pasien mengatakan membutuhkan tisu 3. Pasien mengatakan ingin mandi besok Objektif : 1. Menyediakan tisu basah 2. Peneliti membantu membrsihkan wajah pasien 3. Pasien membutuhkan bantuan orang lain	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
	17.15 WIB	1. Mengkaji faktor resiko jatuh 2. Mengkaji risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift 3. Memonitor kemampuan berpindah tempat	17.30 WIB Subjektif : Pasien mengatakan belum mampu bergerak bebas Objektif : 1. Pasien post operasi 2. Resiko jatuh pasien rendah	 Sherly
	21.10 WIB	1. Memastikan <i>handrall</i> dan roda tempat tidur selalu terkunci 2. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	21.15 WIB Subjektif : <i>Handrall</i> dan roda tempat tidur selalu terkunci Objektif : Mendekatkan bel kearah pasien	 Sherly
			21.20 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak 2. Pasien mengatakan akan bergerak secara perlahan 3. Pasien mengatakan mandi esok hari Objektif : 1. Pasien tampak lemas dan enggan bergerak 2. Pasien tampak supinasi dan terpasang NK 3 lpm 3. <i>Handrall</i> dan roda tempat tidur tampak terkunci Analisis : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi Planning : 1. Intervensi dukungan mobilisasi dilanjutkan	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
			2. Intervensi perawatan diri dilanjutkan 3. Intervensi pencegahan jatuh dilanjutkan	
Resiko infeksi (D.0142)	20/12/2023 14.45 WIB	1. Mengkaji tanda dan gejala infeksi local dan sistematik 2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 3. Membatasi jumlah pengunjung 4. Mencuci tangan sebelum, setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	14.55 WIB Subjektif : - Objektif : 1. Tidak tampak tanda gejala infeksi , rubor (-), dolor (+), kalor (-), tumor (-) 2. Mencuci tangan dengan sabun/han rub	 Sherly
	17.15 WIB	1. Mengidentifikasi alergi makanan 2. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3. Mengidentifikasi status nutrisi 4. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan	17.30 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan 2. Pasien mengatakan kurang nyaman dengan tenggorokannya 3. Pasien tampak masih lemas Objektif : 1. Status nutrisi baik 2. Jenis nutrisi halus dan lembek 3. Kebutuhan energi 1608 kkal, protein 63,8 gr, lemak 40,2 gr, karbohidrat 247,7 gr	 Sherly
	21.10 WIB	1. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 2. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	21.20 WIB Subjektif : Pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi buah yang disediakan Objektif : 1. Pasien minum 1 gelas teh, dan ½ gelas iar putih	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
		3. Memonitor asupan makanan 4. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan	2. Habis ½ porsi makan	
			21.20 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan tidak menghabiskan porsi makannya, habis ½ porsi makan 2. Pasien mengatakan hanya minum air the 1 gelas dan air putih ½ gelas 3. Pasien mengatakan tidak menghabiskan makanan karena kurang nyaman dengan tenggorokannya Objektif : 1. Tidak tampak tanda gejala infeksi , rubor (-), dolor (+), kalor (-), tumor (-) 2. Pasien terpasang infuse dan kateter urine 3. Status gizi pasien cukup 4. Jenis nutrisi yang diberikan lunak, bubur, telur, sop 5. S : 36,6 °c Analisis : Resiko infeksi belum teratasi Planning : 1. Intervensi pencegahan infeksi dilanjutkan 2. Intervensi manajemen nutrisi dilanjutkan	 Sherly

Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi (Hari 2)

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
Nyeri akut (D.0077)	21/12/2023	1. Mengkaji lokasi,	08.45 WIB	 Sherly
	08.30 WIB	karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri	Subjektif : 1. P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat pasien bergerak, 2. Q : Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk/tersayat, 3. R : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut post operasi, 4. S : Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 5 (0-10), 5. T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul	
		2. Mengkaji respon non verbal 3. Mengkaji faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Objektif : 1. Terdapat nyeri tekan pada abdomen 2. Pasien masih meringis saat abdomen di tekan	
	15.00 WIB	1. Melakukan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi genggam jari) selama 20 menit 2. Memantau keberhasilan relaksasi genggam jati yang sudah diberikan	15.25 WIB Subjektif : 1. pasien mengatakan belum mampu untuk melakukan secara mandiri 2. pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 3 dari skala 5 Objektif : 1. Pasien mengikuti arahan peneliti 2. Pasien tampak lebih tenang dan rileks	 Sherly
			15.30 WIB Subjektif : 1. P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat pasien bergerak,	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
			2. Q : Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk/tersayat, 3. R : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut post operasi, 4. S : Pasien mengatakan skala nyeri sebelum intervensi 5 dan setelah intervensi 3, 5. T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 6. Pasien mengatakan lebih rileks setelah terapi genggam jari Objektif : 1. Pasien sudah mampu untuk bergerak 2. Bising usus 12x/menit 3. TD : 103/65 mmHg, N : 68x/menit, RR : 20x/menit, SpO2 : 99% Analisis : Nyeri akut belum teratasi Plaanning : 1. Pengkajian nyeri dilanjutkan 2. Intervensi relaksasi genggam jari dilanjutkan 3. Intervensi pemberian analgetic dilanjutkan	
Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	21/12/2023 08.40 WIB	1. Menidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengkaji toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Memantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi	08.55 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak aktif 2. Pasien mengatakan masih takut untuk bergerak Objektif : 1. Pasien meringis saat bergerak	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
			2. Pasien belum mampu banyak gerak	
	08.55 WIB	1. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (miring kanan dan kiri) 2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	09.00 WIB Subjektif : Pasien mengatakan belum mampu untuk miring kanan/kiri Objektif : Keluarga memotivasi pasien untuk melakukan mobilisasi kanan kiri	 Sherly
	10.40 WIB	1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Mengkaji kebutuhan alat bantu kebersihan diri 3. Membantu melakukan perawatan diri hingga mandiri (mandi dan vulva hygiene) 4. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri	10.50 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan sudah mampu miring kanan kiri 2. Pasien mengatakan membutuhkan tisu dan pakaian Objektif : 1. Pasien belum mampu bergerak bebas 2. Membantu memandikan, vulva hygiene, berpakaian dan berhias pasien	 Sherly
	10.50 WIB	1. Mengkaji risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift 2. Memonitor kemampuan berpindah tempat	10.55 WIB Subjektif : - Objektif : 1. Resiko jatuh pasien rendah 2. Pasien sudah mampu miring kanan/kiri	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
	10.55 WIB	1. Memastikan <i>handrall</i> dan roda tempat tidur selalu terkunci 2. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	11.00 WIB Subjektif : - Objektif : 1. <i>Handrall</i> dan roda tempat tidur selalu terkunci 2. Mendekatkan bel kearah pasien	 Sherly
			11.05 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan masih nyeri saat bergerak 2. Pasien mengatakan lebih condong miring ke kiri 3. Pasien mengatakan belum mampu untuk perawatan diri secara mandiri Objektif : 1. KU : compos metis 2. TD : 120/76 mmHg, N : 74x/menit, RR : 20x/menit 3. Pasien tampak lebih segar dan rapi 4. Pasien mampu miring kanan kiri untuk mandi dan berpakaian (dibantu) 5. Kekuatan otot baik 6. Urine 600 cc Analisis : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi Planning : 1. Intervensi mobilisasi dilanjutkan 2. Intervensi perawatan diri dilanjutkan	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
			3. Intervensi pencegahan jatuh dilanjutkan	
Resiko infeksi (D.0142)	21/12/2023 10.50 WIB	1. Mengkaji tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik 2. Membatasi jumlah pengunjung 3. Mencuci tangan sebelum, setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	11.00 WIB Subjektif : - Objektif : 1. Tidak tampak tanda gejala infeksi , rubor (-), dolor (+), calor (-), tumor (-) 2. Pasien ditemani ibunya 3. Mencuci tangan dengan sabun/han rub	 Sherly
	14.40 WIB	1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 4. Memonitor asupan makanan 5. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan	14.55 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan sudah mampu menelan dengan nyaman 2. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan 3. Pasien mengatakan minum 1 gelas teh dan 4 gelas air putih Objektif : 1. Pasien menghabiskan 1 porsi makannya 2. Status nutrisi baik 3. Pasien makan dibantu ibunya	 Sherly
			15.00 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan menghabiskan porsi makan 2. Pasien makan tepat waktu sesuai jadwal dari RS Objektif : 1. Tidak tampak tanda gejala infeksi, dolor (+), tumor (-), calor (-), rubor (-) pasien terpasang infus 2. Pasien terpasang infuse dan kateter	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
			3. Luka post operasi tampak kering, tidak ada rembes 4. Mencuci tangan sebelum dan setelah ke pasien 5. Pasien tampak lebih segar dan semangat 6. S : 36,4 °c Analisis : Resiko infeksi belum teratasi Planning : 1. Intervensi pencegahan infeksi dilanjutkan 2. Intervensi manajemen nutrisi dilanjutkan	

Tabel 3.10 Implementasi dan Evaluasi (Hari 3)

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
Nyeri akut (D.0077)	22/12/2023 08.45 WIB	1. Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri 2. Mengkaji respon non verba 3. Mengkaji faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	08.55 WIB Subjektif : 1. P : Pasien mengatakan nyeri masih terasa saat bergerak, 2. Q : Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk/tersayat, 3. R : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut post operasi 4. S : Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 3 (0-10), 5. T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul Objektif : 1. Tidak ada nyeri tekan pada abdomen 2. Pasien mampu miring kanan/kiri	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
	09.00 WIB	1. Melakukan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi genggam jari) selama 20 menit 2. Memantau keberhasilan relaksasi genggam jari yang sudah diberikan	09.30 WIB Subjektif : Pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 1 dari skala 3 Objektif : Pasien mampu melakukan secara mandiri dan mengikuti arahan peneliti	 Sherly
	10.00 WIB	1. Memberikan analgetic ketorolac 30mg/iv 2. Memantau efek samping penggunaan analgetic	10.15 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan terasa nyeri saat analgetic masuk iv 2. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi ketorolac Objektif : 1. Pasien tampak meringis 2. Tidak ada tanda gejala alergi obat	 Sherly
			10.15 WIB Subjektif : 1. P : Pasien mengatakan nyeri masih sedikit terasa 2. Q : Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk 3. R : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut bawah kanan 4. S : Pasien mengatakan skala nyeri sebelum intervensi 3 dan setelah intervensi 1 5. T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 6. Pasien mengatakan merasa nyaman dan lebih tenang setelah relaksasi genggam jarit Objektif :	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
			1. Pasien tampak antusias dengan relaksasi genggam jari dengan menanyakan manfaat masing-masing genggam jari 2. Pasien mampu melakukan relaksasi genggam jari secara mandiri 3. TD : 110/83 mmHg, N : 70x/menit, RR : 20x/menit, SpO2 : 99% 4. Tidak tampak adanya efek samping pemberian ketorolac Analisis : Nyeri akut teratasi Planning : 1. Intervensi dihentikan pasien pulang 2. Anjurkan pasien untuk melakukan relaksasi genggam jari mengurangi nyeri atau sesuai dengan manfaat masing-masing genggam jari 3. Anjurkan pasien untuk minum obat Na Diclofenac tepat waktu sesuai anjuran dokter	
Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	22/12/2023 08.55 WIB	1. Menidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengkaji toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Memantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi	09.00 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan masih sedikit nyeri 2. Pasien mengatakan belum mencoba duduk Objektif : Pasien tampak tenang dan relaks	 Sherly
	10.0 IB	1. Mengajarkan mobilisasi sederhana	10.10 WIB Subjektif :	

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
		yang harus dilakukan (duduk)	Pasien mengatakan masih nyeri ketika duduk	 Sherly
		2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)	Objektif : 1. Pasien belajar duduk 2. Pasien dibantu ibunya	
		3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan		
	11.00 WIB	1. Memonitor tingkat kemandirian	11.35 WIB Subjektif : Pasien mengatakan membutuhkan bantuan untuk mandi	 Sherly
		2. Mengkaji kebutuhan alat bantu kebersihan diri	Objektif : 1. Menyediakan tisu basah 2. Membantu pasien mandi, vulva hygiene, berpakaian dan berhias	
		3. Membantu melakukan perawatan diri hingga mandiri (mandi dan vulva hygiene)		
	11.30 WIB	1. Mengkaji risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift	11.40 WIB Subjektif : - Objektif : Resiko jatuh pasien rendah	 Sherly
		2. Memonitor kemampuan berpindah tempat		
	11.40 WIB	1. Memastikan <i>handrall</i> dan roda tempat tidur selalu terkunci	11.50 WIB Subjektif : - Objektif : 1. <i>Handrall</i> dan roda tempat tidur selalu terkunci 2. Mendekatkan bel ke arah pasien	 Sherly
		2. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah		

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
			14.00 WIB Subjektif : 1. Pasien mengatakan masih sedikit nyeri 2. Pasien mengatakan sudah mampu untuk duduk dan ke kamar mandi Objektif : 1. KU : compos metis 2. Pasien dibantu keluarga untuk mobilisasi ke toilet 3. Urine 750cc 4. Pasien mampu duduk di pinggir ranjang dan berjalan 5. Tampak <i>handrall</i> dan roda tempat Analisis : Gangguan mobilitas fisik teratasi Planning : 1. Intervensi dihentikan pasien pulang 2. Anjurkan untuk melakukan aktivitas fisik secara bertahap ketika di rumah 3. Anjurkan untuk mengurangi aktivitas fisik yang berat selama di rumah	 Sherly
Resiko infeksi (D.0142)	22/12/2023 11.00 WIB	1. Mengkaji tanda dan gejala infeksi local dan sistematik 2. Mencuci tangan sebelum, setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	11.30 WIB Subjektif : Pasien mengatakan mengerti terkait tanda dan gejala serta pencegahan infeksi di rumah Objektif : 1. Tidak tampak tanda gejala infeksi , rubor (-), dolor (-), calor (-), tumor (-)	 Sherly

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
		serta pencegahan di rumah	2. Mencuci tangan dengan sabun/han rub	
	14.00 WIB	1. Mengidentifikasi status nutrisi	14.15 WIB Subjektif :	 Sherly
		2. Memonitor asupan makanan	1. Pasien mengatakan menghabiskan porsi makannya	
		3. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan	2. Pasien mengatakan minum 1 gelas teh dan 4 gelas air putih	
			3. Pasien mengatakan akan menjaga pola makan dirumah	
			Objektif :	
			1. Pasien menghabiskan 1 porsi makannya	
			2. Status nutrisi baik	
			3. Jenis nutrisi halus dan lembek	
			4. Bubur, sop, telur, buah papaya	
			15.00 WIB Subjektif :	 Sherly
			1. Tidak tampak tanda gejala infeksi, dolor (-), rubor (-), kalor (-), tumor (-)	
			2. Pasien mengatakan menghabiskan porsi makannya	
			3. Pasien mengatakan makan sesuai jam RS	
			Objektif :	
			1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien	
			2. Melepas infuse	
			3. Melepas kateter urine	
			4. Status nutrisi baik	
			5. Jenis nutrisi lunak, bubur, sop, telur, buah	
			6. Tidak tampak rembes pada balutan luka	

SDKI	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
			7. S : 36,6 °c Analisis : Resiko infeksi teratasi Planning : 1. Intervensi dihentikan 2. Edukasi perawatan luka dirumah 3. Edukasi tanda gejala infeksi 4. Anjurkan pasien untuk makan makanan tinggi serat dan protein (ikan gabus, putih telur, daging merah) 5. Anjurkan pasien untuk minum obat cefixime tepat waktu sesuai anjuran dokter	