

BAB 3

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

Nama Mahasiswa : Stephanus Revaro A.
NIM : 20211032
Tempat Praktik : EC 1 RSPP
Waktu Praktik : 04 Juni - 05 Juni 2025 (06.30 - 13.30 WIB)

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

A. Identitas Diri Klien

Nama	: <u>Ep H</u>	Suku	: <u>Jawa</u>
Umur	: <u>30 thn</u>	Pendidikan	: <u>SLTA</u>
Jenis Kelamin	: <u>Laki-laki</u>	Pekerjaan	: <u>Swasta</u>
Alamat	: <u>Cenduyun, Sukoharjo</u>	Diagnosis Medik saat masuk RS	: <u>CHOLELITHIASIS, CHOLESTISTITIS,</u>
	: <u>Danurejo Yogyakarta</u>		: <u>POIT OF CHOLELITHIASIS + COLEDOCO-</u>
RM	: <u>1375xxx</u>	Diagnosis Medik saat ini	: <u>CHOLELITHIASIS + CHOLESTISTITIS DISTAL CBD</u>
Status Perkawinan	: <u>Kawin</u>	Tanggal Masuk RS	: <u>30/05/25 Jam : 23.19 WIB</u>
Agama	: <u>Islam</u>	Tanggal Pengkajian	: <u>4 Juni 2025</u>
		Sumber Informasi	: <u>Pasien, RM</u>

B. Data Fokus Biologis

1. Anamnesa

a. Riwayat Penyakit dahulu

Pasien mengatakan pernah menderita batu ginjal pada 2010 namun
karena dilakukan operasi tidak dikenali pasien mengatakan memiliki
riwayat asam lambung sering kambuh

b. Riwayat penyakit sekarang

1) Perjalanan Penyakit

Pasien mengatakan pada tanggal 28/05/2025 mata menguning, muncul
nyeri pada perut kanan atas semakin parah hingga tidak bisa tidur
mulai tanggal 27/05/2025 terdapat mual kemudian berlanjut ke IGD
RSPP dan dilakukan USG dengan hasil: cholelithiasis, hepatomegaly, cholestis,
pankreas, hea, leo, dan prostate int tampak kelainan, hingga akhirnya dilakukan
pendew pada 30/05/2025 dan dilakukan tindakan operasi pada hari Senin, 2 Juni
2025 di RSPP.

3. PEMERIKSAAN FISIK (Data Fokus)

1. Inspeksi : tampak bentuk abdomen cembung simetris, tampak adanya
balutan luka operasi pada abdomen kanan atas dan terdapat drain.
terpapang pada abdomen sebelah kanan, tidak tampak adanya
eritema dan pembengkakan darah, balutan tampak kering, drain tampak tidak terisi.
2. Auskultasi : terdengar nada bising usus pada area abdomen kiri bawah dengan
frekuensi 9 x / menit.
3. Perkusi : Perkusi dilakukan di perut pasien kiri atas kanan dan kiri bawah didapatkan
kuny. perkusi tympani pada 3 kuadran. Abdomen terdapat
nyeri peritoneal.
4. Palpasi : Pasien tampak merangis ketika dilakukan palpasi pada pemeriksaan
abdomen kiri atas, pasien tampak kedingin, tangan bergetar, nyeri tekan
pada palpasi abdomen kanan bawah pasien tampak merangis, meratakan belikat
kiri ke kanan, pada palpasi abdomen sebelah kiri, pasien tampak merangis, meratakan belikat
kanan ke kiri, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat adanya massa, tidak terdapat
adanya kantung kelenjar, terdapat peritonitis, otot abdomen terdapat
kaku ketika dilakukan palpasi, tidak dilakukan palpasi dalam dikawatirkan
pasien mengeluh nyeri pada abdomennya.

C. DATA PSIKOLOGIS (Anamnesa dan Observasi)

- Sebelumnya pasien tidak berpikir bahwa akan menderita penyakit
seperti ini dikarenakan pola hidupnya yang cenderung tidak sehat.
- Saat ini pasien mengatakan sangat cemas dengan kondisinya dan
sedikit berpikir dikhawatirkan kondisinya yang terus kunjung memburu
sehingga tidak dapat bekerja dan memportkan keluarga yang harus
menanggungnya. Saat ini pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab sakit yang diderita
pasien tampak cemas dan gelisah.

D. DATA SOSIOLOGIS (Anamnesa dan Observasi)

- Sebelum sakit pasien mengatakan mampu berinteraksi dengan baik dengan
rekan kerja dan masyarakat di lingkungan sekitar rumahnya.
- Saat ini pasien mengatakan dapat berinteraksi baik dengan orang tua /
istri / orang yang ada disekitarnya dengan baik pula.



E. DATA KULTURAL (Anamnesa dan Observasi)

- Pasien mengatakan mempercayakan seluruh tindakan kesehatan kepada medis / rumah sakit dan tidak pernah melakukan / menggunakan obat tradisional atau penyembuhan tradisional.

F. DATA SPIRITUAL (Anamnesa dan Observasi)

- Pasien mengatakan keragamaan Islam, saat sebelum sakit pasien sekecil beribadah di masjid, namun sekarang hanya di rumah.

- Pasien mengatakan pada saat kondisi sakit ini hanya dapat nyibur dan berdoa di tempat tidur, dan pasien mempercayai bahwa sakit yang di derita merupakan hukuman / cobaan dari Allah.

DATA LINGKUNGAN (Anamnesa dan Observasi)

- Pasien mengatakan ketika di rumah tinggal di rumah permanen, lingkungan rumah padat penduduk, sirkulasi udara dan pencahayaan mencukupi, terdapat anggota keluarga yang merokok, tidak terdapat anggota keluarga yang menderita penyakit menular.

- Pasien mengatakan pada saat ini dirasa di lingkungan rumah sakit yang nyaman, bersih, rapi dan terang, sirkulasi mencukupi, pencahayaan mencukupi, lantai selalu bersih dan tidak licin.

G. Program Terapi

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontra Indikasi	Alasan Pasien Mendapat Obat
1. Curcuma pice	3 x 1 tab.	Untuk meningkatkan nafsu makan	- Hipersensitivitas terhadap Warlungan curat.	Untuk mengatasi keluhan nafsu makan pasien
2. Fermentac 30 mg/ml	3 x 1 amp	Untuk mengatasi nyeri	- Penyakit gigi, karies, karies kronis	Untuk mengatasi nyeri gigi di bagian bagian
3. Lansoprazole 30 mg	1 x 1 vial	Untuk mengatasi ulkus peptikum, GERD, tukak, ulsera, mengatasi perididit	- Hipersensitivitas terhadap lansoprazole	Untuk mengurangi keluhan luka pada lambung dan untuk mengatasi kemungkinan perididit pada ulsera di bagian atas
4. Uraciluric acid 250 mg	2 x 1 kapsul	Untuk mengatasi batu empedu kolesteri	- Hipersensitivitas terhadap obat, ketidakmampuan hati	Untuk mengatasi batu empedu yang telah berkembang untuk di operasi
5. Acetylsalicylic acid 200 mg	2 x 1 kapsul	Untuk mengatasi nyeri berdarah	- Hipersensitivitas terhadap obat	Untuk mengatasi keluhan nyeri berdarah di bagian bagian
6. Lorazepam 10 mg	2 x 1/2 tab.	Untuk mengatasi muntah, gas, kembung	- Hipersensitivitas terhadap lorazepam	Untuk mengatasi kemungkinan muntah, gas, kembung akibat proses pengalihan
7. Metoclopramide 5 mg/ml	3 x 1 amp	Untuk mengatasi mual, muntah, gas, kembung, dan mengatasi rasa penuh di lambung	- Hipersensitivitas terhadap metoclopramide	Untuk mengatasi mual-muntah, gas, kembung, dan mengatasi berakutifitas penuh pada bagian
8. Cefazolin 10	2 x 1 g	Untuk mengatasi infeksi pada bagian bagian operasi	- Hipersensitivitas terhadap cefazolin / sefalosporin lainnya	Untuk mengontrol infeksi pada bagian bagian bagian
9. Codein 10 mg	3 x 10 mg	Untuk mengatasi keluhan batuk dan nyeri ringan	- Hipersensitivitas terhadap kodein - opioid lain, pasien depresi, pernapasan berat	Untuk mengatasi keluhan batuk pada bagian bagian

H. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Komponen yang diperiksa	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Interpretasi
Minggu 01/06/25	Hemareologi keagulasi	1. Coeagan darah A & B	A			1. Menunjukkan aglutinasi dalam pasien A
		2. Coeagan darah Rhesus.	Positive			2. Menunjukkan positif dalam pasien positive
	Pemeriksaan Time	3. Control	14,5	11,0 - 16,5	detik	3. menunjukkan bahwa nilai kontrol pemeriksaan pendingin normal
		4. Hasil	12,2	11,1 - 14,6	detik	4. menunjukkan hasil pemeriksaan dalam normal
	APTT	5. Control	29,8	27,0 - 35,0	detik	5. menunjukkan range dalam yang digunakan referensi untuk pemeriksaan normal
		6. Hasil	26,6	24,6 - 31,2	detik	6. menunjukkan bahwa pemeriksaan dalam normal
	kima Fungsi hati	7. SGOT	49,1	0,0 - 38,0	u/l	7. menunjukkan adanya peningkatan dalam SGOT
		8. SGPT	274,4	0,0 - 41,0	u/l	8. menunjukkan adanya peningkatan dalam SGPT
	kima - serologi Hepatitis	9. HBsAg rapid	Has Reactiv	Non reactive		9. menunjukkan adanya peningkatan pada fungsi hati
		10. Fungsi hati	11. Bilirubin total	1,97	0,30 - 1,20	mg/dL
Selasa 02/06/25	Fungsi hati	11. Bilirubin direct	1,78	0,0 - 0,50	mg/dL	11. menunjukkan adanya peningkatan dalam fungsi hati
		12. Bilirubin indirect	0,19	0,0 - 0,5	mg/dL	12. menunjukkan adanya peningkatan dalam fungsi hati

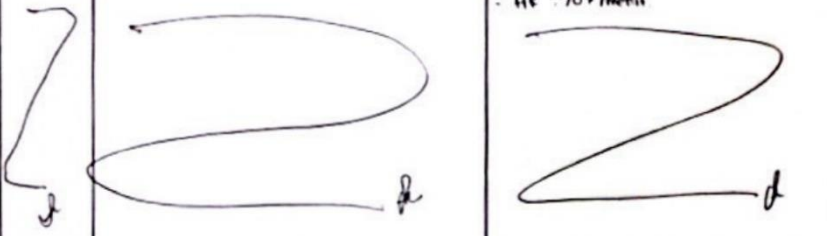
2. Pemeriksaan Radiologi

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil
28/05/25	Upper lower Abdomen	- Heparomegaly, Cholelithiasis, Cystitis, pancreas, life ren dan prostate tak tampak kelainan.
30/05/25	Thorax dewasa AP	- Pulmo dan kosti cor dalam batas normal
31/05/25	MRCP	- Gambaran cholelithiasis antihiperpatik, tak tampak jelas adanya batu pada sistem biliar, masih mungkin terdapat batu kecil / striktur pada distal CBD. - Heparomegaly. - Tak tampak kelainan pada vesica biliar, lumen pancreas



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

3. Pemeriksaan EKG/MRI/PEMERIKSAAN KHUSUS LAIN

Tanggal	Jenis pemeriksaan	HASIL
30/05/25	EKG	 - NSR - HR : 70 x/menit

Yogyakarta, 04 Juni 2019.

Perawat yang mengkaji


Syarifatus Solikhah Adhikari



PENGELOMPOKAN DATA

Data Subyektif

- Pasien mengeluhkan keluhan nyeri ketika beristirahat namun lebih berat saat beraktivitas, lokasi nyeri...
- keluhan juga terjadi di bagian kanan atas namun terasa tumpul (0-10) namun muncul hilang timbul...
- Pasien mengeluhkan keluhan nyeri di bagian dada kanan, 2 Juni 2024
- Pasien mengeluhkan keluhan mual muntah terutama saat bangun tidur...
- Pasien mengeluhkan sering mual muntah terutama saat bangun tidur...
- Pasien mengeluhkan keluhan nyeri terutama bagian kanan atas terutama saat bangun tidur, durasi 4-5 jam
- Pasien mengeluhkan keluhan nyeri terutama bagian kanan atas terutama saat bangun tidur, durasi 4-5 jam, sering kambuh
- Pasien mengeluhkan saat ini keluhan nyeri terutama bagian kanan atas terutama saat bangun tidur, durasi 4-5 jam, sering kambuh
- Pasien mengeluhkan keluhan nyeri terutama bagian kanan atas terutama saat bangun tidur, durasi 4-5 jam, sering kambuh

Data Obyektif

- Keadaan umum pasien tampak baik
- Keadaan umum pasien tampak baik
- Keadaan umum pasien tampak baik
- TD: 110/80 mmHg SpO₂ 95% RR: 20
- S: 37.6 N: 65 x/menit
- Tampak adanya keluhan nyeri terutama bagian kanan atas
- Pasien tampak cemas dengan keluhan nyeri
- Pasien tampak nyeri terutama bagian kanan atas terutama saat bangun tidur
- Tampak adanya keluhan nyeri terutama bagian kanan atas terutama saat bangun tidur
- Pasien tampak nyeri terutama bagian kanan atas terutama saat bangun tidur
- IMT: 21.15

Penguji,

Tanggal... 6 Juni 2025

(...)

Mahasiswa,

Tanggal... 09 Juni 2024

(...)



ANALISIS DATA

Nama : EE A

Ruang : 511A

No.RM : 1175 444

Kamar : 111 A

NO.	DATA	MASALAH	KEMUNGKINAN PENYEBAB/FAKTOR RISIKO
1.	DS : - Pasien mengatakan mengalami nyeri ketika bergerak, nyeri ketika batuk, nyeri ketika bernapas ketika pada posisi tidur oprah di posisi kanan atas nyeri terasa skala 5 (0-10), nyeri muncul kadang timbul kadang tidak muncul - Pasien mengatakan terkadang mulut kering ketika beraktivitas nyeri, tidak ada DO : - tidak ada keluhan pasien tampak bersih - tidak ada keluhan pasien tampak bersih - tidak ada keluhan pasien tampak bersih - tidak ada keluhan pasien tampak bersih TO : 120/110 SpO₂ 95% RR : 20/min S : 39.8°C H : 66/min	Nyeri Akut	Agen penyebab nyeri (pasien operasi)
2.	DS : - Pasien mengatakan Seberapa sering nyeri ketika ada pergerakan 3x2 hari (sakit, sangat sakit) tidak ada . sering-sering - Pasien mengatakan tidak ada keluhan ketika bergerak, tidak ada keluhan ketika bergerak, tidak ada keluhan ketika bergerak DO : - tidak ada keluhan - tidak ada keluhan	Risiko defisit nutrisi	Kondisi nutrisi mengganggu nutrisi



ANALISIS DATA

Nama : P.P. M.....

Ruang : Endokrin 1.....

No.RM : 1375.1.1.....

Kamar : 111 B.....

NO.	DATA	MASALAH	KEMUNGKINAN PENYEBAB/ FAKTOR RISIKO
5.	DS : - Pasien mengatakan dilakukan operasi di RS PK pada Senin 2 Juni 2025 DO : - Pasien tampak adanya luka operasi pada abdomen bagian kanan atas - Pasien tampak terpasang drain di abdomen bagian kanan	pasien lapar	Efek prosedur lapar



DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama : BP. A.

Ruang : Endokrin 3

No.RM : 1375.1.1.1

Kamar : 111 A

NO.	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TANDA TANGAN
1.	4 Jun 2015	Agon 2mm berumur 20 dengan agon penunda pink (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien mengatakan mengeluh agon ketika beresah, agon kaku cekat-cekat seperti ditemas ketika pada dasar lukus operasi di bagian kanan atas agon kaku skala 5 (0-10), agon muncul hilang timbul sekitar 10 menit, pasien mengatakan terkadang susah tidur ketika beresah agon, tidur 4-5 jam, pasien mengatakan ketika istirahat pasien sempat merangsang, ketika bangun pasien sempat berkeringat-hati melindungi perut, pasien sempat demam dengan kondisinya, TD: 150/110 SpO2: 95% RR: 20 x/m S: 37,6°C N: 66 x/m	
2.	4 Jun 2015	Pemeriksaan penuh dilakukan dengan keluhan-riwayat mengalami nyeri.	
3.	4 Jun 2015	Kulit bersih dibuktikan dengan aspek prosedur intake	



RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Bp. M
No.RM : 137655

Ruang : Elisabeth 1
Kamar : 111 A

NO. DP	TANGGAL	TUJUAN DAN KRITERIA EVALUASI	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL	TTD/NAMA
1.	4 Juni 2015	Siswa diberikan intervensi keperawatan Ruang 2 x 24 Jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: - Nyeri nyeri menurun skala 2 (0-10) - Mengisir berhenti - Tidak produktif muntah, - Gelasis menurun pasca tindakan - Kesulitan tidur berkurang. - Frekuensi nadi normal 60-100 x/menit	Mengenal nyeri : Observasi : 1. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperлеган nyeri. Respon diri : 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (napas dalam). Edukasi : 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 8. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu.	1. Untuk mengetahui kualitas nyeri yang dialami/diucapkan pasien 2. Untuk mengetahui dan mengontrol skala nyeri melukikan nyeri yang dirasakan. 3. Untuk mengobservasi nyeri melalui indikator lain. 4. Untuk mengetahui sejauh mana aktivitas yang dapat dilakukan dengan adanya nyeri 5. Untuk mengurangi nyeri secara nonfarmakologis 6. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien. 7. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan secara nonfarmakologis 8. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien secara farmakologis	 Bono



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

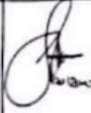
RENCANA KEPERAWATAN

Nama : BP. M

Ruang : Elisabeth I

No.RM : 1375XXX

Kamar : 111 A

NO. DP	TANGGAL	TUJUAN DAN KRITERIA EVALUASI	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL	TTD/NAMA
2	4 Jan 2025	Spesifik diuraikan intervensi keperawatan selama 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : - Porti makanan yang dikonsumsi cukup meningkat - Berat badan cukup meningkat - Indeks massa tubuh (IMT) cukup meningkat	Menajemen Nutrisi Observasi : 1. Identifikasi menu dan intervensi makanan 2. Monitor asupan makanan Tesapaku : 3. Evaluasi makanan tinggi kalori dan tinggi protein 4. Berikan asupan makanan jika perlu Edukasi : 5. Anjurkan program diet yang dianjurkan Kolaborasi : 6. Kolaborasi pemberian makanan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang diperlukan jika perlu	1. Untuk menghindari alergi makanan pada pasien 2. Untuk mengetahui intake makanan yang masuk pada pasien 3. Untuk mempersiapkan proses penyediaan pada pasien dan memenuhi kebutuhan nutrisi dan protein 4. Untuk meningkatkan nafsu makan pasien 5. Untuk menjaga kondisi keselamatan kesehatan pasien 6. Untuk memenuhi kebutuhan asupan pasien	



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

RENCANA KEPERAWATAN

Nama : BP. M.

Ruang : Elisabeth 1

No.RM : 1375 xxx

Kamar : 111 A

NO. DP	TANGGAL	TUJUAN DAN KRITERIA EVALUASI	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL	TTD/NAMA
3.	09 Juni 2024	Sebelum dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : - Demam menurun. Suhu $36.1 - 37.2$ - Kemerahan menurun - Nyeri menurun skala 2 (0-10) - Bengkak menurun - Kadar sel darah putih normal	Pencegahan infeksi : Observasi : 1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik : 2. Batasi jumlah pengunjung. 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Edukasi : 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 5. Anjurkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. 6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Kolaborasi : 7. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.	1. Untuk mengetahui munculnya infeksi. 2. Untuk memberikan rasa nyaman dan menghindari perulatan infeksi dari luar / dari dalam ke luar. 3. Untuk menghindari perulatan infeksi dari pasien lain / ke pasien lain. 4. Untuk memberikan edukasi mengenai tanda yang muncul ketika ada infeksi. 5. Untuk memberikan pengetahuan mengenai cara mengecek luka sesuai matrik. 6. Untuk mempercepat proses penyembuhan luka. 7. Untuk memperkuat ketahanan tubuh dan bakteri / virus penyebab infeksi.	



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : B.P. M.

Ruang : Elisabeth 1

No.RM : 1575444

Kamar : 01 A

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
1	4/05/25 08.00	Melakukan pemeriksaan ADL dan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi masalah, intensitas nyeri, mengidentifikasi rasa nyeri	 B.P. M.	4/05/25 08.30	S: pasien mengatakan nyeri masih di perut atas (ling epigastrik), terasa seperti diemas, muntah dan haidnya lama 10 menit. Skala nyeri 8 (0-10)	 B.P. M.
	4/05/25 09.30	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal dan mengidentifikasi faktor yang memperburuk dan memperлегe nyeri	 B.P. M.	4/05/25 09.40	O: pasien tampak beberapa kali menangis Data vital TD: 110/70 N: 65/m SpO2: 95% S: 36.7°C RR: 20/m S: pasien mengatakan nyeri lebih parah ketika digunakan untuk bergerak, dan berkurang jika minum sesuatu O: pasien tampak menangis ketika bergerak dan beresahan nyeri	 B.P. M.
	4/05/25 09.45	Melakukan pemberian obat ursodeoxycholic, zechylsystem, loperamide, lurasidone, deuteropropyl, metoclopramide (oral) (10mg) (kontraoral) (oral) (10mg) (oral) (10mg) (oral) (10mg)	 B.P. M.	4/05/25 09.50	S: pasien mengatakan obat sudah terasa sakit. O: pasien tampak menangis ketika memasukkan obat, obat sempat ditumuk dengan baik, obat diseduh dengan baik flushing 3cc / oral	 B.P. M.



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : BP. M.

Ruang : Fisioterapi 1

No.RM : 1975 KRF

Kamar : 111 A

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
1.	04/05-25 11.00	Membentuk kembali nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (usap dalam) dan Mengajarkan kembali non farmakologis untuk mengurangi nyeri.		04/05-25 11.15	1. - pasien mengatakan nyeri kurang berkurang - pasien mengatakan dapat menerapkan kembali yang diajarkan 0. - pasien tampak lebih rileks - TTV 110/70/120 s.d. 36,5°C s.d. 97°F / 37°C s.d. 38°C	
	04/05-25 12.00	Melakukan identifikasi rasa nyeri dan membentuk objek dengan force dan ursoadony chole 150mg oral. (1 kali)		04/05-25 12.10	1. - pasien mengatakan nyeri tidak berkurang skala 3 (0-10). - sudah minum obat yang diajarkan. 0. - pasien tampak lebih rileks. - obat oral dengan force dan ursoadony chole tanpa diminum dengan baik	



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Bp. M

Ruang : Flisplan 3

No.RM : 1375 A 22

Kamar : 121 A

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
1.	14/05/25 08.15	Melakukan evaluasi proses		14/05/25 09.30	S : - pasien mengatakan nyeri masih terasa skala 3, di perut bagian atas epigastrik, nyeri hilang timbul muncul kembali sekitar 10 menit - pasien mengatakan merasa lebih nyaman O : - Pasien tampak tampak rileks dan tenang - mata tampak beberapa kali menengok ke atas - pasien tampak lebih rileks - TD: 140/100 mmHg N: 75/min SpO₂: 98% A : Nyeri akut belum teratasi dan terdapat keluhan P : Lanjutkan monitoring keperawatan	



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : DP M

Ruang : Rawat 1

No.RM : 1375 xxx

Kamar : 111 A

NO. DP	TGL JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
2	4/01-23 08.00	Mengobservasi alergi dan intoleransi makanan		04/01-23 08.05	S: pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan O: pasien tampak tidak ada keluhan TD:	
	4/01-23 08.40	Memonitor asupan makanan dan melakukan pemberian enteral force		4/01-23 08.45	S: pasien mengatakan tidak ada masalah makan hanya 3 sendok, karena karies gigi nyamuk O: makanan tampak kurang "Enteral force tampak diminimalkan dengan baik S: pasien mengatakan sudah diberikan edukasi mengenai makanan yang baik dan benar O: pasien mengatakan akan mengikuti program dan RS O: pasien tampak paham mengenai jumlah yang lebih diberikan selanjutnya	
	4/01-23 11.15	Mengajukan program diet yang disarankan		4/01-23 11.20		



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : BP. R

Ruang : Endokrin 1

No.RM : 1975 423

Kamar : 114

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TID/ NAMA
2.	4/05/25 08.10	Memantau asupan makanan pasien		4/05/25 08.15	1. pasien mengatakan makan siang hari ini 1/2 porsi makan karena merasa masih belum makan 0. makanan cukup porsi tersebut	
	4/05/25 15.15	Melakukan asuhan dasar		4/05/25 15.30	2. pasien mengatakan makan belum habis 1/2 porsi sudah lumayan dimakan sebelumnya - pasien mengatakan untuk makan nanti belum selesai. 0. - pasien sudah lebih baik A: Resiko defisit nutrisi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi keperawatan	



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Rp. M.

Ruang : Elisabeth 1

No. RM : 1315 AKK

Kamar : 111 A

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTD / NAMA
3.	4/6/25 00.25	Memonitor tanda vital meliputi tekanan darah, denyut nadi, suhu, dan saturasi oksigen. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.		4/6/25 00.30	S: Pasien mengatakan tidak merasa demam. - Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka daerah operasi. O: tidak ada keluhan demam pada daerah luka operasi, tidak ada keluhan demam dari daerah pemasangan drain. - TTD TO: 110/110 SpO2: 95% RR: 20/menit S: 36,7°C N: 63/menit	
	4/6/25 00.45	Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan. Memeriksa tanda vital meliputi tekanan darah, denyut nadi, suhu, dan saturasi oksigen. Obat suntikan: Cefazolin (2g) (iv)		4/6/25 00.45	S: - Pasien mengatakan tidak ada demam. - Pasien mengatakan tidak ada nyeri pada luka operasi. - Pasien mengatakan tidak ada keluhan demam dari daerah pemasangan drain. - Pasien mengatakan merasa baik. O: - Obat cefazolin masuk melalui IV dengan baik di tangan kanan. - Pasien mengatakan merasa baik. - Pasien mengatakan merasa baik.	



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA

PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : B.P.MRuang : Elisabeth 1No.RM : 1375 x x xKamar : W A

NO. DP	TGL JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
3.	4/6-25 020	Mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, Menganjurkan meninggikan kepala pasien dan membarekkan jumlah pengunjung	 B.P.M	4/6-25 030	3: pasien menunjukkan keluhan mual bekas obat namun akan muntah - pasien merasa kesakitan - pasien mengatakan yang meninggal 1 orang sesuai aturan dan bagaimana C: pasien cukup tenang dengan asupan yang diberikan	 B.P.M



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : BP. M

Ruang : Elisabeth 1

No. RM : 1375 x x x

Kamar : 11 A

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TID/ NAMA
5.	4/6/25 13.15	Melakukan evaluasi proses		4/6/25 13.30	S: - pasien mengatakan tidak merasa demam - Nyeri masih terasa skala 3 (0-10) O: - pasien tampak lebih rileks - tidak tampak kemerahan dan demam pada area luka operasi A: risiko infeksi belum teratasi P: lanjutkan intervensi keperawatan.	



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : B.P.M

Ruang : Elitabata 1

No.RM : 1375 x x x

Kamar : T11 4

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTD / NAMA
	3/6/25 06.30	Melakukan studi dokumentasi dan tanggal 9 Juni 2025 pukul 14.00 - 5 Juni 2025 pukul 06.30.		3/6/25 06.30		
	4/6/25 14.00	- Mengidentifikasi pasien risiko jatuh - Menetapkan risiko jatuh tinggi dan risiko jatuh sedang - Kondisi umum pasien sedang mandiri - Atur tempat tidur sesuai pada posisi tidur - daerah bal pasien dalam pengawasan pasien - anjungan menggunakan peralatan plus memberikan bantuan	sewena	4/6/25	S : - O : - risiko jatuh rendah - non dependent tempat tidur mandiri baik - tempat tidur dan mesin dijangkau - posisi bed standar - bal dalam pengawasan pasien - sudah dipantau	sewena
	4/6/25 14.10	- Identifikasi lokasi, lingkungan, akses, edukasi, kualitas, kualitas, nyeri : - Identifikasi risiko nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - dokumentasi respon nyeri dengan alat yang tidak digunakan - kelelahan pasien dan jenis anjungan, sesuai standar	sewena	4/6/25	S : - O : - nyeri ringan - tidak ada - ekspresi wajah tidak nyeri - pendokumentasian : ya - anjungan sesuai dengan standar	sewena



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : DPM

Ruang : Ruang 1

No.RM : 1975 RAR

Kamar : 111 A

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TID/ NAMA
	4/6-25 15.00	- Monitor tingkat kenyamanan - Monitor toleransi minum - Monitor integritas kulit - Fasilitas menggosok gigi, sikat gigi, sikat gigi - Fasilitas mandi, ganti pakaian	STIKES	4/6-25	S: O: - Ade diobservasi sekujur - Kulit utuh - Memelihara pasien di 221 bed - toleransi minum : Ya - menggosok gigi : Ya	STIKES
	4/6-25 17.45	- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri - Identifikasi pusat nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Dokumentasi respon terhadap aspek analgesik dan aspek yang tidak diikutsertakan - Kolaborasi pemberian obat dan fent analgesik, sesuai indikasi	STIKES	4/6-25	S: O: - nyeri perut - skala 7 - respon wajah dan non verbal - Auskultasi paru - Cek vital sign dan vital : - Curutun 3000 - Urutadonitide - Acetyllidone - Lorazepam - Metoclopramide - Omeprazole - Omeprazole - Metoclopramide - Metoclopramide	STIKES



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Bp. H

Ruang : Cusdan 1

No. RM : 1915 xx

Kamar : 111 4

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TID / NAMA
	4/6/25 18.00	- Identifikasi risiko jatuh mrka jatuh - pemasangan reds tempat tidur dan lura reds dalam kamar - pemasangan handrail tempat tidur - atur posisi tidur. tidur miring posisi kanan - dekontamasi bed pasien dalam jangka waktu 15 menit - pengisian nursing care plan dan monitoring keviton	sr. eviana	4/6/25	S: - O: - pasien jatuh sendiri - pasien di pindahkan ke tempat tidur - pemasangan dengan baik - handrail terpasang namun dia bingung - pasien tidak sadar - bed dalam jangka waktu 15 menit - sudah diinjeksi	sr. eviana
	4/6/25 18.15	- asistensi pemberian TV	sr. eviana	4/6/25	S: mengalami berakut O: N4 : 5M TD : 165 / 97 S : 30.1°C H : 69 x/mn Sps : 92% GCS : 4 / 5 / 6 drain koles 20 cc, urine 800 cc	sr. eviana



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : R.P.M.

Ruang : Elisabeth 1

No.RM : 1975 x x x

Kamar : 111

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TID NAMA
	4/6-21 21.00	-identifikasi faktor risiko jatuh -Pasien bisa lempas tidur dan kursi roda sebelum dalam kondisi berjalan -Pasang Handrail lempas tidur -Akar lempas tidur sebelum pada posisi terendam -dekatkan keel pasien di dalam jangkauan pasien -Ajurkan pemanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	St. Wang	4/6-21	- risiko jatuh rendah - tem dan pengaman baik - lempas terendam - posisi standar - keel dalam jangkauan pasien - sudah dan perlu	St. Wang
	4/6-21 21.05	-identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri -identifikasi rasa nyeri -identifikasi respon nyeri non verbal -dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan -kolaborasi pemberian obat dan jenis analgesik	St. Wang	4/6-21	- nyeri post - skala 2 - siapkan wajah rileks - pendokumentasian ketidakefektifan - keel program dokter	St. Wang

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : B.P. M

Ruang: Elisabeth 7No.RM . 1375 8 8 8
.....

Категория: 177 *

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID. NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TID. NAMA
	3/6/25 24.00	Melakukan pemberian obat	St. Yungir	3/6/25	1. - 0. Beresitas, memulipromide, dan dipapren	St. Yungir
	3/6/25 00.12	Melakukan pengasutan gigi	St. Agnes	3/6/25	1. - 0. 2. -	St. Agnes
	3/6/25 01.00	Identifikasi faktor risiko jatuh - Pantolan mode kempat tidur dan kursi mode selanjut dalam kondisi terkunci - Pajang handgrip kempat tidur - Distribusi bal pasien dalam jangkauan pasien - Asuransi asuransi pasien atau diperlukan bantuan untuk berpindah 3/6/25 04.15	St. Wajung	3/6/25	1. - 0. - - Gelas jatuh rendah - Timb dan pengasutan kempat tidur terpasang - Handgrip terpasang - Bal dalam jangkauan pasien - Tidak diperbaiki	St. Wajung
	3/6/25 04.15	Identifikasi status nyeri - Identifikasi status nyeri - Dokumentasikan respon nyeri non verbal - Dokumentasikan respon verbalisasi tingkat dan efek yang diharapkan - Melakukan pemberian obat dan jenis sesuai	St. Wajung	3/6/25	1. - 0. - nyeri tekan - skala 2 - respon wajah lebih rileks - pendokumentasian - tidak program done	St. Wajung



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : BP. M

Ruang : Elisabeth 1

No. RM : 1375 x x 2

Kamar : 112 A

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TID NAMA
	06/05 05.00	- Identifikasi faktor risiko jatuh - Pasang roda kursi tidur dan kurus roda selam dalam keadaan terkunci - Pasang handrail kursi tidur - Atur kursi tidur sekamur pada posisi standar - Letakkan bel pasien dalam jangkauan pasien - Lakukan monitoring pasien jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	Pr. Wahyuni	06/05	1. - Pasien jatuh sendiri 2. - Rentan dan pengasuh kurang dengan baik 3. - Handrail kurang dan mudah dijangkau 4. - Posisi bed standar 5. - Bel dalam jangkauan pasien 6. - Suhu kamar normal	Pr. Wahyuni
	06/05 05.30	Melakukan pemeriksaan TTV	Pr. Wahyuni	06/05	1. TD : 154/90 mmHg 2. N : 75 x/m 3. S : 37.0°C 4. GCS : 4/5/6	Pr. Wahyuni



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA

PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : BP. M

Ruang : E.1000111

No. RM : 1575 xx'x

Kamar : 111 A

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID. NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TID. NAMA
1	9/6/25 07:30	Mengidentifikasi lokasi luka operasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Mengidentifikasi status nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal		9/6/25 07:45	S: - Pasien mengatakan nyeri di bagian bawah operasi bagian pinggang malarut, ketika nyeri kesak diperti di bawah skala 2 (0-10) - Pasien mengatakan merasa lebih nyeri O: - Pasien tampak rileks - Pasien tampak lebih tenang - TD: 100/100 S: 36,2°C - H: 71x/mn SpO2: 96% I: - Pasien mengatakan merasa sedikit sakit ketika obat dimasukkan O: - Pasien tampak merasa lebih baik - Obat masuk dengan baik secara oral / IV	
	9/6/25 08:30	Melakukan pemberian analgesik - Dexametopron 1 amp (iv) - Curamagrace 1 tab (oral) - Lorazepam 1/2 tab (oral) - Lorazepam 1 tab (iv) - Clonidine 1 tab (iv) - Acetylsalicylic 1 tab (oral)		9/6/25 08:45		



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : BP. M

Ruang : Elisabeth 1

No. RM : 133522

Kamar : 112

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTD / NAMA
1	5/6-25 10.00	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri		5/6-25 10.10	8. Pasien mengatakan nyeri sudah jarang muncul, mulai jalan, duduk juga sudah jarang melintir. - Pasien mengatakan linimast sudah enak. 0. - Pasien tampak lebih rileks	
	5/6-25 11.35	Mengidentifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal		5/6-25 11.30	9. Pasien mengatakan nyeri sudah jarang muncul, sudah enak buat jalan, mulai bisa di bekas luka operasi, skala 2 (0-10), pasien mengatakan merasa lebih nyaman. 0. - Pasien tampak lebih rileks - Pasien tampak energi berkurang - Pasien tampak muka bisa berbicara jalan - TTV : TD : 110/70 105/100 N : 88 x/menit R : 36,1 SpO2 : 97%	



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : BP M

Ruang : Etiologi 1

No.RM : 1575 x 4

Kamar : 111 4

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TID NAMA
1	9/6/25 13.15	Memonitor hasil.		9/6/25 13.30	S : - Pasien mengatakan nyeri sudah jarang muncul, ketika muncul skala 2, bisa tolerasi dengan minum dan bisa lupa operasi. - Pasien mengatakan untuk bergerak sudah lebih mudah, ketika tidur sudah tidak kedinggu nyeri lagi. O : - Pasien tampak lebih rileks - ketika bergerak sudah tidak berings lagi. - ketika bangun sudah bisa menegakkan dada kembali lagi. TD : no/rt w 60cm s.s 50.2°C spo2 96%. A : Nyeri akut berkurang P : Monitor intervensi keperawatan	



STIKES PANTI RAJAH YOGYAKARTA

PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama: B. M.Ruang: CC1No. RM: 115 222Kamar: 114

NO. DP	TGL. /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID. NAMA	TGL. /JAM	EVALUASI	TID. NAMA
2.	7/6/15 08.30	Memeriksa asupan makanan pasien dan memberikan suplemen makanan		7/6/15 08.30	S: - Pasien mengatakan makan sudah mulai enak. - Pasien mengatakan makan habis sekitar 1/2 porsi sudah bertambah banyak. O: - Tampung makanan pasien masih kurang. - Obat cecuma forte masih ada di dalam botol dengan baik.	
	7/6/15 11.30	Memeriksa asupan makanan pasien dan memberikan suplemen makanan cecuma forte & teh		7/6/15 11.40	S: - Pasien mengatakan sudah makan habis. - Repot. Sudah mulai enak makan. - Pasien mengatakan sudah banyak minum air putih sebanyak sudah makan sekitar 100 ml. O: - Makanan pasien sudah habis. - Suplemen makanan cecuma forte sudah habis dengan baik.	



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA

PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : EP MRuang : Elizabeth 1No.RM : 1375AA 4Kamar : 11A

NO. DP	TGL JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TIDU NAMA	TGL JAM	EVALUASI	TIDU NAMA
2	04-11 15.15	Membuka rumah mandi.		04-11 15.30	P: Pasien mengatakan sudah mandi mulai habis 1/2 porsi sabun sesuai program diet ES dan selanjutnya 1/4 porsi. - Pasien mengatakan minum banyak kurang lebih 600 ml. - Pasien mengatakan BB: 80 TB: 164 O: Pasien tampak baik rileks - IMT: $\frac{80}{1.64^2} = \frac{80}{2.6896} = 29.75$ = 29.75 (overweight) - 10: 110/70 mmHg 65/40 mmHg 16°C 36.1°C A: Rentan defisit nutrisi terdapat sebagian P: Monitor intake keperawatan	



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA

PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : R. M.

Ruang : 511/100000 1

No.RM : 13250000

Kamar : 132 A

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TDR NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TDR NAMA
3.	3/6/25 07.45	Memeriksa suhu sebelum dan sesudah ke pasien. Memeriksa tanda vital seperti tekanan darah, nadi, dan suhu.		3/6/25 07.55	1. Pasien mengatakan keluhan rasa demam mengganggu setiap sore hari, sudah tidak - Nyeri sudah sangat jarang muncul, jika muncul skala 2 (0-10) O: - Tidak ada keluhan rasa sakit opras - Tidak ada keluhan rasa sakit - Pasien tampak baik. - TD: 105/70 mmHg SPO2: 96% M: 74.4 cm S: 36.2°C 2. - Pasien mengatakan sedikit sakit ketika obat dimasukkan. O: - Obat tampak masuk melalui bagian tangan kiri dengan baik - Pasien tampak sedikit lebih baik obat masuk	
	3/6/25 09.45	Membantu program kefarmasi dengan cara pemberian 3 ml, memonitoring suhu sebelum dan sesudah ke pasien.		3/6/25 09.40		

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama :

Ruang : Elisabeth 1

No.RM B17544
.....

Kamar: 111 ⁴

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TD / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TD / NAMA
5.	3/06-25 10.20	Mengayurkan pasien CBO memisera lendek bag atau luka opah dan memuka tangan sebelum dan sesudah ke pasien		3/06-25 10.30	S: Pasien mengatakan merasa sudah nyaman mengenal edukasi. Penjelasan, tanda gigit, dan CBO pencegahan infeksi pada luka O: Pasien sampai paham mengenai edukasi yang diberikan - Pasien sampai mampu mengajadi pertanyaa mengenai evaluasi edukasi P: pasien mengatakan tidak ada dengan, rujan terasa ruja 2. hilang timbul. D: - tidak ada luka timbul dengan - tidak sampai berakutasi dan berghisa - TD: 155/100 S: 36,1°C HS 68% fremit 40%: 97%	
	3/06-25 11.05	Memasika tanda gigit kearah lokal dan pmerah dan melakukan pemantauan vital signa memuka tangan sebelum dan sesudah ke pasien		3/06-25 11.15		



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : BP.M

Ruang : Elitahen 1

No.RM : 1375

Kamar : 111 A

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TID NAMA
3.	5/6-15 18.45	Melakukan evaluasi vital.		5/6-15 18.30	S : - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang sudah mulai berjalan dengan menggunakan tongkat kanan 2 (0-10) - pasien mengatakan tidak merasa demam / menggigil. O : - tidak tampak kemerahan dan bengkak pada area luka operasi dan pemasangan drain - pasien tampak mulai tidak berangis - TD 110/75 mmHg, HR 80, RR 20, SpO2 98% A : Risiko infeksi luka operasi P : Monitor intervensi keperawatan	