

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN

3.1 Pengkajian Keperawatan

STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

Nama Mahasiswa : Dina Apriyanti
NIM : 202211008
Tempat Praktik : RS Panti Rapih Yogyakarta
Waktu Praktik : 3 - 4 Juni 2025

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

A. Identitas Diri Klien

Nama	: M.N.A	Suku	: Dayak
Umur	: 21 tahun	Pendidikan	: SMA
Jenis Kelamin	: Perempuan	Pekerjaan	: Mahasiswa
Alamat	: Cipayuan, Tirtomartani	Diagnosis Medik saat masuk RS	: Appendicitis, Conc
RM	: 315xx	Diagnosis Medik saat ini	: Appendicitis, post laparotomi laparotomi
Status Perkawinan	: Belum kawin	Tanggal Masuk RS	: 31.5 Jam
Agama	: Kristen	Tanggal Pengkajian	: 4 Mei 2025
		Sumber Informasi	: Pasien, keluarga, RM

B. Data Fokus Biologis

1. Anamnesa

a. Riwayat Penyakit dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit terdahulu

b. Riwayat penyakit sekarang

1) Perjalanan Penyakit

Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah kanan dari tanggal 24 Mei 2025. Skala 2, seperti ditusuk, hilang timbul. Nyeri bertambah sejak Sabtu sore. Skala 4, seperti ditusuk, hilang timbul namun lebih sering. Ia periksa ke IGD sendiri, dianjurkan untuk operasi.



Dipindai dengan CamScanner



2) Keluhan Utama saat ini:

Pasien mengeluh nyeri pada jahitan operasi.
P: Saat mobilisasi, Q: Ditulak, R: Perut kanan bawah, S: Skala 4
T: Hilang timbul
Pasien mengatakan gatal pada area perban

3) Keluhan Penyerta lainnya

Pasien mengatakan gatal pada area perban.
Pasien mengatakan badannya terasa hangat.
Pasien mengatakan ~~tidak~~ tidak bisa mandi mandiri dikarenakan lemas dan nyeri perut.

c. Riwayat Penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga

2. DATA PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR PASIEN (nutrisi, eliminasi, hygiene)

perseorangan, istirahat tidur, aktivitas, oksigenasi, cairan dan elektrolit, keamanan dan keselamatan)

Sebelum sakit: Pasien mengatakan tidak suka sayur, hanya lauk dan nasi

Nutrisi: Saat sakit: Pasien hanya ^{mau} makan nasi dan lauk

Sebelum sakit: Pasien mengatakan bab 1x/hari, bak 6-7x/hari

Eliminasi: Saat sakit: Pasien belum bab dari setelah operasi, bak ~~1x/hari~~ 5x/hari

Hygiene: Sebelum sakit: Pasien menyatakan kebutuhan hygien mandiri

Saat sakit: Pasien dibantu sebagian

Istirahat tidur: Sebelum sakit: Pasien menyatakan tidur 6-8 jam

Saat sakit: Pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur

Aktivitas: Sebelum sakit: Pasien menjalankan aktivitas secara mandiri

Saat sakit: Pasien mengatakan aktivitas dibantu sebagian

Keamanan dan keselamatan: handrail terpasang, pasien menggunakan

Identitas gelang, penorangan cukup

Oksigenasi: Pasien tidak menggunakan alat bantu nafas



3. PEMERIKSAAN FISIK (Data Fokus)

Pembat hitam, tidak ada benjolan, tidak ada jejas, mata kanan kiri kepala: simetris, tidak anemis, tidak ketarik, hidung kanan kiri bersih, tidak ada kelainan, telinga bersih, tidak ada kelainan, mulut bersih, gigi utuh, tidak ada caries gigi, mukosa kering, Leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Dada : Tidak ada benjolan, tidak ada lejas, tidak ada suara napas tambahan disekitar lobang baru

luka operasi pada perut bagian bawah kanan, blsing usus 15 x 1 menit

Abdomen: Perkusi timpani, nyeri tekan ringan pada area luka operasi, tampak kompartemen pada area perian, tidak ada reboisasi ~~pada~~ perian

benetang: Tidak ada kelainan

Ekstornitas: Tidak ada kelainan

→ tampak kemerahan pada area luka

TtV: TD: 120/90 mmHg N: 65x/m S: 37.1 RR: 18x/m O₂: 95%.

C. DATA PSIKOLOGIS (Anamnese dan Observasi)

~~पूरा पत्रिका का नाम~~ ~~पूरा पत्रिका का नाम~~
~~पूरा पत्रिका~~

Pasien mengatakan belum mengetahui tentang perawatan luka, nutrisi / makanan yg dianjurkan dan cara mengatasi nyeri

D. DATA SOSIOLOGIS (Anamnese dan Observasi)

Pasien mengatakan hubungan dg keluarga terutama orang tua tetap baik, walau jauh ia berkomunikasi lewat video call.



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA

PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

E. DATA KULTURAL (Anamnese dan Observasi)

Pasien mengatakan ia berasal dari Kalimantan Utara
Suku dayak, ia sudah disini (Jogja) selama 3 tahun

F. DATA SPIRITUAL (Anamnese dan Observasi)

Pasien mengatakan Sebelum dan Sesudah sakit
ia rajin berdoa kepada tuhan.

DATA LINGKUNGAN (Anamnese dan Observasi)

Pasien mengatakan ia tinggal dikos-kosan,
Ventilasi cukup, kamar mandi dalam.



Dipindai dengan CamScanner

G. Program Terapi

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontra Indikasi	Alasan Pasien Mendapat Obat
Ketorolac (iv)	30 mg	Nyeri sedang-berat	Hipersensitivitas ulcus lambung	Meredakan nyeri post op
Ceftriaxone (iv) (iv)	1g	Infeksi bakteri	Hipersensitivitas Neonatus dg hiperbilirubin	Mengatasi Infeksi dan mencegah
Ranitidin (iv) (iv)	50 mg	Tulak lambung	Hipersensitivitas Gangguan fungsi ginjal berat	Melindungi mukosa lambung dari iritasi obat
Paracetamol (po)	500 mg K-P	Antipiretik	Hipersensitivitas Gangguan fungsi hati	Demam

H. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Komponen yang diperiksa	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Interpretasi
31/5/25	Hematologi	Eritrosit	4.41	3.8-5.8	Juta/L	
		Hemoglobin	12.9	12-16.5	g/dL	
		Hematokrit	38.5	37-47	%	
		MCV	82.8	80-100	um ³	
		MCH	29.2	27-32	pg	
		MCHC	35.3	32-36	g/dL	
		RDW	13.9	11-16	%	
		Trombosit	217	150-450	10 ⁹ /mm ³	
		Lekosit	21.08	4-11	10 ⁹ /mm ³	H
		Neutrofil	87.3	35-65	%	H
		Lymphosit	6.0	20-35	%	L
		Monosit	6.1	2-6	%	H
		Eosinofil	0.4	0.50-7.00	%	
		Basofil	0.2	0-1	%	
		MLP	14.55	4.3-12	%	*
01/6/25	Elektrolit	Kalium	3.8	3.5-5.1	mmol/L	
		Natrium	134	136-145	mmol/L	L
		Chlorida	102	97-111	mmol/L	

2. Pemeriksaan Radiologi

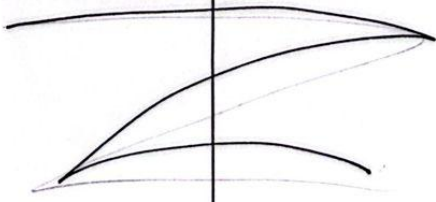
Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil
31/5/25	Abdomen Abdomen 2/3 posisi	Tak tampak ileus / obstruksi / pneumoperitoneum
1/5/25	Apendicografi	Non Filling appendix, dg kemungkinan et causa edema, spasma / obstruksi

H. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Komponen yang diperiksa	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Interpretasi
04/6/25	Hematologi	golongan darah AB b	B			
		Golongan darah Rhesus (P)	+			
		PPT	Tes : 14.9 Control : 15.0	11.7-15.3		
		APTT	Tes : 24.5 Control : 33.2	23.90 37.20		
01/6/25	Hepatitis	HBs Ag ultra	-	-	40.13	
	Urinalisa	Glucose	-	-		
		Protein	+	-		
		Bilirubin	-	-		
		Urobilinogen	Normal	Normal		
		PTI	5.5	40-7.4		
		Berat jenis	1.015	1.015-1.025		
		Darah	1+	-		*
		Benda keton	1+	-		*
		Nitrit	-	-		
		Leukosit Esterase	25	-		
	Sedimen	Sel epitel	+	+	u/L	°

2. Pemeriksaan Radiologi

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil
		

H. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Komponen yang diperiksa	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Interpretasi
	Le	leukosit	5-10	0-6	1 LPB	
		Eritrosit	2-3	0-1	1 LPB	
	Silinder	Hyalin	-	-		
		Granuler	-	-		
		Eritrosit	-	-		
		Leukosit	0-1	0-1		
	Kristal	Oksalat	-	-		
		Amorf urat	-	-		
		Tripled Phosphat	-	-		
		Uric Acid	-	-		
		Bacteri	+	-		
		Jamur	-	-		
	Test kehamilan	PPTB-HCG	-	-		

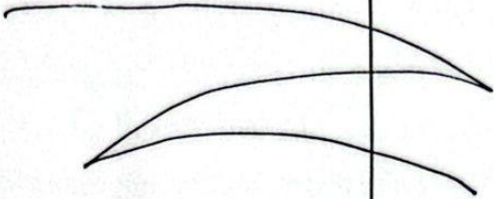
2. Pemeriksaan Radiologi

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

3. Pemeriksaan EKG/MRI/PEMERIKSAAN KHUSUS LAIN

Tanggal	Jenis pemeriksaan	HASIL
		

Yogyakarta, 4 Juni 2021

Perawat yang mengkaji



Dina Aprillyanti

3.2 Diagnosis Keperawatan



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PENGELOMPOKAN DATA

Data Subyektif

Pasien mengeluh nyeri pada jahitan operasi
P: Saat mobilisasi, Q: Ditunjuk, R: perut kanan bawah
S: Skala 4, T: Hilang timbul
Pasien mengatakan belum mengetahui tentang perawatan
luka, nutrisi / makanan yg dianjurkan dan cara ^{mencegah infeksi} ~~mencegah~~
nyeri
Pasien mengatakan tidak dapat mandi mandiri dikarenakan
lemas dan nyeri perut
Ita: Area perban terasa gatal

Data Obyektif

Pasien tampak meringis
Pasien tampak lemas, rambut berminyak, badan bau, baju
tampak kotor
Area perban tampak kemerahan
R: ~~tidak terdapat tanda-tanda infeksi, tidak terdapat tanda-tanda infeksi~~
~~spasma~~ ~~rabidus~~ DA.
Tidak ada rembesan pada balutan luka
TTV: TD: 120/90 mmHg, N: 65 x/m, S: 37.1, RR: 18 x/m
O₂: 95%

Penguji,

Tanggal... 4 Juni 2025

(^{lily}
... ^{Wibowo} ...)

Mahasiswa,

Tanggal... 4 Juni 2025

(^{DA}
... ^{Pratiyanti} ...)



Dipindai dengan CamScanner



ANALISIS DATA

Nama : Mn. A

Ruang : Eg

No.RM : 135 xx

Kamar : 3:1

NO.	DATA	MASALAH	KEMUNGKINAN PENYEBAB/ FAKTOR RISIKO
1.	DS : Pasien mengatakan nyeri pada Jahitan operasi P : Saat mobilisasi Q : Ditujuk R : Perut kanan bawah S : Skala 4 T : Hilang timbul DO : Pasien tampak menangis	Nyeri Akut	Agan Pencedera Fisik
3.	DS : Pasien mengatakan belum mengetahui tentang ^{cara} perawatan mencegah infeksi luka , nutrisi / makanan yg dianjurkan dan cara mengatasi nyeri DO : -	Defisit Pengetahuan	Kurang terpapar Informasi
2.	DS : Pasien mengatakan area perban terasa gatal DO : Tampak kemerahan pada area perban post laparotomi, tidak ada rembesan pada perban	Risiko Infeksi	Efak prosedur Infusif
4.	BS DS : Pasien mengatakan tidak bisa mandi mandiri karena lemas dan nyeri percuti DO : Pasien lemas, rambut berminyak bau, baju tampak kotor,	Defisit Perawatan diri (Mandi)	Kelomahan



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama : No. A

Ruang : Eg

No.RM : 135 xx

Kamar : 3.1

NO.	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TANDA TANGAN
	4/5/2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera Fisik dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada jahitan operasi, Saat mobilisasi ditusuk, perut kanan bawah, skala 4, hilang timbul, pasien tampak meringis	 Dina
	4/5/2025	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan pasien menyatakan belum mengetahui tentang cara ^{cara} mencegah infeksi luka dan ^{nutrisi} makanan yang dianjurkan, dan cara mengatasi nyeri	 Dina
	4/5/2025	Risiko infeksi berhubungan dg efek prosedur invasif dibuktikan dg pasien mengatakan gatal pada area perban, tampak kemerahan, tidak ada rembesan pada puban	 Dina
	4/5/2025	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak bisa mandi mandiri karena lemas dan nyeri perut, pasien tampak lemas, rambut berminyak bau, baju tampak kotor	 Dina

3.3 Perencanaan Keperawatan

STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Mn. A Ruang : Eg
No.RM : 135 xx Kamar : 3.1

NO. DP	TANGGAL	TUJUAN DAN KRITERIA EVALUASI	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL	TTD/NAMA
1.	4/5/25	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam maka keadaan ^{pasien} tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Kalahan nyeri menurun (5) - Meringis menurun (5) - Gelisah menurun (5) - Sikap protektif menurun (5)	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas skala nyeri 2. Identifikasi Faktor yg mempengaruhi berat dan mimping nyeri 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 4. Jelaskan strategi meredakan nyeri 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kolaborasi pemberian analgetik ketorolac 30mg IV?	1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas, skala nyeri 2. Mengetahui Faktor yg mempengaruhi berat dan mimping nyeri 3. Mimping nyeri 4. Pasien dapat mengetahui Strategi meredakan nyeri 5. Pasien dapat mengetahui teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri 6. Meredakan nyeri	 Dina

CS Dipindai dengan CamScanner

STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Mn. A Ruang : Eg
No.RM : 135 xxx Kamar : 3.1

NO. DP	TANGGAL	TUJUAN DAN KRITERIA EVALUASI	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL	TTD/NAMA
2.	4/5/25	Setelah dilakukan tindakan selama 2 x 24 jam maka tingkat infeksi pasien menurun dengan kriteria hasil : - Demam menurun (5) - kemerahan menurun (5) - Bengkak menurun (5)	1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Kolaborasi pemberian vaksin jika perlu.	1. Memantau tanda dan gejala Infeksi 2. Mencegah In Feksi dan patogen yg ada 3. Pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi 4. Meningkatkan nutrisi yg mendukung mem pasien agar meningkatkan ketahanan tubuh 5. Mencegah infeksi ada	 Dina

CS Dipindai dengan CamScanner

RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Nn. A Ruang : Eg
No.RM : 135 xx Kamar : 3.1

NO. DP	TANGGAL	TUJUAN DAN KRITERIA EVALUASI	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL	TTD/NAMA
3.	4/5/25	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam maka tingkat pengetahuan pasien meningkat dengan kriteria hasil: - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5) - Penalaran sesuai anjuran (5) - Verbalisasi minat dalam belajar (5)	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang cara pencegahan infeksi pada luka dan makanan yang dianjurkan untuk post operasi 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. Ajarkan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (Cara pencegahan infeksi dan nutrisi yang dianjurkan untuk post operasi) 6. Ajarkan cara melaksanakan diet sesuai program	1. Mengetahui kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Mempermudah dalam melakukan pendidikan kesehatan 3. Pendidikan kesehatan yang terjadwal 4. Pasien dapat mengetahui lebih banyak mengenai materi 5. Mengetahui Faktor resiko yang mempengaruhi kesehatan khususnya cara pencegahan infeksi dan nutrisi yang dianjurkan 6. Mengetahui cara melaksanakan diet sesuai program	Dina

CS Dipindai dengan CamScanner

RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Nn. A Ruang : Eg
No.RM : 135 xx Kamar : 3.1

NO. DP	TANGGAL	TUJUAN DAN KRITERIA EVALUASI	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL	TTD/NAMA
4.	4/5/25	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam maka perawatan diri pasien meningkat dengan kriteria hasil: - Kemampuan mandi meningkat (5) - Kemampuan menggunakan pakaian (5) - Kemampuan ke toilet (5)	1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 2. Monitor integritas kulit 3. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 4. Sediakan peralatan mandi 5. Fasilitasi menggunakan air 6. Fasilitasi mandi 7. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan	1. Mengetahui jenis bantuan yang dibutuhkan 2. Memantau integritas kulit 3. Membuat pasien nyaman 4. Mempermudah pasien mandi 5. Pasien terbantu dg difasilitasi 6. Pasien terbantu dg difasilitasi 7. Pasien mengetahui manfaat dan dampak jika tidak mandi terhadap kesehatan	Dina

CS Dipindai dengan CamScanner

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

Nama : Nn. A PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN Eg
Ruang : 3.1
No.RM : 135xx Kamar : 3.1

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
2.	4/5 07:00	Mencuci tangan Sebelum dan sesudah M. Kontak dg pasien	Dh. Dina	07:03	DS:- DO: Cuci tangan & langkah dg Sabun dan air mengalir	Dh. Dina
1.	07:05	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri	Dh. Dina	07:10	DS: Pasien mengatakan rasa nyeri pada perut bagian bawah, terutama saat mobilisasi PS: Saat mobilisasi, A: ditusuk, P: perut keron bawah, S: 4. Tidak timbul DO: Pasien tampak meringis	Dh. Dina
4.	07:10	Mengidentifikasi jenis bantuan yg dibutuhkan	Dh. Dina	07:12	DS: Pasien mengatakan tidak bisa mandi mandiri dikarenakan lemas dan nyeri DO: Pasien tampak lemas, rambut berminyak, bau, baju kotor	Dh. Dina

CS Dipindai dengan CamScanner

STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

Nama : Nn. A PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN Eg
Ruang : 3.1
No.RM : 135xx Kamar : 3.1

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
4.	07:12	Menyediakan peralatan mandi dan membantu pasien mandi ditempat tidur	Dh. Dina	07:45	DS:- DO: Pasien dapat mencoba untuk duduk saat dimandikan. Pasien tampak bersih, wangi, baju ganti dg yang bersih	Dh. Dina
2.	07:45	Memonitor tanda dan gejala infeksi	Dh. Dina	07:50	DS: Pasien menyatakan gatal pada area perban DO: Tampak kemerahan pada area perban, tidak ada rembesan perban bersih	Dh. Dina
3.	07:50	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dan menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan	Dh. Dina	07:55	DS: Pasien menyatakan ia siap menerima pendidikan kesehatan di jam 12:00 DO: Pendidikan kesehatan pukul 12:00	Dh. Dina

CS Dipindai dengan CamScanner

Nama : No. A PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN Eg
Ruang : 5.9
No.RM : B5xx Kamar : 3.1

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
2.	08:55	Memonitor tanda-tanda vital dan memberikan terapi Obat: Ketorolac 30mg IV, Ceftriaxone 1g IV, Parasetamol 500mg PO	Dj. Dina	08:10	PS: - PO: TD: 124/80mmHg, HR: 65/min, RR: 18x/min, S: 37.4°C, 95% Obat telah diberikan dg prinsip 6 benar	Dj. Dina
2.	08:10	Mencuci tangan Setelah tindakan ke pasien	Dj. Dina	08:13	PS: - DO: Mencuci tangan dg 6 langkah memakai sabun dan air mengalir	Dj. Dina
2.	12:00	Mencuci tangan Sebelum tindakan ke pasien	Dj. Dina	12:03	PS: - DO: Mencuci tangan dg 6 langkah memakai sabun dan air mengalir	Dj. Dina
3.	12:03	Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan dan mengajarkan Faktor Risiko yg dapat mempengaruhi kesehatan (cara pencegahan infeksi, dan nutrisi yg dianjurkan)	Dj. Dina	12:30	PS: Pasien mengatakan tdk la memahami tentang cara cegah infeksi dan nutrisi yg dianjurkan DO: Pasien dapat menjawab 90% pertanyaan	Dj. Dina

Nama : No. A PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN Eg
Ruang : 5.9
No.RM : 135xx Kamar : 3.1

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
1.	12:30	Memberikan teknik non farmakologis, menjelaskan ke PA Strategi meredakan nyeri dan mengajarkannya	Dj. Dina	12:45	PS: Pasien mengatakan cara yg diajarkan lumayan efektif dan dapat mengajarkan pernafasannya DO: Pasien tampak rileks	Dj. Dina
2.	13:00	Mencuci tangan setelah setelah tindakan Menghitung balance Cairan	Dj. Dina		PS: - DO: mencuci tangan dg sabun dan air mengalir PS: Pasien minum 250ml air, memakan apel 1, dan makan 1/2 porsi DO: BB: 52 kg MI: 350ml am: $\frac{5 \times 52}{4} = 65$ Inj: 45ml PI: 250ml Urin: 250ml $UW = 15 \times 2 = 195$ $I-O = 65 - 45 = +40cc/6jam$	Dj. Dina

Nama: No. A PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN Ruang: Eg
No.RM: 135xx Kamar: 3.1

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
1.	13:30	Melakukan Evaluasi Keperawatan	Dina	13:50	Ds: Pasien mengatakan nyeri berkurang P: mobilisasi d: diujut P: perut kanan bawah S: skala 7 T: hilang timbul P: Pasien tampak rileks A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1, 3, 6	Dina
2.	13:30	Melakukan Evaluasi Keperawatan	Dina	13:50	S: Pasien mengatakan area perban masih terasa gatal O: Tampak kemerahan area perban Tidak ada rembesan pada area perban tampak bersih A: Resiko infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no 1, 2 S: Pasien mengatakan sekarang ia sudah memahami cara mencegah infeksi dan nutrisi yang dianjurkan O: Pasien dapat menjawab 30% pertanyaan yg diberikan A: Defisit pengetahuan tercapai penuh P: intervensi dihentikan	Dina
3.	13:30	Melakukan Evaluasi Keperawatan	Dina	13:50		Dina

CS Dipindai dengan CamScanner

Nama: No. A PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN Ruang: Eg
No.RM: 135xx Kamar: 3.1

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
4.	13:30	Melakukan Evaluasi Keperawatan	Dina	13:50	S: Pasien mengatakan setelah mandi badan terasa segar, ia ingin berlatih mandi di kamar mandi besar O: Pasien tampak bersih, wangi A: Defisit perawatan diri teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 4, 5, 6	Dina
	20:30	Melakukan Studi dokumentasi keperawatan - Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri - Monitor suhu tubuh - kontrol lingkungan - Kolaborasi pemberian obat	Parawat Angel	20:30	S: Pasien mengatakan nyeri masih ada, P: mobilisasi, d: diujut, P: perut bagian kanan bawah, skala 4 t: hilang timbul O: Pasien meringis, Suhu 36.7 lingkungan tenang nyaman, obat telah diberikan	Parawat Angel

CS Dipindai dengan CamScanner

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Nn. A Ruang : Eg
No.RM : 135 xx Kamar : 3-1

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTD / NAMA
	05:00	Ka lakukan dokumentasi keperawatan: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kuantitas, intensitas, skala nyeri - Berikan lingkungan yg nyaman - Fasilitasi istirahat tidur	Perawat Dia2	05:00	S: Pasien mengatakan masih kompresi nyeri P: mobilisasi Q: ditusuk P: perut kanan bawah, skala: 3 t: hilang timbul D: Pasien meringis, handrail terpasang bantal tambahan	Perawat Dia2

CS Dipindai dengan CamScanner

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Nn. A Ruang : Eg
No.RM : 135 xx Kamar : 3-1

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTD / NAMA
	07:45	Memonitor tanda tanda vital dan memberikan Obat : Ketorolac 30mg IV, Ceftriaxone 1g IV, Parasetamol 500mg IV	Dia2 Dina	08:05	S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan demam, pusing atau sesak O: TD: 100/80 mmHg, S: 98%, P: 72, R: 18 D: 98%, Obat sudah diberikan dg benar, keluhan nyeri lancar	Dia2 Dina
2.	08:05	Mencuci tangan sesudah tindakan	Dia2 Dina	08:08	O: Cuci tangan dg sabun dan air mengalir 6 langkah	Dia2 Dina
2.	12:00	Mencuci Mencuci tangan sebelum tindakan dan Memonitor tanda-tanda vital	Dia2 Dina	12:15	S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat ini O: TD: 100/80 mmHg, S: 98%, P: 72, R: 18 D: 98% Mencuci tangan 6 langkah dg air sabun	Dia2 Dina
2.	12:15	Mencuci tangan setelah Setelah tindakan	Dia2 Dina	12:18	O: Cuci tangan 6 langkah dg sabun dan air mengalir	Dia2 Dina

CS Dipindai dengan CamScanner

Nama : Da. Na. A PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN Eg
Ruang : 3.1
No.RM : 135 xx Kamar : 3.1

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
2.	07:00	Mencuci tangan sebelum tindakan	Da. Dina	07:03	S:- B: Mencuci tangan 6 langkah dg air dan sabun	Da. Dina
1.	07:05	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas, intensitas, skala nyeri	Da. Dina	07:10	S: Pasien mengatakan masih nyeri pada jahitan operasi. P: Saat mobilisasi A: ditujuk, B: perut kram bawah S: 3, T: hilang timbul D: Pasien tampak meringis	Da. Dina
2.	07:10	Memonitor tanda dan gejala infeksi	Da. Dina	07:15	S: Pasien mengatakan area perban masih teraja gatal D: Perban tampak bersih, tidak ada rembesan, area perban kemerahan	Da. Dina
4.	07:15	Menyediakan peralatan mandi dan mendampingi pasien mandi dikamar mandi	Da. Dina	07:45	S: Pasien mengatakan setelah mandi badan terasa segar, ia senang karena bisa mandi dikamar mandi D: Pasien tampak bersih, wangi	Da. Dina

Dipindai dengan CamScanner

Nama : Na. A PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN Eg
Ruang : 3.1
No.RM : 135 xx Kamar : 3.1

NO. DP	TGL /JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL /JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
	13:00	Melakukan balance cairan	Da. Dina	13:10	S: Pasien mengatakan ia minum 300ml makan hanya 1/2 porsi D: minum. 300ml makan: 125ml Infus: 150ml inj: 53ml am: 65ml urin: 450ml Iw: 195 $\frac{15 \times 12}{4} = 195$ $\frac{15 \times 12}{4} = 195$	Da. Dina
1.	13:30	Melakukan evaluasi keperawatan	Da. Dina	13:40	1-0 = 673 - 645 = + 28 cc/6 jam S: Pasien mengatakan nyeri berkurang P: saat mobilisasi, A: dada ditujuk D: perut kram bawah S: 2 T: hilang timbul D: Pasien tampak meringis A: Nyeri akut teratasi sebagian P: teratasi intervensi dihentikan Pasien pulang	Da. Dina

Dipindai dengan CamScanner

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Nh.A Ruang : E.9
No.RM : 135xx Kamar : 3.1

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD/ NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTD/ NAMA
2.	13:40	Melakukan Evaluasi Keperawatan	Dh. Dina	13:50	S: Pasien menyatakan area perburn mati terasa gatal, namun sudah menenangkan O: kemerahan berkurang A: Respon infeksi teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan pasien pulang	Dh. Dina
24.	09:00	Melakukan Evaluasi Keperawatan	Dh. Dina	14:10	S: Pasien menyatakan lebih sering mandi dikamar mandi menggunakan waslap terasa lebih segar dan membuat badannya tidak kaku O: Pasien tampak rileks A: Defisit perawatan diri teratasi penuh P: Intervensi dihentikan pasien pulang	Dh. Dina

CS Dipindai dengan CamScanner