

- Pefbrianti, D., Hariawan, H., & Rusdianah, S. (2021). Pengaruh Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Terhadap Konsep Diri Pasien dengan Imobilisasi Fisik. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 2(2). <https://doi.org/10.32807/jkt.v2i2.84>
- Riskika, S., Harun, B., Purnamawati, T., & Nasir, A. (2022). *NURSING ETHICS (ETIKA KEPERAWATAN)*.
- Safita, N., & Prabowo, J. (2023). Antibiotics Treatment for Acute Appendicitis. *Continuing Medical Education*, 566–574.
- Sapitri, L., Yulianti, F., Tiara, T., Karli, P., Lestari, B. I., & Nurya, S. (2024). Personal Hygiene Pada ODGJ Dengan Defisit Perawatan Diri Di Kelurahan Pondok Belakang Kota Bengkulu. *Jurnal Dehasen Untuk Negeri*, 3(1), 135–138. <https://doi.org/10.37676/jdun.v3i1.5588>
- Saputri (2024). Asuhan Keperawatan Pasien yang Mengalami Tetanus dengan Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi. *Health & Medical Sciences*, 1–5.
- Sitanggang, Y. A. (2022). Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Dengan Konsep Diri Pada Pasien Diabetes Mellitus Ruang Penyakit Dalam Rsud Ratu Zalecha Martapura. *Jurnal Ilmu Kesehatan Insan Sehat*, 10(2), 72–76. <https://doi.org/10.54004/jikis.v10i2.89>
- Sugiharti, N., Rohita, T., Rosdiana, N., & Nurkholik, D. (2020). Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam self care (perawatan diri) pada penderita stroke. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh , Indonesia. 2(2).
- Sukarsa, C. S., & Masturoh, I. (2023). *MEDIA INFORMASI Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Politeknik Tinjauan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Acute Appendicitis Berdasarkan Huffman di RSUD Sumedang*. 19, 46–54.
- Timur, Willi Wahyu, Sholichah, F., & Arifin santoso. (2023). Hubungan Personal Hygiene Terhadap Kejadian Skabies Dan Pityriasis Versicolor Pada Santriwati Di Pondok Pesantren Roudlotul Muhtadiin Balekambang Jepara Periode 2021. *Jurnal Kefarmasian Akfarindo*, 8(1), 18–23. <https://doi.org/10.37089/jofar.v8i1.176>
- Wiraya, M., Yetti, K., & Maryuni, A. (2023). Optimilisasi supervisi kepala ruangan dalam pelaksanaan edukasi personal hygiene untuk keluarga dan pasien. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 5, 1226–1233.
- Yunus, P. (2013). Pengaruh pemberian tehnik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi appendiktomi hari pertama di ruang bedah blud RSUD Dr. M. M Dunda Limboto Kabupaten Gorontalo Tahun 2013.

L  
A  
M  
P  
I  
R  
A  
N

## Lampiran 1 Surat persetujuan pasien (informed content)

Lampiran 1 Surat persetujuan pasien (informed content)

**SURAT PERSETUJUAN PASIEN**  
**(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Gracia Amanda  
Umur : 22 Tahun  
Agama : Islam  
Pekerjaan : karyawan swasta  
Alamat : Jl. Kluwih Kabupaten Cilacap

Sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk karya tulis ilmiah (KTI) mahasiswa prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap a.n :

Nama Mahasiswa : Aprianingsih  
NIM : 106121046

Demi membantu pengembangan ilmu keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data pada kasus ini, akan dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 21 Juni .....2024

Yang bersangkutan



Gracia Amanda

## Lampiran 2 format pengkajian

**FORMAT PENGKAJIAN**

## Pengumpulan Data

## a. Identitas

## 1. Identitas Pasien

Nama :  
 Umur :  
 Jenis kelamin :  
 Agama :  
 Pendidikan :  
 Pekerjaan :  
 Suku Bangsa :  
 Status perkawinan` :  
 Golongan darah :  
 No. CM :  
 Tanggal masuk :  
 Tanggal pengkajian :  
 Diagnosa medis :  
 Alamat :

## 2. Identitas Penanggung Jawab

Nama :  
 Umur :  
 Jenis kelamin :  
 Agama :  
 Pendidikan :  
 Pekerjaan :  
 Suku Bangsa :  
 Hubungan dg Klien :  
 Alamat :

## b. Riwayat Kesehatan

## 1) Keluhan Utama

## 2) Riwayat Penyakit Sekarang (Alasan masuk RS dan PQRST)

3) Riwayat penyakit dahulu

4) Riwayat penyakit keluarga

c. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda vital

Tanggal / jam	Tanggal :
TD (mmHg)	
HR	
RR	
Suhu ( °C )	
GDS	
SpO2	

2) Kepala dan leher

Yang Dikaji	Keterangan
Bentuk Rambut Mata Telinga Hidung Mulut Leher	

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

3) Jantung

Tanggal	
Inspeksi	

Palpasi	
Perkusi	
Auskultasi	

## 4) Paru-paru

Tanggal	
Inspeksi	
Palpasi	
Perkusi	
Auskultasi	

## 5) Abdomen

Tanggal	
Inspeksi	
Auskultasi	
Palpasi	
Perkusi	

## 6) Ekstremitas

***Ekstremitas atas***

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

**Ekstremitas bawah**

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baa l	Nyer i	Kesemutan	Edema	Baa l	Nyer i

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

**Sistem Integumen**

Tanggal	Warna kulit	Turgor	Mukosa bibir	Capilar refill	Kelainan

**d. POLA PENGKAJIAN FUNGSIONAL GORDON****1) PERSEPSI DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN**

.....

**2) POLA NUTRISI DAN METABOLIK****Subyektif :****Obyektif :****a. Antropometri***Sebelum masuk rumah sakit (>2 bulan yang lalu)*

BB : ..... kg    TB : ..... cm    LILA : .....cm

*Saat Dirawat : Tanggal*

BB : ..... kg    TB : ..... cm    LILA : .....cm (normal 29,3 cm)

**Kesimpulan:**.....**Perhitungan :**

BB ideal = (TB – 100) – 10% (TB – 100) kg

= .....

= ..... kg

**IMT ( Indeks Massa Tubuh )****Nilai standar IMT**

Nilai	Kategori
<20	Underweight

$$IMT = \frac{BB}{TB(m)^2}$$

$$= \underline{\hspace{2cm}}$$

20-25	BB normal
25-30	Overweight
>30	Obesitas

= ..... **Kesimpulan:**.....

**b. Biokimia**

Hb : ..... ( tgl.....)

Albumin : .....(tgl .....

**c. Penampilan fisik**

.....

**d. Diit**

- Jenis.....
- BEE laki-laki =  $66 + (13.7 \times BB \text{ kg}) + (5 \times TB \text{ cm}) - (6,8 \times U.\text{thn})$   
= .....  
= ..... Kkal
- BEE perempuan=  $655 + (9.6 \times BB \text{ kg}) + (1.8 \times TB \text{ cm}) - (4.7 \times U.\text{th})$   
= .....  
= ..... Kkal

Tabel perkiraan jumlah kalori ± ..... Kkal dalam .....

Tgl	Kalori Buah	Kalori makanan	Total kalori

**3) POLA ELIMINASI**

Sebelum dirawat :

Subyektif: .....

Selama dirawat

Subyektif: .....

Obyektif:



**BAB**

TGL	Frekuensi	Warna	Konsistensi

**BAK**

TGL	Frekuensi	Warna	Kelainan

**4) POLA AKTIFITAS DAN LATIHAN****Status higienis**

Tanggal	Mandi	Menggosok gigi	Memotong kuku	Keramas

Ket: (-); tidak dilakukan

**ADL**

Tanggal	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	Continance	Feeding	Indeks KATZ

**Status Mobilisasi**

Tanggal	Duduk	Berdiri	Jalan

**Skor Norton**

Tgl	Kondisi Fisik umum	Kesadaran	Aktifitas	Mobilitas	Inkontinensia	Jumlah

Kategori skor:

16-20: kecil sekali/tidak terjadi

12-15: kemungkinan kecil terjadi

&lt;12: kemungkinan besar terjadi

**Kesimpulan:.....****5) POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT****Sebelum masuk RS:****Kualitatif:.....****Kuantitatif:.....****Setelah masuk RS:**

- Kualitatif:**.....  
**Kuantitatif:**.....
- 6) **POLA PERSEPTUAL**  
Halusinasi: .....
- 7) **POLA PERSEPSI DIRI**  
**Konsep diri**  
Citra tubuh:.....  
Identitas diri:.....  
Peran diri:.....  
Ideal diri:.....  
Harga diri:.....  
**Masalah Keperawatan :** .....
- 8) **POLA SEKSUALITAS DAN REPRODUKSI**  
**Subjektif:**.....  
**Objektif:** .....
- 9) **POLA PERAN-HUBUNGAN**  
**Keluarga:**.....  
**Masyarakat:** .....
- 10) **POLA MANAJEMEN KOPING-STRESS**  
Masalah:.....  
Koping:.....
- 11) **SISTEM NILAI DAN KEYAKINAN**  
Nilai dan Keyakinan:.....  
Kegiatan ibadah:.....

## 1. PENGKAJIAN SISTEM PERSYARAFAN

### *Fungsi Serebral*

Tanggal/Jam		
<b>Status Mental</b>	Tingkat Kesadaran	
	GCS E V M	
	Gaya Bicara	
<b>Fungsi Intelektual</b>	Orientasi Waktu	
	Orientasi Orang	
	Orientasi Tempat	
<b>Daya Pikir</b>	Spontan, alamiah, masuk akal	

	Kesulitan Berpikir	
	Halusinasi	
<b>Status Emosional</b>	Alamiah dan Datar	
	Pemarah	
	Cemas	
	Apatis	
<b>Nyeri kepala</b>		
<b>Pandangan kabur</b>		

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

7) Badan dan anggota gerak

**Badan**

Motorik

.....

Refleks

.....

Sensibilitas

<b>Tanggal/Jam</b>	
<b>Sensasi taktil</b>	
<b>Sensasi suhu dan nyeri</b>	
<b>Vibrasi dan propriosepsi</b>	
<b>Integrasi sensasi</b>	

**Anggota gerak atas**

Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan		
Kekuatan		
Tonus		
Trofik		

Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps		
Triceps		
Radius		
Ulna		

Sensibilitas

<b>Tanggal/Jam</b>	
<b>Sensasi taktil</b>	
<b>Sensasi suhu dan nyeri</b>	
<b>Vibrasi dan propriosepsi</b>	
<b>Integrasi sensasi</b>	

**Anggota gerak bawah**Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan		
Kekuatan		
Tonus		
Trofik		

Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Patella		
Achilles		
Babinski		
Chaddock		
Rossolimo		
Clonus kaki		
Lasseque		
Kernieg		

Sensibilitas

<b>Tanggal/Jam</b>	
<b>Sensasi taktil</b>	
<b>Sensasi suhu dan nyeri</b>	
<b>Vibrasi dan propriosepsi</b>	
<b>Integrasi sensasi</b>	

**2. Sistem imunitas :**

Alergi: .....

Antibiotic: .....

WBC:.....

.....

**3. Status cairan**

Tabel cairan dalam 24 jam

Tanggal	Intake	Output	Balance cairan
	Infus =	Urine =	
	Minum =	IWL =	
	Total input =	Total output =	
	Infus =	Urine =	
	Minum =	IWL =	
	Total input =	Total output =	
	Infus =	Urine =	
	Minum =	IWL =	
	Total input =	Total output =	

**4. Status Ekonomi Kesehatan**

.....

**5. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik**

a. Laboratorium ke..... tanggal.....

Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Keterangan	
			Nilai	

b. Hasil foto rontsen tanggal .....

*Kesan :*

c. Hasil .....

**6. TERAPI MEDIS**

.....

**7. TERAPI NUTRISI**

Diit: .....

## Lampiran 3 Asuhan Keperawatan pada Nn. G

FORMAT PENGKAJIAN	
Pengumpulan data	
a. Identitas	
1) Identitas pasien	
Nama	: Nn. G
Umur	: 22 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: karyawan swasta
Suku bangsa	: Jawa
Status perkawinan	: Belum kawin
Golongan darah	: AB
No. cm	: 00386 xxx
Tanggal masuk	: 20 Juni 2024
Tanggal pengkajian	: 21 Juni 2024
Diagnosa medik	: Acute appendicitis
Alamat	: Jl. Kluwih, Kabupaten Cilacap
2) Identitas penanggung jawab	
Nama	: Ny. S
Umur	: <del>48</del> 52 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT
Suku bangsa	: Jawa
Hubungan dengan klien	: Budhe
Alamat	: Jl. Kluwih, Kabupaten Cilacap
b. Riwayat kesehatan	
1) Keluhan utama	
Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut yang dioperasi	
2) Riwayat penyakit sekarang (Alasan masuk RS dan PQRST)	
Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan bawah sejak hari Sabtu 15 Juni 2024. Pasien datang ke RSG Annisa Cilacap untuk melakukan pemeriksaan USG. Setelah hasil keluar pasien di rujuk.	

ke RST Fatimah cilacap untuk menjalani operasi appendektomi tanggal 20 Juni 2024. Pasien masuk ke ruang Al-garaf pada tanggal 20 Juni 2024 jam 19.00 WIB - 19.45 WIB. Setelah operasi pasien mengatakan nyeri pada daerah yang di operasi, ~~se~~ tidak nafsu makan, tidak bisa tidur, dan belum BAB sejak 15 Juni

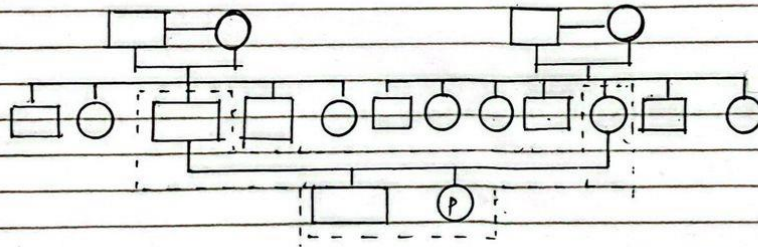
P : Pasien mengatakan nyeri pada bagian yang di operasi  
 Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditekan  
 R : Pasien mengatakan nyeri di ~~set~~ perut bagian kanan bawah  
 S : Pasien mengatakan ~~skala~~ nyeri di skala 6  
 T : Pasien mengatakan nyeri bertambah pada saat bergerak

3) Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat asam lambung (GERD)

4) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit dari keluarga



Keterangan :

□ = laki-laki

○ = perempuan

--- = Tinggal serumah

□-○ = Garis pernikahan

T = Garis keturunan

P = Pasien

C. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda tanda vital

Tanggal	21 Juni 2024
Td (mmHg)	112/78 mmHg
HR	90 x /menit
RR	20 x /menit
Suhu (°C)	36.6 °C



2) Kepala dan leher	
Yang diteliti	Keterangan
Bentuk	
Rambut	Rambut berwarna hitam, lurus, tidak ada ketombe dan rapih
Mata	Tidak ada sekret, Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, Pupil isokor, sklera tidak ikterik, tidak ada gangguan penglihatan (tidak berkaca mata)
Telinga	Bentuk telinga simetris, tidak ada tanda-tanda infeksi
Hidung	Simetris, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, tidak bengkak, tidak ada tanda-tanda infeksi
Mulut	Mulut pasien bau, gigi sedikit kotor, bibir sedikit bening
Leher	Tidak ada pelebaran kelenjar tiroid, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri

## 3) Jantung

Tanggal	21 Juni 2024
Inspeksi	Datar & simetris
Palpasi	Denyutan teraba
Pertussi	pekat
Auskultasi	Reguler

## 4) Dada - Paru

Tanggal	21 Juni 2024
Inspeksi	Serat napas kanan kiri sama
Palpasi	Tidak ada nyeri / benjolan
pertussi	Resoran
Auskultasi	Tidak ada suara tambahan

## 5) Abdomen

Tanggal	21 Juni 2024
Inspeksi	simetris, ada luka post op
Palpasi	Terlapat nyeri
pertussi	Timpani ke redup
Auskultasi	Peristaltik usus normal

## 6. Ekstermitas

## Ekstermitas atas

Tgl	kanan				kiri			
	kesemutan	Edema	Nyeri	Baal	kesemutan	Edema	Nyeri	Baal
21/6 24	-	-	-	-	-	-	-	-

ket : (-); tidak ada, (+); ada

## Ekstermitas bawah

Tgl	kanan				kiri			
	kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
21/6 24	+	-	-	+	+	-	-	-

ket : (-); tidak ada ; (+) ; ada

## Sistem Integumen

Tgl	Warna kulit	Turgor	Mukosa bibir	capillar refill	kelainan
21/6 24	sawo matang	< 2 detik	Sedikit kering	< 2 detik	Terdapat ada

## POLA PENFAJIAN FUNGSIONAL GORDON

## 1) Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

pasien mengatakan jika sakit dirinya pergi ke rumah sakit atau puskesmas

## 2) Pola nutrisi dan metabolisme

subyektif : pasien sebelum masuk RS : pasien mengatakan jarang makan

setelah masuk RS : pasien mengatakan tidak makan

## Objektif :

## 2. Antropometri

sebelum masuk rumah sakit

BB : 48 kg TB : 150 cm

saat dirawat : 21 Juni 2024

BB : 40 kg TB : 150 cm

Kesimpulan : mengalami penurunan berat badan

BB Ideal :  $(TB - 100) - 10\% (TB - 100)$  kg

=  $50 - 5$  : 45 kg

IMT :  $\frac{BB}{(TB)^2} = \frac{40}{(1,5)^2} = 17,7$



<p>b. Biokimia</p> <p>HB : 12.3 g/dl</p> <p>Eritrosit : 3.98 <math>10^6</math>/UL</p>																											
<p>c. Penampilan fisik</p> <p>Baik, normal, tidak ada masalah</p>																											
<p>d. Diet</p> <p>Jenis : TETP (tinggi kalori tinggi protein)</p> <p>BEE : <math>655 + (9.6 \times BB \text{ kg}) + (1.8 \times TB \text{ cm}) - (4.7 \times u \text{ th})</math></p> <p>: <math>655 + (9.6 \times 40) + (1.8 \times 150) - (4.7 \times 22)</math></p> <p>: <math>655 + 384 + 270 - 103.4</math></p> <p>: 1.205,6 kkal</p>																											
<p>3) Pola Eliminasi</p> <p>Sebelum dirawat : pasien mengatakan tidak ada kelainan pada BAK, namun pasien pada saat pengkajian mengatakan belum BAB dari tanggal 15 juni.</p> <p>Selama dirawat.</p> <p>Subyektif : pasien mengatakan tidak bisa BAK karena terpasang kateter, dan belum BAB selama dirawat</p> <p>Objektif :</p> <p>- BAB</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tanggal</th> <th>Frekuensi</th> <th>Warna</th> <th>Konsistensi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21/6/24</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p>- BAK</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tanggal</th> <th>Frekuensi (kateter)</th> <th>Warna</th> <th>Konsistensi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21/6/24</td> <td></td> <td>bening</td> <td>normal</td> </tr> </tbody> </table>		Tanggal	Frekuensi	Warna	Konsistensi	21/6/24	-	-	-	Tanggal	Frekuensi (kateter)	Warna	Konsistensi	21/6/24		bening	normal										
Tanggal	Frekuensi	Warna	Konsistensi																								
21/6/24	-	-	-																								
Tanggal	Frekuensi (kateter)	Warna	Konsistensi																								
21/6/24		bening	normal																								
<p>4) Pola aktivitas dan latihan</p> <p>status higienis</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tanggal</th> <th>Mandi</th> <th>Menggosok gigi</th> <th>Memotong kuku</th> <th>keanisan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21/6/24</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p>ket : (-) ; tidak dilakukan</p> <p>status motivasi ADL</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tgl</th> <th>Bathing</th> <th>Dressing</th> <th>Toileting</th> <th>Transferring</th> <th>continance</th> <th>feeding</th> <th>kelefs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21/6/24</td> <td>Dibantu</td> <td>Dibantu</td> <td>Dibantu</td> <td>Dibantu</td> <td>Dibantu</td> <td>Mandiri</td> <td>kelefs</td> </tr> </tbody> </table>		Tanggal	Mandi	Menggosok gigi	Memotong kuku	keanisan	21/6/24	-	-	-	-	Tgl	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	continance	feeding	kelefs	21/6/24	Dibantu	Dibantu	Dibantu	Dibantu	Dibantu	Mandiri	kelefs
Tanggal	Mandi	Menggosok gigi	Memotong kuku	keanisan																							
21/6/24	-	-	-	-																							
Tgl	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	continance	feeding	kelefs																				
21/6/24	Dibantu	Dibantu	Dibantu	Dibantu	Dibantu	Mandiri	kelefs																				



Scanned with CamScanner

Skor Norton						
Tgl	Kondisi fisik umum	Kesadaran	Aktifitas	Mobilitas	Inkontinensia	Jumlah
	3	4	1	2	4	14

5) Pola tidur dan istirahat

Sebelum masuk RS :

Kualitatif : sehari 4 - 5 jam

Kuantitatif : sering terbangun

Setelah masuk RS :

Kualitatif : kurang lebih 1 - 2 jam

Kuantitatif : sering terbangun

6) Pola perseptual

Halusinasi : pasien mengatakan tidak halusinasi

7) Pola persepsi diri

Konsep diri

Citra tubuh : pasien mengatakan tidak ada masalah

Identitas diri : pasien mengatakan dirinya adalah seorang karyawan swasta

Peran diri : pasien mengatakan dirinya adalah seorang anak bungsu

Ideal diri : pasien mengatakan bahwa dirinya percaya diri

Harga diri : pasien mengatakan dirinya sangat berharga

Tidak ada masalah keperawatan

8) Pola seksualitas dan procluk

Subjektif : pasien mengatakan dirinya belum menikah dan tidak pertama umur 10 tahun

9) Pola peran hubungan

Keluarga : pasien mengatakan memiliki hubungan yang baik dengan keluarga

Masyarakat : pasien mengatakan memiliki hubungan yang baik dengan masyarakat

10) Pola manajemen coping - stress

Masalah : Tidak ada masalah yang harus dipikirkan

Coping : jika ada masalah berdiskusi dengan orang tua

11) Sistem penilaian dan keyakinan

Nilai dan keyakinan : pasien mengatakan selalu berdoa kepada Allah swt supaya segera sembuh

Kegiatan ibadah : pasien mengatakan shalat 5 waktu

2. Pengkajian sistem persyarafan fungsi serebral

Tanggal		20 Juni 2024
	Tingkat kesadaran	compermentis
	SCS	15
Status mental	E	4
	V	5
	M	6
	Gaya bicara	Normal dan jelas
	Orientasi waktu	Pasien dapat mengenali waktu
Fungsi Intelektual	Orientasi orang	Pasien dapat mengenali orang
	Orientasi tempat	Pasien dapat mengenali tempat
	Spontan, alamiah, masuk akal	Masuk akal
Daya pikir	Kesulitan berpikir	Tidak mengalami kesulitan
	Halusinasi	Tidak mengalami halusinasi
	Alamiah & datar	Alamiah
Status Emosional	permarah	Tidak permarah
	Cemas	Tidak cemas
	Apatis	Tidak apatis
Myeri kepala		-
pandangan kabur		-

ket : (-) ; tidak ada (+) ; ada

Terapi medis

1. Ceftriaxone cap 200 mg 2 x t

2. Ranitidine Tab

Terapi medis

1. Ceftioxone Inj 1g 2 x sehari

2. Ranitidine Inj 50 mg / 2 ml 2 x sehari

3. Ketorolac Inj 30 mg / 1 ml 3 x sehari



## ANALISA DATA

No	Data	Problem	Etiologi
1.	<p>Ds: Pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi</p> <p>P: nyeri karena telah menjalani Operasi / luka bekas operasi</p> <p>Q: nyeri seperti ditekan</p> <p>R: perut bawah sebelah kanan</p> <p>S: skala 6</p> <p>T: Nyeri bertambah saat bergerak</p> <p>Do :- pasien tampak gelisah dan meningir kesakitan</p> <p>- TD : 112 / 78 mmHg, N : 90 x / menit, RR : 20, SPO<sub>2</sub> : 98%</p>	Nyeri Akut	Agan pencedera fisik
2.	<p>Ds.- Pasien mengatakan nyeri</p> <p>P = nyeri karena telah menjalani Operasi</p> <p>Q : Nyeri seperti ditekan</p> <p>R - perut bawah sebelah kanan</p> <p>S - skala 6</p> <p>T: Nyeri bertambah saat bergerak</p> <p>- Faki ketika digerakan sabit ( faki sebelah kanan )</p> <p>- Tidak bisa duduk, hanya tiduran saja</p> <p>Do : - Gerakan pasien tampak terbatas</p> <p>- fisik pasien tampak lemah</p>	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri
3	<p>Ds : - pasien mengatakan tidak dapat melakukan mandi, sikat</p> <p>membersihkan gigi dan mulut, BAB/BAT ditolel secara mandiri</p>	Defratt perawatan diri	kelemahan




	DO :- kebersihan tubuh dan mulut pasien kurang		
	- Pasien terpasang selang kateter		

### DIAGNOSA KEPERAWATAN



1. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fraktur d.d pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti ditekan, nyeri di perut bawah sebelah kanan, skala 6, nyeri bertambah saat bergerak
2. Gangguan mobilitas fraktur b.d nyeri d.d pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, kaki ketika digerakkan sakit (sebelah kanan), tidak bisa duduk hanya tiduran, gerakan pasien tampak terbatas, fraktur pasien tampak lemah
3. Defisit perawatan diri b.d kelemahan d.d pasien mengatakan tidak bisa mandi, membersihkan gigi dan mulut, BAB/BAK ke toilet secara mandiri, kebersihan mulut dan tubuh pasien kurang, pasien terpasang selang kateter

INTERVENSI KEPERAWATAN			
Tgl/jam	Tujuan (SK1)	Intervensi (SK1)	Paraf
21/2024 6	Tingkat nyeri. (L.08066)	Managemen nyeri (1.08238)	 Apri
	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam 8 jam diharapkan tingkat nyeri dapat teratasi. Ekspektasi : menurun	Tindakan	
	Kriteria hasil	Observasi	
	1. Keluhan nyeri menurun (5)	- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri.	
	2. Meringis menurun (5)	- Identifikasi skala nyeri	
	3. Gelisah menurun (5)	Terapeutik	
	4. Pola tidur membaik (5)	- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	
	ket :	Edukasi	
	1 = Menurun /meningkat /membaik	- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	
	2 = cukup menurun / cukup meningkat / cukup membaik	- Ajarkan teknik non farmakologis	
3 = Sedang	Kolaborasi		
4 = cukup meningkat / cukup menurun / cukup membaik	- Kolaborasi pemberian analgetik		
5 = meningkat / menurun / membaik			
21/2024 6	Mobilitas fisik (L.05042)	Dukungan mobilitasi (1.05173)	
	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam diharapkan mobilitas fisik dapat teratasi. Ekspektasi : meningkat. Kriteria hasil :	Tindakan	
	1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5)	Observasi	
	2. Nyeri menurun (5)	- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	
3. Gerakan terbatas menurun (5)	Terapeutik		
	- fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya Pagar tempat tidur)		
	- Libatkan keluarga untuk		





	4. kelemahan fisik menurun (5)	Membantu pasien untuk melakukan pergerakan
	ket :	
	1 = menurun / meningkat	Edukasi
	2 = cukup menurun / cukup meningkat	- Anjurkan melakukan mobilisasi dini
	3 = sedang	
	4 = cukup meningkat / cukup menurun	
	5 = Meningkat / menurun	
21/6/2024	Perawatan diri (L. 111.03) Setelah dilakukan tindakan 3 x 8 jam diharapkan perawatan diri dapat teratasi. Etspetasi : Meningkat. kriteria hasil :	Dukung perawatan diri (L. 11348) Tindakan Observasi - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri
	1. kemampuan ke toilet (BAB/BAF) meningkat (5)	Terapeutik
	2. Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5)	- Sediakan lingkungan yang terapeutik (privasi)
	3. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (5)	- Sediakan keperluan pribadi - Dampingi dalam melakukan perawatan diri
	ket :	Edukasi
	1 = Menurun	- Anjurkan melakukan perawatan diri secara berkonsisten sesuai kemampuan.
	2 = cukup menurun	
	3 = sedang	
	4 = cukup meningkat	
	5 = <del>cukup</del> Meningkat	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Tgl/jam	Dx keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
1.	21/6/2024	Nyeri Abuf b.d Agen pencedera fisiologis	mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi & intensitas nyeri	Ds : P: nyeri karena luka bekas operasi, Q: nyeri seperti ditekan R: perut bawah sebelah kanan S: skala 6 T: bertambah	



			ketika beraktivitas / bergerak	
			Do: - pasien tampak meringis kesakitan - pasien tampak gelisah	
	14.00		Mengidentifikasi skala nyeri	Dr: - pasien mengatakan skala nyeri di angka 6 Do: - pasien tampak gelisah
	14.02		Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri	Ds: - pasien mengatakan lebih nyaman Do: - pasien mengikuti instruksi. pasien diberikan teknik relaksasi distraksi - gelisah berkurang
	14.07		Mengelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Dr: - pasien mengatakan paham Do: - pasien memperhatikan
	14.12		Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri	Dr: - pasien mengatakan paham Do: - pasien diajarkan teknik relaksasi distraksi dan mendemonstrasikannya.
	14.18		Mengkolaborasi dengan pemberian analgetik	Ds: - pasien bersedia menerima obat yang diberikan Do: - pasien diberikan injeksi ketorolac 30 mg / 1 ml.
2.	21/6/2024	Bantuan mobilitas fisik	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik	Ds: - pasien mengatakan terdapat nyeri



	14.32	b. d nyeri	lainnya	pada bagian perut yang dioperasi	Do: Pasien tampak gelisah	
	14.35		Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	Do: pasien bersedia mengubah posisi	Do: Pasien memperhatikan	✓
	14.38		Melibatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan pergerakan	Do: keluarga pasien mengatakan bersedia	Do: keluarga pasien kooperatif dan mengikuti instruksi	✓
	14.40		Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	Do: pasien mengatakan bersedia	Do: pasien memperhatikan	✓
3.	21/2024	Depresi	Memonitor tingkat kemandirian pasien	Do: pasien mengatakan tidak bisa mandi, membersihkan mulut dan gigi, ke toilet untuk BAB / BAK secara mandiri	Do: Pasien hanya tiduran ditempat tidur dan terpasang kateter	✓
	6	Perawatan diri b. d kelemahan				
	14.45					
	14.50		Mengidentifikasi alat bantu kebersihan diri	Do: pasien membutuhkan sikat gigi, pasta gigi, gelas plastik dan air	Do: Pasien akan melakukan Oral hygiene & tampak memperhatikan	✓
	14.55		Menyediakan lingkungan yang terapeutik	Do: pasien tidak mau orang lain melihat		✓



				nya saat oral hygiene	Do: Privasi pasien terjaga dengan menutup tirai	
	14-57		Menyiapkan keperluan pribadi	Do: pasien mengatakan paham apa yang akan dilakukan	Do: Menyiapkan pasta gigi sikat gigi, gelas plastik, & air.	CM
	15-02		Mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri	Do: pasien meminta bantuan	Do: pasien tampak kesulitan	CM
	15-08		Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Do: pasien mengatakan paham	Do: pasien memperhatikan	CM
4.	21/6/2024	Nyeri Akut b.d Agen	Mengidentifikasi skala nyeri	Do: pasien mengatakan nyerinya distalas	Do: pasien memperhatikan	CM
	18-45	Pencedera fisik		Do: Pasien tampak menangis kesakitan		
	18-50		Menganjurkan pasien melakukan teknik non farmakologis yang telah diajarkan	Do: pasien mengatakan lebih nyaman	Do: pasien tampak lebih tenang.	CM
5.	21/6/2024	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	Mempfasilitasi aktivitas mobilisasi	Do: pasien mengatakan bersedia mengubah posisi	Do: pasien memperhatikan	CM
	19-00			Do: pasien memperhatikan		
	19-02		Menganjurkan pasien untuk mobilisasi dini	Do: pasien mengatakan bersedia	Do: pasien memperhatikan	CM
6.	21/6/2024	Defisit perawatan diri b.d kelemahan	Menyiapkan keperluan pribadi	Do: pasien mengatakan bersedia	Do: pasien tampak memperhatikan	CM
	19-10			Do: pasien tampak memperhatikan	Do: pasien meminta	CM
	19-12		Mendampingi dalam	Do: pasien meminta		CM



			melakukan perawatan diri sampai mandiri	Bantuan dalam melakukan Oral hygiene Do: pasien tampak kesulitan	
	19-20		Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Do: pasien mengatakan paham Do: pasien memperhatikan.	<i>[Signature]</i>
7.	22/6/2024	Nyeri Akut b-d Agen Pencedera fisik	Mengidentifikasi skala nyeri	Do: pasien mengatakan skala nyeri di angka 3 Do: pasien tampak lebih tenang	<i>[Signature]</i>
	09-00		Menganjurkan pasien melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri	Do: pasien mengatakan lebih nyaman Do: pasien tampak lebih tenang	<i>[Signature]</i>
	09-10		Mengkolaborasi pemberian analgetik	Do: Pasien kooperatif Do: Pasien diberikan Injektif ketorolac 30 mg	<i>[Signature]</i>
8.	22/6/2024	Tanggapan mobilitas fisik b-d nyeri	Memfasilitasi aktivitas Mobilisasi	Do: pasien mengatakan bersedia merubah posisi Do: pasien tampak memperhatikan	<i>[Signature]</i>
	09-23		Menganjurkan pasien untuk mobilisasi diri	Do: pasien mengatakan bersedia Do: Pasien sudah bisa duduk, turun dari tempat tidur, dan berdiri dengan bantuan orang lain.	<i>[Signature]</i>
9.	23/6/24	Defisit Perawatan diri d.b. kelemahan	Menyampaikan keperluan pribadi	Do: pasien mengatakan bersedia Do: pasien tampak memperhatikan	<i>[Signature]</i>
	09-35		Mendampingi dalam	Do: pasien mengatakan	<i>[Signature]</i>



		Melakukan perawatan diri sampai mandiri	Sudah tidak memerlukan bantuan Do: pasien melakukan Oral hygiene mandiri
09-42		Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Dr: pasien mengatakan paham Do: pasien tampak memperhatikan

EVALUASI KEPERAWATAN

No	Tgl	Dx. Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf																				
1.	21/6/2024	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik	<p>S: Pasien mengatakan nyerinya berkurang O: pasien tampak lebih nyaman, gelisah berkurang, pola tidur membaik A: Nyeri Akut belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>keluhan nyeri menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>meriangis menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>gelisah menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>pola tidur membaik</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi - mengidentifikasi skala nyeri - Memberikan teknik non farmakologis</p>	kriteria hasil	IR	ER	Hasil	keluhan nyeri menurun	2	5	2	meriangis menurun	2	5	2	gelisah menurun	2	5	2	pola tidur membaik	2	5	2	<i>[Signature]</i>
kriteria hasil	IR	ER	Hasil																					
keluhan nyeri menurun	2	5	2																					
meriangis menurun	2	5	2																					
gelisah menurun	2	5	2																					
pola tidur membaik	2	5	2																					
2.	21/6/15-15/2024	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	<p>S: pasien mengatakan masih merasakan sakit pada kaki sebelah kanan dan saat bergerak O: Gerakan pasien tampak terbatas, keadaan fisik pasien masih tampak lemah. A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pergerakan dan stermitas meningkat</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>nyeri menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>gerakan terbatas menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>kelemahan fisik menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi - Mengajarkan melakukan mobilisasi sesuai kemampuan</p>	kriteria hasil	IR	ER	Hasil	pergerakan dan stermitas meningkat	2	5	2	nyeri menurun	2	5	2	gerakan terbatas menurun	2	5	2	kelemahan fisik menurun	2	5	2	<i>[Signature]</i>
kriteria hasil	IR	ER	Hasil																					
pergerakan dan stermitas meningkat	2	5	2																					
nyeri menurun	2	5	2																					
gerakan terbatas menurun	2	5	2																					
kelemahan fisik menurun	2	5	2																					



		Melakukan perawatan diri sampai mandiri	Sudah tidak memerlukan bantuan Do: pasien melakukan Oral hygiene mandiri
09-42		Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Dr: pasien mengatakan paham Do: pasien tampak memperhatikan

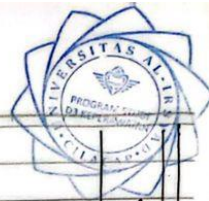
EVALUASI KEPERAWATAN

No	Tgl	Dx. Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf																				
1.	21/6/2024	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik	<p>S: Pasien mengatakan nyerinya berkurang O: pasien tampak lebih nyaman, gelisah berkurang, pola tidur membaik A: Nyeri Akut belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>keluhan nyeri menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>meriangis menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>gelisah menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>pola tidur membaik</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi - mengidentifikasi skala nyeri - Memberikan teknik non farmakologis</p>	Kriteria hasil	IR	ER	Hasil	keluhan nyeri menurun	2	5	2	meriangis menurun	2	5	2	gelisah menurun	2	5	2	pola tidur membaik	2	5	2	<i>[Signature]</i>
Kriteria hasil	IR	ER	Hasil																					
keluhan nyeri menurun	2	5	2																					
meriangis menurun	2	5	2																					
gelisah menurun	2	5	2																					
pola tidur membaik	2	5	2																					
2.	21/6/15-15/2024	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	<p>S: pasien mengatakan masih merasakan sakit pada kaki sebelah kanan dan saat bergerak O: Gerakan pasien tampak terbatas, keadaan fisik pasien masih tampak lemah. A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pergerakan dan stermitas meningkat</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>nyeri menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>gerakan terbatas menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>kelemahan fisik menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi - Mengajarkan melakukan mobilisasi sesuai kemampuan</p>	Kriteria hasil	IR	ER	Hasil	pergerakan dan stermitas meningkat	2	5	2	nyeri menurun	2	5	2	gerakan terbatas menurun	2	5	2	kelemahan fisik menurun	2	5	2	<i>[Signature]</i>
Kriteria hasil	IR	ER	Hasil																					
pergerakan dan stermitas meningkat	2	5	2																					
nyeri menurun	2	5	2																					
gerakan terbatas menurun	2	5	2																					
kelemahan fisik menurun	2	5	2																					



3. 21/6/2024	Defisit perawatan diri b.d kelemahan	<p>S : pasien belum mampu melakukan BAB/BAK, membersihkan gigi dan mulut, serta mandi secara mandiri</p> <p>O : pasien hanya tertidur ditempat tidur, nafas tidak segar, gigi dan mulut kurang bersih,</p> <p>A : Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="751 683 1249 907"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>kemampuan BAB/BAK ket Toilet meningkat</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>mempertahankan kebersihan diri meningkat</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>mempertahankan kebersihan mulut meningkat</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Defisit perawatan diri belum teratasi - Lanjutkan Oral hygiene</p>	Kriteria hasil	IR	ER	Hasil	kemampuan BAB/BAK ket Toilet meningkat	1	5	1	mempertahankan kebersihan diri meningkat	2	5	2	mempertahankan kebersihan mulut meningkat	2	5	2					
Kriteria hasil	IR	ER	Hasil																				
kemampuan BAB/BAK ket Toilet meningkat	1	5	1																				
mempertahankan kebersihan diri meningkat	2	5	2																				
mempertahankan kebersihan mulut meningkat	2	5	2																				
4. 21/6/2024	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik	<p>S : Pasien mengatakan nyerinya berkurang (skala 5)</p> <p>O : Pasien tampak lebih nyaman, tidak gelisah. Pola tidur membaik</p> <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="751 1153 1249 1339"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>keluhan nyeri menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>meriangis menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>gelisah menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pola tidur membaik</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi - Identifikasi skala nyeri - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p>	Kriteria hasil	IR	ER	Hasil	keluhan nyeri menurun	2	5	3	meriangis menurun	2	5	4	gelisah menurun	2	5	4	Pola tidur membaik	2	5	4	Gij
Kriteria hasil	IR	ER	Hasil																				
keluhan nyeri menurun	2	5	3																				
meriangis menurun	2	5	4																				
gelisah menurun	2	5	4																				
Pola tidur membaik	2	5	4																				
5. 21/6/2024 10-35	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	<p>S : Pasien mengatakan kakinya masih lumayan sakit jika digerakan, nyeri berkurang</p> <p>O : Gerakan pasien sedikit meningkat, kelemahan fisik lumayan menurun</p> <p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="751 1657 1249 1843"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pergerakan ekstremitas meningkat</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>nyeri menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>gerakan terbatas menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>kelemahan fisik menurun</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	IR	ER	Hasil	pergerakan ekstremitas meningkat	2	5	3	nyeri menurun	2	5	3	gerakan terbatas menurun	2	5	3	kelemahan fisik menurun	2	5	3	Gij
Kriteria hasil	IR	ER	Hasil																				
pergerakan ekstremitas meningkat	2	5	3																				
nyeri menurun	2	5	3																				
gerakan terbatas menurun	2	5	3																				
kelemahan fisik menurun	2	5	3																				





			P: Lanjutkan Intervensi ↳ mobilitasi diri	
6.	21/6/2024	Defisit Perawatan diri b.d kelemahan	S: pasien belum mampu mandi, BAB/BAK di toilet, dan memberihkan gigi dan mulut secara mandiri O: nafas pasien tidak bau, kebersihan gigi dan mulut pasien meningkat, terpasang kateter A: Defisit perawatan diri belum teratasi.	
			Kriteria hasil	IR ER Hasil
			kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat	1 5 1
			mempertahankan kebersihan diri meningkat	2 5 3
			mempertahankan kebersihan mulut meningkat	2 5 3
			P: Lanjutkan Intervensi - Lakukan oral hygiene	
7.	22/6/2024 09-50	Nyeri akut b.d agen Pencedera fisik	S: pasien mengatakan nyerinya berturut-turut menjadi skala 3 O: pasien tampak lebih nyaman, tidak gelisah, pola tidur membaik A: Nyeri Akut teratasi	
			Kriteria hasil	IR ER Hasil
			celuhan nyeri menurun	2 5 5
			meningis menurun	2 5 5
			gelisah menurun	2 5 5
			pola tidur membaik	2 5 5
			D: Masalah teratasi, hentikan Intervensi	
8.	22/6/2024 10.00	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	S: Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kaki tanpa sakit, sudah bisa duduk tapi tidak bertahan lama, turun dari tempat tidur, dan ke toilet. O: Gerakan pasien sudah meningkat A: Gangguan mobilitas fisik teratasi	
			Kriteria hasil	IR ER Hasil
			pergerakan ekstremitas meningkat	2 5 5
			nyeri menurun	2 5 5
			gerakan terbatas menurun	2 5 5
			kelemahan fisik menurun	2 5 5
			P: Masalah teratasi, hentikan Intervensi	



9	22/6/2019	Defisit perawatan diri b.d	5 : pasien sudah bisa ke toilet BAB / BAK, membersihkan gigi dan mulut secara mandiri																
	10.50	kelemahan	0 : Nafas pasien segar, gigi dan mulut bersih, tidak terpasang kateter																
			A : Defisit perawatan diri teratasi																
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria hasil</th> <th>IR</th> <th>EP</th> <th>HAJI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>mempertahankan kebersihan diri meningkat</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>mempertahankan kebersihan mulut meningkat</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	kriteria hasil	IR	EP	HAJI	kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat	1	5	5	mempertahankan kebersihan diri meningkat	2	5	5	mempertahankan kebersihan mulut meningkat	2	5	5
kriteria hasil	IR	EP	HAJI																
kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat	1	5	5																
mempertahankan kebersihan diri meningkat	2	5	5																
mempertahankan kebersihan mulut meningkat	2	5	5																
			P : Masalah teratasi, hentikan intervensi																

Lampiran 4 Standar operasional prosedur (SOP) *oral hygiene* sikat gigiSTANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) *ORAL HYGIENE* SIKAT GIGI**UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP**

FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

**PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN  
ORAL HYGIENE SIKAT GIGI**

NAMA :  
NIM :

ANGGA :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program oral hygiene	3		
2	Menyiapkan alat	3		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Membeni salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menanyakan kesiapan pasien	3		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	<b>Mengucapkan Basmallah</b>			
1	Mencuci tangan	4		
2	Menjaga privacy pasien	4		
3	Mengatur posisi pasien	5		
4	Memasang perlek dan pengalas dibawah dagu pasien	4		
5	Mendekatkan bengkok ke dekat mulut pasien	4		
6	Memakai hand scoen	4		
7	Membantu pasien untuk berkumur	5		
8	Membantu menyiapkan sikat gigi dan pastanya	5		
9	Membantu pasien menyikat gigi bagian dalam, samping dan depan	8		
10	Membantu pasien berkumur	8		
11	Mengeringkan bibir dengan tissue	4		
12	Mengangkat bengkok	3		
13	Mengangkat perlek pengalas	3		
14	Merapihkan pasien	3		
15	Merapihkan alat	3		
16	Mencuci tangan	3		
	<b>Mengucapkan Hamdallah</b>			
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	3		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
3	Berpamitan	3		
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		

Keterangan :

TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Standar kelulusan nilai 75

Observer,

( )

Lampiran 5 standar operasional prosedur (SOP) mencuci rambut

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) MENCUCI RAMBUT



**UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP**

FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

**PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN  
MENCUCI RAMBUT**

NAMA :  
NIM :

TANGGA :  
BSEWERVE :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program Mencuci rambut	2		
2	Menyiapkan alat	2		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
1	Mencuci tangan	2		
2	Menjaga privacy pasien	2		
3	Mengenakan celemek dan sarung tangan	5		
4	Menganti selimut klien dengan selimut mandi	5		
5	Mengatur posisi tidur pasien, kepala dipinggir tempat tidur	5		
6	Memasang handuk dibawah kepala	5		
7	Memasang ember dialasi kain pel	5		
8	Memasang talang dengan ujung berada didalam ember	5		
9	Menutup dada dengan handuk sampai leher	5		
10	Menyisir rambut	5		
11	Menutup lubang telinga dengan kapas dan mata dengan kain kasa	5		
12	Menyiram dengan air hangat, menggosok ( memijit-mijit) kulit kepala dan rambut dengan shampo menggunakan kasa	8		
13	Membilas rambut dengan handuk kemudian dengan penegering	8		
14	Menyisir rambut dengan sisir yang masih bersih	5		
15	Meletakkan kepala pada bantal yang dialasi handuk kering	4		
16	Merapikan pasien ganti selimut mandi dengan selimut tidur	4		
17	Mencuci tangan	2		
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	2		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2		
3	Berpamitan	2		
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		

eterangan :

TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Observer

Standart nilai kelulusan 75

( )

Lampiran 6 standar operasional prosedur (SOP) membersihkan kuku

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) MEMBERSIHKAN KUKU



**UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP**

FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

**PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN  
MEMBERSIHKAN KUKU**

NAMA :

ANGGAL :

NIM :

BSERVER :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program Membersihkan kuku	2		
2	Menyiapkan alat	2		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menempatkan alat ke dekat pasien	2		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	Mengucapkan Bismillah			
1	Mencuci tangan	3		
2	Mengatur posisi pasien	3		
3	Memasang perlak dan pengalas di bawah kom berisi air hangat	5		
4	Bila ada cat kuku bersihkan dengan kapas aceton	10		
5	Rendam dalam air hangat	10		
	a. Jari tangan : 1-2 menit			
	b. Jari kaki 2-3 menit			
6	Jika kuku kotor bersihkan dengan sabun dan sikat kuku	10		
7	Angkat jari tangan/kaki ,lalu keringkan dengan handuk	10		
8	Letakkan jari tangan /kaki diatas bengkak berisi lisol 2 %	10		
9	Kuku dipotong menurut lengkung kuku	10		
10	Rapihkan pasien dan bersihkan alat	5		
11	Mencuci tangan	3		
	Mengucapkan Hamdallah			
<b>D</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	3		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
3	Berpamitan	3		
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		

Keterangan :

Observer

TIDAK : Tidak dilakukan




YA : Dilakukan dengan sempurna



Standart nilai kelulusan 75

( )

Lampiran 7 lembar konsultasi kti atau log book

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK




NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	29 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buat kerangka isi <math>\nabla</math></li> <li>- Menuliskan list penelitian, sumber data / ph,</li> <li>- sambil menyala Bab 2</li> </ul>	
2.	2 Juni 2024	- Revisi Bab 2	
3.	5 Juni 2024	- Revisi Bab 2	

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	6/6/24	BAB I Perbaiki tata naskah.  BAB III - subject studi kasus. - metode pengumpulan data	 Ery. R.
	7/6/24	BAB III - Perbaiki tata naskah di <sup>subject</sup> study kasus. - Acc.	 eny.

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	28/6/24	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pembatasan</li> <li>- Perbaiki tata masalah</li> <li>- Evaluasi di perbaiki</li> </ul>	Jeny
	28/6/24	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki tata masalah</li> <li>- Implementasi</li> <li>- Diagnosa Risiko defat materi</li> </ul>	Jeny



NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	24 Juni 2024	Masalah keperawatan pasien	
	26 Juni 2024	konsul BAB III dan BAB V	
	29 Juni 2024	Mengkonsultasikan masalah keperawatan pasien	
	30 Juni 2024	mengkonsultasikan BAB I - V Acc	