

BAB IV

HASIL

Bab ini akan menjelaskan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S dengan Kanker Buli Pro Operasi TUR-B yang dilakukan pada tanggal 10-13 Maret 2025 di Ruang Jade- Zamrud Rumah Sakit Lavalette Malang. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

1.1.1 Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data pengkajian keperawatan ini dilakukan dengan cara wawancara, observasi, dan pemeriksaan.

A. Biodata

1. Nama : Ny. S
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Umur : 64 Tahun
4. Status Perkawinan : Menikah
5. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
6. Agama : Islam
7. Pendidikan terakhir : SMP
8. Alamat : Kab. Tulungagung
9. Nomor register : 232636XX
10. Tanggal MRS : 10 Maret 2025
11. Tanggal Pengkajian : 10 Maret 2025
12. Diagnosa Medis : Kanker Buli Pro Operasi TUR-B

B. Riwayat Kesehatan pasien

1. Keluhan utama/ / Alasan Masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit minat untuk melakukan perawatan diri menurun

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 10 maret 2025 pasien dibawa oleh keluarga ke Rumah Sakit Lavalette dengan keluhan perut terasa nyeri, terutama saat BAK. Pasien terdiagnosa Kanker buli sejak 2020, pasien mengatakan sudah menjalani kemoterapi sejak 2020 dan dilanjut radiasi sejak 2024 sebanyak 20 kali. Pasien masuk di Rumah Sakit Lavalette pada kamar terima dan dari hasil pemeriksaan pasien disarankan untuk menjalani operasi TUR-B oleh dokter. Pasien pro operasi TUR-B kemudian masuk ke ruang rawat inap Jade-Zamrud pada tanggal 10 Maret 2025 pukul 10.00. Dari hasil pengkajian pasien mengatakan efek dari sakit yang dialami perawatan diri menurun, pasien mengatakan kurang minat untuk melakukan perawatan diri dan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Pasien mengatakan mobilitas fisik juga menjadi terganggu dan perawatan diri dibantu oleh keluarga. Hasil pemeriksaan TTV pasien TD: 145/90 mmHg, N: 96 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,2 C, SaO2: 97%.

3. Riwayat Kesehatan yang lalu

Pasien memiliki riwayat penyakit kanker buli

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit serupa, keluarga tidak memiliki riwayat penyakit menular

C. Pola Tidur dan Istirahat

1. Waktu Tidur

Pasien mengatakan tidur malam jam 22.00-05.00 (7 jam) dan tidur siang kurang lebih 2 jam.

2. Waktu Bangun

Pasien mengatakan bangun tidur pagi jam 05.00.

3. Hal-Hal yang Mempermudah Tidur

Pasien mengatakan posisi tidur yang nyaman dan pencahayaan yang minim akan membuatnya mudah untuk tidur.

4. Hal-Hal yang Mempermudah Pasien Terbangun

Pasien mengatakan hal yang membuatnya terbangun adalah kondisi ruangan yang berisik dan terasa nyeri pada kaki pasien.

D. Pola Eliminasi

1. BAB

Pasien mengatakan BAB terakhir dirumah saat sebelum dibawa ke Rumah Sakit, tanggal 9 maret 2025.

2. BAK

Selama dirawat di rumah sakit, pasien BAK menggunakan Kateter.

3. Kesulitan BAK / BAB

Pasien mengatakan tidak mampu BAB dan BAK secara mandiri. *Toileting* dibantu oleh keluarga.

4. Upaya / Cara Mengatasi Masalah Tersebut

(Tidak dikaji)

E. Pola Makan dan Minum

1. Jumlah dan Jenis Makanan

Pasien mengatakan 3 kali sehari dengan jenis makanan halus (bubur)

2. Waktu Pemberian Makan

Pasien mengatakan waktu pemberian makan adalah pada jam 07.00 pada pagi hari, 13.00 pada siang hari, dan 18.00 pada sore hari.

3. Jumlah dan Jenis Cairan

Pasien mengatakan minum air putih kurang lebih 1,5 liter per hari dan mendapatkan susu rendah protein 3x200 cc per hari.

4. Waktu Pemberian Cairan

Pasien mengatakan minum air putih saat merasa haus, dan mendapatkan susu rendah protein pada jam 07.00 pada pagi hari, 13.00 pada siang hari, dan 18.00 pada sore hari.

5. Pantangan

Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan atau minuman.

6. Masalah Makan dan Minum

a. Kesulitan Mengunyah

Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam mengunyah.

b. Kesulitan Menelan

Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam menelan.

c. Mual dan Muntah

Pasien mengatakan tidak pernah merasa mual dan muntah.

d. Tidak Dapat Makan Sendiri

Pasien mengatakan saat di Rumah Sakit makan dibantu oleh keluarga

e. Upaya Mengatas Masalah (Tidak dikaji)

F. Kebersihan Diri / Personal Hygiene

1. Pemeliharaan Badan

Pasien mengatakan selama di rumah sakit tidak mampu melakukan pemeliharaan badan secara mandiri, pemeliharaan badan dibantu oleh keluarga.

2. Pemeliharaan Gigi dan Mulut

Pasien mengatakan menggosok gigi 2 kali sehari, dan setiap selesai makan Pasien selalu berkumur dengan dibantu oleh keluarga.

3. Pemeliharaan Kuku

Pasien mengatakan biasanya akan memotong kuku 2 minggu sekali.

G. Pola Kegiatan dan Aktifitas Lain

Pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit, semua aktifitas pasien hanya dilakukan di atas tempat tidur dan dibantu oleh keluarga.

H. Data Psikososial

1. Pola Komunikasi

Pasien tampak bisa berkomunikasi dengan baik.

2. Orang yang Paling Dekat dengan Pasien

Pasien mengatakan orang yang paling dekat dengan pasien suami dan anak.

3. Rekreasi

Pasien mengatakan biasanya melakukan rekreasi dengan berkunjung ke tempat wisata bersama keluarga.

4. Hobi

Pasien mengatakan hobinya adalah berladang.

5. Penggunaan Waktu Senggang

Pasien mengatakan menggunakan waktu senggangnya untuk berkumpul dengan keluarga.

6. Dampak Dirawat di Rumah Sakit

Pasien mengatakan dampak dirawat di rumah sakit adalah pasien tidak dapat melakukan kegiatan seperti biasanya.

7. Hubungan dengan Orang Lain / Interaksi Sosial

Pasien mengatakan mudah untuk berinteraksi orang lain.

8. Keluarga yang Dihubungi Bila Diperlukan

Pasien mangatakan orang yang bisa dihubungi apabila diperlukan adalah anak pasien.

I. Data Spiritual

1. Ketaatan Beribadah

Pasien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit, pasien selalu taat dan rutin melaksanakan ibadah.

2. Keyakinan terhadap Sehat Sakit

Pasien mengatakan kondisi sehat dan sakit merupakan takdir dari Tuhan

3. Keyakinan terhadap Penyembuhan

Pasien mengatakan penyakitnya dapat dikontrol dan kondisinya bisa pulih kembali dengan menjalani program pengobatan secara rutin.

J. Pemeriksaan Fisik

1. Kesan Umum / Keadaan Umum

Keadaan umum pasien tampak lemah, GCS 456 (compos mentis)

2. Tanda-Tanda Vital

- a. Suhu Tubuh : 36,2 derajat celsius
- b. Tekanan Darah : 145 / 90 mmHg
- c. Tinggi Badan : 157 cm
- d. Nadi : 96 x / menit
- e. Respirasi : 20 x / menit
- f. Saturasi Oksigen : 97 %
- g. Berat Badan : 52 kg

3. Pemeriksaan Kepala dan Rambut

- a. Bentuk Kepala : Normocephal
- b. Ubun-Ubun : Sutura sagtalis tepat (+), benjolan (-)
- c. Kulit Kepala : Bersih (+), lesi (-)
- d. Rambut : Rambut bergelombang, tidak teratur (+)
- e. Penyebaran Rambut : Merata (+)
- f. Bau : Bau tidak sedap (-)
- g. Warna : Rambut putih (+)
- h. Wajah : Lesi(-), nyeri tekan(-), edema (-)
- i. Warna Kulit : Sawo matang

- j. Struktur Wajah : Lengkap (+), cacat (-)
4. Mata
- a. Kelengkapan : Lengkap (+), simetris (+), sekret (-)
- b. Kelopak Mata : Edema (-)
- c. Konjungtiva, Sclera : Ikterik (-), anemis (-)
- d. Pupil : Isokor (+), reflek pada cahaya (+)
- e. Kornea dan Iris : Jernih (+), edema (-), ulkus (-)
- f. Ketajaman Penglihatan / Visus : 5 / 5, penggunaan kacamata (-)
- g. Tekanan Bola Mata : (Tidak dikaji)
5. Hidung
- a. Tulang Hidung : Simetris (+)
- b. Posisi Septum Nasi : Di tengah (+), deformitas (-), nyeri tekan (-)
- c. Lubang Hidung : Jumlah lengkap (+), perdarahan (-),
sumbatan (-), bengkak (-), lesi (-),
secret (-)
- d. Cuping Hidung : Pernapasan cuping hidung (-)
6. Telinga
- a. Bentuk Telinga : Simetris (+), lesi (-), nyeri tekan (-)
- b. Ukuran Telinga : Panjang ± 6 cm (+)
- c. Ketegangan Telinga : Tinnitus (-), perforasi gendang
telinga (-)
- d. Lubang Telinga : Bersih (+), lesi (-), serumen
(-), perdarahan (-), alat bantu pendengaran (-)
- e. Ketajaman Pendengaran : *Hearing loss* (-)

7. Mulut dan Faring

- a. Keadaan Bibir perdarahan (-) : Tampak kering (+), lesi (-),
- b. Keadaan Gusi, Gigi radang gusi (-), gigi lengkap (+), karies gigi (-), gigi palsu (-), gigi berlubang (-)
- c. Keadaan Lidah (-) : Bersih (+), bau mulut (-), stomatitis (-)

8. Leher

- a. Posisi trachea : Simetris (+), nyeri (-)
- b. Tiroid benjolan (-) : Pembesaran kelenjar tiroid (-),
- c. Suara : Suara terdengar jelas (+)
- d. Kelenjar lymphe : Pembesaran kelenjar lymphe (-)
- e. Vena Jugularis : Teraba (+), distensi (-)
- f. Denyut Nadi Carotis : Terdengar (+)

9. Pemeriksaan Integumen (Kulit)

- a. Kebersihan : Bersih (+)
- b. Kehangatan : Hangat (+)
- c. Warna : Sawo matang
- d. Turgor : CRT < 2 detik (+)
- e. Tekstur (-) : Lembut (+), kulit kering (-), iritasi (-)
- f. Kelembaban : Lembab (+)
- g. Kelainan pada Kulit : Kelainan (-)

10. Pemeriksaan Payudara dan Ketiak

- a. Ukuran dan Bentuk Payudara : (Tidak dikaji)

- b. Warna Payudara dan Areola : (Tidak dikaji)
- c. Kelainan pada Payudara dan Puting : (Tidak dikaji)
- d. Axila dan Clavicula : Pembesaran nodus limfe(-), nyeri (-), benjolan (-)

11. Pemeriksaan Thorak / Dada

- a. Bentuk Thorak : Normochest (+)
- b. Frekuensi Pernapasan : 20 x / menit
- c. Irama : Reguler / teratur (+)
- d. Tanda Kesulitan Bernapas : Bengkak area dada (-), krepitasi dinding dada (-), retraksi otot bantu napas (-), deformitas pada iga (-), ekspansi dada simetris (+), jejas (-)

12. Pemeriksaan Paru

- a. Palpasi Getaran Suara (Vokal Fremitus) : Getaran pada paru sama dan menyebar antara kanan dan kiri (+)
- b. Perkusi : Suara sonor (+)
- c. Auskultasi : Suara napas vasikuler (+), suara ucapan jelas (+), ronchi (-/-), wheezing (-/-).

13. Pemeriksaan Jantung

- a. Palpasi : Teraba pembesaran (-)
- b. Ictus Cordis : Teraba normal pada ICS 5 midclavicula (+)
- c. Batas-Batas Jantung : Batas kanan jantung terletak di ICS 4 linea sternalis kanan, batas atas jantung terletak di ICS 2 linea sternalis kiri, batas pinggang jantung terletak

di ICS 3 linea parasternalis kiri, batas kiri dan bawah jantung terletak di ICS 5 linea midclavicular.

- d. Bunyi Jantung I : Terdengar tunggal, bunyi “lub” (+)
- e. Bunyi Jantung II : Terdengan tunggal, bunyi “dub” (+)
- f. Bising / Murmur : Murmur (-), galop (-)
- g. Frekuensi Denyut Jantung : 96 x / menit

14. Pemeriksaan Abdomen

- a. Bentuk Abdomen : Simetris (+), supel (+)
- b. Benjolan / Massa : Benjolan / massa (-), lesi (-)
- c. Peristaltik Usus : 22 x / menit
- d. Bunyi Jantung Anak : (Tidak dikaji)
- e. Tanda Nyeri Tekan : Nyeri tekan (+)
- f. Tanda Ascites : Timpanitis (-), mual muntah (-), nyeri (-)
- g. Hepar : Pembesaran hepar (-)
- h. Lien : Pembesaran lien (-)
- i. Titik Mc. Burne : Terasa nyeri apabila ditekan (+)
- j. Suara Abdomen : Terdengar timpani (+)
- k. Pemeriksaan Ascites : Ascites (-)

15. Pemeriksaan Genetalia

- a. Rambut Pubis : Bersih (+)
- b. Meatus Urethra : Bau (-), pus (-), edema (-)
- c. Kelainan pada genetalia eksterna dan daerah inguinal : lesi(-)

16. Pemeriksaan Anus dan Perineum

- a. Lubang Anus : Hemoroid (-), perdarahan (-)

- b. Kelainan pada Anus : Nyeri tekan (-), abses(-), prolapse rectum(-)
- c. Perenium : Rupture perenium (-), bekas jahitan (-)

17. Pemeriksaan Muskuloskeletal

- a. Kesimetrisan Otot : Simetris kanan dan kiri (+/+)
- b. Pemeriksaan Oedema : Edema (-)
- c. Kekuatan Otot : 5/5/5/5, ROM aktif (+)
- d. Kelainan pada Ekstermitas dan Kuku : Terdapat luka pada jempol kaki kanan (+), deformitas (-)

18. Pemeriksaan Neurologi

- a. Tingkat Kesadaran : GCS 456
- b. Tanda Rangsang Otak : Kaku kuduk(-), brudzinski(-), kernig sign(-)
- c. Fungsi Motorik : Abduksi (+), adduksi (+), fleksi (+), ekstensi (+)
- d. Fungsi Sensorik : Sensasi raba (+), nyeri (+), panas (+), tekan (+), getar (+)
- e. Refleks Fisiologis : Reflek bisep (+), reflek trisep (+), reflek patella (+), reflek archiles (+)
- f. Refleks Patologis : Reflek babinski (-)

19. Pemeriksaan Status Mental

- a. Kondisi Emosi : Emosi stabil (+)
- b. Orientasi : Berkomunikasi dengan baik (+)
- c. Proses Berfikir : Mengingat (+), berhitung

(+), menjawab pertanyaan (+)

d. Motifikasi / Kemampuan : Berjalan (+), mengikuti perintah (+)

e. Persepsi : Yakin terhadap kesembuhan (+)

f. Bahasa : Bahasa Indonesia

K. Pemeriksaan Penunjang

1. Diagnosa Medis

Kanker Buli Pro operasi TUR-B

2. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Maret 2025

Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Acuan
Hemoglobin	13.4	g/dL	(11.0-16.0)
Jumlah Leukosit	4240	/uL	(4.000-10.000)
Trombosit	255000	/uL	(100.000-300.000)
Hematokrit	41.5	%	(37-54)
Jumlah Eritrosit	4.39	10 ⁶ /uL	(3.5-5.5)
MCV	94.5	fL	(80-100)
MCH	30.4	Pg	(27-34)
MCHC	32.3	g/dL	(32-36)
Eosinofil (%)	2.0	%	(0.5-5)
Basofil (%)	0.5	%	(0-1)
Neutrofil (%)	64.3	%	(40-70)
Limfosit (%)	26	%	(20-50)
Monosit (%)	7.2	%	(3-12)
NLR (<i>Neutrofil Limfosit Ratio</i>)	2.48		
SGOT	17	U/L	(<50)
SGPT	11	U/L	(<50)
BUN	13.79	mg/dL	(7-20)

3. Pemeriksaan Thorak

Pemeriksaan tanggal 10 Maret 2025, tidak terdapat retakan atau cedera pada tulang rusuk. Posisi dan bentuk diafragma terlihat normal. Tidak ditemukan penumpukan udara atau cairan abnormal di dalam rongga dada.

4. Pemeriksaan Rogten Pedis

Pemeriksaan tanggal 10 Maret 2025, tidak tampak kelainan.

L. Penatalaksanaan dan Terapi

1. Infus RL 1000 cc / 24 jam
2. Ketorolac 3 x 30 mg (Intravena)
3. Ranitidine 2 x 50 mg (Intravena)
4. Metoclopramide 3x 10 mg (Intravena)
5. Ottogenta 160 mg (Intravena)
6. Latihan perawatan diri (mulai tanggal 10 Maret 2025)
7. Latihan mobilisasi dini (mulai tanggal 10 Maret 2025)

1.1.2 Analisa Data

Setelah dilakukan pengumpulan data pada pengkajian keperawatan, didapatkan beberapa data fokus untuk bahan perumusan diagnosa keperawatan.

Tabel 4.2 Analisa Data

Data penunjang	Masalah Kperawatan	Etiologi
DS: - Pasien mengatakan semenjak sakit minat untuk melakukan perawatan diri menurun - Pasien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri DO: - Pasien dengan usia lanjut (64 tahun) - Pasien tampak lemah - Rambut pasien tidak rapi - <i>Toileting</i> , makan dan aktivitas sehari hari (ADL) dibantu oleh keluarga - TD: 145/90 mmHg - N: 96 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 36,2 C - SaO2: 97 %	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Kelemahan
DS: - Pasien mengeluh perut terasa sakit saat bergerak DO: - Kondisi fisik pasien tampak lemah - Gerakan pasien terbatas, tampak meringis kesakitan saat bergerak - Pasien tidak mampu melakukan mobilisasi secara mandiri	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Ketidakbugaran fisik

4.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.3 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa
1.	10/03/25	Defisit perawatan diri b.d kelemahan d.d pasien mengatakan semenjak sakit minat untuk melakukan perawatan diri menurun, tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, pasien dengan usia lanjut, pasien tampak lemah, rambut tidak rapi, <i>toileting</i> , makan dan aktivitas sehari-hari (ADL) dibantu oleh keluarga. TD: 145/90 mmHg, N: 96 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,2 C, SaO2: 97% (D.0109)
2.	10/03/25	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik d.d pasien mengeluh perut terasa sakit saat bergerak, kondisi fisik pasien tampak lemah, gerakan pasien terbatas, tampak meringis kesakitan saat bergerak, pasien tidak mampu melakukan mobilisasi secara mandiri (D.0054)
3.	11/03/25	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (pasien post operasi TUR-B) d.d pasien mengeluh nyeri, skala 4 seperti disayat pada area perut, nyeri hilang timbul, tampak meringis kesakitan, menghindari posisi yang mengakibatkan nyeri, TD: 145/90 mmHg, Nadi: 96 x/ menit (D.0077)
4.	11/03/25	Nausea b.d efek agen farmakologis d.d pasien mengeluh mual, terasa ingin muntah, pasien juga mengatakan mulut terasa masam, perut tidak nyaman, pasien tampak pucat (D.0076)

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada penyusunan intervensi keperawatan terdapat langkah-langkah penyusunan yaitu menentukan urutan prioritas masalah keperawatan, merumuskan tujuan keperawatan dan penentuan kriteria hasil, yang terakhir adalah perencanaan tindakan keperawatan.

4.3.1 Prioritas dan Diagnosa Keperawatan

Setelah dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, maka diagnosa keperawatan tersebut akan di prioritaskan berdasarkan masalah yang memengaruhi keselamatan pasien dan

masalah nyata mendapatkan perhatian atau prioritas lebih tinggi daripada masalah potensial. Dari hal tersebut diagnosa keperawatan yang muncul dapat diprioritaskan sebagai berikut :

Tabel 4.4 Prioritas Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Masalah Ditemukan	Masalah Teratasi
1.	Defisit perawatan diri b.d kelemahan d.d pasien mengatakan semenjak sakit minat untuk melakukan perawatan diri menurun, tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, pasien dengan usia lanjut, pasien tampak lemah, rambut tidak rapi, <i>toileting</i> , makan dan aktivitas sehari-hari (ADL) dibantu oleh keluarga. TD: 145/90 mmHg, N: 96 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,2 C, SaO2: 97% (D.0109)	10/03/25	13/03/25
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik d.d pasien mengeluh perut terasa sakit saat bergerak, kondisi fisik pasien tampak lemah, gerakan pasien terbatas, tampak meringis kesakitan saat bergerak, pasien tidak mampu melakukan mobilisasi secara mandiri (D.0054)	10/03/25	13/03/25
3.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (pasien post operasi TUR-B) d.d pasien mengeluh nyeri, skala 3 seperti disayat pada area perut, nyeri hilang timbul, tampak meringis kesakitan, menghindari posisi yang mengakibatkan nyeri, TD: 145/90 mmHg, Nadi: 96 x/ menit (D.0077)	11/03/2025	13/03/25
4.	Nausea b.d efek agen farmakologis d.d pasien mengeluh mual, terasa ingin muntah, pasien juga mengatakan mulut terasa masam, perut tidak nyaman, pasien tampak pucat (D.0076)	11/03/2025	12/03/25

4.3.2 Tujuan, Kriteria Hasil dan Rencana Keperawatan

Setelah ditentukan prioritas diagnosa keperawatan, maka dilakukan penyusunan tujuan perawatan, kriteria hasil, dan intervensi / rencana keperawatan yang akan dilakukan. Berikut intervensi keperawatan yang akan dilakukan :

Tabel 4.5 Tujuan dan Rencana Keperawatan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Senin, 10/03/25 11.00	Defisit perawatan diri b.d kelemahan d.d pasien mengatakan semenjak sakit minat untuk melakukan perawatan diri menurun, tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, pasien dengan usia lanjut, pasien tampak lemah, rambut tidak rapi, <i>toileting</i> , makan dan aktivitas sehari-hari (ADL) dibantu oleh keluarga. TD: 145/90	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil (L.11103) : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi: 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik: 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)	1. Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri pasien 2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien 3. Untuk mengetahui kebutuhan ADL pasien 4. Untuk membuat pasien merasa nyaman 5. Membantu menyiapkan keperluan pribadi pasien 6. Membantu meningkatkan kemandirian pasien 7. Membantu meningkatkan

mmHg, N: 96
x/menit, RR: 20
x/menit, S: 36,2 C,
SaO₂: 97% (D.0109)

melakukan
perawatan diri
meningkat
6. Minat melakukan
perawatan diri
meningkat

5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)
6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
7. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi:

9. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
-

8. Untuk membuat jadwal aktivitas pasien
9. Kemampuan perawatan diri pasien dapat meningkat

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi / tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S disesuaikan dengan rencana yang telah dibuat berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia. Berikut implementasi keperawatan yang dilakukan :

Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan Hari ke-1

CATATAN KEPERAWATAN			
Tanggal / Jam	No Dx Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
10/03/25 11.00	D.0109	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	1. Pasien mengatakan selama di Rumah Sakit perawatan diri dibantu oleh keluarga
11.20		2. Memonitor tingkat kemandirian (mengobservasi perawatan diri yang mampu dilakukan pasien)	2. Pasien tidak mampu melakukan perawatan secara mandiri
13.00		3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	3. Pasien membutuhkan alat mandi, baju ganti dan peralatan berhias untuk melakukan perawatan diri
13.30		4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi)	4. Pasien tampak nyaman
		5. Menyiapkan keperluan pribadi (sikat gigi, sabun mandi, handuk, baju ganti)	5. Pasien merasa terbantu
		6. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri (mendampingi pasien saat makan dan berhias)	6. Perawatan diri pasien terbantu
		7. Memfasilitasi kemandirian (memberi kesempatan pasien untuk memakai baju sendiri, miring kanan dan kiri)	7. Pasien tampak berusaha melakukan perawatan diri
		8. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri (setiap pagi pukul 08.00 sampai selesai)	8. Perawatan diri pasien tertata
		9. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	9. Pasien memahami anjuran

Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan Hari ke-2

CATATAN KEPERAWATAN

Tanggal / Jam	No Dx Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
11/03/25 07.30	D.0109	2. Memonitor tingkat kemandirian (mengobservasi perawatan diri yang mampu dilakukan pasien)	2. Pasien masih membutuhkan bantuan untuk ADL
08.00		4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi)	4. Pasien merasa nyaman
		5. Menyiapkan keperluan pribadi (sikat gigi, sabun mandi, handuk, baju ganti)	5. Pasien merasa terbantu
12.00		6. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri (menyiapkan dan membantu pemakaian baju operasi, merapikan rambut pasien, mengenakan topi operasi dan masker operasi, memfasilitasi kebutuhan pasien dan mengantarkan sampai ke ruang operasi)	6. Pasien siap untuk menjalankan operasi
		2. Memonitor tingkat kemandirian post operasi (memonitor kemampuan perawatan diri dan mobilisasi yang mampu dilakukan pasien)	2. Pasien masih lemah
		5. Menyiapkan baju ganti setelah operasi, makan dan minum pasien	2. Kebutuhan perawatan diri terpenuhi
		6. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri (memberikan kesempatan pasien menyisir rambutnya, merapikan baju dan selimut)	3. Pasien merasa lebih semangat untuk melakukan perawatan diri

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Hari ke-3

CATATAN KEPERAWATAN

Tanggal / Jam	No Dx Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
12/03/25 08.00	D.0109	2. Memonitor tingkat kemandirian (mengobservasi perawatan diri yang mampu dilakukan pasien)	2. Pasien mulai mampu mengenakan baju sendiri
08.30		4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi)	4. Pasien merasa nyaman
10.00		5. Menyiapkan keperluan pribadi (sikat gigi, sabun mandi, handuk, baju ganti)	5. Kebutuhan perawatan diri terpenuhi
11.00		6. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri (memfasilitasi makan dan minum, melatih mobilisasi pasien, miring kanan-kiri, melatih untuk duduk dan berpindah dari bed)	6. Pasien merasa terbantu, tampak mulai mampu melakukan perawatan diri, mampu makan dan minum secara mandiri, pasien dapat mobilisasi dengan bantuan
		9. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	9. Pasien memahami anjuran

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan Hari ke-4

CATATAN KEPERAWATAN

Tanggal / Jam	No Dx Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
13/03/25 08.00	D.0109	2. Memonitor tingkat kemandirian (mengobservasi perawatan diri yang mampu dilakukan pasien)	2. Pasien mampu untuk melakukan perawatan diri dan mobilisasi
09.00		4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi)	4. Pasien merasa nyaman
09.30		5. Menyiapkan keperluan pribadi (sikat gigi, sabun mandi, handuk, baju ganti)	5. Kebutuhan peralatan perawatan diri terpenuhi
10.00		6. Mendampingi pasien dalam melakukan perawatan diri (mendampingi pasien makan, berhias dan membersihkan bednya)	6. Kemampuan perawatan diri pasien meningkat
11.00		7. Memfasilitasi kemandirian pasien (memberi kesempatan pasien mobilisasi mandiri, berhias, dan <i>toileting</i> secara mandiri)	7. Pasien dapat melakukan perawatan diri dan mobilisasi yang dianjurkan
		9. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri dan latihan mobilisasi	9. Pasien tampak semangat menjalankan program yang dianjurkan

4.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi / tindakan keperawatan, maka akan dilakukan dokumentasi pada catatan perkembangan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Berikut adalah evaluasi formatif dan sumatif dari implementasi / tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S :

4.5.1 Evaluasi Formatif

Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan Hari ke-1

Catatan Perkembangan	No. Dx Kep	Hari ke 1
		10/03/25 (14.00)
	D. 0109	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan minat melakukan perawatan diri masih kurang - Pasien mengatakan masih tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Toileting, makan minum dan berhias masih dibantu - ADL pasien masih dibantu - TD: 140/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,5 C, SaO2: 98% <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melanjutkan intervensi keperawatan dukungan perawatan diri (no. 2, 4, 5, 6)

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Hari ke-2

Catatan Perkembangan	No. Dx Kep	Hari ke 2		Hari ke 2	
		11/03/25 (07.00)		11/03/25 (12.00)	
	D. 0109	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dan hasrat untuk melakukan perawatan diri masih kurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Toileting, makan minum dan berhias masih dibantu - ADL pasien masih dibantu - TD: 135/85 mmHg - N: 93 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 36,4 C - SaO2: 98% <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mangatakan badan masih lemas setelah operasi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Toileting, makan minum dan berhias masih dibantu - ADL pasien masih dibantu - TD: 130/90 mmHg - N: 90 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 36 C - SaO2: 98% <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melanjutkan intervensi keperawatan dukungan perawatan diri (no. 2, 5, 6) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan minat melakukan perawatan diri mulai meningkat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu miring kanan-kiri - Pasien tampak mau dan mampu menyisir, merapikan rambutnya secara mandiri - ADL Pasien masih dibantu - TD: 128/80 mmHg - N: 85 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 36,5 C, SaO2: 98% <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi sebagian <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melanjutkan intervensi keperawatan dukungan perawatan diri (no. 2, 4, 5,6,9) 	

- P:
- Melanjutkan intervensi keperawatan dukungan perawatan diri (no.2,4,5,6)

Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan Hari ke-3

Catatan Perkembangan	No. Dx Kep	Hari ke 3	
		12/03/25 (07.00)	12/03/25 (14.00)
	D. 0109	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan minat melakukan perawatan diri meningkat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih semangat dan ceria - Pasien sudah mulai mampu melakukan perawatan diri sederhana (mengganti pakaian, makan dan minum) - TD: 130/85 mmHg - N: 88 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 36,5 C - SaO2: 98% 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah menyadari pentingnya perawatan diri dan sudah bisa melakukan perawatan diri, mobilisasi sederhana <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mampu miring kanan-kiri, dan duduk di bed dengan bantuan - Pasien mampu ganti baju dan berhias secara mandiri - Pasien mampu makan minum secara mandiri - Toileting masih dibantu - TD: 125/80 mmHg - N: 84 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 36,5 C

<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi sebagian <p>P:</p> <p>Melanjutkan intervensi keperawatan dukungan perawatan diri (no. 2, 4, 5,6,,9)</p>	<p>- SaO2: 99%</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi sebagian <p>P:</p> <p>Melanjutkan intervensi keperawatan dukungan perawatan diri (no. 2, 4, 5,6,7,9)</p>
---	---

Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan Hari ke-4

Catatan Perkembangan	No. Dx Kep	Hari ke 4	
		13/03/25 (07.00)	13/03/25 (14.00)
	D. 0109	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah mulai bisa melakukan perawatan diri dan mobilisasi secara mandiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengganti baju sendiri dan merapikan bed secara mandiri - Makan dan minum mandiri 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan perawatan diri dan mobilisasi secara mandiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu ganti baju dan berhias secara mandiri - Pasien mampu makan minum secara mandiri - Pasien mampu toileting dan mobilisasi secara mandiri - TD: 120/80 mmHg

-
- | | |
|--|--|
| - Pasien tampak mampu turun dari bed dan jalan disekitar bed | - N: 75 x/menit |
| - TD: 128/85 mmHg | - RR: 20 x/menit, |
| - N: 80 x/menit | - S: 36,6 C |
| - RR: 20 x/menit | - SaO2: 99% |
| - S: 36,5 C | A: |
| - SaO2: 98% | - Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi |
| A: | P: |
| - Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi | - Menghentikan intervensi keperawatan di ruangan, Pasien KRS (jam 15.00) |
| P: | |
| - Melanjutkan intervensi keperawatan dukungan perawatan diri (no. 2,4,5,6,7,9) | |
-

4.5.2 Evaluasi Sumatif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari pertama tanggal 10 Maret 2025 pasien mengatakan minat melakukan perawatan diri masih kurang, pasien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dan perut terasa nyeri saat bergerak, pasien masih lemah. Pada perawatan hari ke dua tanggal 11 Maret 2025 pasien mengatakan minat melakukan perawatan diri mulai meningkat, pasien mampu miring kanan-kiri, pasien tampak mau dan mampu menyisir, merapikan rambutnya secara mandiri, ADL pasien masih dibantu. Hari keperawatan ke tiga tanggal 12 Maret 2025 pasien mengatakan sudah menyadari pentingnya perawatan diri dan sudah bisa melakukan perawatan diri, mobilisasi sederhana, pasien tampak mampu miring kanan-kiri, dan duduk di bed dengan bantuan, pasien mampu ganti baju dan berhias secara mandiri, pasien mampu makan minum secara mandiri, toileting masih dibantu.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ke empat 13 Maret 2025 didapatkan perawatan diri meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan toileting meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, kemampuan mobilisasi meningkat, sehingga pada masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi. Pasien diperbolehkan pulang pada tanggal 13 Maret 2025 pada jam 15.00 dan pasien mendapatkan edukasi untuk disarankan menjaga kebersihan diri terutama genitalia dan melakukan mobilisasi yang disarankan dan melakukan kontrol rawat jalan tanggal 20 Maret 2025 di Poli Urologi Rumah Sakit Lavalette Malang.