

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien dan Penanggung Jawab

Ny. M berusia 44 tahun datang pada tanggal 20 Februari 2023 melalui IGD RSUD Kanjuruhan. Ny. M memeluk agama islam dan bersuku Jawa dan memiliki riwayat pendidikan tamatan SMA. Ny. M saat ini berdomisili di Bunder, Kab. Malang. Sebelum sakit Ny. M berkerja sebagai wiraswasta. Selama Ny. M dirawat di Ruang Fatahillah, Ny. M didampingi oleh suami Ny. M dan anaknya secara bergantian.

3.1.2 Keluhan Utama

1. Saat Masuk Rumah Sakit

Keluhan utama Ny. M ketika dibawa ke IGD RSUD Kanjuruhan tanggal 20 Februari 2023 karena mual dan muntah 3x, pusing berputar, Pasien awalnya suka makan makanan yang manis dan sembarangan sehingga pada saat pulang dari acara keluarga pasien melangami luka pada bagian punggung kaki sebelah kanan hingga jari kaki dan luka tersebut sudah ada selama 2 minggu lebih, karna luka tidak kunjung sembuh bernanah dan berbau dibawa ke igd RSUD kanjuruhan lalu dari igd diarahkan untuk dilakukan prosedur pembedahan atau operasi dan di transfer ke ruang fatahillah..

2. Saat Pengkajian

Keluhan utama saat pengkajian pada tanggal 25 Feb 2023 nyeri luka. Dengan pengkajian ambang nyeri berdasarkan PQRST yaitu, P: nyeri luka dm. nyeri memberat saat digerakkan, Q: nyeri seperti tersayat dan terasa panas, R: punggung kaki kanan hingga jari kaki, S: skala nyeri 6, T: nyeri hilang timbul, nyeri berkurang setelah mendapat obat. Tn. A mengatakan badan terasa lemas, pusing, dan susah membuka mata. Terlihat luka terdapat rembesan.

3.1.3 Diagnosa Medis

Diabetes Mellitus Tipe II Dan diabetic foot ulcer

3.1.4 Riwayat Penyakit Sekarang

Sejak 2 minggu sebelum akhirnya dibawa ke RSUD Kanjuruhan, Ny. M menceritakan bahwa pada saat pulang dari acara keluarga pasien mengalami luka pada bagian punggung kaki sebelah kanan hingga jari kaki dan luka, karna luka tidak kunjung sembuh bernanah dan berbau. Pada tanggal 20 Februari 2023 keluarga Ny. M memutuskan untuk membawa Ny. M ke IGD RSUD Kanjuruhan untuk berobat.

3.1.5 Riwayat Kesehatan Yang Lain

Pasien memiliki riwayat Diabetes Mellitus sejak tahun 2015 namun jarang melakukan pemeriksaan rutin setiap bulan. Pasien juga mengatakan bahwa selama ini tidak pernah menjaga pola makan meskipun sudah tau bahwa menderita Diabetes Mellitus.

3.1.6 Aktifitas Sehari-hari

1. Selama di Rumah

Saat di rumah Ny. M makan sehari 3 kali tanpa menerapkan diet DM. Ny. M menceritakan bahwa tidak pernah membatasi asupan karbohidrat dan gula. Ny. M mengonsumsi air putih sekitar 1,5 liter per hari. Sedangkan untuk pola eliminasi Ny. M mengatakan BAK sekitar 3-4 kali sehari dengan warna urine kuning dan berbau khas urin, pasien BAB 1 kali sehari dan terkadang setiap 2 hari sekali dengan konsistensi lembek dan bau khas feses. Pola istirahat dan tidur Ny. M tidur sekitar pukul 21.00 kemudian bangun pukul 04.30 dan Ny. M jarang beristirahat pada siang hari. Pola kebersihan diri, Ny. M mandi sehari 2 kali, menggosok gigi setiap mandi dan mencuci rambut 2 hari sekali. Semenjak muncul luka pada kaki kirinya Ny. M tidak lagi melakukan aktivitasnya seperti berkerja atau melakukan kegiatan berat. Ny. M hanya melakukan aktivitas ringan di rumah dengan bantuan istri atau anaknya.

2. Selama di Rumah Sakit

Saat di rumah sakit Ny. M mengatakan kehilangan nafsu makannya. Ny. M makan sehari 3 kali namun dengan porsi 4-5 sendok setiap

makan. Menu yang disediakan dari rumah sakit sesuai dengan Diit DM. Pasien juga mengkonsumsi buah-buahan yang didapatkan dari rumah sakit. Untuk kebutuhan cairan saat di RS Ny. M minum air putih > 1 liter per hari dan terpasang infuse NaCl 1500/hari. Selama dirawat di rumah sakit pasien terpasang *catheter* dengan produksi urin sekitar 1300 cc/ hari dengan warna kuning kecoklatan. Sejak tanggal 24 juli Ny. M mengatakan belum BAB. Ny. M mengatakan setiap malam sering terbangun karena merasa nyeri pada kaki dan susah untuk tidur kembali. Pola kebersihan diri selama di rumah sakit Ny. M mengatakan belum mandi dan keramas sama sekali, Ny. M mengaku diseka oleh keluarganya saat pagi dan sore hari, mengganti pakaian 2 hari sekali dan gosok gigi 1 kali sehari. Selama di rawat di rumah sakit pasien hanya berbaring dan miring kanan kiri karena merasa masih lemas.

3.1.7 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum dan Tanda-tanda Vital

Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada tanggal 23 Februari 2023 pukul 10.30 didapatkan hasil kesadaran compos mentis GCS 14 E4V5M6, TD: 106/61 mmHg, nadi: 109 x/menit, suhu: 36,7 °C, SpO2 98%, RR: 21 x/menit.

2. Pemeriksaan Wajah

Mata tampak simetris, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, reflek cahaya positif, iris hitam, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan/kacamata, hidung tampak normal, tidak ada edema, pendarahan dan tidak terdapat pernapasan cuping hidung. Mulut dan gigi tampak kotor, bibir pucat dan pecah-pecah. Telinga tampak normal, tidak terlihat edema, perdarahan, dan penumpukan serumen.

3. Pemeriksaan Kepala dan Leher

Tidak terdapat keluhan dan kelainan pada kepala dan leher, bentuk kepala simetris, pertumbuhan rambut merata, tidak ada pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid.

4. Pemeriksaan Paru

Bentuk dada simetris, tidak ada sianosis, pada saat pemeriksaan palpasi, perkusi, inspeksi dan auskultasi, tidak didapatkan kelainan.

5. Pemeriksaan Abdomen

Tidak terdapat kelainan dan keluhan pada abdomen

6. Pemeriksaan Ekstremitas / Muskuloskeletal

Pada pemeriksaan ekstremitas atas kanan dan kiri didapatkan kekuatan otot dengan skor 5. Sedangkan pada pemeriksaan ekstremitas kanan bawah didapatkan skor kekuatan otot 2 (mampu melakukan gerakan, mengangkat ekstremitas, namun tidak dapat melawan tahanan), sedangkan pada ekstermitas kanan atas didapatkan skor kekuatan otot 5 (mampu melakukan gerakan mengangkat ekstremitas dan mampu melawan tahanan).

7. Pemeriksaan Kulit/ Intergumen

Pada saat pemeriksaan inspeksi terdapat luka pada punggung kanan menjlar ke jari kaki kanan ekstremitas kanan yang terbalut perban, balutan tampak kotor akibat rembesan cairan dan darah. Saat dilakukan palpasi turgor kulit kembali dalam 3 detik dan nyeri tekan pada daerah luka.

3.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pada tanggal 22-07-2022 saat Ny. M masuk IGD RSUD Kanjuruhan dilakukan pemeriksaan darah lengkap didapatkan hasil yang abnormal seperti, hemoglobin 10,3 g/dL (rendah), hematocrit 32,6% (rendah), Eritrosit 3,46 juta/cmm (rendah), leukosit 17.700 (tinggi), MCHC 30,3 g/dL (rendah), neutrofil 83,3% (tinggi), limfosit 1,7% (rendah), PT 13,6 detik (tinggi), APTT 42,4 detik (tinggi), INR 1,22 (rendah), Natrium 112 mmol/L (rendah), Kalium 2,3 mmol/L, Klorida 89 mmol/L (rendah), GDS 540 mg/dL (tinggi), albumin 2,03 g/dL (rendah), ureum 47 mg/dL (tinggi).

3.1.9 Terapi

Selama perawatan di ruang Fatahillah RSUD Kanjuruhan, Ny. M mendapatkan terapi IVFD NaCl 1500 cc/24 jam, transfusi albumin

25% 100 ml/hari, transfusi PRC I labu/hari, terapi per oral KSR 2x600mg untuk meningkatkan kalium, injeksi ranitidine 2x50 mg, ketorolac 2x30 mg, cefoperazone 2x1 gr secara IV, Novorapid 3x6 unit, Levemir 0-0-12 unit. Ny. M juga mendapatkan perawatan luka perhari sampai tanggal 25-02-2023 dan 2 hari sekali mulai tanggal 26-02-2022.

3.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan **Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia (D. 0027)**

- a. Pengertian: kondisi kadar gula darah naik turun dari rentang normal.
- b. Data Subjektif: pasien mengeluh lemas
- c. Data Objektif
 - Pasien tampak lemah
 - GDP: 540 mg/dL
 - OGTT: 203 mg/dL

2. Diagnosa Keperawatan **Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d neuropati perifer (D.0129)**

- a. Pengertian: kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen).
- b. Data Subjektif: -
- c. Data Objektif:
 - Terdapat luka terbuka pada punggung kaki kanan hingga ke jari kaki
 - Perdarahan pada luka

3. Diagnosa Keperawatan **Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (D.0077)**

- a. Pengertian: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b. Data Subjektif:

Pasien mengeluh kaki kanan nyeri dengan hasil P: nyeri luka dm. dan nyeri memberat saat digerakkan, Q: nyeri seperti tersayat dan terasa panas, R: telapak, tungkai dan punggung kaki kanan hingga menjalar ke jari kaki, S: skala nyeri 6, T: nyeri hilang timbul, nyeri berkurang setelah mendapat obat

c. Data Objektif: Sesekali pasien terlihat meringis, bersikap protektif terhadap luka, pasien tampak gelisah, N: 109 x/ menit

4. Diagnosa Keperawatan **Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)**

a. Pengertian: Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

b. Data Subjektif: -

c. Data Objektif:

- CRT > 3 detik
- Warna kulit pucat
- Akral teraba dingin
- Penyembuhan luka lambat

5. Diagnosa Keperawatan **Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)**

a. Pengertian: keterbatasan gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b. Data Subjektif: pasien mengatakan bahwa kebutuhannya dibantu keluarganya dan aktivitas dilakukan di atas tempat tidur.

c. Data objektif:

- Kekuatan otot ekstremitas kanan bawah menurun dengan skor 2
- Gerakan pasien terbatas
- Fisik pasien lemah

6. Diagnosa Keperawatan **Resiko Infeksi dengan faktor resiko DM (D.0142)**

- a. Pengertian: beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik
- b. Data Subjektif: -
- c. Data Objektif:
 - Leukosit: 17.700 sel/cmm
 - Luka terbalut perban dan tampak ada rembesan cairan dan darah

3.3 Rencana Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan, maka perlu diberikan intervensi keperawatan sebagai upaya mengatasi permasalahan tersebut. Untuk masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia (D. 0027), setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) membaik dengan kriteria hasil lemah/ lesu membaik, mulut kering membaik, kadar glukosa dalam darah membaik. Untuk fokus intervensi yang akan diberikan adalah manajemen hiperglikemia (I. 03115). Rencana tindakan yang akan dilakukan meliputi, mengidentifikasi penyebab dari hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, kolaborasi pemberian terapi insulin, mengedukasi pengelolaan diabetes.

Masalah keperawatan kedua yaitu gangguan integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer (D.0129). Setelah diberikan intervensi keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan (L. 14125) meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, perdarahan menurun, sensasi membaik, tekstur membaik. Intervensi akan berfokus pada perawatan luka (I. 14564) dengan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan adalah memonitor karakteristik luka, memonitor tanda-tanda infeksi, melepas balutan plester secara perlahan , membersihkan luka dengan cairan NaCl atau pembersihan

nontoksisk, sesuai kebutuhan, membersihkan jaringan nekrotik, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, berkolaborasi pemberian antibiotik.

Masalah keperawatan yang ketiga yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (D. 0077). Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan tingkat nyeri (L. 08066) menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun. Intervensi yang akan diberikan berfokus pada manajemen nyeri (I.08238) Perencanaan tindakan tersebut antara lain mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dan melakukan kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian analgetik.

Masalah keperawatan yang keempat adalah perfusi perifer tidak efektif b.d hiperglikemia (D.0009). Setelah diberikan intervensi keperawatan diharapkan penyembuhan luka (L.14130) meningkat dengan kriteria hasil penyatuan kulit meningkat, penyatuan tepi luka meningkat, jaringan granulasi meningkat, peradangan luka menurun, nyeri menurun. Intervensi yang akan diberikan berfokus pada perawatan sirkulasi (I. 02079) dengan rencana tindakan memeriksa sirkulasi perifer, mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, memonitor panas, kemerahan, nyeri dan bengkak pada ekstremitas, melakukan pencegahan infeksi, melakukan perawatan kaki, memberikan informasi tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

Masalah keperawatan kelima yaitu gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054). Setelah diberikan intervensi keperawatan diharapkan mobilitas fisik (L. 05042) meningkat dengan kriteria hasil

pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun. Intervensi yang akan diberikan berfokus pada dukungan mobilisasi (I. 05173) dengan rencana tindakan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Masalah keperawatan yang keenam yaitu risiko infeksi dengan faktor risiko efek prosedur invasive (D. 0142). Setelah diberikan intervensi keperawatan diharapkan tingkat infeksi (L. 14137) menurun dengan kriteria hasil kebersihan tangan dan badan meningkat dan keluhan nyeri menurun, demam menurun, kemerahan menurun, kadar sel darah putih membaik. Intervensi yang akan diberikan berfokus pada pencegahan infeksi (I. 14539) dan perawatan luka (I. 14564). Perencanaan tindakan tersebut antara lain memonitor tanda gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, dan menganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi. Kemudian memberikan perawatan luka dengan memonitor karakteristik luka, membersihkan luka, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, dan berkolaborasi dengan tim medis untuk pemberian antibiotic.

3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang diberikan pada masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia (D.0027) pada tanggal 20-02-2023 adalah memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polydipsia, polifagia, keluhan lemas dan mengantuk), berkolaborasi pemberian injeksi insulin novorapid 6 unit sebelum makan dan levemir 12 unit sebelum tidur. Implementasi pada hari kedua tanggal 21-02-2023 melanjutkan intervensi pada hari pertama dan memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait diit diabetes mellitus. Pada hari ketiga tanggal 23-02-2023 melanjutkan

implementasi hari kedua dan memberikan edukasi kesiapan pasien dan keluarga untuk perawatan di rumah (penggunaan insulin secara mandiri, asupan cairan, makanan pengganti karbohidrat).

Implementasi yang diberikan pada masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer (D.0129) implementasi yang diberikan pada tanggal 20-02-2023 adalah memonitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau), memonitor tanda infeksi (dolor, rubor, color), mempertahankan teknik steril saat perawatan luka, menguyur luka dengan NaCl, membersihkan jaringan nekrotik, kolaborasi pemberian antibiotik cefoperazone 2x1 g. Implementasi perawatan luka ini dilakukan perhari pada pagi hari. Implementasi pada hari kedua tanggal 21-02-2023 melanjutkan intervensi hari pertama, mengedukasi pasien untuk diet DM nya, dengan menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein. Pada hari ketiga tanggal 22-02-2023 melanjutkan implementasi hari kedua dan mengedukasi prosedur perawatan luka secara mandiri.

Implementasi yang diberikan pada masalah keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (D. 0077) implementasi yang dilakukan pada tanggal 20-02-2023 yaitu mengkaji tingkat nyeri berdasarkan PQRST, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan relaksasi napas dalam atau mengalihkan pada terapi mural, mendemonstrasikan strategi teknik relaksasi napas dalam, memberikan informasi tentang makanan diet DM yang harus dipatuhi pasien, dan berkolaborasi pemberian injeksi ketorolac 2x30 mg.

Implementasi yang diberikan pada masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif b.d hiperglikemia (D.0009). Implementasi yang dilakukan pada tanggal 20-02-2023 yaitu mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (diabetes, merokok), memonitor panas, nyeri bengkak dan kemerahan pada ekstremitas, melakukan pencegahan infeksi pada luka. Pada hari kedua tanggal 21-02-2023 melanjutkan implementasi hari kedua. Pada hari ketiga tanggal 22-02-2023 melanjutkan implementasi hari

kedua dan memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait program diet untuk memperbaiki sirkulasi.

Implementasi yang diberikan pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054). Implementasi yang dilakukan pada tanggal 20-02-2023 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum ketika mobilisasi, menjelaskan tujuan mobilisasi. Pada hari kedua tanggal 21-02-2023 melanjutkan intervensi hari pertama dan mengevaluasi, pada hari ketiga tanggal 22-02-2023 melanjutkan intervensi hari kedua dan mengajarkan pasien untuk melakukan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur).

Implementasi yang diberikan pada masalah keperawatan keenam risiko infeksi dengan faktor risiko efek prosedur invasive (D. 0142) saat perawatan pada tanggal 20-02-2023 yaitu menyarankan pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan diri dan lingkungan, mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien, menyarankan untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori & tinggi protein, dan berkolaborasi pemberian antibiotic Cefoperazone 2x1gr.

3.5 Evaluasi

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka didapatkan hasil yang dijabarkan dalam evaluasi sebagai berikut:

1. Evaluasi dari implementasi keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah yang dilakukan pada tanggal 23-02-2023 menghasilkan data subjektif pasien masih mengeluh lemas. Ditemukan juga data objektif yaitu, mulut kering (membaik), kadar glukosa dalam darah (membaik) dengan hasil GDP: 149 mg/dL, lemah (membaik) pasien sudah sanggup duduk dengan bersandar. *Assesment*: masalah belum teratasi, *Planning*: lanjutkan intervensi kolaborasi pemberian terapi insulin, monitor kadar glukosa darah secara berkala.

2. Evaluasi dari implementasi keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan yang dilakukan pada tanggal 23-02-2023 menghasilkan data subjektif pasien mengatakan keluhan nyeri cukup menurun (skala 3), sedangkan data objektif menunjukkan kerusakan jaringan (sedang), kerusakan lapisan kulit (sedang), perdarahan (cukup menurun), sensasi (sedang), tekstur (cukup membaik). *Assesment*: masalah teratasi sebagian, *Planning*: lanjutkan intervensi dan kolaborasi menggunakan modern dressing dalam perawatan luka yang sesuai.
3. Evaluasi dari implementasi keperawatan nyeri akut yang dilakukan pada tanggal 23-02-2023 menghasilkan data subjektif pasien mengatakan keluhan nyeri berkurang dengan skala 5, nyeri ketika digerakkan dan perawatan luka saja, pasien juga mengatakan dapat mengatasi ketika nyeri timbul dengan tarik napas dalam, sedangkan untuk data objektifnya menunjukkan meringis (sedang), sikap protektif (sedang), gelisah (sedang). *Assesment*: masalah teratasi sebagian, *planning*: lanjutkan intervensi dan kolaborasi pemberian analgesik
4. Evaluasi dari implementasi keperawatan perfusi perifer tidak efektif pada tanggal 23-02-2023 menghasilkan data subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang (skala 3), pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali terkait keadaan darurat yang harus dilaporkan (hilang sensasi, nyeri bertambah, luka yang tidak sembuh), sedangkan untuk data objektif penyatuan kulit (sedang), penyatuan tepi luka (sedang), jaringan granulasi (sedang), peradangan luka (cukup menurun). *Assesment* : masalah teratasi sebagian, *planning*: lanjutkan intervensi memeriksa sirkulasi perifer, memonitor panas, kemerahan, nyeri, mempertahankan tindakan aseptik
5. Evaluasi dari implementasi keperawatan gangguan mobilitas fisik pada tanggal 23-02-2023 menghasilkan data subjektif pasien mengatakan sudah bisa duduk dengan bersandar, sedangkan data objektif menunjukkan pergerakan ekstremitas (sedang), kekuatan otot (cukup meningkat), nyeri (menurun), kecemasan (cukup menurun), gerakan

terbatas (cukup menurun). *Assesment*: masalah teratasi sebagian, *planning*: lanjutkan intervensi

6. Evaluasi dari implementasi keperawatan risiko infeksi dengan faktor risiko efek prosedur invasive pada tanggal 23-02-2023 menghasilkan data subjektif yaitu pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti cara cuci tangan dengan benar, sudah mengerti tentang diit tinggi kalori dan protein. Sedangkan data objektif menunjukkan keluhan nyeri (cukup menurun), kemerahan (menurun), kadar sel darah putih membaik. *Assesment*: masalah teratasi sebagian, *planning*: lanjutkan intervensi

