

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Studi Kasus

Penerapan ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan desain studi kasus yang bertujuan menggambarkan kondisi pasien secara mendalam dan komprehensif. Pelaksanaan dilakukan melalui pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan dan implementasi tindakan, serta evaluasi keperawatan. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Analisis dilakukan dengan membandingkan respons dua pasien kanker ovarium pre dan post operasi di Ruang Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta setelah penerapan aromaterapi lavender dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman.

B. Subjek Studi Kasus

Studi kasus ini melibatkan dua pasien dengan diagnosis kanker ovarium yang menjalani perawatan pre dan post operasi. Penentuan subjek studi kasus dilakukan dengan mempertimbangkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan, sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi

- a. Pasien kanker ovarium berusia ≥ 18 tahun yang menjalani perawatan pada fase pre dan post operasi.
- b. Pasien mengalami ansietas, ketidaknyamanan, atau gangguan rasa aman dan nyaman selama masa perawatan.
- c. Pasien dalam kondisi sadar compos mentis, kooperatif, dan mampu berkomunikasi secara verbal.
- d. Pasien memiliki fungsi indera penciuman yang baik dan tidak memiliki riwayat alergi terhadap aromaterapi lavender.
- e. Pasien bersedia menjadi responden dan telah menandatangani *informed consent*.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien dengan riwayat asma, gangguan pernapasan, atau penyakit paru yang berpotensi mengalami perburukan akibat paparan aromaterapi.

- b. Pasien dengan penurunan tingkat kesadaran, komplikasi kanker lain, atau kondisi klinis yang tidak memungkinkan dilakukan intervensi.

C. Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus ini adalah penerapan aromaterapi lavender dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien yang menjalani perawatan pre dan post operasi kanker ovarium di Ruang Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

D. Definisi Operasional

1. Ansietas Pre Operasi

Ansietas pre operasi adalah respons emosional berupa rasa khawatir, takut, tegang, dan tidak nyaman yang dialami pasien sebelum menjalani tindakan pembedahan. Tingkat ansietas diukur menggunakan *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) *Form* Y-1 dan Y-2 sebelum dan sesudah intervensi. Skor berkisar antara 20–80, dengan kategori 20–37 ansietas ringan, 38–44 ansietas sedang, dan 45–80 ansietas berat. Semakin tinggi skor, semakin tinggi tingkat ansietas.

2. Tingkat Kenyamanan

Tingkat kenyamanan adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan rasa aman dan nyaman yang meliputi aspek fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan. Tingkat kenyamanan diukur menggunakan *Short General Comfort Questionnaire* (SGCQ) yang terdiri dari 24 pernyataan dengan skala Likert 1–4. Skor total berkisar antara 24–96, dengan interpretasi bahwa semakin tinggi skor, semakin tinggi tingkat kenyamanan yang dirasakan pasien.

3. Nyeri Post Operasi

Nyeri post operasi adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan setelah tindakan pembedahan. Intensitas nyeri diukur menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) sebelum dan sesudah intervensi. Skor berada pada rentang 0–10, dengan kategori 0 tidak nyeri, 1–3 nyeri ringan, 4–6 nyeri sedang, dan 7–10 nyeri berat.

4. Aromaterapi Lavender

Pemberian aromaterapi lavender dilakukan dengan modifikasi SOP Aromaterapi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo (2024), yaitu menggunakan 3–5 tetes minyak esensial lavender dalam 30–40 ml air yang diberikan melalui diffuser selama 20 menit.

5. Pasien kanker Ovarium Pre dan Post Operasi

Pasien kanker ovarium pre dan post operasi adalah pasien yang menjalani perawatan pada fase sebelum dan sesudah tindakan pembedahan di Ruang Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, dalam kondisi compos mentis, kooperatif, mampu berkomunikasi dengan baik, dan bersedia mengikuti intervensi.

E. Instrumen Studi Kasus

1. Format pengkajian keperawatan

Format pengkajian digunakan untuk menilai kondisi pasien melalui metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan telaah dokumentasi medis. Pengkajian dilakukan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan terkait kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien kanker ovarium pre dan post operasi. Format pengkajian diadaptasi dari format pengkajian Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dengan penyesuaian sesuai tujuan studi kasus.

2. Alat ukur

- a. Penilaian tingkat ansietas pada pasien pre operasi dilakukan menggunakan instrumen *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) Form Y-1 dan Y-2.
- b. Penilaian tingkat kenyamanan pada pasien pre operasi dilakukan menggunakan instrumen *Short General Comfort Questionnaire* (SGCQ).
- c. Penilaian intensitas nyeri pada pasien post operasi dilakukan menggunakan instrumen *Numeric Rating Scale* (NRS).

3. Standar operasional prosedur (SOP) aromaterapi

Standar Operasional Prosedur (SOP) aromaterapi digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan intervensi pemberian aromaterapi lavender sehingga tindakan dapat dilakukan secara tepat, aman, dan sesuai tahapan yang telah ditetapkan.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Jenis Data

a. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung dari sumber pertama selama proses studi kasus. Data primer tersebut diperoleh melalui:

1) Wawancara

Teknik wawancara dilakukan dengan mengajukan pertanyaan yang relevan kepada responden sesuai dengan fokus studi kasus.

2) Observasi

Observasi merupakan kegiatan pengumpulan data yang dilakukan melalui pengamatan secara langsung terhadap pasien dengan menggunakan seluruh panca indera.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber tidak langsung seperti rekam medis, laporan keperawatan, arsip, dan dokumen resmi lainnya yang mendukung pelaksanaan studi kasus.

2. Metode Pengumpulan Data

a. Tahap Persiapan

- 1) Penulis mendapatkan persetujuan dari pembimbing atas topik yang dipilih.
- 2) Penulis menyusun Bab I hingga Bab III.
- 3) Penulis melaksanakan kegiatan seminar proposal.
- 4) Penulis mengajukan dan mengurus persetujuan ke Komite Etik.
- 5) Penulis mengajukan izin pelaksanaan studi kasus di Ruang Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito.

b. Tahap Pelaksanaan

- 1) Penulis melakukan koordinasi dengan CI Ruang Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito untuk menetapkan responden sesuai kriteria inklusi yang telah ditentukan.
- 2) Penulis menyampaikan informasi kepada responden terkait tujuan studi kasus, manfaat, prosedur pelaksanaan, serta jaminan kerahasiaan data.

- 3) Penulis memperoleh persetujuan responden untuk berpartisipasi dalam studi kasus melalui penandatanganan *informed consent*.
- 4) Penulis melakukan pengkajian terhadap pasien melalui metode wawancara, observasi, dan telaah dokumen.
- 5) Penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien kanker ovarium pre dan post operasi.
- 6) Penulis menerapkan aromaterapi lavender sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).
- 7) Penulis melakukan pemantauan dan pendokumentasian respons pasien selama penerapan aromaterapi lavender.

c. Tahap Akhir

- 1) Penulis mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan dan melakukan pendokumentasian selama proses studi kasus.
- 2) Penulis membandingkan respons kedua pasien setelah penerapan aromaterapi lavender dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman.
- 3) Penulis menyusun pembahasan, kesimpulan, dan saran.

G. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Kegiatan studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Pengambilan dan pengelolaan data pada Ny. W dilakukan pada tanggal 18 sampai dengan 20 Mei 2026, sedangkan pada Ny. S dilakukan pada tanggal 19 sampai dengan 22 Mei 2026.

H. Analisa dan Penyajian Data

Analisis data dalam studi kasus ini dilakukan secara deskriptif berdasarkan hasil observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan telaah dokumentasi pada kedua subjek. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk narasi asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Analisis dilakukan dengan membandingkan respons kedua pasien terhadap penerapan aromaterapi lavender dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien kanker ovarium pre dan post operasi.

I. Etika Penelitian

Pengumpulan data dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etika sebagai berikut:

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Penulis memperoleh *informed consent* dari pasien sebelum pelaksanaan studi kasus untuk memastikan persetujuan dan keterlibatan pasien dalam penerapan aromaterapi lavender.

2. Otonomi (*Autonomy*)

Penerapan aromaterapi lavender dilakukan dengan menghormati hak pasien dalam menentukan kesediaannya mengikuti intervensi.

3. Keadilan (*Justice*)

Seluruh pasien diberikan perlakuan yang setara selama pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerapan intervensi.

4. Bermanfaat (*Beneficence*)

Penerapan aromaterapi lavender dilakukan dengan tujuan memberikan manfaat bagi pasien dalam meningkatkan rasa aman dan nyaman selama masa perawatan

5. Tidak membahayakan (*Nonmaleficence*)

Penulis memastikan intervensi dilakukan secara aman sesuai prosedur untuk meminimalkan risiko atau dampak negatif pada pasien.

6. Kejujuran (*Veracity*)

Penulis memberikan informasi yang jelas dan benar terkait tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien dan keluarga.

7. Menepati janji (*Fidelity*)

Penulis menjaga komitmen profesional selama pelaksanaan studi kasus dan menjaga hubungan terapeutik dengan pasien.

8. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Seluruh data dan identitas pasien dijaga kerahasiaannya selama proses studi kasus berlangsung.

9. Akuntabilitas (*Accountability*)

Penulis melaksanakan penerapan aromaterapi lavender secara profesional, terdokumentasi, dan dapat dipertanggungjawabkan.

J. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

a. Identitas pasien

Pengkajian identitas mencakup data diri pasien seperti nama lengkap, alamat tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, usia, suku bangsa, tempat lahir, serta informasi keluarga meliputi nama dan pekerjaan orang tua. Kanker ovarium umumnya lebih banyak ditemukan pada perempuan usia di atas 45 tahun, terutama pada individu dengan tingkat pendidikan dan pendapatan yang cenderung rendah.

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada pasien kanker ovarium dapat berupa perdarahan abnormal atau menorrhagia, baik pada wanita usia reproduktif maupun wanita berusia di atas 50 tahun atau yang telah memasuki masa menopause, terutama pada stadium awal penyakit. Sementara itu, pada stadium lanjut biasanya ditemukan adanya pembesaran abdomen akibat massa tumor yang sering disertai penumpukan cairan asites.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Gejala yang sering muncul pada pasien kanker ovarium antara lain perut terasa kembung, nyeri pada area abdomen atau pelvis, cepat merasa kenyang, gangguan berkemih, serta keluhan yang berlangsung terus-menerus. Pada stadium lanjut, pasien dapat mengalami peningkatan frekuensi berkemih, konstipasi, distensi abdomen, penurunan berat badan, dan nyeri abdomen yang semakin jelas.

d. Riwayat kesehatan terdahulu

Pasien yang memiliki riwayat kanker kolon, kanker payudara, maupun kanker endometrium diketahui memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami kanker ovarium.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat keluarga yang memiliki kanker payudara atau kanker ovarium dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker ovarium hingga sekitar 50% pada individu dengan faktor keturunan atau hereditas.

f. Keadaan psikososial, ekonomi, dan budaya

Kanker ovarium lebih banyak ditemukan pada kelompok dengan status sosial ekonomi rendah, yang dapat berhubungan dengan kualitas dan jumlah asupan nutrisi. Kondisi tersebut berpengaruh terhadap daya tahan tubuh serta tingkat kebersihan diri individu.

g. Data khusus

Pengkajian khusus pada pasien kanker ovarium meliputi riwayat menstruasi, riwayat obstetri, kondisi psikologis, pola aktivitas dan istirahat, pola nutrisi dan cairan, serta keluhan nyeri dan kenyamanan. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menilai status kesadaran, kondisi kepala, ekstremitas, abdomen, dan genitalia. Selain itu, pemeriksaan penunjang dapat dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium, seperti analisis DNA untuk mendeteksi mutasi gen, serta pemeriksaan penanda tumor seperti CA-125, *carcinoembryonic antigen* (CEA), dan *human chorionic gonadotropin* (HCG) yang dapat mengindikasikan adanya keganasan maupun komplikasi.

2. Diagnosa keperawatan

- a. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D.0074)
- b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)
- d. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)
- e. Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan (D.0012)
- f. Risiko jatuh dibuktikan dengan kondisi pasca operasi (D.0143)

3. Rencana Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi: Kanker Ovarium

Tabel 2.4 Rencana Asuhan Keperawatan

No	OP	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Pre	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D.0074)	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil: (L.08064) 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun	Intervensi Utama Terapi relaksasi (I.09326) Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 3. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi 5. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia 6. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 7. Anjurkan mengambil posisi nyaman 8. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi Intervensi Pendukung Latihan pernapasan (I.01007) Observasi 1. Identifikasi indikasi dilakukan latihan pernapasan 2. Monitor frekuensi, irama, dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan Terapeutik 3. Sediakan tempat yang tenang

				4. Posisikan pasien nyaman dan rileks 5. Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut 6. Pastikan tangan di dada mundur kebelakang napas dan tangan di perut maju kedepan saat menarik 7. Ambil napas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan 8. Hitungan kedelapan hembuskan napas melalui mulut dengan perlahan Edukasi 9. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan pernapasan
2	Pre	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: (L.09093) 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Pola tidur membaik	Intervensi Utama Reduksi ansietas (SIKI I.09314) Observasi 1. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan rasa kepercayaan 3. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 4. Pahami situasi pasien yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian Edukasi 5. Latih teknik relaksasi Intervensi Pendukung Dukung penatalaksanaan ibadah (I.09262) Observasi 1. Identifikasi kebutuhan pelaksanaan ibadah sesuai agama yang dianut Terapeutik 2. Sediakan sarana yang aman dan nyaman untuk pelaksanaan ibadah (mis. Tempat berwudhu, perlengkapan sholat, arah kiblat, perlengkapan kebaktian) 3. Fasilitasi penggunaan ibadah sebagai sumber coping

					4. Fasilitasi penuntunan ibadah oleh keluarga dan/atau rohaniawan Kolaborasi
					5. Rujuk pada rohaniawan, konseling profesi, dan kelompok pendukung pada situasi spiritual dan ritual, jika sesuai.
3	Post	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: (L.08066)		Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam) 6. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 7. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa sakit Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Intervensi Pendukung Edukasi Teknik Napas (I. 12452) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya

				Edukasi 5. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik nafas 6. Jelaskan prosedur teknik nafas 7. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis. Duduk, berbaring) 8. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh 9. Ajarkan melakukan inspirasi dengan meghirup udara melalui hidung secara perlahan 10. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan 11. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik
4	Post	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil: (L.14137)	Intervensi Utama Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area luka 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi

				11. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu Intervensi Pendukung Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 8. Berikan suplemen vitamin dan mineral, sesuai indikasi Edukasi 9. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 10. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
5	Post	Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan (D.0012)	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil: (L.02017)	Intervensi Utama Pencegahan Perdarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematocrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah Terapeutik 3. Pertahankan bed rest selama perdarahan 4. Batasi tindakan invasi, jika perlu Edukasi

1. Kelembapan membrane mukosa meningkat	5. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
2. Kelembapan kulit meningkat	6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
3. Hemoglobin membaik	7. Anjurkan hindari aspirin atau antikoagulasi
	8. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
	Kolaborasi
	9. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
	10. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu
	Intervensi Pendukung
	Perawatan area insisi (I.14558)
	Observasi
	1. Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, atau tanda-tanda dehisen atau eviserasi
	2. Identifikasi karakter drainase
	3. Monitor proses penyembuhan area insisi
	4. Monitor tanda dan gejala infeksi
	Terapeutik
	5. Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat
	6. Usap area insisi dari area yang bersih menuju area yang kurang bersih
	7. Bersihkan area di sekitar tempat pembuangan atau tabung drainase
	8. Pertahankan posisi tabung drainase
	9. Berikan salep antiseptik, <i>jika perlu</i>
	10. Ganti balutan sesuai jadwal
	Edukasi
	11. Jelaskan prosedur pada pasien
	12. Ajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisi
	13. Ajarkan cara merawat area insisi

6	Post	Risiko jatuh dibuktikan dengan kondisi pasca operasi (D.0143)	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam diharapkan risiko jatuh menurun dengan kriteria hasil: (L.14138) 1. Gerakan terbatas menurun 2. Kelemahan fisik menurun	Intervensi Utama Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Terapeutik 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur pada posisi rendah Edukasi 5. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk 6. Anjurkan makanan dengan porsi kecil dan sering secara bertahap 7. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa Intervensi Pendukung Dukung ambulasi (I.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 5. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, <i>jika perlu</i> 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 7. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 8. Anjurkan melakukan ambulasi dini 9. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan
---	------	---	---	--

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2018); Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2022); Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien berpindah dari kondisi kesehatan saat ini menuju kondisi yang lebih optimal. Pelaksanaan implementasi mengikuti rencana yang telah ditetapkan, dicatat sesuai urutan waktu pelaksanaan, mematuhi standar operasional prosedur (SOP), serta mencatat respons pasien terhadap intervensi yang diberikan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses penilaian efektivitas asuhan keperawatan dengan membandingkan tujuan yang telah ditetapkan dengan respons pasien yang muncul. Evaluasi dibagi menjadi dua jenis:

- a. Evaluasi formatif: Penilaian langsung oleh perawat terhadap respons pasien saat tindakan keperawatan sedang dilakukan atau segera setelah tindakan selesai.
- b. Evaluasi Sumatif: Rekapitulasi dan kesimpulan dari hasil observasi serta analisis terhadap status kesehatan pasien, dinilai berdasarkan waktu dan tujuan yang telah ditetapkan.