

LAMPIRAN

LEMBAR INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan Pasien)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ~~.....~~ Siti hasbiatun

Umur : 22 tahun

Ruang Rawat : R. Melati

Rumah Sakit : RS DKT

Setelah mendapat penjelasan dari mahasiswa tentang tujuan dari asuhan keperawatan yang akan dilakukan dan bahwa data yang didapatkan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan pembelajaran, maka dengan ini saya menyatakan ~~bersedia/tidak bersedia~~ *) sebagai subyek asuhan.

25 April ~~Februari~~ 2022

Mahasiswa,


(Arif Sumpunio)

Pasien


Siti Hasbiatun

Mengetahui,
Pembimbing Lahan/CI


Puhi Sapinda Amd. Kep

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : ARIF Sumpeno
NIM : 1914401066 Tgl Pengkajian : 25-April-2022
Ruang rawat : D. Melati No. Register : 173193

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Ny.S
2. Umur : 22 tahun
3. Jenis kelamin : K / P *
4. Pendidikan : Sarjana
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Tgl masuk RS : 24-04-2022 Waktu : 14:30 WIB
7. Dx. Medis : Low back pain
8. Alamat : Sukarame

B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : () Melalui IGD (☒) Melalui Poliklinik () Transfer ruangan _____

Masuk ke Ruangan pada tanggal : 24 April Waktu : 14:30 WIB

Diantar Oleh : () sendiri (☒) Keluarga () Petugas Kesehatan () Lainnya _____

Masuk dengan menggunakan : (☒) Berjalan () Kursi Roda () Brankar () Kruk () Walker
() Tripod () Lainnya, Jelaskan _____

Status Mental saat masuk : (☒) Kesadaran : Composmentis

() GCS : E _____ M _____ V _____

Tanda Vital Saat Masuk : TD 135/70 mmHg

Nadi 86 x/menit (☒) teratur () Tidak teratur () Lemah () Kuat

RR 20 x/menit (☒) teratur () Tidak teratur

Nyeri :

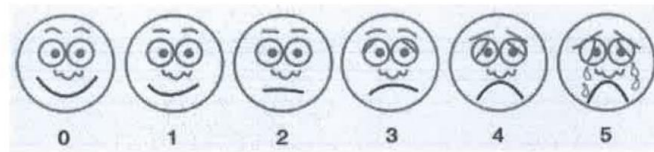
Numeric Rating Scale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Moderate Worst Possible

Verbal Rating Scale

No Pain Mild Pain Moderate Severe Very Severe Worst Possible

Wong & Baker Faces Rating Scale

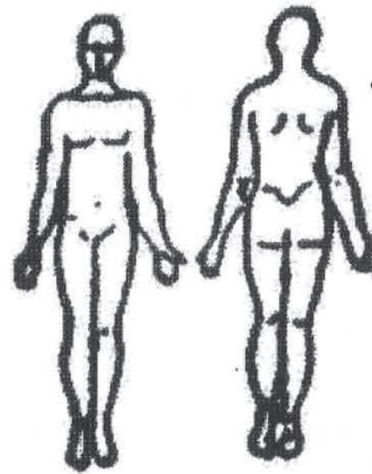


Status Lokalis :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis disamping :

- C – Contusion
- L – Lacerations
- R – Rashes
- S – Scars
- *Parasite (scabies/lice)
- D – Decubitus
- T – Tattoo
- B – Bruises
- X – Body Piercing
- P – Pain
- O – Other _____

Tinea Pedis: ...Ya ...Tidak
Jelaskan:



Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA		NILAI	KET
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	0	
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	0	
		Ya	15		
3	Alat Bantu Jalan			0	
	a. Bedrest dibantu perawat		0		
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15		
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		30		
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	20	
		Ya	20		
5	Gaya berjalan / pindah			0	
	a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri		0		
	b. Lemah tidak bertenaga		10		
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)		20		
6	Status Mental			0	
	a. Sadar penuh		0		
	b. Keterbatasan daya ingat		15		
	JUMLAH SKOR			20	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

	SKOR	Δ KODE
1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar	0 - 24	HIJAU
2. Risiko rendah, tindakan pencegahan jatuh standar	25 - 50	KUNING
3. Risiko tinggi, tindakan pencegahan jatuh risiko tinggi	> = 51	MERAH

1. Keluhan utama saat pengkajian : Nyeri dibagian tulang ekor

2. Riwayat penyakit Sekarang : Pasien mengatakan nyeri dibagian tulang ekor
Pasien mengatakan bertambah ketika duduk lama dan tidur
Pasien mengatakan nyerinya berkurang ketika berjalan-jalan. Pasien
mengatakan nyerinya seperti tertimpa benda berat. Pasien mengatakan
nyerinya dibagian tulang ekor dan memutar dipunggung. Skala nyeri
6. Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul semengak 5 hari
yang lalu.

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : _____

4. Bentuk reaksi alergi yg dialami : _____

5. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6. Apakah obat / herbal tersebut masih dikonsumsi hingga saat ini ?

() Ya, Alasan : _____

() Tidak, Alasan : _____

7. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang:

Pasien jatuh terduduk diumur 12 tahun yang lalu dari pohon

8. Riwayat penyakit keluarga :

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik

Gambar Genogram :	Keterangan Genogram :
--------------------------	------------------------------

C. ANAMNESIS PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

1. Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

() Tampak Sehat () Tampak Sakit Ringan () Tampak sakit sedang
() Tampak Sakit Berat

Catatan lain :

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan

() Olahraga : teratur / tidak teratur / tidak pernah. Jika olahraga, jenisnya :

() Minum air putih : L/hari () Kopi () teh () Soda () Minuman bersuplemen

Frekuensi konsumsi jenis minuman tsb :x/hr (✓) Makanan, diet tertentu :

() Merokok, Jenis..... Jumlahbtg/hari Merokok sejak usia..... thn, lama thn

Jenis rokok :..... Keinginan berhenti merokok : () Ada () Tidak ada

Upaya Berhenti merokok : () Pernah () Belum pernah

Jika pernah : () berhasil

() Tidak berhasil, kendala :

Jika mengalami tekanan/masalah, cara melampiaskan stress : () Marah-marah

() Merusak barang-barang

() Memukul, mencubit, menciderai, meninju
orang lain maupun diri sendiri:

() Menangis

() Memendam perasaan

() Mengatakannya secara baik-baik

Catatan lain :

❖ Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien

() Melakukan medical chek up : () rutin () Kadang²

Jenis Medical Chek Up yg dilakukan :

() Kunjungan ke Faskes : () rutin () Kadang²

Jenis Faskes yg dikunjungi :

() Memiliki jaminan kesehatan/asuransi

Jenis Jamkes yg dimiliki : BPJS

Catatan lain :

❖ Upaya pemeriksaan kesehatan mandiri

() Pemeriksaan payudara sendiri

() Pemeriksaan testis sendiri (khusus pria)

() Pemeriksaan Tekanan Darah sendiri

() Pemeriksaan Gula Darah mandiri

() Pemeriksaan Kolesterol mandiri

() Pemeriksaan Asam Urat mandiri

() Pemeriksaan mandiri lainnya, sebutkan

Catatan lain :

❖ Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan

Pernahkah klien dirawat di RS sebelumnya ?

Jika pernah, kapan,..... Dirawat karena

Pernahkah klien menjalani operasi ?.....

Jika pernah, kapan,..... Dioperasi karena

Catatan lain :

❖ Obat, Jamu, Herbal atau terapi lain yg dijalani sebelum masuk RS

Obat Yg sering dikonsumsi : Jamu Yg sering dikonsumsi :

Terapi lain yg dijalani :(Cth : Accupresure, bekam, akupuntur, dll)

Tujuan mengkonsumsi obat, jamu, herbal atau terapi tersebut adalah

Apakah obat, jamu, herbal atau terapi tersebut masih dijalani hingga saat ini ?

Alasannya :

Catatan lain :

2. Pola Metabolik – Nutrisi

❖ Kebiasaan Jumlah Makanan dan Kudapan

Makanan utama : (✓) Nasi Putih () Nasi Merah () Ubi & Olahannya () Roti

Berapa banyak ? (ukuran Rmh Tangga)

Konsumsi Sayur Mayur : () Selalu () Kadang kadang () Sangat Jarang

Jenis Sayur Yg paling disukai : Sayur bayam

Jenis Sayur yg dihindari/tidak disukai :

Olahan sayur yg sering : () rebus (✓) masak santan () tumis () bakar () Goreng

Konsumsi Lauk : (✓) Selalu () Kadang kadang

Jenis lauk Yg paling disukai : Daging sapi

Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi : Tahu ayam Tempe

Olahan lauk yg sering dikonsumsi : () rebus () masak santan () tumis () bakar () Goreng

Jenis lauk yg dihindari/tidak disukai :

Frekuensi makan makanan utama & pelengkap : () 1-2 x/hr (✓) 3 x/hr () > 3 x/hr

Kudapan/Camilan : () Selalu (✓) Kadang kadang

Rasa kudapan yg paling disukai : () manis (✓) asin

Frekuensi makan kudapan dlm sehari : (✓) 1-2 x/hr () 3 x/hr () > 3 x/hr.

Jenis kudapan/camilan yg sering : () Permen / coklat () kue/roti/donat (✓) bakso/somay/mi & sejenisnya () kacang/krupuk/kripik/pilus dan sejenisnya () es krim/es campur/soda & minuman sejenisnya

Catatan lain :

- ❖ Pola Makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir (*Jika klien dirawat > 3 hari, maka lakukan pengkajian pola makan 3 hr terakhir*)

() 3 hari terakhir () 24 jam terakhir

Jenis diet : (Lih. di catatan medis)

Bentuk makanan yg diberikan : () padat () Bubur biasa () Bubur saring () Cair

Cara Pemberian : () Oral () Sonde () Parenteral

Frekuensi pemberian :x/hari Kudapan/camilan :x / hari

Kemampuan makan : () mandiri () bantuan () tergantung total

Porsi yg dihabiskan dari makanan yg disediakan :

() satu porsi habis setiap kali makan () $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ porsi (✓) $< \frac{1}{2}$ porsi

Alasan tidak menghabiskan makan :

Makanan lain diluar diet yg dikonsumsi :

Catatan lain :

- ❖ Masalah yg berhubungan dengan pola konsumsi makanan

() Gangguan menelan () Gangguan mengunyah () Gangguan mengecap () Mual

() Muntah () Nyeri gigi/caries () Terpasang peralatan medis () Penurunan kesadaran

(✓) Anoreksia / tidak nafsu mkn () Gangguan penciuman/tidak dpt mencium aroma makanan

() Perasaan tidak nyaman di abdomen; yaitu

() Tidak ada keinginan untuk makan yg berhubungan dg masalah psikologis (marah, depresi, sedih, putus asa)

Catatan lain :

- ❖ Energi Metabolik

(✓) merasa lemah () merasa tenaga menurun () mudah lelah

() tidak mampu melakukan aktifitas () tidak ada tenaga

Catatan lain :

❖ Persepsi klien tentang BB nya (Hanya untuk klien dg kesadaran penuh)

☒ Merasa BB normal () Merasa BB Lebih () Merasa sangat gemuk () Merasa kurus

Catatan lain :

3. POLA ELIMINASI

❖ Eliminasi buang air kecil (b.a.k)

() Tidak di kateterisasi urine (jika pasien di kateter maka pertanyaan langsung ke bagian dilakukan kateterisasi urine)

() Frekuensi b.a.k dalam 24 jam : 12 x/hr () Penggunaan bedpan / urinal diatas TT

() Ke toilet : ☒ mandiri () dengan bantuan

Apakah klien diinstruksikan untuk tampung urine 24 jam

() Ya, untuk keperluan

() Tidak, karena

Warna urine : () kuning jernih () Keruh () berbusa () Merah terang () Merah pekat
() bekuan darah

Bau urine : () normal () busuk () anyir

Masalah dalam pengeluaran urine : () Nyeri () Aliran tersendat () enuresis () Incontinensia

() retensi parsial/total () urine menetes () mengedan () keluar pasir-pasir

() Dilakukan kateterisasi urine, jenisnya Lama kateter terpasang :hari

Kebersihan kateter : () bersih () tampak kotor

Keluhan klien terhadap kateter terpasang : () nyeri () panas () perih () tidak nyaman

Aliran urine dlm selang kateter : () lancar () tersendat

Warna urine dalam urine bag/selang kateter : () kuning jernih () kuning pekat () keruh

() berkabut/granulasi () merah terang () merah pekat

Volume urine bag dalam 3 jam terakhir :ml

Volume urine bag dalam 6 jam terakhir :ml

Volume urine bag dalam 8 jam terakhir :ml

Volume urine bag dalam 24 jam terakhir : ml

Volume cairan irigasi (jika dilakukan irigasi blas) dalam 24 jam terakhir :ml.

Tetes irigasi : tts/menit

Catatan lain :

4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

❖ Aktivitas sehari-hari

Pekerjaan : Mahasiswa

Kegiatan Sosial/kemasyarakatan :

Masalah kesehatan anggota gerak :

- () kelemahan ekstremitas.....
- () kekakuan ekstremitas.....
- () kontraktur area.....

Kemampuan melakukan perawatan diri (mandi, berpakaian, berhias, makan, toilet) :

- (☒) mandiri () bantuan sebagian () bantuan penuh

Penggunaan alat bantu gerak : () kruk () walker () tripod () tongkat

Catatan lain : Pasien pucat dan lemas

5. POLA ISTIRAHAT – TIDUR

❖ Kebiasaan tidur

Kebiasaan tidur sehari-hari : (☒) 6 – 8 jam/hari () < 6 – 8 jam/hari () > 6 – 8 jam/hari.

Tingkat kesegaran setelah bangun tidur : () segar (☒) tidak segar.

Kebiasaan tidur saat ini : () 6 – 8 jam/hari (☒) < 6 – 8 jam/hari () > 6 – 8 jam/hari.

Masalah gangguan tidur : () mimpi buruk () pikiran tidak tenang () nyeri

() lingkungan bising/berisik () pencahayaan ruangan () suhu ruangan tdk nyaman

() pengunjung/pembezuk banyak

Penggunaan alat/zat bantu tidur : () musik relaksasi () hypnoterapi

() obat-obatan, jenisnya.....

Catatan lain :

6. POLA PERSEPSI KOGNITIF

❖ Gambaran tentang indera khusus

() penurunan tajam penglihatan () kacamata bantu () penurunan tajam pendengaran

() alat bantu dengar () penurunan tajam penciuman

() rasa baal indera perabaan (telapak tangan, telapak kaki) : kiri / kanan

() rasa kebas, kesemutan area.....

() rasa nyeri, karakteristik

❖ Kognitif

Tingkat pendidikan terakhir.....

Kemampuan mengambil keputusan : () mampu () ragu-ragu () tidak mampu

mengambil keputusan () buta aksara () buta angka

Kemampuan mengingat : Jangka pendek : () mampu () Tidak mampu,

Jangka Panjang : () mampu () tidak mampu

Catatan lain :

7. POLA KONSEPSI DIRI – PERSEPSI DIRI

❖ Keadaan sosial

❖ Pekerjaan :

❖ Situasi keluarga : (✓) baik () bercerai ()

❖ Keanggotaan kelompok sosial :

❖ Identitas personal (penjelasan ttg kekuatan & kelemahan diri sendiri :

.....

❖ Keadaan fisik yg disukai & tidak disukai :

❖ Harga diri (perasaan klien thd dirinya sendiri.....

Catatan lain :

8. POLA HUBUNGAN PERAN

❖ Gambaran Tentang Peran

❖ Peran klien dalam keluarga :

❖ Peran klien dalam masyarakat :

❖ Peran klien dalam pekerjaan :

- ❖ Kepuasan terhadap peran : ☒ puas () tidak puas
- ❖ Perubahan peran : ☒ tidak () ya, yaitu.....
Jika ya, apakah perubahan peran tersebut dirasakan membuat klien merasa tidak nyaman ?
☒ Tidak
() Ya, uraikan.....
- ❖ Pola hubungan
 - ❖ Hubungan dengan keluarga : ☒ baik () masalah,
 - ❖ Hubungan dengan masyarakat : ☒ baik () masalah,
 - ❖ Hubungan dengan pekerjaan : () baik () masalah,
 - ❖ Hubungan dengan petugas kesehatan (perawat, dokter, dll) : () baik
() masalah,
- Catatan lain :

9. POLA REPRODUKTIF – SEKSUALITAS

- ❖ Reproduksi & Seksualitas
 - ❖ Apakah klien saat ini mengalami : () Menopause () amenorrhea () dishmenorhea
() impotensi () penurunan libido () Nyeri
 - ❖ Apakah klien saat ini menggunakan kontrasepsi : () tidak () Ya, jika ya, jenis kontrasepsi
..... dan telah digunakan selama Bln / tahun.
 - ❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi reproduksi ? () Tidak
() Ya, jika ya, jelaskan
 - ❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi seksual ? () Tidak
() Ya, jika ya, jelaskan
- Catatan lain :

10. POLA TOLERANSI TERHADAP STRESS – KOPING

❖ Toleransi terhadap stress – koping

- ❖ Adakah kejadian yang pernah dialami oleh klien hingga saat ini yang sangat menimbulkan stress ? ☒ tidak ada () ada, yaitu.....
- ❖ Apakah klien belakangan ini merasakan perasaan : ☒ Kecemasan () Takut
() Sedih () Bingung () Kehilangan harapan / putus asa () tertekan
- ❖ Apakah strategi yang biasanya digunakan oleh klien untuk menghilangkan perasaan diatas ? uraikan... Memberikan Proses dan relaksasi nafas dalam
- ❖ Apakah strategi tersebut dirasakan efektif oleh klien ? ☒ selalu efektif
() tidak selalu efektif () tidak efektif
- ❖ Apakah klien mengetahui beberapa teknik relaksasi / menenangkan diri / meredakan stress ? ☒ Tidak () mengetahui, yaitu
- ❖ Jika mengetahui, apakah klien pernah menggunakannya ? () ya
☒ tidak, karena.....
- ❖ Apakah saat ini klien tampak : () tegang () murung / sedih () gelisah
() menyendiri () tatapan kosong ☒ banyak bertanya

11. POLA KEYAKINAN – NILAI

- ❖ Latar belakang budaya / etnik : Sunda
- ❖ Apakah tujuan hidup menurut klien :
.....
- ❖ Keyakinan klien yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
.....
- ❖ Keyakinan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
.....
- ❖ Apakah menurut klien pendekatan keyakinan / budaya / agama penting dalam penyelesaian masalah kesehatan saat ini : ☒ tidak () Ya, Penting
- ❖ Apakah selama di RS klien mengalami kesulitan dalam menjalankan ritual keyakinan/budaya atau agamanya ? ☒ tidak () Ya, jelaskan

D. PEMERIKSAAN FISIK

TANDA – TANDA VITAL : TD : 135/70 mmHg, Nadi : 86 x/menit ☒ kuat () lemah
() Teratur () Tidak teratur RR : 20 x/mnt ☒ teratur () tidak
Teratur. Irama nafas : ☒ normal () Cheyne Stokes () Biot
() Kussmaul () Hyperventilasi () Apneustik

STATUS MENTAL : (X) composmentis () Delirium () Somnolen () Stupor () Koma

1. Kepala : Wajah pucat, rambut bersih, berwarna hitam
Tidak ada luka, pupil isikor, konjungtiva anemis

2. Leher : Tidak ada luka dan tidak ada pembesaran vena
jugularis.

3. Thorax (Jantung & Paru):

a. Inspeksi : Dada simetris dan tidak terdapat luka

b. Palpasi : Tidak ada pembesaran jantung, tidak ada
nyeri tekan, terasa hangat.

c. Perkusi :

d. Auskultasi : Suara nafas vesikuler tidak ada nyeri
tekan, bunyi jantung Iup dup.

4. Abdomen

a. Inspeksi : Kulit bersih, Teraba hangat, Abdomen si
metris

b. Auskultasi : Bunyi timpani

c. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

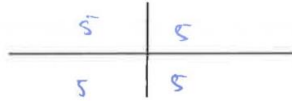
d. Perkusi :

5. Punggung & Tulang Belakang : Tulang ekor pasien nyeri hingga menjalar
ke punggung

6. Genetalia & Rektum : bersih dan tidak terpasang kateter.

7. Ekstremitas Atas & Bawah : Tangan kiri terpasang infus

8. Kekuatan otot :



9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : _____

Motorik : _____

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan _____ kiri _____ Tricep : kanan _____ kiri _____

Tendo Achilles : kanan _____ kiri _____ Abdomen : _____

Reflek Patologis dan rangsang meningeal :

Babinsky : kanan _____ kiri _____ Brudzinsky I : _____

Brudzinsky II : _____ Chadok : _____ Hoffman Turner : _____

Laseque : _____ Kaku Kuduk : _____ sss

12 Syaraf Kranial :

Nervus I : _____

Nervus III : _____

Nervus IV : _____

Nervus V : _____

Nervus VI : _____

Nervus VII : _____

Nervus VIII : _____

Nervus IX: _____

Nervus X : _____

Nervus XI : _____

Nervus XII : _____

10. Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brakhial Indeks (ABI) : Kanan _____ Kiri _____

- Monofilamen : Kanan _____

Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambar :

S : Severe : _____

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
Rt	IV		Sebagai pengganti Cairan	
Ketorolac	IV	08:00 WIB	mengurangi rasa nyeri	
Panitidin	IV	08:00 WIB	Digunakan untuk	
			mengatasi gangguan yang di	
			sebabkan	
			asam lambung	

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : Ny. S Jenis Kelamin : L / P No. Register : 173193 Tanggal Penilaian Risiko : 25-04-

PARAMETER	TEMUAN				S
Persepsi Sensori	1. Tidak merasakan/respon thd stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hny berespon pd stimuli nyeri, tdk dpt menkomunikasikan ketidaknyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.	
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	4. Kulit kering	
Aktivitas	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	4. Dapat berjalan sekitar Ruangan	
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi ekstremitas mandiri	4. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan	
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makanannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	4. Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.	
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan		
					SKOR

Diadopsi dari Braden & Bergstom (1998), AHCPR (2008)

Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat ti

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : NY-S
 Dx. Medis : Low back Pain
 Ruang : P. Melati
 No. MR : 173193

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1	25-04-2022	- Pasien mengatakan nyerinya sudah 5 hari yang lalu DS : - Pasien mengatakan nyeri pada tulang ekor hingga menjalar ke punggung - Pasien mengatakan nyerinya seperti tertimpa benda berat - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat tidur dan duduk. DO : kesadaran composmentis Pasien tampak meragis skala nyeri 6 TTV - TD : 125/40 mmHg N : 86 x/menit P : 20 x/menit S : 36,7 °C	Nyeri akut	Agar Pencegahan fistula
2	25-04-2022	DS : Pasien sering menanyakan tentang soal sakit yang sedang dialaminya saat ini DO : Pasien khawatir akan terjadinya stroke Pasien tampak gelisah Pasien jatuh dari pohon terduduk umur 12 tahun	- Defisit Pengetahuan	kurang terpapar informasi

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : M.Y. S
 Dx. Medis : Low back pain
 Ruang : R. Melati
 No. MR : 175193

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
3.	25-04-2022	DS : Pasien mengatakan khawatir jika tidak segera sembuh dapat mengganggu aktivitasnya Pasien mengatakan sulit berkonsentrasi DO : Pasien tampak gelisah Pucat Pasien sering terbangun khususnya malam hari Sering bak 2 x 1 jam	Ansietas	Krisis Situasional
		DS : DO :		

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny.S
Dx. Medis : Low back pain
Ruang : P. Melati
No. MR : 172193

HARI KE-1 : Tanggal 25-04-2022

1. Nyeri akut b.d Agen Penderita fisik
2. Defisit pengetahuan b.d kurang kurang terpapar informasi
3. Ansietas b.d krisis Situasional
- 4.

HARI KE-2 : Tanggal 26-04-2022

1. Nyeri akut b.d Agen Penderita fisik
2. Ansietas b.d krisis Situasional
- 3.
- 4.

HARI KE-3 : Tanggal 27-04-2022

1. Nyeri akut b.d agen pencadara fisik
- 2.
- 3.
- 4.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. S
 Dx. Medis : Low back Pain
 Ruang : P. Melati
 No. MR : 173193

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.	25-04-2022	Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil - keluhan nyeri menurun - skala nyeri menurun	Managemen nyeri observasi - Identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi kualitas nyeri - Identifikasi skala nyeri Terapeutik - berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri - edukasi jelaskan penyebab nyeri - kolaborasi Pemberian analgetik	- Mengetahui lokasi karakteristik nyeri - Mengetahui skala nyeri - Untuk mengurangi rasa nyeri - agar pasien dan keluarga mengetahui penyebab nyeri - Untuk mengurangi rasa nyeri	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. S
 Dx. Medis : Low back pain
 Ruang : R. Melati
 No. MR : 173193

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2.	25-04 2022	Defisit pengetahuan	Setelah dilakukan Askep diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dgn kriteria hasil: 1. pertanyaan ttg masalah yg di alami menurun - Persepsi yg keliru Menurun	Edukasi kesehatan - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik - Selesaikan materi dan media perkes - Jadwalkan perkes Edukasi - Ajarkan hidup sehat	Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan pasien dan informasi	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. S
 Dx. Medis : Low back pain
 Ruang : R. Melati
 No. MR : 173193

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3.	Ansietas	Setelah diberikan Asuhan Keperawatan	Setelah dilakukan askep diharapkan tingkat Ansietas menurun dengan kriteria hasil : Pucat menurun Gelisah menurun	Reduksi Ansietas . - Identifikasi tingkat Ansietas - Identifikasi pengambilan keputusan - Terapeutik Pahami situasi yg membuat ansietas. Edukasi - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien - Latih teknik relaksasi	Untuk mengetahui fkt ansietas Untuk mengetahui keluhan klien.	H

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : NY-S
 Dx. Medis : Low back Pain
 Ruang : R. Melati
 No. MR : 173193

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	25-04-2022 08 : 00 WIB 08 : 15 WIB		- Memonitor ttv - Memberikan injeksi - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi lokasi dan kualitas nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri - Menjelaskan penyebab nyeri - Menjelaskan teknik relaksasi nafas dalam	S : Pasien mengatakan nyeri dibagian tulang ekor - Pasien setuju untuk diberikan pentas tentang Penyakit LBP - Pasien mengatakan nyerinya berkurang ketika berjalan - Pasien masih mengatakan nyeri ketika duduk dan tidur - Pasien sudah mengerti ketika diajak ngobrol dan bercerita tentang masalah kesehatannya. O : kesadaran composmentis, pasien tampak masih meringis, skala nyeri 6 - Pasien tampak mengerti apa yang dijelaskan tentang penyakit LBP dan mampu menjelaskan kembali.	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : M.Y.S
 Dx. Medis : Low back pain
 Ruang : P. Melati
 No. MR : 173193

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2	25-04-2022		- Kontrak dengan pasien untuk melakukan perikes tentang Low back pain. - Ditraksi (mengajak pasien berbicara dan bercerita).	- Pasien masih tampak pucat TTV = TD 135/70 mmHg N = 86 x/menit RR = 20 x/menit Suhu = 36,2°C - A : Nyeri akut, deficit pengetahuan, ansietas - P : Lanjutkan intervensi	
	26-04-2022		- Melakukan pemeriksaan TTV - Berikan injeksi kateterlak 30 mg/12jam ranitidine 2mg/12jam - Identifikasi skala nyeri - Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam - Melakukan Benkes tentang penyakit LBP - Ditraksi - Mengedukasi tentang cara hidup.	- S : Pasien mengatakan masih nyeri dibagian tulang ekor - Pasien mengatakan masih nyeri saat duduk dan tidur - Pasien mengatakan sudah paham tentang LBP - O : Skala nyeri 4, pasien sudah tampak rileks pasien dan keluarga memperhatikan dan mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya menjaga pola makan. TD=130/80 mmHg N: 88x/menit S=36,2°C	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : N.Y.S
 Dx. Medis : Low Back Pain
 Ruang : P. Melati
 No. MR : 173193

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	16-04-2022		Sehat dan pergerakannya menjaga pola makan	A : Meri akut, defisit pengetahuan, ansietas D : Lanjutkan intervensi	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

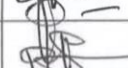
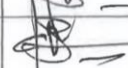
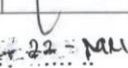
Nama Klien : Ny. S
 Dx. Medis : Low back pain
 Ruang : R. Melati
 No. MR : 173193

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3.)	27-04-2022		- Mencuci tangan Sebelum Melakukan tindakan - Melakukan TTV - Melakukan injeksi ketorolac 30 mg / 12 jam, rami tidin 25 mg / 12 jam - Identifikasi skala nyeri - Mengajarkan teknik relaksasi	S = Pasien mengatakan nyerinya berkurang D = Skala nyeri 2 TD: 135/90 S = 36.7 °C A = Nyeri akut, Defisit nutrisi, Ansietas Teratasi P = Anjurkan melakukan teknik nafas dalam ketika merasa nyeri	

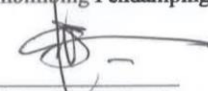
	POLTEKES TANJUNGGARANG	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : ARIE SUMRINO
 NIM : 1911101066
 Pembimbing Pendamping : MEPAH BANGSAWAN K. SKM. M.kes
 Judul Tugas Akhir : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN NYAMAN (NYERI)
PADA PASIEN LOW BACK PAIN DI RUMAH SAKIT DKT DENKESYAH.
LAMPUNG.

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1		Jurnal 25 Subrigis		
2	26/04	Revisi penulisan BAB I & II		
3	26/04	Revisi penulisan BAB III & IV		
4	26/04	Revisi penulisan BAB V		
5	27/04	Revisi penulisan Abstrak		
6	27/04	Revisi penulisan Ref. pustaka		
7	27/04	Revisi penulisan Footnote		
8	27/04	Prinsip/Sejarah LTA		
9	26/04	Ace Review		
10		Revisi bab akhir		
11		Ace file akhir		
12		Revisi Capa LTA		

Bandar Lampung, Selasa 22 Mei 2020
 Pembimbing Pendamping


 MEPAH BANGSAWAN K. SKM. M.kes

	POLTEKES TANJUNGPUR	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPUR	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA**

Nama Mahasiswa : ADIF Sumpeno
 NIM : 1914401066
 Pembimbing Utama : Ns. Efa Ariyana S.kep. M.kes
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan rasa nyaman nyeri pada Pasien Low back pain di Rumah Sakit Dkt DENKESYAH LAMPUNG

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	19-02-2022	Persetujuan judul : Judul disetujui Lanjutkan bab I		
2	22-02-2022	Perbaiki bab I lanjut bab II		
3	27-02-2022	Perbaiki bab I dan II lanjut bab III		
4	04/03-2022	Perbaiki bab III Lanjutkan ke pasien		
5	10-03-2022	Perbaiki pengkajian (ungkapi)		
6	20-03-2022	Perbaiki Laporan askep		
7	25-03-2022	Perbaiki Laporan askep kasus		
8	30-03-2022	Pembahasan diperbaiki		
9	25-04-2022	ganti pasien dan lakukan pengkajian		
10	28-04-2022	Perbaiki askep kasus (pengkajian)		
11	07-05-2022	Perbaiki bab 4 dan 5		
12	19-05-2022	Acc Seminar		

Bandar Lampung, 19-Mu-2022.
Pembimbing Utama


Ns. Efa Ariyana S.kep. M.kes.
 NIP. 196810061989052002.

	POLTEKKES TANJUNGPURANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURANG	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Lembar Masukan dan Perbaikan Seminar LTA	Revisi	
		Halaman	

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : ALYX SUMBERNO
 NIM : 1911401066
 Tanggal : 22 Juni 2022
 Judul Penelitian : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN PASA NYAMAN (NYERI) PADA PASIEN LOW BACK PAIN DI RS DKT LAMPUNG

No	Masukan/Perbaikan	Keterangan
1.	Elrah Rumusan diagnosa nyeri	✓
2.	Perbaiki kelisan diabstrak sesuai nomor nya	✓
3.	Perbaiki data y dx nyeri	✓
4.	Perbaiki daftar pustaka (penomoran hal)	✓
	Merah	
1.	Perbaiki abstrak	✓
2.	Perbaiki penulisan bahasa asing demiringkan	✓

Bandar Lampung, 22 Juni 2022

TIM PENGUJI

Ketua



El Rahmahayati S.Kep., M.Kes

NIP. 197003042002122002

Anggota 1



Masrah barysawan SKM, M.Kes

NIP. 195705011982031005

Anggota 2

(Moderator/Sekretaris)



Efa Arisna S.Kep M.Kes

NIP. 196810081989052002