

LAMPIRAN

Lampiran 1 : *Informed Conset*

Lampiran 1

LEMBAR INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan Pasien)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tedi Irawan

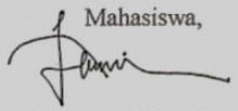
Umur : 22

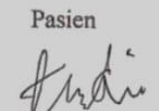
Ruang Rawat : Kamelia

Rumah Sakit : DKT Bandar Lampung

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.

Bandar Lampung, 15 Februari 2022

Mahasiswa,

TOMI APRIYANI

Pasien


Mengetahui,
Pembimbing Lahan/CI


Ns. Yuyun Tuliandari S.Kep

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Judul

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Persetujuan Judul KTI/LTA	Revisi	
		Halaman	

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/ TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Tomi Apriyanti

NIM : 1914401059

Judul yang diajukan

1. Asuhan Keperawatan Gangguan kebutuhan cairan pada pasien DHF
(dengue Hemorrhagic fever) di Ruang Kamelia RS DKT Bandar Lampung
Tahun 2022.

2.

3.

Judul yang disetujui

1. Asuhan Keperawatan Gangguan kebutuhan cairan pada pasien DHF
(dengue Hemorrhagic fever) di Ruang Kamelia RS DKT Bandar Lampung
Tahun 2022.

Bandar Lampung, 16 februari 2022

Pembimbing Utama


Ns. Musiana, S.kep., M kes
NIP. 197404061997032001

Pembimbing Pendamping


Nt. Yuniati, S.st., M kes
NIP. 197701192002012002

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN
KEBUTUHAN -----AKIBAT PATOLOGI SISTEM
DENGAN DIAGNOSA MEDIS
DI



Nama :

NIM :

POLTEKKES TANJUNGPURA KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPURA
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGPURA
2021

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : _____
NIM : _____ Tgl Pengkajian : _____
Ruang rawat : _____ No. Register : _____

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : _____
2. Umur : _____ tahun
3. Jenis kelamin : L / P *
4. Pendidikan : _____
5. Pekerjaan : _____
6. Tgl masuk RS : _____ Waktu..... WIB
7. Dx. Medis : _____
8. Alamat : _____

B. RIWAYAT KESEHATAN

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

Masuk ke Ruangan pada tanggal : _____ Waktu : _____ 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 : _____

() GCS : E _____ M _____ V _____

Tanda Vital Saat Masuk : TD _____ mmHg

Nadi _____ x/menit () teratur () Tidak teratur () Lemah () Kuat

RR _____ x/menit () teratur () Tidak teratur

Nyeri :

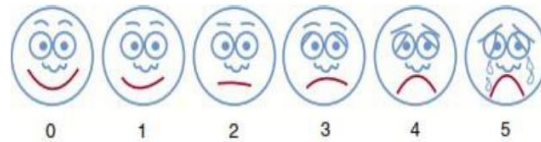
Numeric Rating Scale

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

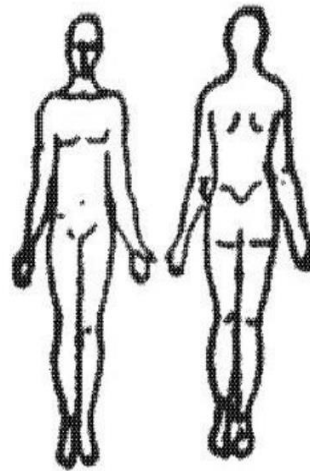
X – Body Piercing

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		
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0		
		Ya	15		
3	Alat Bantu Jalan				
	a. Bedrest dibantu perawat		0		
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15		
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		30		
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0		
		Ya	20		
5	Gaya berjalan / pindah				
	a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri		0		
	b. Lemah tidak bertenaga		10		
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)		20		
6	Status Mental				
	a. Sadar penuh		0		
	b. Keterbatasan daya ingat		15		
	JUMLAH SKOR			-----	

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 : _____

2. Riwayat penyakit Sekarang :

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:

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 :

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 :

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 :

Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi :

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/camilanx / 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 : 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 terakhirml

Volume urine bag dalam 6 jam terakhirml

Volume urine bag dalam 8 jam terakhirml

Volume urine bag dalam 24 jam terakhirml

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

Tetes irigasi tts/menit

Catatan lain :

.....
.....
.....

4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

❖ Aktifitas sehari-hari

Pekerjaan :

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 :

.....
.....
.....

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

() pengunjug/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.....
- ❖ 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 :
- ❖ 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 :mmHg, Nadi :x/menit () kuat () lemah
() Teratur () Tidak teratur RR : x/mnt () teratur () tidak
Teratur. Irama nafas : () normal () Cheyne Stokes () Biot
() Kussmaul () Hyperventilasi () Apneustik

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

1. Kepala : _____

2. Leher : _____

3. Thorax (Jantung & Paru):

a. Inspeksi : _____

b. Palpasi : _____

c. Perkusi : _____

d. Auskultasi : _____

4. Abdomen

a. Inspeksi : _____

b. Auskultasi : _____

c. Palpasi : _____

d. Perkusi : _____

5. Punggung & Tulang Belakang : _____

6. Genetalia & Rektum : _____

7. Ekstremitas Atas & Bawah : _____

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 Brachial Indeks (ABI) : Kanan _____ Kiri _____

- Monofilamen : Kanan _____

Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambar :

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

[illegible]

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien :
Dx. Medis :
Ruang :
No. MR :

HARI KE-1 : Tanggal

1.....

2.....

3.....

4.....

HARI KE-2 : Tanggal

1.....

2.....

3.....

4.....

HARI KE-3 : Tanggal

1.....

2.....

3.....

4.....

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

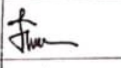
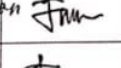
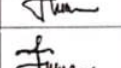
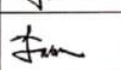
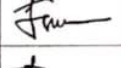
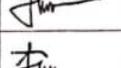
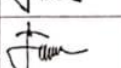
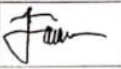
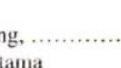
No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf

Lampiran 4 : Lembar Bimbingan

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

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : TOMI APRIYANI
 NIM : 1919401054
 Pembimbing Utama : Ns. Musiana, S.kep, M.Kes
 Judul Tugas Akhir : Asuhan keperawatan Gangguan kebuluteraan pada pasien DHE (Demam, hemoroidis, fever) di Ruang Kamelia, RS DKT Bandar Lampung Tahun 2022

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Kamis 20/1/2022	Diskusi topik		
2	15/2/2022	Acc pengambilan posien		
3	16/2/2022	Acc pengambilan fokus asuhan kebuluteraan pasien DHE		
4	10/3/2022	Bab I s/d Bab III Perbaiki sesuai diskusi / masukan		
5	27/4/2022	Perbaiki bab II		
6	28/4/2022	Simulasi & tinjauan pustaka & judul		
7	10/5/2022	Bab II s/d Bab IV Perbaiki sesuai diskusi / masukan		
8	11/5/2022	Acc seminar hasil		
9	19/5/2022	Perbaiki sesuai saran & lembar masukan		
10	7/6/2022	Subtle diperbaiki judul, kelainan ang, konsistensi istilah, tabel, fig, tem		
11	13/6/2022	Kata kunci & abstrak diperbaiki		
12	13/6/2022	Acc cetak		

Bandar Lampung,
 Pembimbing Utama

Ns. Musiana, S.kep, M.Kes
 Nip: 1919401054032001

	POLTEKKES 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 PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : Tomi Apriyani
NIM : 1919401059
Pembimbing Pendamping : Ns. Yuniati, S.S.IT, M.Kes
Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan Pada Pasien DHF (Dengue Hemorrhagic Fever) Di Ruang Rawat RS Dkt Bandar Lampung Tahun 2022

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	20/1/2022	Diskusi topik		
2	27/4/2022	Perbaiki spasi dalam penulisan Penulisan antar jarak penulisan		
3		penomoran halaman Penulisan daftar isi		
4	9/5/2022	Acc Magn		
5	13/6/2022	halaman, penulisan kata deskripsi kata pengantar		
6	14/6/2022	penomoran halaman, spasi tabel		
7	16/6/2022	Acc Cetak		
8				
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung,

Pembimbing Pendamping

Ns. Yuniati, S.S.IT, M.Kes
NIP. 197701192002122002

Lampiran 5 : Lembar Perbaikan Saran

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

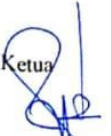
LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Tomi Apriyani
 NIM : 1914401059
 Tanggal : 19 Mei 2022
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Banggukan kebutuhan cairan (Hipovolemia) pada pasien DHF (Dengue Haemorrhagic fever) di Ruang Kamah Kumah Sakit DKT Bandar Lampung Tahun 2022

No	Masukan/Perbaikan	Keterangan
1	judul tidak menggunakan singkatan, hhl dua 4 hipovolem	✓
2	Konsisten penggunaan istilah → DHF/ DBD ?	belum diperbaiki ✓
3	Tulisan asing cetak miring	✓
4	Abstrak diperbaiki	belum selesai ✓
5	Lampiran Pendahuluan → kembalikan data 3 di DKT	✓
6	Sumber: di daftar pustaka dikecilkan	cek lagi gntnya ✓
7	Faktor: yg m'panganti ke cairan diuraikan & pembalasan	manajemen
8	Tabel 2.1 → cari yg lengkap	✓
9	Konsep Askep → ada penjelasan dulu askep & langkahnya	blm ✓
10	Patofisiologi diuraikan dulu baru buat pathway	blm ✓
11	Tanggal askep 16-19 ? 16-18 ?	✓
12	Tingkat output cairan nya & berapa ? dulu kudu diuliskan gnt outputnya	→ evaluasi ✓

Bandar Lampung,

TIM PENGUJI

Ketua

 Ns. Sulastri, S.Kep., M.Kep., Sp.Juwa
 NIP. 197210151997032002

Anggota 1

 Ns. Yuniati, S.S., IT.M.Kes
 NIP. 197701192002122002

Anggota 2
 (Moderator/Sekretaris) 
 Ns. Musiana, S.Kep., M.Kes
 NIP. 197404061997032001