

Lampiran 1

LEMBAR INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan Pasien)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : NY. G

Umur : 42 tahun.

Ruang Rawat : Ruang Kamelia.

Rumah Sakit : TK-IV 02-02-04 DENKESYAH 02-04-03 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.

.....Februari 2022

Mahasiswa,



Jessica Putri Pratama.

Pasien



GRASELA

Mengetahui,
Pembimbing Lahan/CI



NS. LISA MARDIANA, S.Kep.

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

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

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/ TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : JESTICA PUTRI PRATAMA

NIM : 1914401011

Judul yang diajukan

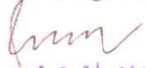
1. Asuhan keperawatan gangguan kebutuhan Aktivitas dan Istirahat pada Pasien stroke non Hemoragik di Ruang Kamelia RS Tk. IV 02-07-04 DENKESYAH 02-04-03 DKT Denkesyah Lampung
2. Asuhan keperawatan gangguan kebutuhan Aman Nyaman (hipertermia) pada pasien DHF diruang kamelia RS Tk. IV 02-07-04 DENKESYAH 02-04-03 DKT Denkesyah Lampung
3. Asuhan keperawatan gangguan kebutuhan Termoregulasi pada pasien Demam Thyroid di Ruang kamelia RS Tk. IV 02-07-04 DENKESYAH 02-04-03 DKT Denkesyah Lampung

Judul yang disetujui

1. Asuhan keperawatan gangguan kebutuhan Aman Nyaman pada pasien DHF diruang kamelia RS Tk. IV 02-07-04 Denkesyah 02-04-03 DKT Denkesyah Lampung

Bandar Lampung, 8 Februari 2022

Pembimbing Utama


PURWATI, S.Pd., MAP
 NIP. 196304071984022001

Pembimbing Pendamping


Ns. Sunarini, S.Kep., MM
 NIP. 196806231990032001

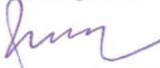
	POLTEKKES TANJUNGPURBAN	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURBAN	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

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

Nama Mahasiswa : JESTICA PUTRI PRATHMA
NIM : 1914401011
Pembimbing Utama : PURWATI, S.Pd., MAP.
Judul Tugas Akhir :
Asuhan Keperawatan Gangguan Keamanan Aman Nyaman (Hipertermia) Pada pasien DM di Ruang
Kameria RS. Tk.IV 02-03-09 DENKESYAH 02-09-03 Det Lampung.

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	17 Februari 2022 Kamis	acc judul		
2	14 Maret 2022 Senin	bab I tambahan konsep dasar keperawatan m. karyak		
3	Senin, 14 Maret 2022	bab II keperawatan m. m. 2 → nyeri akut		
4	Selasa, 15 Maret 2022	bab II acc		
5	Selasa 15 Maret 2022	layar bab II		
6	Rabu 16/3/2022	acc bab II layar bab II		
7	Kamis 18/3/2022	bab III prinsip asuhan		
8	Jediso 22 Maret 2022	bab III bab III etika		
9	Sabtu 23 Maret 2022	acc bab III		
10	19/4/2022	acc bab II		
11	21/4/2022	acc bab II		
12	26/4/2022	acc ujian		

Bandar Lampung, 26 APRIL 2022
Pembimbing Utama


PURWATI, S.Pd., MAP.

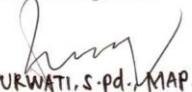
	POLTEKKES TANJUNGPURWATI	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURWATI	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

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

Nama Mahasiswa : JESTICA PUTRI PRATAMA
NIM : 1914401011
Pembimbing Utama : PURWATI, S.Pd., MAP.
Judul Tugas Akhir :
ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN AMAN NYAMAN (HIPERTERMIA)
PADA PASIEN DENGUE HEMORAGIC FEVER DI RUANG KAMELIA PS-TK-IV
02-07-09 DENKESYAH 02-09-03 LAMPUNG TAHUN 2022

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Kamis, 2 JUNI 2022	Revisi BAB 1, latar belakang, perbaikan saran.		
2	Jum'at, 3 JUNI 2022	Acc cetak		
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 3 JUNI 2022
Pembimbing Utama


PURWATI, S.Pd., MAP.
NIP. 196304271989022001

	POLTEKKES 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 PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : JESTICA PUTRI PRATAMA
 NIM : 1911401011
 Pembimbing Pendamping : Ns. Sunarsih, S.Kep., MM
 Judul Tugas Akhir :
 Asuhan Keperawatan Gangguan kebutuhan Aman Nyaman (Hipertermia) pada Pasien DMF di Ruang
 Kamelia RS. TK-IV 02-07-04 DENKESYAH 02.09.03 DM LAMPUNG.

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	17 Februari 2022 Kamis	Ace judul Carut Bab I		
2	Senin, 25 Februari 2022	Bab I. Definisi, penyebab, tanda dan gejala, patofisiologi		
3	Rabu, 16 Maret 2022	Bab II. Definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi		
4	Rabu, 23 Maret 2022	Bab III. Definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi		
5	Selasa, 19 April 2022	Bab IV. Definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi		
6	Kamis, 21 April 2022	Bab V. Definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi		
7	Jum'at, 22 April 2022	Penyakit Diabetes Mellitus		
8	Senin, 25 April 2022	Definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi		
9	25 April 2022 Senin	Definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi		
10	Selasa, 26 April 2022	Definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi		
11	Rabu, 27 April 2022	Ace idong		
12	Senin, 06 Juni 2022	Ace Cete		

Bandar Lampung, 27 April 2022
 Pembimbing Pendamping

Ns. SUNARSIH, S.Kep., MM
 NIP: 1968062319900320001

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 : _____
Ruang rawat : _____ Tgl Pengkajian : _____
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 : _____

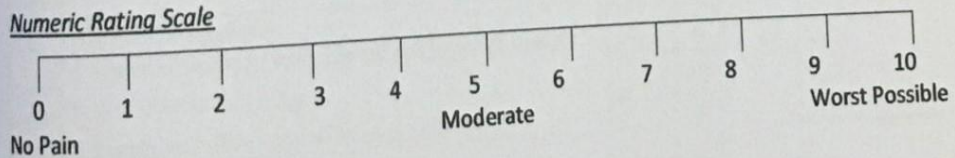
B. RIWAYAT KESEHATAN

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 _____

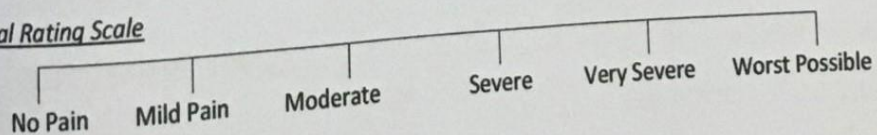
Tanda Vital Saat Masuk : TD _____ mmHg
Nadi _____ x/menit () teratur () Tidak teratur () Lemah () Kuat
RR _____ x/menit () teratur () Tidak teratur

Nyeri :

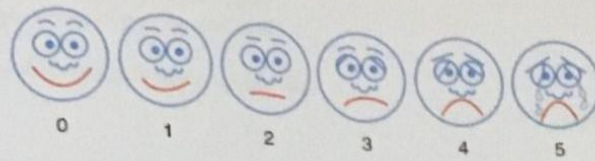
Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Wong & Baker Faces Rating Scale

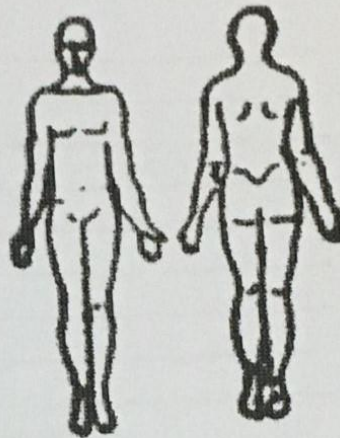


Status Lokalis :

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

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

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

Pernahkah klien menjalani operasi ? Dirawat karena

Jika pernah, kapan,.....

Catatan lain : Dioperasi karena

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

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

Obat Yg sering dikonsumsi :

Terapi lain yg dijalani : Jamu Yg sering dikonsumsi :

Tujuan mengkonsumsi obat, jamu, herbal atau terapi tersebut adalah (Cth : Accupresure, bekam, akupuntur, dll)

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/cemilan 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

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 :

() Merasa BB normal

() Merasa BB Lebih

() Merasa ...

() Merasa kurus

Catatan lain :

❖ Eliminasi buang air kecil (b.a.k)

() 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

() 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
 () Intensi parsial/total () urine menetes () menses tidak teratur

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

() Dilakukan kateterisasi urine, jenisnya Lama kateter terpasang :hari
Kebersihan kateter : () bersih () tampak kotor

Kebersihan kateter : () bersih () tampak kotor
Keluhan klien terhadap kateter terpasang : () nyeri

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.

Tetesan irigasi : tts/menit

Catatan lain :

❖ Aktivitas 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

() 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

❖ 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 :

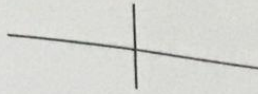
d. Perkusi :

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 Brakhial Indeks (ABI) : Kanan _____ Kiri _____

- Monofilamen : Kanan _____
Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambar :

P : Peripheral _____

E : Extend or Size : _____

D : Depth or Tissue Loss : _____

I : Infection and Sensation : _____

S : Severe : _____

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

(Laboratorium, Radiologi, USG, CT Scan, MRI, Kultur, dll bila diperlukan buat dalam bentuk daftar / table hasil pemeriksaan yg menunjukkan perkembangan hasil pemeriksaan)

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

[illegible]

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : Jenis Kelamin : L / P No. Register : Tanggal Penilaian Risiko :

PARAMETER	TEMUAN				SKOR
Persepsi Sensori	1. Tidak merasakan/respon thd stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hny respon pd stimuli nyeri, tdk dpt mengkomunikasikan ketidaknyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau respon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	4. Tidak ada gangguan sensori, respon 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 tinggi

FORMAT ANALYSIS 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

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf