

Lampiran 1

LEMBAR INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan Pasien)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Samiyem

Umur : 64 tahun

Ruang Rawat : RPOA

Rumah Sakit : RS Ahmad Yani kota Metro


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.

..... Senin 14 Februari 2022


Mahasiswa,


Muhara

Pasien


Dewi S

Mengetahui,
Pembimbing Lahan/CI


Ns. SAEFUDIN, S. Kep
NIK. 197203020 199403 1 003

Keterangan:

***) coret yang tidak perlu**

Lampiran 2

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN
KEBUTUHAN ^{NYERI DAN KENYAMANAN} ----- **AKIBAT PATOLOGI SISTEM** ^{ENDOKRIN}
DENGAN DIAGNOSA MEDIS ^{DIABETES MELITUS}
DI ^{RUANG PENYAKIT DALAM A RSAY KOTA METRO}



Nama : Muliana Rizky Nurcaji.....

NIM : 191440100.....

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

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Mutiara Rizky Nurfitri
NIM : 1914401100 Tgl Pengkajian : 14 Februari 2022
Ruang rawat : RPDA No. Register : 385173

A. IDENTITAS KLIEN

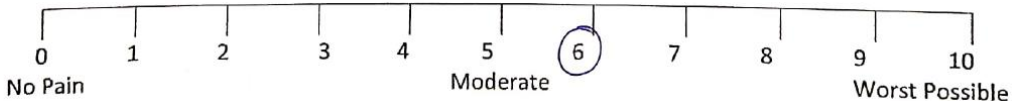
1. Nama : Samiem
2. Umur : 64 tahun
3. Jenis kelamin : T / P *
4. Pendidikan : SD
5. Pekerjaan : Ibu Ruman tangga
6. Tgl masuk RS : 12 Februari 2022 Waktu : 12.26 WIB
7. Dx. Medis : Diabetes Mellitus
8. Alamat : Purwasari, RT/RW 028/005, Kota Metro

B. RIWAYAT KESEHATAN

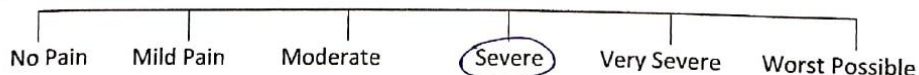
Cara Masuk : Melalui IGD () Melalui Poliklinik () Transfer ruangan _____
Masuk ke Ruangan pada tanggal : 12-02-2022 Waktu : 20.25 WIB
Diantar Oleh : () sendiri () Keluarga Petugas Kesehatan () Lainnya _____
Masuk dengan menggunakan : () Berjalan () Kursi Roda Brankar () Kruk () Walker
() Tripod () Lainnya, Jelaskan _____
Status Mental saat masuk : () Kesadaran : Composmentis
() GCS : E 4 M 5 V 6
Tanda Vital Saat Masuk : TD 170/110 mmHg
Nadi 131 x/menit () teratur Tidak teratur () Lemah Kuat
RR 30 x/menit () teratur Tidak teratur

Nyeri :

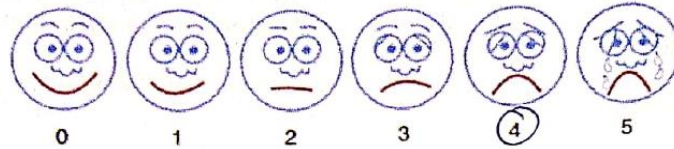
Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Wong & Baker Faces Rating Scale

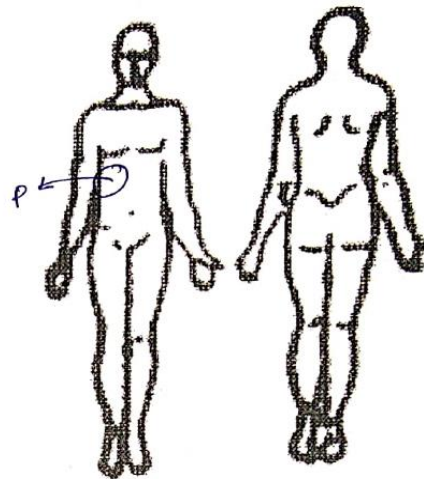


Status Lokalis :

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	0	25	Pasien mengatakan Pernah jatuh karena Pusing GDS naik
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	15	Selain DM, Dr Medis Pasien ada Obstruksi, Meted-risnus dan Gastropati
		Ya	15		
3	Alat Bantu Jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang / Tongkat / Walker c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		0	30	Pasien mengatakan Jika ingin ke kamar Mandi Ia berpegangan pada dinding, terutama jika nilai GDS pasien naik
			15		
			30		
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	20	Pasien terpasang infus RL pada tangan kanan .
		Ya	20		
5	Gaya berjalan / pindah a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri b. Lemah tidak bertenaga c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)		0	10	pasien Mengatakan Sufit jika ingin berjalan ms. ke kamar mandi Merasa lemah dan dibantu anaknya .
			10		
			20		
6	Status Mental a. Sadar penuh b. Keterbatasan daya ingat		0	0	Pasien Sadar penuh dan dapat berkomunikasi dengan baik .
			15		
JUMLAH SKOR				100	Risiko tinggi, tindakan pencegahan jatuh risiko tinggi.

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

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Pasien masuk ke RS pada tanggal 12/2/2022 diantar oleh keluarganya melalui GGD dengan keluhan nyeri pada perut dan sulit BAB, Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 6, terasa penuh dan hilang timbul, nyeri di bagian perut kiri atas, pasien merasa kembung dan tidak buang angin sejak 6 hari lalu, tidak BAB sejak 4 hari lalu tetapi pagi (14/2/22) BAB hanya sedikit, pasien memiliki riwayat jatuh, dan merasa pusing penglihatan kabur, pasien berjalan dengan berpegangan pada dinding, Nt > 120 x/menit, TD > 170/100 mmHg, RR > 24 x/menit tak teratur, Peristaltik usus 4 x/menit

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : Tidak ada

4. Bentuk reaksi alergi yg dialami : Tidak ada

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

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI
<u>Tidak ada</u>	<u>Tidak ada</u>	<u>Tidak ada</u>	<u>Tidak ada</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

() Ya, Alasan : _____

() Tidak, Alasan : _____

7. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang:

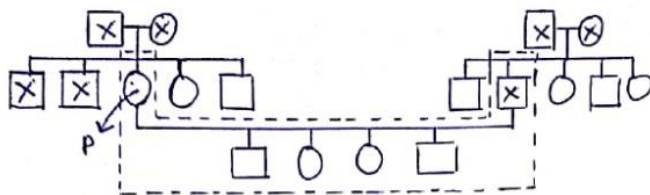
Pasien mengatakan pernah dirawat karena luka di jari dan kakinya sulit sembuh dirawat pada bulan Januari 2022 lalu.

8. Riwayat penyakit keluarga :

Pasien mengatakan neneknya juga dahulu mengalami diabetes mellitus.

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik

Gambar Genogram :



Keterangan Genogram :

- : Laki-Laki
- : Perempuan
- ⊗ : Laki-Laki Meninggal
- ⊗ : Perempuan Meninggal
- : Berhubungan
- - - : Tinggal dalam Satu Rumah
- : Pasien

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 :

Pasien tampak lemah, meringis, sambil memegang perutnya.

❖ 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 : Diet DM :
- () 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 : Melakukan pengecekan GDS, kolesterol, dan Tekanan Darah

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

Jenis Faskes yg dikunjungi : Puskesmas dan Rumah Sakit

() Memiliki jaminan kesehatan/asuransi

Jenis Jamkes yg dimiliki : JKN

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? Pernah.....

Jika pernah, kapan, Februari 2022 dan tahun 2020..... Dirawat karena Ulcerus Diabetikum, dan ISK

Pernahkah klien menjalani operasi? Tidak pernah.....

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

Catatan lain :

Pasien Mengatakan Pernah dirawat karena ISK pada tahun, dan Pernah dirawat karena luka yang sulit Sembuh pada tahun

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

Obat Yg sering dikonsumsi : Tidak ada :..... Jamu Yg sering dikonsumsi : Tidak ada :.....

Terapi lain yg dijalani : Tidak ada..... (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? 1-1.5 centong..... (ukuran Rmh Tangga)

Konsumsi Sayur Mayur : Selalu Kadang kadang Sangat Jarang

Jenis Sayur Yg paling disukai : Sayur Bening Bayam :.....

Jenis Sayur yg dihindari/tidak disukai : Tidak ada :.....

Olahan sayur yg sering : rebus masak santan tumis bakar Goreng

Konsumsi Lauk : Selalu Kadang kadang

Jenis lauk Yg paling disukai : ikan (tawar / laut).....

Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi : ikan dan telur dadar :.....

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

Jenis lauk yg dihindari/tidak disukai : ikan mas :.....

Frekuensi makan makanan utama & pelengkap nya : 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 : Diet DM (Lih. di catatan medis)

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

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

Frekuensi pemberian : 3x / 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 menegcap () 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 Nyeri Pada Perut kiri atas

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

Catatan lain :

Pasien mengatakan nyeri pada Perut kiri atas dan hari ini (14/2/2022) sudah muntah 2x.

- ❖ Energi Metabolik

() merasa lemah

() merasa tenaga menurun

() mudah lelah

() tidak mampu melakukan aktifitas

() tidak ada tenaga

Catatan lain :

Pasien mengatakan karena nyeri yang dirasakanny terlalu sakit sehingga membuat pasien merasa lemas dan tidak bertenaga untuk melakukan aktivitas.

- ❖ 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 terakhir :³⁰⁰.....ml

Volume urine bag dalam 6 jam terakhir :⁷⁰⁰.....ml

Volume urine bag dalam 8 jam terakhir :¹⁴⁰⁰.....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 :

Pasien sudah tidak Buang angin selama 6 hari

dan tidak BAB selama 4 hari.

4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

- ❖ Aktifitas sehari-hari

Pekerjaan : Ibu Rumah tangga

Kegiatan Sosial/kemasyarakatan : Pasien Mengatakan Sudah tidak pernah ikut Kegiatan Sosial

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/pembezoek 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 nyeri tertumpul, hilang timbul dibagian perut kiri atas .

❖ Kognitif

Tingkat pendidikan terakhir...SD:.....

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 : Ibu Rumah tangga :.....

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

❖ Keanggotaan kelompok sosial : Pasien Mengatakan Sudah tidak mengikuti Kegiatan Sosial :

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

.....
Pasien Mengatakan Sudah tidak kuat dalam Mengurus rumah, hanya bergantung pada anaknya .

❖ 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 : Sebagai Ibu rumah tangga

❖ Peran klien dalam masyarakat :

❖ Peran klien dalam pekerjaan :

❖ Kepuasan terhadap peran : puas () tidak puas

❖ Perubahan peran : () tidak ya, yaitu Pasien mengatakan sekarang sudah tidak mampu mengurus rumah.

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 :

Pasien mengatakan bahwa ia selalu beres-beres memiliki anak-anak yang mau merawatnya dan juga menggantikannya mengurus rumah, karena pasien sadar sudah tidak kuat untuk mengurus rumah.

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...Pasien mengatakan dengan berkumpul dengan anaknya dirumah membuatnya senang
- ❖ 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 : Pasien ber-suku Jawa
- ❖ Apakah tujuan hidup menurut klien :
Pasien mengatakan hanya ingin kembali sehat agar tidak merepotkan anaknya
- ❖ Keyakinan klien yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
Pasien tidak memiliki keyakinan budaya berkaitan dg penyakitnya, hanya berdoa dan percaya pelayanan medis
- ❖ Keyakinan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
keluarga pasien hanya yakin dengan berdoa dan kepercayaan pada pelayanan medis
- ❖ 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 karena pasien dipasang kateter sehingga sulit dalam melaksanakan ibadah sholat

D. PEMERIKSAAN FISIK

TANDA – TANDA VITAL : TD : 170/100 mmHg, Nadi : 128 x/menit kuat () lemah
() Teratur Tidak teratur RR : 29 x/mnt () teratur tidak
Teratur. Irama nafas : normal () Cheyne Stokes () Biot
() Kussmaul () Hyperventilasi () Apneustik

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

1. Kepala : Tidak terdapat benjolan yang abnormal, Tidak ada lesi, Rambut
halus Pendek Bersih, Pasien tampak diaforesis, Mukosa lembab, konjungtiva
anememis

2. Leher : Tidak terdapat benjolan yang abnormal, tidak ada distensi vena jugularis

3. Thorax (Jantung & Paru):

a. Inspeksi : Bentuk dada Simetris, Tidak terdapat penggunaan otot bantu
pernafasan, warna kulit sawo matang dan merata, kulit lembab .

b. Palpasi : Tidak ada benjolan yang abnormal, Kulit lembab .

c. Perkusi : Suara Saat Perkusi Paru terdengar Sonor, dan Saat Perkusi Jantung
terdengar dari Sonor (paru) ke Redup .

d. Auskultasi : terdapat suara vesikuler, dan tidak ditemukan Bunyi jantung
3 / tambahan .

4. Abdomen

a. Inspeksi : Tidak terdapat benjolan yang abnormal, warna kulit merata, tampak
bebas luka yang sudah mengering / sembuh .

b. Auskultasi : Bising usus 4x/menit (hipoaktif)

c. Palpasi : Terdapat distensi abdomen, dan nyeri tekan Pada Perut kiri atas .

d. Perkusi : Terdengar suara pekak Pada Perut kanan, dan timpani Pada
Perut kiri

5. Punggung & Tulang Belakang : Punggung Simetris, dan tulang belakang tampak
Normal, Punggung Pasien tampak Skoliosis

6. Genitalia & Rektum : Tidak terdapat kelainan Genitalia dan rektum, tidak ada
lesi atau pun benjolan yang abnormal pada Genitalia dan rektum .

7. Ekstremitas Atas & Bawah : Ekstremitas atas dan bawah dapat digerakkan dengan hati
hati, terpasang infus RL 20 tetes/menit pada tangan kanan, tidak ada beng kak pada Ekstremitas

8. Kekuatan otot :

4	4	4	4
4	4	4	4

9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : Tidak ada gangguan Sensorik pada pasien .

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 : Pasien masih bisa mencium dan membedakan aroma

Nervus III : Pasien Tidak dapat melihat dengan jelas .

Nervus IV : Pupil pasien mengecil perlahan saat diberi stimulus cahaya .

Nervus V : Pasien dapat merasakan nyeri dan membedakan sensasi halus tajam

Nervus VI : Pasien dapat melihat benda tanpa menoleh .

Nervus VII : Pasien dapat mendengarkan stimulus dengan baik .

Nervus VIII : Livula berada ditengah dan simetris

Nervus IX : Pasien dapat menggerakkan menoleh kekanan dan kekiri

Nervus X : Pasien dapat melawan tekanan di pipi dan dibahu .

Nervus XI : Pasien dapat melakukan gerakan wajah senyum, dan menutup kelopak mata

Nervus XII : Pasien dapat menggerakkan lidah .

10. Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brachial 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)

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
Infus RL	20 tpm, IV	12/2/2022		Nyeri dada, LTD batuk, sakit kepala
Omeprazole	1 vial 40mg, IV	12/2/2022	1/ iritasi / luka Pati lambung	Mual, muntah, Pusing nyeri abdomen.
Ondansetron	1 ampul, 4 mg, IV	12/2/2022	mual, muntah	Sakit kepala, Pusing mengantuk.
Infus NaCl	Loading 2000 cc	12/2/2022		
Novoropid	3 x 10 unit	12/2/2022		
Paracetamol	3 x 500 mg	12/2/2022		

HASIL LABORATORIUM

Pemeriksaan Hematologi
Hematologi Rutin
MPV = H 9,20 FL, Rujukan : 7,3 - 9
Pemeriksaan Kimia Klinik
GDS = H 385,0 mg/dL, Rujukan < 140

Pemeriksaan Rapid Antigen = Negatif

Pemeriksaan Urinisa
Kimia Urin
Glukosa : (+4), Rujukan : Negatif
Darah Sana : (+1), Rujukan : Negatif
Lekositesterase : (+1), Rujukan : Negatif
Sedimen Urin
Lekosit : H 8 /LPB, Rujukan : < 5
Eritrosit : H 5 /LPB, Rujukan : < 5

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 berespon pd stimuli nyeri, tdk dpt mengkomunikasikan ketidaknyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	4
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	3
Aktivitas	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	4
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan	3
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	3
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan	2
SKOR				19

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

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

Lampiran 3

	POLTEKES TANJUNGPURBAN	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURBAN	Tanggal	
	FORMULIR	Revisi	
	Persetujuan Judul KTI/LTA	Halaman	

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Mutiara Rizky Nurfitri

NIM : 1914401100

Judul yang diajukan :

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Nyeri dan Kenyamanan Pada Pasien Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam A RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2022.

2. Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nyeri dan Kenyamanan Pada Pasien Gasteritis Di Ruang Penyakit Dalam A RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2022.

3. Asuhan Keperawatan Gangguan Proteksi dan keamanan Pada Pasien Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam A RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2022.

Judul yang disetujui

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Nyeri dan Kenyamanan Pada Pasien Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam A RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2022.

Bandar Lampung, 24 Februari 2022.

Pembimbing Utama



Sunarsi, Ns., S.Kep., MM.

NIP.196808271987112001


Pembimbing Pendamping



Purwati S.Pd., MAP.

NIP. 196304271984022001

Lampiran 4

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

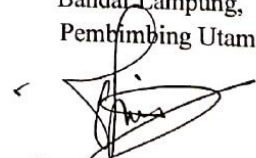
**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA**

Nama Mahasiswa : Mutiara Rizky Nurfitri
 NIM : 1914401100
 Pembimbing Utama : Sunarsih, Ns., S.Kep., MM

Judul Tugas Akhir :
Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Nyeri dan Kenyamanan Pada
Pasien Diabetes Mellitus Di Ruang Prayekt Dalam A RSUD Jendral Ahmad
Yani Kota Metro Tahun 2022.


No.	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1.	24/02/2022	Ace judul Cairat No 1		
2.	02/03/2022	Bab I ^{Asuhan Keperawatan} nyeri & kenyamanan		
3.	15/03/2022	Bab II. Ace -		
4.	06/04/2022	Bab III ^{Asuhan Keperawatan} plus ^{Asuhan Keperawatan} ^{Asuhan Keperawatan} ^{Asuhan Keperawatan}		
5.				
6.	11/04/2022	Bab IV ^{Asuhan Keperawatan} ^{Asuhan Keperawatan} ^{Asuhan Keperawatan}		
7.				
8.	18/04/2022	^{Asuhan Keperawatan} ^{Asuhan Keperawatan} ^{Asuhan Keperawatan}		
9.	22/04/2022	Bab V ^{Asuhan Keperawatan} ^{Asuhan Keperawatan}		
10.	26/04/2022	^{Asuhan Keperawatan} ^{Asuhan Keperawatan}		
11.	27/04/2022	Ace index		
12.				

Bandar Lampung, 27 April 2022.
 Pembimbing Utama



Sunarsih, Ns., S.Kep., MM.
 NIP.196808271987112001

Lampiran 5

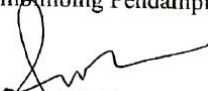
	POLTEKKES TANJUNGGARANG	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING


Nama Mahasiswa : Muhara Rizky Nurfitri
 NIM : 1914401100
 Pembimbing Pendamping : Purwati, S.Pd., MAP
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Nyeri dan Kenyamanan Pada Pasien
Diabetes Mellitus Di Ruang Penyakit Dalam A RSUD Jendral Ahmad Yani Kota
Metro Tahun 2022

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	24/02/22	acc lab tmbt		
2	02/2022/03	tmbt acc		
3	15/2022/03	Bab II Pembahasan awal dan sumber, hal		
4	06/2022/04	pembahasan sumber penerangan awal tmbt		
5	11/04/2022	tmbt acc		
6	18/04/2022	tmbt acc		
7	22/04/2022	tmbt IV & tmbt acc		
8	26/04/2022	DAFTAR pustaka, spes. abs trale		
9	27/04/2022	acc ul upian		
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 27 April 2022
Pembimbing Pendamping


 Purwati, S.Pd., MAP
 NIP. 196304271984022001

Lampiran 6

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

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Mutiara Rizky Nurfitri
 NIM : 191140100
 Tanggal : 12 Mei 2022
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan kebutuhan Nyeri dan kenyamanan pada pasien Diabetes Mellitus di PPDG RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro

No	Masukan/Perbaikan	Keterangan
1.	Uraian Capaian Keahlian	
2.	abstrak & kata pengantar.	
3.	latar belakang, profile askep nyeri	
4.	Konsep nyeri terkait judul saja.	
5.	penyusunan framework dg teori & askep. terkait lebih detail.	
6.	tinjauan di data pnyakit.	
7.	Saran lebih operasional	

Bandar Lampung, 14 Mei 2022

TIM PENGUJI

Ketua

DR. Apriana, SKp., M.Kes.

NIP.

Anggota 1

Purnama, S.Pd., M.A.P.

NIP.

Anggota 2
(Moderator/Sekretaris)

As. Nurris, S.Kep., N.M.I.

NIP.