

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Persetujuan Pasien (*Informed Consent*)

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : *Salim*
 Umur : *43* tahun
 Jenis Kelamin : *Laki-Laki*

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan kegiatan dari Praktikan
2. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu subjek asuhan dalam asuhan keperawatan yang dilaksanakan

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa/Praktikan

[Signature]

Delia Faramita
 NIM - 2019901049

Pasien

[Signature]

Salim

Mengetahui
 (Perseptor /CI)

[Signature]

 NIP 1981 0712 2003 1 000000

	POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Praktik Klinik Peminatan	Halaman	

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hasanah .
 Umur : 25 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan .

Dengan ini menyatakan bahwa:

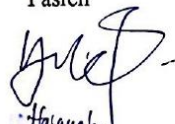
1. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan kegiatan dari Praktikan
2. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu subjek asuhan dalam asuhan keperawatan yang dilaksanakan

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa/Praktikan


 D. H. A. Faruqita
 NIM. 201901049

Pasien


 Hasanah
 NIP. 19830715200011005

Mengetahui
 (Perseptor /CI)


 WATI S. Kep
 NIP. 197103011980011005

Lampiran 2. Lembar Telah Melakukan Asuhan Keperawatan

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : Delia Faramita.
 NIM : 2019401040.

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 09 s/d 14 bulan Januari tahun 2023 di Ruang Kelas 2 dan 3, RS Bhayangkara Polda Lampung.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan.

Bandar Lampung, Januari 2023

Yang Menerangkan
(Perseptor /CI)



PERLINA NATI S. K.
NIP. 198307132006042003

Lampiran 3. Asuhan Keperawatan Mahasiswa

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWAPERIODE 2023 sd _____Nama : Delia FaramitaNIM : 201901049**POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPINANG**

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Delia Faramita
 NIM : 2014401049 Tgl Pengkajian : 09/01/2023
 Ruang rawat : Gelatik 2 No. Register : _____

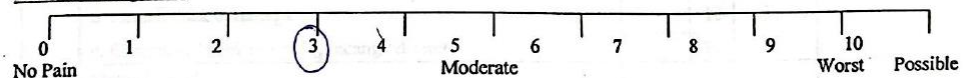
A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Tn-S
 2. Umur : 42 tahun
 3. Jenis kelamin : (L) P *
 4. Pendidikan : SMA
 5. Pekerjaan : Wiraswasta
 6. Tgl masuk RS : 09/01/2023 Waktu : 09.00 WIB
 7. Dx. Medis : DHF
 8. Alamat : Gg. Flamboyan, Tl. Seneng, bandar lampung

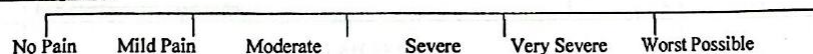
B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : ☒ Melalui IGD () Melalui Poliklinik () Transfer ruangan _____
 Masuk ke Ruangan pada tanggal : 09/01/2023 Waktu : 10.00 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 : Compos mentis
GCS : E 4 M 4 V 5
 Tanda Vital Saat Masuk : TD 108/80 mmHg S : 38,5°C
 Nadi 101 x/menit () teratur () Tidak teratur () Lemah ☒ Kuat
 RR 22 x/menit ☒ teratur () Tidak teratur
 Nyeri : SpO2: 96%

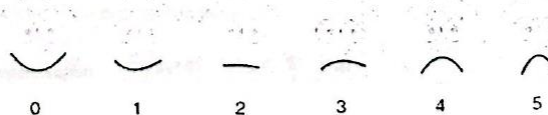
Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Wong & Baker Faces Rating Scale

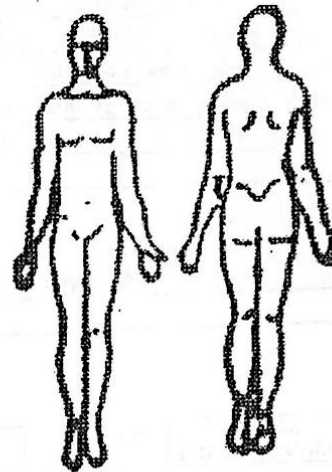


Status Lokal :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokal 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	
		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 Pasien terpasang infus
		Ya	20	
5	Gaya berjalan / pindah			10
	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		30	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

	SKOR	Δ KODE
1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar	0 - 24	HIAU
2. Risiko, lakukan tindakan pencegahan jatuh	>25	KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian : Demam sejak 3 hari.

2. Riwayat penyakit Sekarang: Pasien pada tgl Februari 2022 pukul WIB dibawa ke RS. G Hayangkaan Polda Lampung dengan mengeluh demam sekitar 3 hari. diare, mual tetapi tidak muntah. Kemudian pasien dibawa ke ruang IGD. Pasien mengatakan merasa mual saat mencium bau makanan dan saat mengonsumsi makanan/minuman yg akan masuk ke dalam mulut Sehingga pasien tidak nafsu makan. Pasien mengatakan

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll): Tidak ada riwayat alergi obat
Bentuk reaksi alergi yg dialami: Tidak ada

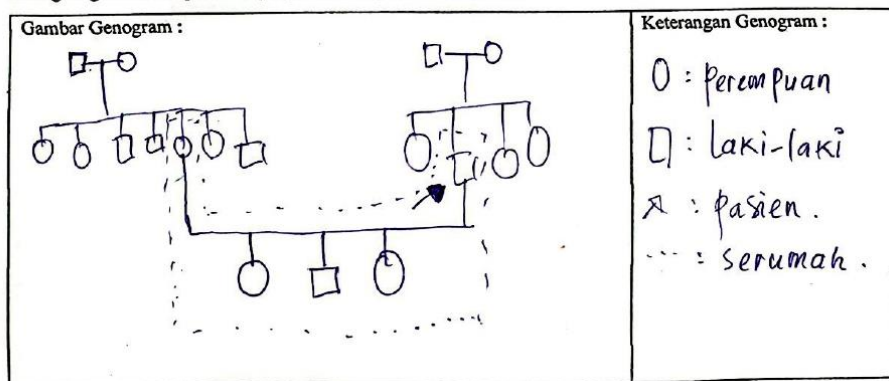
4. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS:

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	MASIH DIGUNAKAN/TIDAK
Paracetamol	Saat sakit			
Ibuprofen				

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: Tidak ada

6. Riwayat penyakit keluarga: terdapat penyakit diabetes (ibu)

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik



C. ANAMNESIS PENGKAJIAN**Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan**

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

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

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan (termasuk berhenti merokok & manajemen stress)

- Klien menghentikan konsumsi Merokok.

A. Kategori Fisiologis

A.1. Respirasi

- ☐ Dyspneu ☐ Orthopneu ☐ PND*
☒ Batuk Efektif ☐ Batuk tidak efektif ☐ Batuk malam hari

A.2. Sirkulasi

- ☐ Palpitasi ☐ Parasthesia
☐ Klaudikasio intermitten

A.3. Nutrisi & Cairan

- ☒ Cepat kenyang setelah makan ☐ Kram Abdomen
☒ Nafsu makan menurun ☒ Mual
☐ Tidak ada flatus ☒ Merasa lemah ☐ Merasa haus
☐ Keinginan minum meningkat ☐ Menyatakan keinginan untuk Meningkatkan keseimbangan Cairan
☐ Mengekspresikan pengetahuan tentang pilihan makanan dan cairan yang sehat
☐ Menjalani diet standar tertentu, sebutkan _____
☐ Mudah mengantuk ☐ Lelah ☐ Letih
☒ Lesu ☐ Mengeluh lapar ☐ Mudah lapar
☒ Mulut kering ☐ Muntah

A.3. Eliminasi

- ☐ Urgensi ☐ Dribbling ☐ Sering buang air kecil
☐ Nokturia ☐ Nokturia lebih dari 2 kali sepanjang tidur
☐ Hesitancy ☐ Disuria ☐ Kandung kemih terasa tegang
☐ keluar urin konstan tanpa distensi ☐ Sulit/tidak bisa b.a.k
☐ Mengompol ☐ Enuresis ☐ Berkemih tanpa sadar saat _____
☐ Perasaan tidak puas setelah b.a.k ☐ terasa panas saat b.a.k
☒ Perubahan warna urine, yaitu Kuning sedikit pekat ☒ Mampu mengosongkan kandung kemih lengkap
☐ Tidak mengalami sensasi berkemih
☐ Mengeluh urine keluar <50 ml saat berdiri/batuk/bersin/tertawa/berlari/mengangkat benda yang berat
☐ Keinginan berkemih yang kuat disertai dengan inkontinensia
☐ Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin
☐ Tidak mampu mengontrol pengeluaran feses ☐ tidak mampu menunda defekasi
☐ Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
☐ Pengeluaran feses lama dan sulit ☐ Feses Keras

- ☐ Pengeluaran feses lama dan sulit ☐ Peristaltik usus menurun

A.4. Aktivitas dan Istirahat

- ☐ Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas ☐ Nyeri saat bergerak
☐ Enggan melakukan pergerakan ☐ Cemas saat bergerak
☒ Merasa kaku sendi ☐ Gerakan tidak terkoordinasi
☒ Mengeluh sulit tidur ☐ Mengeluh sering terbangun/terjaga ☒ Mengeluh tidak puas tidur
☐ Mengeluh pola tidur berubah ☒ Mengeluh istirahat tidak cukup ☐ Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
☐ Dispneu setelah/saat aktivitas ☐ Merasa lemah ☐ Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
☐ Mengeluh lelah ☐ Merasa tenaga tidak pulih walaupun telah tidur
☒ Merasa kurang tenaga ☒ Tidak menggunakan obat tidur
☒ Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur
☐ Mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur

A.4. Neurosensori

- ☒ Sakit kepala ☐ Nyeri dada ☐ Pandangan Kabur
☐ Kongesti Nasal ☐ Parastesia ☐ Kongesti Konjungtiva
☒ Menggigil ☐ Mudah lupa ☐ Sulit mempelajari ketrampilan baru
☐ tidak mampu mengingat informasi faktual
☐ tidak mampu mengingat perilaku tertentu yg pernah dilakukan
☐ lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan
☐ Mengeluh sulit menelan ☐ Batuk sebelum menelan
☐ Batuk setelah makan atau minum ☐ Tersedak
☐ Makanan tertinggal di rongga mulut ☐ Sulit mengunyah
☐ Refluks nasal ☐ Muntah sebelum menelan
☐ makanan terdorong keluar dari mulut ☐ Makanan jatuh dari mulut
☐ tidak mau makan/menolak makan ☐ Makanan tidak dihabiskan
☐ Muntah disertai mual ☐ muntah tanpa mual

A.4. Reproduksi & Seksualitas

- ☐ aktivitas seksual berubah ☐ eksitasi seksual berubah
☐ Hubungan seksual tidak memuaskan ☐ peran seksual berubah
☐ Fungsi seksual berubah ☐ hasrat seksual menurun
☐ Dispareunia ☐ hubungan seksual terbatas
☐ Ketertarikan pada pasangan berubah ☐ Hubungan seksual terbatas
☐ Mencari informasi tentang kemampuan mencapai kepuasan seksual

- ☐ Sulit melakukan aktivitas seksual
☐ Mengungkapkan perilaku seksual berubah
☐ Mengungkapkan hubungan dengan pasangan berubah
☐ Aktivitas seksual berubah
☐ Orientasi seksual berubah

B. Psikologis

B.1. Nyeri dan Ketidaknyamanan

- ☐ Mengeluh tidak nyaman
☐ Tidak mampu rileks
☐ Merasa gatal
☒ Mengeluh sulit tidur
☒ mengeluh kedinginan / kepanasan
☒ merintih
☐ menangis

C. Pemeriksaan Fisik

- Keadaan Umum : ☐ Tampak sakit berat ☒ Tampak sakit sedang
☐ Tampak sakit ringan ☐ Sehat dan Bugar
- Kesadaran (Koma) : Compos mentis
- Glasgow Coma Scale (GCS) : E 4 M 4 V 5
- Vital Sign : Tekanan Darah : 108/80 mmHg
 Nadi : 101 x/menit reguler/irreguler/kuat/sedang/lemah
 Respirasi : 22 x/menit normal/kusmaul/cheynestokes/Biot
- Integumen : () ikterik () Edema Anarsaka () Diaporesis () Pucat () Cyanosis
- Kepala & Leher
 Wajah : benak Wajah Simetris, tidak ada luka
 Mata : Simetris, selera nonikterik, Konjungtiva anemis
 Bibir & Mukosa Mulut : bibir kering, tampak pucat tidak ada Perdarahan pada gusi
 Leher : tidak ada gangguan menelan, Nyeri (-) Jugular Vein Pressure (JVP) : tidak ada peningkatan tekanan
- Thorax (Jantung & Paru-paru)
 Jantung
 Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, lesi (-)
 Palpasi : tidak teraba nyeri tekan
 Perkusi : suara paru sonar, jantung redup
 Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan paru
 Paru-Paru :
 Inspeksi : dada simetris, tidak menggunakan otot bantu pernafasan
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 Perkusi : suara paru sonar
 Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan
- Abdomen
 Inspeksi : Berut sedikit buncit, tidak ada lesi
 Auskultasi : tidak ada masa tympani (+)
 Palpasi : terdengar suara bising usus
 Perkusi : tidak ada pembengkakan, kullen
- Genetalia & Rectum : tidak dilakukan pemeriksaan tidak terpasang kateter

8. Kekuatan otot :

4444	4444
4444	4444

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 : (N1 - NXII) t :

** Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

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

- Monofilamen : Kanan _____

Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambar status lokalis ulkus:

P : Peripheral _____ E : Extend or Size : _____

D : Depth or Tissue Loss : _____ I : Infection and Sensation : _____

S : Severe : _____

** Lain-Lain (Tuliskan Data lainnya Yg tidak terakomodir dalam format diatas) :

G. SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : U-5 Jenis Kelamin : L P No. Register : Tanggal Penilaian Risiko : 09/01/2023

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 berkomunikasi 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 makannya 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	4. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan
Diadopsi dari Braden & Bergstrom (1998), AHCPR (2008) Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi				SKOR
				19.

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : tn-s
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Gelatik 2
 No. MR :

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
2	09/2023 /01	DS : - Klien mengatakan demam sejak 3 hari yang lalu sejak dirawat. DO : - K/u sedang - kesadaran compos mentis - Akral terasa hangat - tanda-tanda vital : N : 161 x/m T : 38,1°C Pp : 22 x/m TD : 108/80 mmHg - kulit terasa hangat - Wajah pasien tampak pucat - Pasien tampak gelisah.	Hipertermi	Proses penyakit
3		DS : - pasien mengeluh haus - pasien mengeluh lemas saat dirawat - Pasien muntah 2x/hari DO : - kesadaran compos mentis - terpasang infus RL - CRT < 3 detik - suhu tubuh meningkat - pasien tampak lemas - BB menurun - membran mukosa pucat	Hipovolemia	Kekurangan intake cairan.

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn S
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Gelatik 2
 No. MR :

2. Hipertermia b.d proses penyakit
- 1.2 Hiperolemia b.d kekurangan intake cairan
3. Risiko defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- 4.

HARI KE-2 : Tanggal

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

HARI KE-3 : Tanggal

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : In. S
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Gelat HK 2
 No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SMART)	Intervensi	Rencana Tindakan	Paraf
1.		Setelah dilakukan askep selama 3x24 jam di-hatapkan status Cairan Menjadi baik dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. mempertahankan urine output sesuai BB usia. 4. Keluhan haus menurun. 5. Membran mukosa menjadi baik 6. Suhu tubuh menjadi baik 7. tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal.	Hipovolemia. b.d kekurangan intake cairan.	Manajemen Hipovolemia Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (misalnya frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah) 2. Monitor intake dan output cairan. Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan. 2. Berikan posisi Modified. 3. Berikan asupan cairan oral. Edukasi 1. Anjurkan membatasi asupan cairan oral.		

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : M.S
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Celatik 2
 No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SMART)	Intervensi	Rencana Tindakan	Paraf
1	10/2023 a	Hipertermia b.d Proses penyakit	Termoregulasi? Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan suhu tubuh pasien dalam rentang normal dengan kriteria hasil: - Suhu tubuh membaik - Menggigit menurun - Nadi dan RR dalam rentang normal	Manajemen Hipertermia - Observasi: - Identifikasi Penyebab hipertermia (mis. demam tag) - Monitor suhu tubuh sering mungkin - Terapeutik - Sedakan lingkungan yg dingin - Longgarkan/lepas. kan pakaian - Kompres dingin pd dahi, leher, axila - Edukasi: - Anjurkan tirah baring - Kolaborasi: - Kolaborasi pemb analgesik	- Untuk mengetahui kondisi penyebab hipertermia: Kesat Kurangnya pasien Konsumsi air putih - Untuk memper- puada perawatan dalam mendiagnosa penyakit pasien. dan mengetahui mial satu pasien - Untuk mengidangi Panas dari tubuh - Untuk mencegah terjadinya Peningkatan suhu tubuh - Mencegah terjadinya dehidrasi akut - Untuk meminimalkan Fungsi semua Sistem tubuh pasien dan dalam Membatasi akti- tas Selama fase sakit. - Untuk memberi- kan hidrasi cairan untuk tubuh	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien
Dx. Medis
Ruang
No. MR

Tn. S
DHF
Ged. K 2

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SMART)	Intervensi	Rencana Tindakan	Paraf
3.		Risiko defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi Nutrien.	Selanjutnya dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status Nutrisi Membalik dan kriteria hasil: - porsi makan yg dihabiskan meningkat - pengetahuan ttg pilihan makanan yg sehat meningkat - nyeri abdomen menurun - berat badan meningkat - indeks massa tubuh membaik - nafsu makan membaik	Manajemen Nutrisi - Observasi a. Identifikasi status Nutrisi b. Identifikasi makanan yg disukai c. Monitor asupan makanan d. Monitor berat badan Terapeutik: a. lakukan oral hygiene sebelum makan b. Berikan suplemen makanan (misal: Nutrit 2 KI) c. Edukasi d. Anjurkan posisi duduk - kolaborasi a. kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan - mis. antiemetik: ondansetron 3 x 2 mg / ml		

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Th-S
 Dx. Medis : DHE
 Ruang : Ginekologi
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
Senin 09-01-23	Perawat			
08-00 WIB		- Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia.	Senin 09-01-2023. 14.00 WIB.	
08-15 WIB		- Memonitor intake & output Cairan	- Pasien mengatakan minum 4 gelas air putih (500 cc).	
08-30 WIB		- Menghitung kebutuhan cairan Pasien sesuai umur dan BB	- Pasien mengeluh kemas dan haus	
09-30 WIB		- Memberikan posisi modified Trendelenburg.	- Pasien mengeluh pusing.	
10-00 WIB		- Memberikan asupan cairan oral (misal : zinc sirup 1x10 ml, lacto B 1x1500 cc).	- Pasien mengeluh muntah.	
10-15 WIB		- Mengajarkan memperbanyak asupan cairan oral.	0 Kesadaran : Compos mentis - Terpasang infus RL - Turun kuit fank tak distis - Membran mukosa kering - S : 38.5°C.	
10-30 WIB		- Berkolaborasi dengan dokter	A : - Hipovolemia. P : - intervensi dilanjutkan	

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : M.S
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Gelatik 2
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi pascabedah termasuk instruksi ditulis dengan rinci	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
Selasa. 10-01-2023	Perawat	S: - Pasien mengatakan minum sedikit 5 gelas/hari (500 cc). - Pasien mengeluh lemas. - Pasien masih mengeluh pusing. - Pasien mengatakan buang 3x/hari. O: - KES: Compensated. - terpasang infus RL. - Membran mukosa tampak kering. - CRT < 3 detik. - S: 38°C. - Balance cairan -3 cc. A: - Hipovolemia. P: - Intervensi dilanjutkan.	- Monitor intake dan output cairan. - Memberikan posisi modified Trendelenburg. - memberikan asupan cairan Oral Cairan: zinc 5mg x 10 ml, lacto B 1x/500cc - Mengajarkan asupan cairan oral sebanyak (500 cc/hari). - Berkolaborasi dgn dokter dalam pemberian cairan Intravena RL.	
09.00 WIB				
09.30 WIB				
09.40 WIB				
10.00 WIB				
10.15 WIB				

Ket: Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : tn-5
 Dx. Medis : PHT
 Ruang : Gelatik 2
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
Kabu. 11-02-2023 08-30 mg	Petawat.	- memeriksa tttv. - memeriksa tttv. - memonitor intake dan output cairan. - membenarkan posisi trendelenburg	14.00 WIB S: - pasien mengatakan sudah minum lebih banyak dari sebelumnya. (800 cc) - pasien mengatakan sdh tdk merasa lemas. - pusing bersuara.	
09-00		- membenarkan asupan cairan oral	D: - kes: konstipasi - repasang infus RL - membran mukosa lembab. - S: 37°C.	
09-30		- Mengajarkan memperbanyak asupan dtr. mineral	- Balance cairan : 447 cc	
09-40			A: - Hipovolemia.	
10-00			P: - Intervensi dilanjutkan	

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : J.N.S.
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Gelatik 2
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
		<u>S:</u> -Klien mengatakan demam sejak 3 hari yang lalu sejak awal dirawat <u>O:</u> -Kesadaran : Composmentis -GCS: (E4M6V5) -Akras teraba hangat -tanda-tanda vital : N: 101 x/m. T: 38,1°C - RR: 22 x/menit TD: 108/80 mmHg -Kulit teraba hangat -wajah klien tampak pucat -Klien tampak gelisah <u>A:</u> -Hipertermi <u>P:</u> - Lanjutkan intervensi	1. Mengidentifikasi penyebab hipotermia c mis- dehidrasi 2. Memonitor suhu tubuh sesering mungkin 3. Menyediakan lingkungan yang dingin 4. Membungkuskan atau lepaskan pakaian 5. Mengompres dingin pada dahi, leher, axilla, lipatan paha. 6. Mengajarkan tirah baring 7. Berkolaborasi pemberian analgesik Ceftriaxone : 1mg. Paracetamol 3x 300 mg/	

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : tn-5
 Dx. Medis : diHF
 Ruang : gelatik 2
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
	Perawat	S: - Klien mengatakan demam turun setelah dilakukan kompres dan diberi obat obat. O: K/u sedang - Kesadaran Composmentis (E4m5 vs) - Akral teraba - Ttv: - N: 90 x/m - T: 36,5°C - RR: 22 x/m - TO: 100/90 mmHg - Kulit teraba dingin - Wajah tampak pucat A: Hipertensi P: Intervensi dihentikan. <u>Dokter</u> gita	- Memonitor suhu tubuh. - Sesering mungkin - Menyediakan lingkungan yg dingin - Melaksanakan Paksaan / Melepaskan. - Melakukan kompres dingin pada dahi, leher, axila. - Mengaturkan tirah baring - Berkomunikasi pemberian analgesik.	

Ket: Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Tn. S
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Gelatik 2
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
10/03/2018	Perawat	S: - Klien mengatakan ketidak mau menghabiskan makanan karena mual dan tidak nafsu makan - Klien mengatakan nyeri ulu hati - Klien mengatakan feses cair - Klien mengatakan sebelum dirawat klien BAB 4x/hari. O: - Klien tampak lemas. - Makan 3x/hari habis 1/2 - BB menurun (sebelum sakit 80 kg, setelah sakit 79 kg). TB: - TB: - Membran mukosa kering/pucat. A: - Risiko defisit nutrisi. P: - Lanjutkan intervensi.	a. Mengidentifikasi status Nutrisi b. Mengidentifikasi makanan yg disukai c. Memonitor asupan makanan d. Memonitor berat badan e. Melakukan oral hygiene sebelum makan. f. Melakukan diet tinggi kalori dan tinggi protein g. Memberikan suplemen makanan. CMISal: Nutrite h. Mengajarkan posisi duduk i. Mengajarkan pemberian medikasi sebelum makan CMIS. antemetic: no.ondan 3x2 mg/ml. j. Mengajarkan obat antibiotik CMISal: no. cefotaksim	

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ms
 Dx. Medis : Diff
 Ruang : Bedah K 2
 No. MR : 01

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (Instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
11/2023 /01	Petawat	S: - Klien mengatakan tolak menghabiskan makanan karena mual - Klien mengatakan nyeri ulu hati - Klien mengatakan BAB normal 1-2 x/hari - Puses Normal. O: - Klien tampak lemas - Makan 3x/hari habis - BB stuck di 70 kg - Membran mukosa kering A: - Risiko defisit nutrisi P: - Lanjutkan intervensi	- Mengidentifikasi Status Nutrisi - Mengidentifikasi makanan yang disukai - Memonitor asupan makanan - Memantau berat badan - Melakukan oral hygiene sebelum makan - Memberikan suplemen Makan (misal: Nutrifit) - Mengajarkan posisi duduk - Berkolaborasi dalam pemberian Medikasi sebelum makan (mis: ins. ondansetron 5 x 2 mg/m)	

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : TP-S
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Gelatik 2
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
12/23. /01	Pernawat	S: - Klien mengatakan terasa menghabiskan makanan lebih dari sebelumnya. - Mual Mual sudah berkurang. - Klien mengatakan nyeri ulu hati berkurang bahkan tidak nyeri lagi. - Feses Normal. O: - Kuku Sedang. - Compositmentis (ES VS MS). - BB naik. (Sebelum: 70, kini: 80) - Membran mukosa lembab. A: - Resiko defisit Nutritif. P: Intervensi dihentikan.	- Mengidentifikasi Status Nutritif - Monitor asupan makanan - Monitor BB. - Melakukan Oral hygiene sebelum makan. - Memberikan suplemen makan (mis: Nutrifit). - Mengajarkan posisi duduk. - Berkolaborasi dalam pemberian medikasi sebelum makan. (mis. inj. Ondansetron) 3 x 2 mg/ml.	

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWAPERIODE 2023 sd _____Nama : Delia Faramita.....NIM : 2014401049.....**POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG**

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Delia Karamita
 NIM : 204901099 Tgl Pengkajian : 09/01/2023
 Ruang rawat : Garuda No. Register : 080702

A. IDENTITAS KLIEN

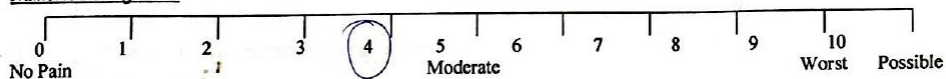
1. Nama : Ny. H
 2. Umur : 49 tahun
 3. Jenis kelamin : L / P*
 4. Pendidikan : SMA
 5. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
 6. Tgl masuk RS : 11/01/2023 Waktu : 10.00 WIB
 7. Dx. Medis : DHF
 8. Alamat : Jl. Indra bangsawan, Rajabasa

B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : ☒ Melalui IGD ☐ Melalui Poliklinik ☐ Transfer ruangan
 Masuk ke Ruangan pada tanggal : 11/01/2023 Waktu : 15.00 WIB
 Diantar Oleh : ☐ sendiri ☒ Keluarga ☐ Petugas Kesehatan ☐ Lainnya
 Masuk dengan menggunakan : ☐ Berjalan ☒ Kursi Roda ☐ Brankar ☐ Kruk ☐ Walker
☐ Tripod ☐ Lainnya, Jelaskan : tidak ada
 Status Mental saat masuk : ☒ Kesadaran : Composmentis
☒ GCS : E 4 M 4 V 5
 Tanda Vital Saat Masuk : TD 141/98 mmHg SpO₂ : 93%
 Nadi 136 x/menit ☐ teratur ☐ Tidak teratur ☒ Lemah ☒ Kuat
 RR 23 x/menit ☒ teratur ☐ Tidak teratur
 S : 38,5°C

Nyeri :

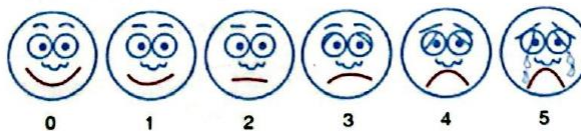
Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale

No Pain Mild Pain Moderate Severe Very Severe Worst Possible

Wong & Baker Faces Rating Scale

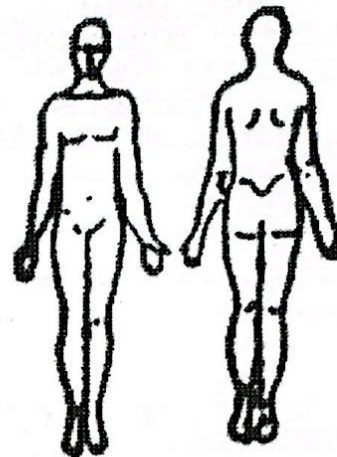


Status Lokalis :

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	
		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			10
	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		30	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar
2. Risiko, lakukan tindakan pencegahan jatuh

SKOR

0 - 24

>25

Δ KODE

HIAU

KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian :

Mari perub.
Demam.

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Klien datang pada tgl 09 Januari 2023, dengan keluhan demam 3 hari. disertai dengan nyeri pada perut, Merasa mual, Muntah 2x hari ini. Kepala klien terasa pusing, sehari sebelumnya klien merasa mengigil. Klien mengatakan BAB cair dan BAB 2x sejak kemarin. Klien terdapat riwayat HT dan tidak rutin minum obat.

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

Bentuk reaksi alergi yg dialami : tidak ada.

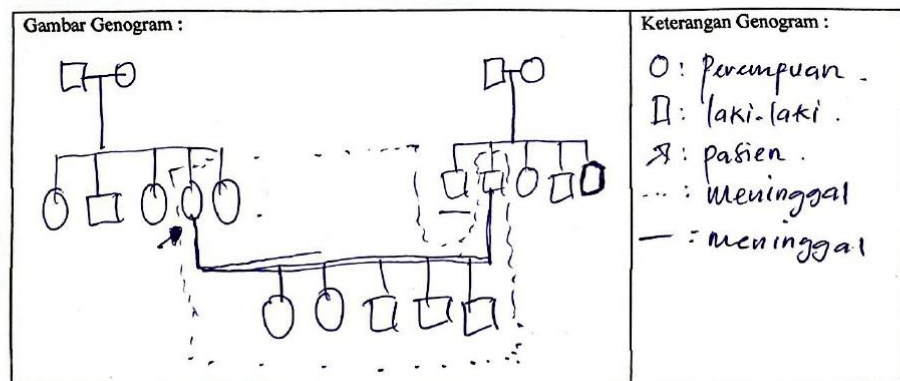
4. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	MASIH DIGUNAKAN/TIDAK
- rebusan timun	saat HT kambuh			

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: tidak ada.

6. Riwayat penyakit keluarga : Ibu klien memiliki riwayat hipertensi

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik



C. ANAMNESIS PENGKAJIAN**Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan**

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

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

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan (termasuk berhenti merokok & manajemen stress)

- Melakukan kegiatan seperti senam di hari minggu.

A. Kategori Fisiologis

A.1. Respirasi

- ☐ Dyspneu ☐ Orthopneu ☐ PND*
☒ Batuk Efektif ☐ Batuk tidak efektif ☐ Batuk malam hari

A.2. Sirkulasi

- ☐ Palpitasi ☐ Parasthesia (Normal)
☐ Klaudikasio intermitten

A.3. Nutrisi & Cairan

- ☐ Cepat kenyang setelah makan ☐ Kram Abdomen
☒ Nafsu makan menurun ☒ Mual
☐ Tidak ada flatus ☐ Merasa lemah ☒ Merasa haus
☒ Keinginan minum meningkat ☐ Menyatakan keinginan untuk Meningkatkan keseimbangan Cairan
☐ Mengekspresikan pengetahuan tentang pilihan makanan dan cairan yang sehat
☐ Menjalani diet standar tertentu, sebutkan _____
☐ Mudah mengantuk ☐ Lelah ☐ Letih
☒ Lesu ☐ Mengeluh lapar ☐ Mudah lapar
☒ Mulut kering ☒ Muntah

A.3. Eliminasi

- ☐ Urgensi ☐ Dribbling ☐ Sering buang air kecil
☐ Nokturia ☐ Nokturia lebih dari 2 kali sepanjang tidur
☐ Hesitancy ☐ Disuria ☐ Kandung kemih terasa tegang
☐ keluar urin konstan tanpa distensi ☒ Sulit/tidak bisa b.a.k
☐ Mengompol saat _____ ☐ Berkemih tanpa sadar
☐ Perasaan tidak puas setelah b.a.k ☐ terasa panas saat b.a.k
☐ Perubahan warna urine, yaitu Kuning pekat ☐ Mampu mengosongkan kandung kemih lengkap
☐ Tidak mengalami sensasi berkemih
☐ Mengeluh urine keluar <50 ml saat berdiri/batuk/bersin/tertawa/berlari/mengangkat benda yang berat
☐ Keinginan berkemih yang kuat disertai dengan inkontinensia
☐ Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin
☐ Tidak mampu mengontrol pengeluaran feses ☐ tidak mampu menunda defekasi
☐ Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
☐ Pengeluaran feses lama dan sulit ☐ Feses Keras

- ☐ Pengeluaran feses lama dan sulit ☐ Peristaltik usus menurun

A.4. Aktivitas dan Istirahat

- ☐ Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas ☒ Nyeri saat bergerak
☐ Enggan melakukan pergerakan ☐ Cemas saat bergerak
☐ Merasa kaku sendi ☐ Gerakan tidak terkoordinasi
☒ Mengeluh sulit tidur ☐ Mengeluh sering terbangun/terjaga ☒ Mengeluh tidak puas tidur
☒ Mengeluh pola tidur berubah ☒ Mengeluh istirahat tidak cukup ☐ Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
☒ Dispneu setelah/saat aktivitas ☒ Merasa lemah ☐ Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
☐ Mengeluh lelah ☐ Merasa tenaga tidak pulih walaupun telah tidur
☐ Merasa kurang tenaga ☒ Tidak menggunakan obat tidur
☒ Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur
☐ Mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur

A.4. Neurosensori

- ☒ Sakit kepala ☐ Nyeri dada ☐ Pandangan Kabur
☐ Kongesti Nasal ☐ Parastesia ☐ Kongesti Konjungtiva
☒ Menggigil ☐ Mudah lupa ☐ Sulit mempelajari ketrampilan baru
☐ tidak mampu mengingat informasi faktual
☐ tidak mampu mengingat perilaku tertentu yg pernah dilakukan
☐ lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan
☐ Mengeluh sulit menelan ☐ Batuk sebelum menelan
☐ Batuk setelah makan atau minum ☐ Tersedak
☐ Makanan tertinggal di rongga mulut ☐ Sulit mengunyah
☐ Refluks nasal ☐ Muntah sebelum menelan
☐ makanan terdorong keluar dari mulut ☐ Makanan jatuh dari mulut
☐ tidak mau makan/menolak makan ☒ Makanan tidak dihabiskan
☒ Muntah disertai mual ☐ muntah tanpa mual

A.4. Reproduksi & Seksualitas

- ☐ aktivitas seksual berubah ☐ eksitasi seksual berubah
☐ Hubungan seksual tidak memuaskan ☐ peran seksual berubah
☐ Fungsi seksual berubah ☐ hasrat seksual menurun
☐ Dispareunia ☐ hubungan seksual terbatas
☐ Ketertarikan pada pasangan berubah ☐ Hubungan seksual terbatas
☐ Mencari informasi tentang kemampuan mencapai kepuasan seksual

- ☐ Sulit melakukan aktivitas seksual ☐ Aktivitas seksual berubah
☐ Mengungkapkan perilaku seksual berubah ☐ Orientasi seksual berubah
☐ Mengungkapkan hubungan dengan pasangan berubah

B. Psikologis

B.1. Nyeri dan Ketidaknyamanan

- ☒ Mengeluh tidak nyaman ☒ Mengeluh sulit tidur
☐ Tidak mampu rileks ☒ mengeluh kedinginan / kepanasan
☐ Merasa gatal ☒ merintih ☐ menangis

C. Pemeriksaan Fisik

- Keadaan Umum : ☐ Tampak sakit berat ☒ Tampak sakit sedang
☐ Tampak sakit ringan ☐ Sehat dan Bugar
- Kesadaran (Komposmentis - Koma) : komposmentis
- Glasgow Coma Scale (GCS) : E 4 M 4 V 5
- Vital Sign : S : 36,5°C Tekanan Darah : 111/98 mmHg SpO2 : 93%
 Nadi : 116 x/menit reguler/irreguler/kuat/sedang/lemah
 Respirasi : 22 x/menit normal/kusmaul/cheynestokes/Biot
- Integumen : () ikterik () Edema Anarsaka () Diaporesis () Pucat () Cyanosis

6. Kepala & Leher

Wajah : simetris, tidak ada luka. Hidung :
 Mata : simetris, sklera nonikterik, Konjungtiva anemis.
 Bibir & Mukosa Mulut : Bibir Kering, tampak pucat, tdk ada perdarahan.
 Leher : tdk ada gangguan menelan, tdk ada Jugular Vein Pressure (JVP):
 pembesaran kelenjar tiroid.

7. Thorax (Jantung & Paru-paru)

Jantung
 Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak menggunakan otot bantu pernapasan.
 Palpasi : tdk teraba nyeri tekan.
 Perkusi : suara jantung redup.
 Auskultasi : tdk ada suara nafas tambahan.

Paru-Paru :

Inspeksi : dada simetris tidak menggunakan otot bantu pernapasan.
 Palpasi : tdk ada nyeri tekan.
 Perkusi : suara paru sonor.
 Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan.

8. Abdomen

Inspeksi : Perut nampak buncit, tdk ada lesi.
 Auskultasi : tdk ada masa.
 Palpasi : mendengar suara bising usus
 Perkusi : tdk ada pembengkakan.

9. Genitalia & Rectum :

tidak dilakukan pemeriksaan, tidak terpasang kateter.

8. Kekuatan otot :

4444	4444
4444	4444

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 : (NI - NXII) t :

** Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

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

- Monofilamen : Kanan _____

Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambar status lokalis ulkus:

P : Peripheral _____ E : Extend or Size : _____

D : Depth or Tissue Loss : _____ I : Infection and Sensation : _____

S : Severe : _____

** Lain-Lain (Tuliskan Data lainnya Yg tidak terakomodir dalam format diatas) :

G. SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : Ny. K Jenis Kelamin : L No. Register : 006702 Tanggal Penilaian Risiko : 9/01/23

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 berkomunikasi ketidakyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidakyamanan	4.
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	2.
Aktivitas	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	1.
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan	4.
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	2.
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.
Diadopsi dari Braden & Bergstom (1998), AHCPR (2008) Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi				SKOR 15.

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : N.Y.H.
 Dx. Medis : DHE
 Ruang : 02
 No. MR :

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
2		DS : - Klien mengatakan demam sejak 2 hari - Klien mengatakan selalu merasa haus. DO : - K/u sedang + kesadaran composmentis (E4 M4 V5). - Kulit terasa hangat - Klien tampak pucat - Klien tampak gelisah - Warna kulit sedikit kemerahan	Hipertermia	Proses Penyakit
1.		DS : - Pasien mengeluh haus hanya minum sedikit - Pasien mengeluh lemas - Pasien muntah 2x/hari setiap setelah makan. DO : - Kesadaran Compoimentis - terpasang infus RL - turgor kulit tampak tdk elastis. - CRT $\leq$ 3 detik - suhu tubuh meningkat - Membran mukosa pucat	Hipovolemia	Kekurangan lute ke Cairan

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : N/A H
Dx. Medis : D4F
Ruang : Gelatik 2 / kelas 2/3
No. MR :
No. Rawat :
No. Kamar :
No. Tempat Tidur :

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
3		DS : - Klien mengatakan tidak mau makan dikarenakan mual dan terkadang muntah. - Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah dextra. - Klien mengatakan BAB 5 kali dan BAK hanya 5 kali/hari setelah dirawat DO : - Pasien tampak lemas. - Makan 3x/hari (habis ¼). - Minum - BB menurun. - Bising usus 34x/m. - Membran mukosa pucat - BAB cair	Risiko Defisit Nutrisi	Ketidak- mampuan mengabsorpsi Nutrien. (Nafsu makan berkurang)
		DS : DO :		

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ng. H
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Bedah 2
 No. MR :

1. Hipertermia b.d proses penyakit
2. Hipovolemia b.d kekurangan intake cairan
3. Risiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan klien mengabsorpsi makanan
4.

HARI KE-2 : Tanggal

1.
2.
3.
4.

HARI KE-3 : Tanggal

1.
2.
3.
4.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. H.
 Dx. Medis : Def.
 Ruang : GIGI 2
 No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SMART)	Intervensi	Rencana Tindakan	Paraf
		Hipovolemia b.d Kekurangan Intake Cairan	Setelah dilakukan Askep 3x24 jam dihimpun status cairan menjadi dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. Mempertahankan input output cairan 4. Keluhan haus menurun 5. Membran mukosa mem- baik 6. Suhu tubuh menbaiki.	Manajemen Hipovolemia Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia. 2. Monitor intake, dan output cairan terapi 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan porsi modified trendelen- burg. Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.		

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. H
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Bedah 2 / Kelas 2,3
 No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SMART)	Intervensi	Rencana Tindakan	Paraf
		Hipertermia. b.d proses penyakit.	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 2x 24 jam di harapkan suhu badan klien menurun dan stabil dgn kriteria hasil. - Suhu badan pasien menurun - Nadi normal - RR Normal 20x/m. - Akral hangat	observasi. - Monitor suhu tubuh sesering mungkin. Terapeutik : - Sediakan lingkungan yang dingin - Kompres dingin di dahi, leher, axila. Edukasi : - Anjurkan tirah baring Kolaborasi : - Kolaborasi Pemberian Cairan dan elektrolit, jika perlu		

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. H
 Dx. Medis : DM
 Ruang : Endokrin & / Kelas 2,3
 No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SMART)	Intervensi	Rencana Tindakan	Paraf
		Risiko defisit Nutrisi - b.d ketidakmampuan mengabsorpsi Nutrien.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status Nutrisi membaik dan kriteria hasil: - porsi makanan yg dibutuhkan meningkat - Menit abdomen menurun - Diare menurun - Berat badan membaik - frekuensi makan membaik	- observasi - identifikasi status nutrisi - monitor asupan makanan - monitor berat badan Terapeutik: - lakukan oral hygiene sebelum makan - berikan suplemen makanan (misal: Nutrilite 2x1) Edukasi: - Anjurkan posisi duduk Kolaborasi: - Kolaborasi Pelebaran Medikasi Sebelum makan Comis-ondan 3x2mg/4l		

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : ANA H.
 Dx. Medis : DHF
 Ruang :
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
Rabu. 11-01-23 08.00 08.15 08.30 09.30 10.00 10.15 10.30	Perawat	14.00 WIB. S: - Pasien mengatakan minum sedikit (4 gelas/hari (400 cc)) - Pasien mengeluh lemas dan lemah - Pasien mengeluh pusing. - Pasien mengeluh muntah 4x hari O: - Kes: konusmentis - Terpapang infus RL - Turgor kulit tampak flakelastis - Membran mukosa kering - S: 38.5°C. - Balance cairan: -103 cc A: - Hipovolemia. P: - Intervensi dilanjutkan	- Memeriksa fnda dan gejala hipovolemia. - Monitor intake dan output cairan - Menghitung kebutuhan cairan. - Memberikan posisi modified Trendelenburg. - Memberikan asupan Cairan Oral EMISAL: Zinc sirup 1x10ml, lacto B 1x1 sachet. - Mengajarkan mengembangk asupan cairan Oral. - Berkolaborasi dan dokter.	

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : NO. H
 Dx. Medis : ~~Etatis~~ DHF
 Ruang :
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
Kamris 12-01-23 09.00 09.30 09.40 10.00 10.15 10.30	Relawat	S: - Pasien mengatakan minum sedikit hanya menghabiskan gelas/hanya - Pasien mengeluh lemas dan kram beresurung - Pasien mengatakan muntah setelah makan (400 cc). O: - Kes: cm (ES m JVS) - Turgor kulit turgor PL. - Turgor kulit turgor PL. - CRT < 3 detik - S: 38°C. A: - Hipovolemia. P: - Intervensi dilanjutkan	- Monitor intake dan output Cairan - Memberikan posisi Modified Trendelenburg - Memberikan asupan Cairan Oral 2200 ml (1x 10 ML, Lacto B 1x 1000 cc). - Mengaturkan pemberian Asupan Cairan Oral. - Berkolaborasi dan dokumentasi	

Ket: Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : M. H
 Dx. Medis : DHF
 Ruang :
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPPJ termasuk instruksi pasca bedah (Instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPPJ (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
08.01-23	Perawat	S: - Pasien mengatakan minum 6 gelas - Pasien mengatakan sudah merasa tenang - Pasien mengatakan muntah berkurang	- Memeriksa ttv. - Memonitor intake dan output cairan - Memberikan postizi trendelenburg. - Memberikan asupan Cairan oral (Dinc sirup 1x 10 ml, Lacto B 1x 1/500) - Mengajarkan Memberi- banyak asupan cairan oral	
08.30		D: - Kesadaran : CM (E5 M3 VS)		
09.00		- Temperatur Infus RL.		
09.30		- Jurgor kuit tampak sedikit elastis		
09.40		- CRT < 2 detik.		
10.00		- Membran mukosa tampak lembab - S: 37.0°C, N: 100 x/m. - Balance cairan : 272 cc. A: - Hipovolemia. P: - Intervensi dilanjutkan		

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPPJ dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : N0.4
 Dx. Medis : Dtf
 Ruang : 213
 No. MR : 213

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
	Perawat	S: - klien mengatakan demam sejak 2 hari yg lalu. O: - kpu sedang. - Resadaran Composmentis. - Kulit terasa hangat. - Tanda-tanda vital: TD: 141/98 mmHg. N: 136 SpO2: 93% T: 38,5°C. RR: 23 x/m - Akral terasa hangat. - Klien tampak gelisah. - Warna kulit tampak pucat. A: - Hipertermia P: - Lanjutkan intervensi	- Monitor suhu tubuh. - Mengedukasi lingkungan yang dingin. - Melaporkan pataian. - Kompres dingin. - Menganjurkan tirah baring. - Berkolaborasi dalam pemberian analgesik. (misal: Mg. parasetamol 3x 500 mg).	

Ket: Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : NP-H
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : IKATIK 2 / Kelas 2.3
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
11/2023 /01	Perawat	S: - Klien mengatakan demam turun setelah di kompres dan diberikan obat O: - Kru sedang - Kesadaran: Composmentis - Kulit teraba hangat - TTV: - TD: 140/98 mmHg - T: 36.5°C - SpO2: 98% - N: 101 x/m - Rp: 23 x/m - Akral teraba dingin - Klien tampak pucat - Klien tampak gelisah. A: - Hipertermia P: - Intervensi dihentikan	- Monitor suhu tubuh. - Menyediakan lingkungan yang dingin - Melonggarkan pakaian. - Mengompres dingin - Mengaturkan posisi tidur - Berkolaborasi dalam pemberian analgesik. Cmisal: Ilio. Para-Cetamol 3x 500 mg).	

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : NO. H.
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Gelatik 2
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
	Perawat -	S: - klien mengatakan tidak nafsu makan. - klien mengatakan mual berkurang dan tidak muntah lagi - klien mengatakan nyeri pada perut berkurang - - BAB dan BAK klien normal. Masing 3 x / hari O: - Pasien tampak jinak - Makan 3x / hari Chabits 1/ - Minum satu gelas / setelah makan - - BB 79 kg - Membran mukosa pucat - BAB sedikit cair. A: - Resiko defisit nutrisi P: - Intervensi dilanjutkan.	- monitoring status nutrisi - monitoring asupan makan - monitoring berat badan. - melakukan oral hygiene sebelum makan - memberikan suplemen makanan CMIS. Nutrit 2 x 1 / hari - Anjurkan posisi duduk - Berkolaborasi dalam pemberian medikasi sebelum makan. - CMIS. ondansetron 3 x 2 mg / m.j.	

Ket: Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : NU. H
 Dx. Medis : DHE
 Ruang : Relatik 2
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN: (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
	Perawat	S: -Klien mengatakan tidak nafsu makan. -Klien mengatakan mual dan muntah. -Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah (Dextra). -Klien mengatakan BAB 5 kali dan BAK 5 kali/hari sebelum dirawat. O: -Pasién tampak lemas. -Makan 3x/hari Chabis 1/4). -minum -BB menurun. -Pening usus 34x/m. -membran mukosa pucat -BAB cair A: risiko defisit nutrisi. P: Lanjutkan Intervensi	- Mengidentifikasi Status Nutrisi? - Memonitor asupan makanan. - Memonitor berat badan. - Melakukan Oral hygiene Sebelum makan. - Memberikan Euplemen Makanan (mis: Nupit 2x1). - Anjurkan posisi duduk - Berkolaborasi dalam pemberian medikasi Sebelum makan. (Mts. andasentron 3x2 mg/mid)	

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ay. H
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : IKLH K 2
 No. MR :

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
	Perawat	S : - Klien mengatakan sudah hapsu undakan - - Klien mengatakan mual berkunang - Klien mengatakan nyeri pada perut tidak terasa. - BAB 1 X / hari dan BAK 3 X / hari. O : - Pasien tampak bersemangat - Makan 3 X / hari (habis). - Minum 8 gelas / hari - BB 80 kg. - Membran mukosa - BAB Normal. A : Reinko defisit nutrisi P : Intervensi dihentikan	- mengidentifikasi status nutrisi - memonitor asupan makanan - memonitor berat badan - Melakukan oral hygiene sebelum makan. - Memberikan Suplemen makanan CMSC. Nupit 2 x 1 / hari. - Anjurkan posisi duduk - Berkolaborasi dalam pemberian medikasi sebelum makan. - CMSC Ondansetron 3 x 2 mg / ml.	

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

Lampiran 4. Lampiran Persetujuan Judul Karya Tulis Ilmiah/Tugas Akhir

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Praktik Klinik Peminatan	Halaman	

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Delia Faramita

Nim : 2014401049

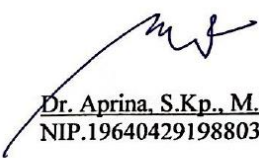
Judul yang diajukan dan disetujui:

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan pada Pasien Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) di Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung Tahun 2023

Bandar Lampung, 27 Januari 2023

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes
 NIP.196404291988032001

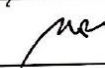
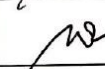
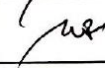
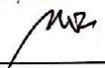
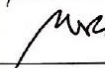
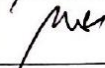
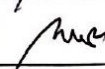
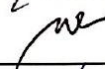
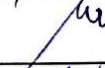
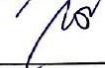

Giri Udani, S.Kp., M.Kes.
 NIP.196202121990032001

Lampiran 5. Lembar Bimbingan Pembimbing Utama

	POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : Della Faranita
 NIM : 2019401049
 Pembimbing Utama : Dr. Aprina, S.KP, M.Kes
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan
 pada pasien Dengue Haemorrhagic fever (DHF) Di Rumah Sakit
 Bhayangkara Polda Lampung Tahun 2023.

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	10/2023 01	- Pengajuan Judul		
2	12/2023 01	- Acc Judul - lanjutkan dengan Bab 1-3		
3	28/2023 01	- Perbaiki latar Belakang - Bab2 : tambahkan publikasi min-5 - Bab3 : perbaiki manfaat penelitian		
4	10/2023 03	- Lengkapi dan sempurnakan Bab 1-3 - Perbaiki publikasi		
5	24/2023 03	- Melanjutkan Bab 4-5 - Memperbaiki publikasi : Bab 2		
6	3/2023 04	- Perbaiki latar Belakang - Definisi operasional dan analisa data		
7	6/2023 04	- Perbaiki Pembahasan dan tambahkan teori-penelitian terdahulu.		
8	10/2023 04	- Perbaiki abstrak - Rapihkan daftar pustaka (menodelet)		
9	12/2023 04	- Acc - lanjutkan ke Pembimbing 2.		
10	29/2023 05	- Perbaiki Abstrak - Perbaiki Margin dan Penulisan		
11	05/2023 06	- Perbaiki Penulisan - Penambahan kalimat di abstrak		
12	06/2023 06	Acc cetak.		

Bandar Lampung,
 Pembimbing Utama


 Dr. Aprina, S.KP, M.Kes
 NIP. 196404291988032001

Lampiran 6. Lembar Bimbingan Pembimbing Pendamping

	POLTEKES TANJUNGPURANG KEMENKES RI Formulir Praktik Klinik Peminatan	Kode	
		Tanggal	
		Revisi	
		Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR PEMBIMBING PENDAMPING

Nama Mahasiswa : Delia Faramita
NIM : 2014901049
Pembimbing Pendamping : Giri udani, S.KP, M.Kes
Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan Pada Pasien Dengue haemorrhagic fever (DHF) di Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung Tahun 2023.

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	02/2023 05	• Penulisan Huruf Kapital Pada Sub Judul, dan tanda Baca BAB		
2	04/2023 05	• Perbaikan Margin • penulisan huruf miring Bhs asing		
3	05/2023 05	• Perbaikan tabel Implementasi BAB 4.		
4	08/2023 05	• Perbaikan spasi pada setiap stik tanda baca, subtopik kehapus dihapus		
5	09/2023 05	• Perbaikan abstrak • Menambahkan Jam di Implementasi		
6	10/2023 05	Acc. materi sidang.		
7	29/2023 05	• Perbaikan Abstrak. • Penulisan.		
8	30/2023 05	Acc Cetak		
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung,
Pembimbing Pendamping



Giri udani, S.KP.M.Kes
NIP.196202121990032001.

Lampiran 7. Lembar Masukan dan Perbaikan Seminar Hasil

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

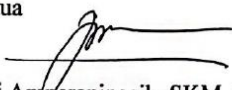
LEMBAR KENDALI MASUKAN DAN PERBAIKAN SEMINAR HASIL

Nama Mahasiswa : Delia Faramita
 NIM : 2014401049
 Tanggal : 15 Mei 2023
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan pada Pasien Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) di Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung Tahun 2023

No	Catatan Masukan Yang diberikan	Sudah Diperbaiki	Belum
	<u>Yuliati A.</u> Penulisan : Lihat panduan. Keritu saran & tihulayt . ✓ Abstrak : Cek . ✓ manfaat & rasional . ✓ tu sedang ? pembahasan . hal 36 & Sumber tambahkan . ✓ pengelasan & aplikasikan . ✓ Lampiran & masukan . Giri : Tambahkan konsep DHF . ✓ Analisa Data : Sesuaikan & ✓ hasil pengelasan .		

Bandar Lampung, Senin, 15 Mei 2023

Ketua



Yuliati Amperaningsih, SKM., M.Kes.
 NIP. 196601011989031006

TIM PENGUJI

Anggota 1



Giri Udani, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 196202121990032001

Anggota 2



Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 196404291988032001