


LAMPIRAN

	POLTEKES KEMENKES TANJUNGGARANG	KODE	:	
		TGL	:	
	Formulir Informed Consent	REVISI	:	
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman		

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa :


Nama : Priscilla Aprilia
 NIM : 2119401079

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 09 s/d 10 bulan Januari, tahun 2024 di Ruang Delima Bawah (Atak) RS. Urip Sumaharjo Tahun 2024

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

Bandar Lampung, 10 Januari 2024

Mengetahui
Perseptor/ CI Klinik



 Tika Makasari



POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPINANG

Formulir
Informed Consent

KODE

:

TGL

:

Senin, 1 Januari 2024

REVISI

:

HALAMAN : 1 dari 1 Halaman

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Wltri
Umur : 35 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan (*coret yang tidak perlu)
Alamat : Desa Kawasan, Kec. Tanjung Sari, Lampung Selatan

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : Lanesta Maulida Oktavia
Umur : 1 th
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Desa Kawasan, Kec. Tanjung Sari, Lampung Selatan

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mendapatkan penjelasan terkait tujuan dari kegiatan praktikum mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.
2. Saya telah memahami mengenai apa yang telah tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Dengan penuh kesadaran dan secara sukarela, mengizinkan pasien yang saya wakilkan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa Praktikum


Priscilla Aprilia

Keluarga Pasien

Wltri

Mengetahui
Perseptor/ GI Klinik

Wltri

	POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPINANG	KODE	:	
	Formulir Informed Consent	TGL	:	Senin, 1 Januari 2024
		REVISI	:	
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman		

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Wltri
 Umur : 35 tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki (Perempuan) (*coret yang tidak perlu)
 Alamat : Desa Kawasan, kec. Tanjung Sari, Lampung Selatan

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : Lanesta Maulida Oktavia
 Umur : 1 th
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Alamat : Desa Kawasan, kec. Tanjung Sari, Lampung Selatan

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mendapatkan penjelasan terkait tujuan dari kegiatan praktikum mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.
2. Saya telah memahami mengenai apa yang telah tercantum dalam lembar persetujuan ini
3. Dengan penuh kesadaran dan secara sukarela, mengizinkan pasien yang saya wakilkan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa Praktikum



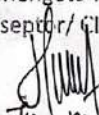
Prisca Aprilia

Keluarga Pasien




Wltri

Mengetahui
Pereseptri/ GI Klinik



Tika Megasari

	POLTEKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Kode	
		Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Penilaian LTA	Halaman	

**PENGAJUAN TOPIK/AREA KEILMUAN
KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR**

Nama Mahasiswa : Pricilia Aprilia
NIM : 2114401079

Area/Topik yang diajukan :

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan Dan Elektrolit Dengan Gastroenteritis Di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Bandar Lampung Tahun 2024

Bandar Lampung, 15 Januari 2024

Pembimbing Utama




Al Murhan, SKM., M.Kes
NIP. 196601011989031006

Pembimbing Pendamping



Idawati Manurung, S.Kp., M.Kes
NIP. 196410251988032001

	POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Penilaian LTA	Revisi	
		Halaman	


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

Nama Mahasiswa : Pricilla Aprilia
 NIM : 2114401070
 Pembimbing Utama :
 Judul Tugas Akhir :
 Asuhan Keperawatan Gangguan Kelutuhan Eliminasi Fekal Dengan
 Gastroenteritis Di Rumah Sake Unip Sumoharjo Bandar Lampung
 Tahun 2024

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	15 / Januari 2024	Konsultasi Judul	f	W.
2	18 / Januari 2024	Konsultasi Bab 1	f	W.
3	22 / Januari 2024	Konsultasi Bab 11, Perbaikan bab 1	f	W.
4	2 Februari 2024	Perbaikan Bab 2	f	W.
5	3 Februari 2024	Perbaikan Bab 1 dan Bab 11	f	W.
6	7 Februari 2024	Konsultasi Bab 111	f	W.
7	12 Februari 2024	Perbaikan bab 111 konsultasi Bab 114	f	W.
8	22 Februari 2024	Perbaikan bab 114 konsultasi bab 115	f	W.
9	29 Februari 2024	Perbaikan Bab 114 Pembahasan	f	W.
10	28 Maret 2024	Perbaikan Bab 115, Acc Seminar	f	W.
11	27/mei 2024	Perbaikan Kata Pengantar	f	W.
12	27/mei 2024	Acc Cetak	f	W.

Bandar Lampung,
 27 Mei 2024
 Pembimbing Utama
 W.

AL. Murhan S.K.M., M.Kes

	POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Penilaian LTA	Revisi	
		Halaman	

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

Nama Mahasiswa : Pricilia Aprilia
 NIM : 2114401079
 Pembimbing Utama :
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Keperawatan Eliminasi fekal Dengan Gastroenteritis Di Rumah Satri Urip Sunoharjo Bandar Lampung Tahun 2024

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	02/02/2024	Perbaiki Penulisan Latar Belakang	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	09/02/2024	Konsul Penulisan Bab 2	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	07/2/2024	Perbaiki Tabel Bab 2	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	12/2/2024	Perbaiki Tabel Bab 4	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	13/2/2024	Perbaiki Halaman	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	28/2/2024	Perbaiki Tabel Bab 4	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	23/3/2024	Perbaikan Penulisan Bab 4	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	05/04/2024	Perbaiki Tabel Catatan Perkembangan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	27/April/2024	acc untuk ujian DIII	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10	27/mei/2024	Perbaiki Implementasi	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
11	27/mei/2024	Acc Cetak	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12				

Bandar Lampung,
 27 Mei 2024
 Pembimbing Utama

[Signature]

Idawati Manunggal, S.Kp., M.Kes

Pemberian Kompres Hangat

Kategori Psikologis

Subkategori Nyeri dan Kenyamanan

Definisi

Melakukan stimulasi kulit dan jaringan untuk mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan hangat/panas.

Diagnosis Keperawatan

Hipotermia	Nyeri Akut
Hipertermia	Nyeri Kronis
Resiko Hipotermia	Gangguan Rasa Nyaman
Resiko Hipotermia Perioperatif	Resiko Disfungsi Neurovaskuler Perifer
Resiko Termoregulasi Tidak Efektif	

Luaran Keperawatan

Termoregulasi Membaik	Status Kenyamanan Meningkatkan
Tingkat Nyeri Menurun	Neurovaskuler Perifer Membaik

Prosedure

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
 - a. Sarung tangan bersih
 - b. Alat kompres
 - c. Kain penutup kompres
4. Pilih alat kompres yang nyaman dan mudah didapat (seperti kemasan gel beku, kain, atau handuk)
5. Periksa suhu alat kompres
6. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
7. Pasang sarung tangan bersih
8. Pilih lokasi kompres
9. Balut alat kompres dengan kain, jika perlu
10. Lakukan kompres hangat pada daerah yang dipilih
11. Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi
12. Rapihkan pasien dan alat yang digunakan
13. Lepas sarung tangan
14. Lakukan kebersihan 6 langkah
15. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan dan respon pasien