

# LAMPIRAN

### Lampiran: Analisis Data Diagnosa 2 dan 3

<p>2.</p> <p>04-01-2024 09.00 WIB</p>	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mual sudah 7x dalam sehari tanpa disertai muntah</li> <li>- Pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah porsi makan</li> <li>- Pasien mengatakan nafsu makan menurun setelah sakit</li> <li>- Pasien mengatakan makan 3x 1</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemas</li> <li>- Pasien hanya dapat menghabiskan setengah porsi makan</li> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- TD: 106/76 mmHg</li> <li>- Nadi: 90x/menit</li> <li>- RR: 20x/menit</li> <li>- Suhu: 36,8 C</li> <li>- SpO2: 98%</li> <li>- TB: 155cm</li> <li>- BB: 47kg</li> </ul>	<p>Nausea</p>	<p>Iritasi lambung</p>
<p>3.</p> <p>05-01-2024 10.00 WIB</p>	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sulit tidur</li> <li>- Pasien mengatakan sering terbangun karena rasa nyeri yang bertambah akibat pergerakan posisi</li> <li>- Pasien mengatakan pola tidur berubah dari sebelum sakit</li> <li>- Pasien mengatakan istirahat tidak cukup</li> <li>- Tidur hanya 3-4 jam perhari</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Pasien tampak lemas</li> <li>- Terdapat mata panda akibat kurang tidur</li> <li>- Tampak tidak nyaman</li> <li>- Tampak kebingungan</li> <li>- TD: 106/76 mmHg</li> <li>- Nadi: 90x/menit</li> <li>- RR: 20x/menit</li> <li>- Suhu: 36,8 C</li> <li>- SpO2: 98%</li> <li>- TB: 155cm</li> <li>- BB: 47kg</li> </ul>	<p>Gangguan Pola Tidur</p>	<p>Kurang kontrol tidur</p>

**Lampiran: Diagnosis 2 dan 3**

<b>No</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
2	Nausea b.d iritasi lambung	Nausea b.d iritasi lambung
3.	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur



## Lampiran: Intervensi Diagnosa 2 dan 3 Pasien 1

<p>Nausea b.d iritasi lambung</p>	<p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nausea meneurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nafsu makan meningkat</li> <li>- Keuhan mual meurun</li> <li>- Perasaan igin munth menuru</li> <li>- Pucat menurun</li> </ul>	<p><b>Intervensi Utama:</b> Manajemen mual (1.03117)</p> <p><b>Intervensi Pendukung:</b> Edukasi teknik napas (1.12452) Pemberian obat oral (1.03128) Pemberian obat intravena (1.02065)</p>	<p><b>Manajemen mual(1.03117)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi pengalaman mual</li> <li>- Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup</li> <li>- Identifikasi faktorpenyebab mual</li> <li>- Monitor mual</li> <li>- Monitor asupan nutrisi dan kalori</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual</li> <li>- Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan istirahat dan tidur cukup</li> <li>- Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</li> <li>- Anjurkan penggunaan teknik non-farmakologi utuk mengatasi mual (teknik napas dalam)</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian obat intravena (omeparazole, metronidazole, Ketorolac)</li> <li>- Pemberian obat oral (sucralfat sirup, antasida tablet)</li> <li>- Terpasang infus Nacl 500ml 20 tpm</li> </ul>
<p>Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>- Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>- Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>- Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ul>	<p><b>Intervensi utama:</b> Dukungan tidur(1.09265)</p> <p><b>Intervensi Pendukung:</b> Manajemen Lingkungan (1.14514) Pemberian obat oral (1.03128) Pemberian obat intravena (1.02065)</p>	<p><b>Dukungan tidur(1.09265)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi pola tidur</li> <li>- Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>- Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (minum banyak air sebelum tidur)</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifikasi lingkungan (misal: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya, melakukan terapi relaksasi)</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>- Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</li> <li>- Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap</li> </ul>

			gangguan tidurnya (misal, psikologis, gaya hidup, pola makan).
--	--	--	--

### Lampiran: Intervensi diagnosa 2 dan 3 pasien 2

Nausea b.d iritasi lambung	<b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nausea meneurun - Nafsu makan meningkat - Keuhan mual meurun - Perasaan ingin muntah menuru - Pucat menurun	<b>Intervensi Utama:</b> Manajemen mual (1.03117)  <b>Intervensi Pendukung:</b> Edukasi teknik napas (1.12452) Pemberian obat oral (1.03128) Pemberian obat intravena (1.02065)	<b>Manajemen mual(I.03117)</b> <b>Observasi</b> - Identifikasi pengalaman mual - Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup - Identifikasi faktorpenyebab mual - Monitor mual - Monitor asupan nutrisi dan kalori  <b>Terapeutik</b> - Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual - Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik <b>Edukasi</b> - Anjurkan istirahat dan tidur cukup - Anjurkan makanan tinggi
-------------------------------------	---	---	---

			<p>karbohidrat dan rendah lemak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan penggunaan teknik non-farmakologi untuk mengatasi mual (teknik napas dalam)</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian obat intravena (omeparazole, metronidazole, Ketorolac)</li> <li>- Pemberian obat oral (sucralfat sirup, antasida tablet)</li> <li>- Terpasang infus NaCl 500ml 20 tpm</li> </ul>
<p>Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keoerawata selama 3x24jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>- Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>- Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>- Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ul>	<p><b>Intervensi utama:</b> Dukungan tidur(1.09265)</p> <p><b>Intervensi Pendukung:</b> Manajemen Lingkungan (1.14514) Peremberian obat oral (1.03128) Pemberian obat intravena (1.02065)</p>	<p><b>Dukungan tidur(1.09265)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi pola tidur</li> <li>- Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>- Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (minum banyak air sebelum tidur)</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifikasi lingkungan (misal: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya, melakukan terapi relaksasi)</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>- Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</li> <li>- Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan tidurnya (misal, psikologis, gaya hidup, pola makan).</li> </ul>

### Lampiran: Implementasi dan Evaluasi diagnosa 2 dan 3 pasien 1

2	Kamis, 04-01-2024 11.25 wib	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor skala nyeri</li> <li>- Melakukan pengkajian nyeri secara kompresif meliputi (lokasi, frekuensi, karakteristik, durasi nyeri)</li> <li>- Mengkaji keadaan umum pasien</li> <li>- Meberikan teknik non-farmakologi relaksasi napas dalam apabila pasien merasa nyeri yang dirasa timbul, lakukan teknik nafas dalam selama 5-10 kali sampai rasa nyeri perlahan mereda</li> <li>- Memodifikasi lingkungan agar pasien aman dan nyaman</li> <li>- Mengkolaborasikan pemberian obat sesuai dosis dokter sucralfat 2,5ml yaitu dengan takaran 2 sendok makan, sebelum makan 3x1</li> <li>- Monitor mual dalam hari kedua</li> <li>- Mengkaji penyebab mual</li> <li>- Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> <li>- Mengkolaborasikan pemberian obat sesuai dosis dokter</li> <li>- Omeprazole: 40 mg (ampul) 3x1, pemberian obat dilakukan sebelum pasien mulai makan pemberian dilakukan per 8 jam dalam sehari.</li> <li>- Antasida: 200mg diminum secara oral dengan cara dikunyah 3x1 sebelum makan</li> <li>- Ketorolac 30ml diberikan secara intravena 1x1</li> </ul>	<p>14.08 wib</p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih terasa nyeri tetapi pasien mengatakan sudah bisa berpindah posisi</li> <li>- pasien mengatakan masih makan setengah porsi nafsu makan</li> <li>- pasien mengatakan dalam sehari ini klien muntah</li> <li>- pasien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak</li> <li>- pasien mengatakan tidak sulit tidur setelah nyeri</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih tampak lemas</li> <li>- Pasien masih tampak meringis sesekali</li> <li>- Nyeri menurun menjadi 5</li> <li>- Pasien tampak sudah bisa berpindah posisi dan banyak bergerak seperti: duduk, dan berdiri dengan perlahan</li> <li>- Pasien tampak masih mual tanpa disertai muntah</li> <li>- Pasien tampak nafsu makan menurun</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri</li> <li>- Nausea</li> </ul> <p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor skala nyeri</li> <li>- Monitor frekuensi nyeri</li> <li>- Monitor mual</li> <li>- Monitor perkembangan pasien</li> <li>- Monitor asupan makanan pasien</li> <li>- Anjurkan melakukan teknik relaksasi ketika nyeri</li> <li>- Pemberian obat sucralfat sirup 2,5 ml 3x1</li> <li>- Pemberian obat Metronidazole (IV) 500mg</li> </ul>
3	Jumat 05-01-2024 10.30 wib	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor skala nyeri</li> <li>- Anjurkan tetap melakukan teknik relaksasi yang sudah diajarkan</li> <li>- Monitor mual</li> <li>- Tetap anjurkan menghindari makanan yang menyebabkan mual</li> <li>- Mengkolaborasikan pemberian obat sesuai dosis dokter</li> <li>- Omeprazole: 40 mg (ampul) 3x1, pemberian obat dilakukan sebelum pasien mulai makan pemberian dilakukan per 8 jam dalam sehari.</li> <li>- Antasida: 200mg diminum secara oral dengan cara dikunyah 3x1 sebelum makan dan nyeri</li> <li>- Monitor pola asupan makan pasien</li> </ul>	<p><b>10.00 wib</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa berpindah posisi yang sangat sakit</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak mual</li> <li>- Pasien mengatakan nafsu makan sudah meningkat</li> <li>- Pasien mengatakan sudah dapat menghisap</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sudah menbaik</li> <li>- Pasien tampak tidak meringis lagi</li> <li>- Skala nyeri sudah menurun menjadi 3</li> <li>- Pasien tampak tidak mual lagi</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sucralfat sirup 3x1 sebelum makan dengan takaran 2 sendok</li> <li>- Pemberian obat Metronidazole (IV) 500mg diberikan 3x1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sudah bisa menghabiskan</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri</li> </ul> <p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan pasien melakukan teknik relaksasi</li> <li>- Anjurkan pasien menghindari makanan yang dapat menyebabkan mual</li> <li>- Hindari penyebab mual terjadi</li> <li>- Anjurkan untuk memakan makanan dalam porsi kecil</li> <li>- Anjurkan pasien mengatur jadwal makan</li> <li>- Anjurkan pasien istirahat dan tidur yang cukup sehari</li> <li>- Anjurkan meminum obat secara rutin sesuai dosis</li> </ul> <p>diberikan yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Omeprazole Tablet 3x1 sebelum makan</li> <li>- Sucralfat sirup 3x1 sebelum makan</li> <li>- Lexacrol Tablet 3x1 sebelum makan</li> </ul>
--	--	--	---

### Lampiran: Implementasi dan Evaluasi diagnosa 2 dan 3 Pasien 2

2	Kamis, 04-01-2024 11.25 wib	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor skala nyeri</li> <li>- Melakukan pengkajian nyeri secara kompresif meliputi (lokasi, frekuensi, karakteristik, durasi nyeri)</li> <li>- Mengkaji keadaan umum pasien</li> <li>- Memberikan teknik non-farmakologi relaksasi napas dalam apabila pasien merasa nyeri yang dirasa timbul, lakukan teknik nafas dalam selama 5-10 kali sampai rasa nyeri perlahan mereda</li> <li>- Memodifikasi lingkungan agar pasien aman dan nyaman</li> <li>- Mengkolaborasi pemberian obat sesuai dosis dokter sucralfat 2,5ml yaitu dengan takaran 2 sendok makan, sebelum makan 3x1</li> <li>- Monitor mual dalam hari kedua</li> <li>- Mengkaji penyebab mual</li> <li>- Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> <li>- Mengkolaborasi pemberian obat sesuai dosis dokter</li> <li>- Omeprazole: 40 mg (ampul) 3x1, pemberian obat dilakukan sebelum pasien mulai makan pemberian dilakukan per 8 jam dalam sehari.</li> <li>- Antasida: 200mg diminum secara oral dengan cara dikunyah 3x1 sebelum makan</li> <li>- Ketorolac 30ml diberikan secara intravena 1x1</li> </ul>	<p>14.08 wib</p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih terasa nyeri tetapi sudah berkurang</li> <li>- pasien mengatakan sudah bisa berpindah posisi</li> <li>- pasien mengatakan masih makan setengah porsi nafsu makan</li> <li>- pasien mengatakan dalam sehari ini pasien muntah</li> <li>- pasien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak</li> <li>- pasien mengatakan tidak sulit tidur setelah nyeri</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih tampak lemas</li> <li>- Pasien masih tampak meringis sesekali</li> <li>- Nyeri menurun menjadi 6</li> <li>- Pasien tampak sudah bisa berpindah posisi dan banyak bergerak seperti: duduk, dan berdiri dengan perlahan</li> <li>- Pasien tampak masih mual tanpa disertai muntah</li> <li>- Pasien tampak nafsu makan menurun</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri</li> <li>- Nausea</li> </ul> <p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor skala nyeri</li> <li>- Monitor frekuensi nyeri</li> <li>- Monitor mual</li> <li>- Monitor perkembangan pasien</li> <li>- Monitor asupan makanan pasien</li> <li>- Anjurkan melakukan teknik relaksasi ketika nyeri</li> <li>- Pemberian obat sucralfat sirup 2,5 ml 3x1</li> <li>- Pemberian obat Metronidazole (IV) 500mg</li> </ul>
3	Jumat 05-01-2024 10.30 wib	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor skala nyeri</li> <li>- Anjurkan tetap melakukan teknik relaksasi yang sudah diajarkan</li> <li>- Monitor mual</li> <li>- Tetap anjurkan menghindari makanan yang menyebabkan mual</li> <li>- Mengkolaborasi pemberian obat sesuai dosis</li> </ul>	<p><b>10.00 wib</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas yang sangat sakit</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak mual</li> </ul>

		<p>dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Omeprazole: 40 mg (ampul) 3x1, pemberian obat dilakukan sebelum pasien mulai makan pemberian dilakukan per 8 jam dalam sehari.</li> <li>- Antasida: 200mg diminum secara oral dengan cara dikunyah 3x1 sebelum makan dan nyeri</li> <li>- Monitor pola asupan makan pasien</li> <li>- Sucralfat sirup 3x1 sebelum makan dengan takaran 2 sendok</li> <li>- Pemberian obat Metronidazole (IV) 500mg diberikan 3x1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nafsu makan sudah</li> <li>- Pasien mengatakan sudah dapat mengha</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sudah menbaik</li> <li>- Pasien tampak tidak meringis lagi</li> <li>- Skala nyeri sudah menurun menjadi 4</li> <li>- Pasien tampak tidak mual lagi</li> <li>- Pasien tampak sudah bisa menghabiskan</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan pasien melakukan teknik relaksasi</li> <li>- Anjurkan pasien menghindari makanan pedas</li> <li>- Hindari penyebab mual terjadi</li> <li>- Anjurkan untuk memakan makanan dalam porsi kecil</li> <li>- Anjurkan pasien mengatur jadwal makan</li> <li>- Anjurkan pasien istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>- Anjurkan meminum obat secara rutin sesuai dosis</li> <li>- diberikan yaitu:</li> <li>- Omeprazole Tablet 3x1 sebelum makan</li> <li>- Sucralfat sirup 3x1 sebelum makan</li> <li>- Lexacrol Tablet 3x1 sebelum makan</li> </ul>
--	--	--	---

Lampiran 1: Surat Keterangan Telah Melakukan Asuhan Keperawatan

	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 : ZENNY SALMA NUR ZANNA  
NIM : 2114401096

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 02 s/d 06 bulan 01 tahun 2024 di Ruang Sugar (Syaraf Nantun) RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung

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

Bandar Lampung, 05 Januari 2024

Mengetahui  
Peresepor/ CI Klinik



Lampiran 2: *Informed Consent* Pasien 1

	<b>POLTEKES KEMENKES TANJUNGGARANG</b> <b>Formulir</b> Informed Consent	KODE :	
		TGL :	Senin, 1 Januari 2024
	REVISI :		
	HALAMAN : 1 dari 1 Halaman		

***INFORMED CONSENT***

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : SUPRANTO  
 Umur : 53 tahun  
 Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (\*coret yang tidak perlu)  
 Alamat : Tanjung Karang pusat.

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : RHMIMAH  
 Umur : 41 tahun  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Alamat : Tanjung Karang pusat.

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 wakiliikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa Praktikum

[Signature]  
 (ZENNY SALMA)

Keluarga Pasien

[Signature]  
 (SUPRANTO)

Mengetahui  
 Perseptor/ CI Klinik

[Signature]

Lampiran 3: *Informed Consent* Pasien 2

	<b>POLTEKES KEMENKES TANJUNGGARANG</b>  <b>Formulir</b> <b>Informed Consent</b>	KODE	:	
		TGL	:	Senin, 1 Januari 2024
		REVISI	:	
		<b>HALAMAN : 1 dari 1 Halaman</b>		

**INFORMED CONSENT**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : MAEMUNAH  
 Umur : 44 tahun  
 Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (\*coret yang tidak perlu)  
 Alamat : Keteguhan

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : MIRA SAMAYA  
 Umur : 24 tahun  
 Jenis Kelamin : perempuan  
 Alamat : Keteguhan

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 wakikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa Praktikum

  
 (RIZKI SALMA)

Keluaga Pasien

  
 (MAEMUNAH)

Mengetahui  
 Perseptor/ CI Klinik

  
 .....

## Lampiran 5: Lembar Bimbingan 1

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

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

Nama Mahasiswa : ENNY SALMA NUR ZANNA  
 NIM : 2114410106  
 Pembimbing Utama : Yulianti Amperaningih, S.K.M., M.Kes  
 Judul Tugas Akhir :  
Asuhan Keperawatan Gangguan Kebetulan Rasa Nyaman  
(Nyeri) Pada Pasien Dispepsia di Ruang Siger RSUD  
Dr. A. Dudi Tjokrodipo Bandar Lampung

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	4/01/2024	Pengkajian pasien 1 dan 2		
2	8/01/2024	Persetujuan judul Askep		
3	10/01/2024	Membimbing dokumentasi Askep pasien 1 dan 2		
4	11/01/2024	Persetujuan Askep dan memulai bab 1, bab 2, bab 3		
5	14/01/2024	Perbaikan bab 1, perbaiki bab 2		
6	21/01/2024	Perbaiki bab 3 metode ASKEP buat bab 4 dan 5		
7	27/01/2024	Perbaiki bab 4		
8	29/01/2024	Perbaiki bab 5, daftar pustaka dan lampiran		
9	7/2/2024	Perbaiki daftar pustaka		
10	11/2/2024	Acc Seminar Asuhan Keperawatan		
11	25/2/2024	Revisi implementasi dan evaluasi		
12	9/3/2024	Acc penulisan LTA		

Bandar Lampung, 10 Februari 2024

Ditandatangani

Pembimbing Utama

  
 Yulianti Amperaningih, S.K.M., M.Kes

## Lampiran 6: Lembar Bimbingan 2

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

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

Nama Mahasiswa : Zenny Salma Nur Zanna

NIM : 2144010936

Pembimbing Pendamping : Al Murhan, S.K.M., M.Kes

Judul Tugas Akhir :

ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEPERLUAN PASI NYAMAN  
(NYERI) PADA PASIEN DISPEPSIA DI RUMAH SIKER RSUD DR. A. DADI JOHANNES LAMPUNG

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	10/1/2024	Konsultasi Pengajuan Judul		
2	22/1/2024	Bimbingan Penulisan BAB 1-2		
3	25/1/2024	Perbaikan, bimbingan Bab 3		
4	09/1/2024	KONSULTASI BAB 4, penulisan		
5	5/2/2024	Bimbingan Bab 5, Daftar pustaka		
6	16/2/2024	Perbaikan Abstrak, Daftar pustaka		
7	19/2/2024	ACC Seminar Asuhan Keperawatan		
8	24/2/2024	Perbaikan BAB 1		
9	22/1/2024	Perbaikan diagnosis		
10	1/1/2024	perbaikan pengisian		
11	20/5/2024	Perbaikan pembahasan		
12	22/5/2024	ACC pengisian LTA		

Bandar Lampung, ..22...Mei.2024

Pembimbing Pendamping

  
Al Murhan, S.K.M., M.Kes  
NIP: 19660101198031006



## Lampiran 8: Standar Operasioal Prosedur

### **SOP TERAPI RELAKSASI NAPAS DALAM**

#### **Definisi:**

Menggunakan teknik napas dalam untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan.

#### **Prosedur:**

1. Identifikasi pasien minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, atau nomor rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
  - a. sarung tangan bersih, jika perlu
  - b. kursi dengan sandaran, jika perlu
  - c. Bantal
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
5. Pasang sarung tangan, jika perlu
6. Tempatkan pasien ditempat yang aman dan nyaman
7. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu yang nyaman, jika memungkinkan
8. Berikan posisi yang nyaman (misal dengan duduk, bersandar atau tidur)
9. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
10. Latih melakukan eknik napas dalam
  - a. Anjurkan tutup mata dan konsetrasi
  - b. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara dari hidung perlahan
  - c. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mencucu secara perlahan
11. Monitor respon pasien selama dilakukan prosedur
12. Rapihkan pasien dan alat-alat yang digunakan
13. Lepaskan sarung tangan
14. Lakukan kebersihan 6 langkah

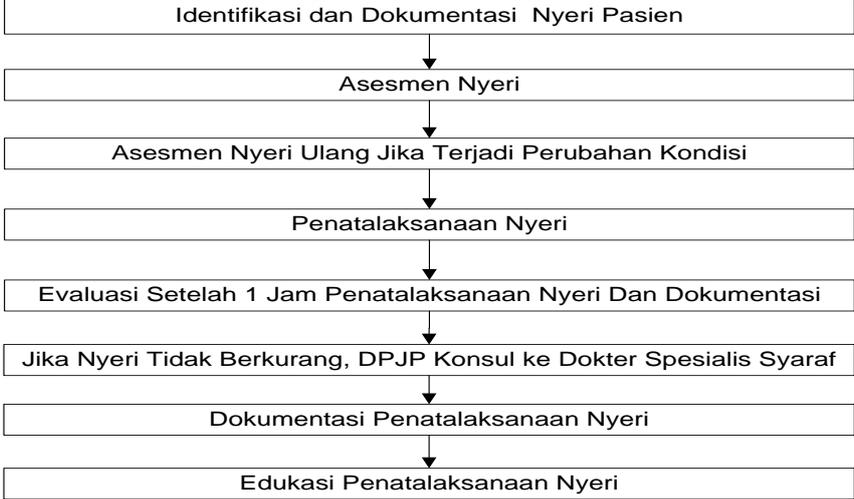
Sumber: Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021)

## Lampiran 9: SOP Pemeriksaan Skala Nyeri

	ASESMEN NYERI DAN TATALAKSANANYA		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
PROSEDUR TETAP	Tanggal Terbit	Ditetapkan Direktur	
PENGERTIAN	<p>Asesmen nyeri adalah suatu tindakan melakukan penilaian rasa sakit/nyeri pada pasien di rumah sakit, yang terdiri atas asesmen nyeri awal dan asesmen nyeri ulang.</p> <p>Asesmen nyeri awal adalah suatu tindakan melakukan penilaian rasa sakit/nyeri pada pasien saat pasien dilayani pertama kali dirawat jalan maupun unit gawat darurat.</p> <p>Asesmen nyeri ulang adalah suatu tindakan melakukan penilaian rasa sakit/nyeri pada pasien dengan keluhan nyeri baik di rawat jalan, UGD, rawat inap maupun rawat khusus sampai pasien terbebas dari rasa nyeri.</p>		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Semua pasien di rumah sakit dilakukan asesmen nyeri.</li> <li>2. Semua pasien nyeri dilakukan pengelolaan nyeri sesuai panduan manajemen nyeri.</li> </ol>		
KEBIJAKAN			
PROSEDUR	<p>Skirining dilakukan dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ANAMNESIS <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Riwayat penyakit sekarang</li> <li>B. Pengkajian dilakukan berdasarkan P, Q, R, S, T yaitu: <p>P= (provokes/point): factor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri</p> <p>Q= (Quality): bagaimana rasa nyerinya.</p> <p>R= (Radiation/relief): melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri.</p> <p>S= (Severity): keparah atau intensitas nyeri.</p> <p>T= (Time/on set): waktu atau lama serangan atau frekuensi nyeri.</p> </li> <li>C. Riwayat pembedahan/penyakit dahulu.</li> <li>D. Riwayat psiko-sosial: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riwayat pola hidup dan aktifitas pasien sehari-hari.</li> <li>- Masalah psikiatri (misalnya defresi, cemas, ide ingin bunuhdiri).</li> </ul> </li> <li>E. Obat-obatan dan alergi: daftar obat-obatan yang dikonsumsi pasien untuk mengurangi nyeri.</li> <li>F. Riwayat keluarga: evaluasi riwayat medis keluarga terutama penyakit</li> </ol> </li> </ol>		

	<p>genetik.</p> <p>G. Asesmen sistem organ yang komprehensif, evaluasi gejala kardiovaskuler, pulmoner, gastrointestinal, neurologi, reumatologi, genitourinaria, endokrin dan muskuloskeletal, psikiatri, dan penyakit penyerta yang lain.</p>
<p>TATALAKSANA ASESMEN NYERI</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat atau dokter melakukan asesmen awal mengenai nyeri terhadap semua pasien yang datang kebagian IGD, poliklinik ataupun pasien rawat inap.</li> <li>2. Asesmen nyeri menggunakan NRC (<i>Numerical Rating Scale</i>):       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Indikasi digunakan pada pasien dewasa dan anak berusia &gt; 7 tahun yang dapat menggunakan angka untuk melambangkan intensitas nyeri yang dirasakan.</li> <li>b. Intruksi: pasien akan ditanya mengenai intensitas nyeri yang dirasakan dan dilambangkan dengan angka 0-10.</li> </ol> </li> <li>3. Asesmen nyeri menggunakan VAS (<i>Visual Analog Scale</i>)       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Indikasi: digunakan pada pasien dewasa dan anak berusia &gt; 7 tahun yang dapat menilai intensitas nyeri sendiri dengan melihat mistar nyeri yang diberikan petugas.</li> <li>b. Intruksi: perawat meminta pasien menentukan intensitas nyeri yang dirasakan dengan mistar nyeri gambar wajah yang bisa dilambangkan dengan angka antara 0-10.</li> </ol> </li> <li>4. Metode NRS dan VAS tidak dapat digunakan untuk semua pasien karena skala tersebut tidak efektif pada pasien yang memiliki gangguan kognitif atau motorik, pasien yang tidak responsif, anak usia muda, pasien umur tua.</li> <li>5. Asesmen nyeri menggunakan <i>WONG BAKER FACES PAIN SCALE</i> (gambar wajah tersenyum-cemberut-menangis)       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Indikasi: digunakan pada pasien 3-7 tahun, pasien dewasa yang tidak kooperatif, pasien manula, pasien lemah, pasien dengan gangguan konsentrasi, pasien nyeri hebat, pasien kritis.</li> <li>b. Perawat menilai intensitas nyeri pasien dengan cara melihat mimik wajah dan diberi score 0-10 yaitu: 1 (tidak ada nyeri), 2 (nyeri dirasakan sedikit saja), 4 (nyeri dirasakan hilang timbul), 6 (nyeri dirasakan lebih banyak), 8 (nyeri dirasakan secara keseluruhan), 10 (nyeri sekali dan menangis).</li> </ol> </li> <li>6. Asesmen nyeri menggunakan FLACC (<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>).       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Indikasi: digunakan pada pasien berusia 6 bulan – 3 tahun</li> <li>b. Intruksi: perawat menilai intensitas nyeri dengan cara melihat mimik wajah,</li> </ol> </li> </ol>

	<p>gerakan kaki, aktivitas, menangis, dan berbicara atau bersuara.dapat dilihat dengan score 0-10: 0(rileks dan nyaman), 1-3(kurang nyaman), 4-6(nyeri sedang), 7-10(nyeri berat/tidak nyaman atau kedua-duanya).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Asesmen nyeri menggunakan Skala Nyeri Menangis(<i>Cries Pain Scale</i>)       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Indikasi: digunakan untuk menilai skala nyeri pada usia 0-6 bulan.</li> <li>b. Intruksi: perawat menilai intensitas nyeri dengan mengobservasi neonatus terhadap reaksi menangis, kebutuhan O2, peningkatan tanda vital, ekspresi wajah dan tidur.</li> </ol> </li> <li>8. Setelah selesai menentukan score intensitas nyeri, lanjutkan dengan menentukan tipe nyeri apakah termasuk nyeri ringan, sedang, berat atau sangat berat.</li> <li>9. Perawat menanyakan mengenai faktor yang memperberat dan memperingan nyeri kepada pasien.</li> <li>10. Tanyakan juga mengenai deskripsi nyeri:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lokasi nyeri</li> <li>b. Kualitas dan perjalanan/penyebaran</li> <li>c. Onset, durasi, dan faktor pemicu.</li> <li>d. Riwayat penanganan nyeri sebelumnya dan efektifitasnya</li> <li>e. Efek nyeri terhadap aktivitas sehari-hari</li> <li>f. Obat-obat yang dikonsumsi pasien.</li> </ol> </li> <li>11. Pada pasien dalam pengaruh obat anastesi atau dalam kondisi sedasi sedang, asesmen dan penanganan nyeri dilakukan saat pasien menunjukkan respon berupa ekspresi tubuh.</li> <li>12. Asesmen ulang nyeri: dilakukan pada pasien yang dirawat lebih dari beberapa jam dan menunjukkan adanya rasa nyeri.</li> <li>13. Perawat dirawat inap harus melapor ke dokter yang merawat bila ada pasien rawat inap yang mengeluh nyeri setelah melakukan asesmen nyeri. Berikan analgesik sesuai dengan anjuran dokter.</li> <li>14. Pada pasien yang kesakitan (nyeri hebat) segera laporkan ke dokter yang merawat atau dokter jaga ruangan untuk segera mendapat terapi.</li> <li>15. Perawat secara rutin (setiap 4 jam) mengevaluasi tatalaksana nyeri pada pasien sadar.</li> <li>16. Tatalaksana nyeri diberikan pada intensitas nyeri <math>\geq 4</math> pada nyeri akut asesmen dilakukan tiap 30 menit- 1 jam setelah tatalaksana sampai intensitas nyeri <math>\leq 3</math>. Bila nyeri tidak berkurang laporkan kembali ke dokter yang merawat.</li> </ol>
--	---

	<p>17. Sebisa mungkin berikan analgesik melalui jalur yang paling tidak menimbulkan nyeri.</p> <p>18. Nilai ulang efektivitas pengobatan</p> <p>19. Tatalaksana non farmakologi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan heat/cold pack</li> <li>b. Lakukan reposisi, mobilisasi yang dapat ditoleransi oleh pasien</li> <li>c. Lakukan relaksasi, seperti tarik napas dalam, bernapas dengan irama/pola teratur dan meditasi bernapas yang menenangkan</li> <li>d. Distraksi/pengalih perhatian</li> </ol> <p>20. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penyakitnya dan perawatan penyakit di rumah</li> <li>b. Factor psikologis yang dapat menjadi penyebab nyeri</li> <li>c. Dalam hal posisi tubuh sebagai penyebab nyeri</li> <li>d. Dalam hal diet kalau ada.</li> <li>e. Menenangkan ketakutan pasien.</li> <li>f. Tatalaksana nyeri.</li> <li>g. Anjurkan untuk segera melaporkan kepada petugas jika merasa nyeri sebelum rasa nyeri tersebut bertambah parah.</li> </ol>
<p style="text-align: center;">DIAGRAM ALUR</p>	 <pre> graph TD     A[Identifikasi dan Dokumentasi Nyeri Pasien] --&gt; B[Asesmen Nyeri]     B --&gt; C[Asesmen Nyeri Ulang Jika Terjadi Perubahan Kondisi]     C --&gt; D[Penatalaksanaan Nyeri]     D --&gt; E[Evaluasi Setelah 1 Jam Penatalaksanaan Nyeri Dan Dokumentasi]     E --&gt; F[Jika Nyeri Tidak Berkurang, DPJP Konsul ke Dokter Spesialis Syaraf]     F --&gt; G[Dokumentasi Penatalaksanaan Nyeri]     G --&gt; H[Edukasi Penatalaksanaan Nyeri] </pre>
<p style="text-align: center;">UNIT TERKAIT</p>	<p>Unit Gawat Darurat, Unit Rawat Inap, Unit kamar operasi, Unit Kamar Bersalin, Unit Rawat Jalan.</p>