

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN.....
AKIBAT PATOLOGI SISTEM
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DI
RUANG..... RS.....**



Nama :

NIM :

**POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPINANG
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGPINANG
2020**

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : _____
NIM : _____ Tgl Pengkajian : _____

Ruang rawat : _____ No. Register : _____

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : _____
2. Umur : _____ tahun
3. Jenis kelamin : L / P *
4. Pendidikan : _____
5. Pekerjaan : _____
6. Tgl masuk RS : _____ Waktu : WIB
7. Dx. Medis : _____
8. Alamat : _____

B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : () Melalui IGD () Melalui Poliklinik () Transfer ruangan

Masuk ke Ruangan pada tanggal : _____ Waktu : _____
WIB

Diantar Oleh : () sendiri () Keluarga () Petugas Kesehatan () Lainnya

Masuk dengan menggunakan : () Berjalan () Kursi Roda () Brankar () Kruk
() Walker

() Tripod () Lainnya, Jelaskan

Status Mental saat masuk : () Kesadaran : _____ () GCS : E _____
M _____ V _____

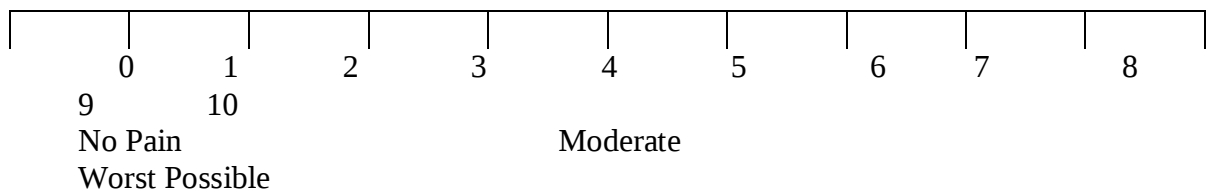
Tanda Vital Saat Masuk : TD _____ mmHg Nadi _____ x/menit () teratur

() Tidak teratur () Lemah () Kuat RR _____ x/menit () teratur ()

Tidak teratur

Nyeri _____ :

Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



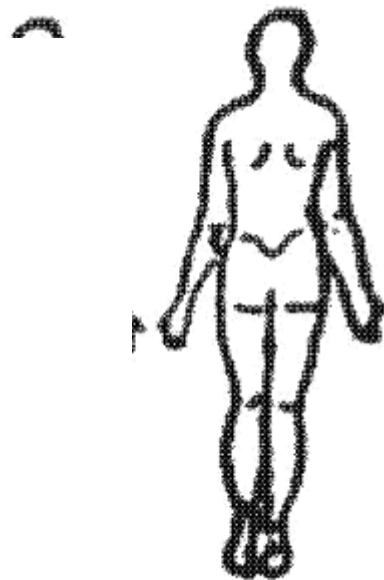
Wong & Baker Faces Rating Scale



Status Lokalis :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis disamping :

- C – Contusion
- L – Lacerations
- R – Rashes
- S – Scars
- *Parasite (scabies/lice)
- D – Decubitus
- T – Tattoo
- B – Bruises
- X – Body Piercing



Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA	NILAI	KET
----	------------	-------	-------	-----

1	Riwayatjatuh yang baruatau < 3 bulanterakhir	Tidak	0		
		Ya	25		
2	Diagnosamedissekunder > 1	Tidak	0		
		Ya	15		
3	Alat Bantu Jalan				
	a. Bedrestdibantuperawat		0		
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15		
	c. Berpeganganpd bendasekitar / furniture		30		
4	Apakahpasienmenggunakaninfus	Tidak	0		
		Ya	20		
5	Gaya berjalan / pindah				
	a. Normal / Bedrest / immobile tdkdptbergeraksendiri		0		
	b. Lemahtidakbertenaga		10		
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)		20		
6	Status Mental				
	a. Sadarpenuh		0		
	b. Keterbatasandayaingat		15		
	JUMLAH SKOR			-----	

Lingkarkategoriskorygdiperoleh :

	SKOR	Δ KODE
1. TidakBerisiko, tindakanperawatandasar	0 - 24	HIJAU
2. Risiko , lakukantindakanpencegahanjatuh	>25	KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian : _____

2. Riwayat penyakit Sekarang :

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll)
: _____

4. Bentuk reaksi alergi yg dialami :

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

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI
_____	_____	_____	_____
—	—	—	—
_____	_____	_____	_____
—	—	—	—
_____	_____	_____	_____
—	—	—	—

6. Apakah obat / herbal tersebut masih dikonsumsi hingga saat ini ?
() Ya, Alasan :

() Tidak, Alasan :

7. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang:

8. Riwayat penyakit keluarga :

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik

Gambar Genogram :	Keterangan Genogram :
--------------------------	----------------------------------

C. ANAMNESIS PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

1. Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

- ☐ Tampak Sehat ☐ Tampak Sakit Ringan ☐ Tampak sakit sedang
☐ Tampak Sakit Berat

Catatan lain :

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan

- ☐ Olahraga : teratur / tidak teratur / tidak pernah. Jika olahraga, jenisnya :

.....

- ☐ Minum air putih : L/hari ☐ Kopi ☐ teh ☐ Soda ☐

Minuman bersuplemen

Frekuensi konsumsi jenis minuman tsb :x/hr ☐ Makanan, diet tertentu :

☐ Merokok, Jenis..... Jumlahbtg/hari Merokok sejak usia..... thn, lama thn

Jenis rokok :..... Keinginan berhenti merokok : ☐ Ada ☐
☐ Tidak ada

Upaya Berhenti merokok : ☐ Pernah ☐ Belum pernah

Jika pernah : ☐ berhasil

☐ Tidak berhasil, kendala :

Jika mengalami tekanan/masalah, cara melampiaskan stress : ☐ Marah-marah

- ☐ Merusak barang-barang
☐ Memukul, mencubit, menciderai, meninju orang lain maupun diri sendiri.
☐ Menangis
☐ Memendam perasaan
☐ Mengatakannya secara baik-baik

Catatan lain :

❖ Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien

() Melakukan medical chek up : () rutin () Kadang²

Jenis Medical Chek Up yg dilakukan :

.....

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

Jenis Faskes yg dikunjungi :

.....

.....

() Memiliki jaminan kesehatan/asuransi

Jenis Jamkes yg dimiliki :

.....

.....

Catatan lain :

❖ Upaya pemeriksaan kesehatan mandiri

() Pemeriksaan payudara sendiri

() Pemeriksaan testis sendiri (khusus pria)

() Pemeriksaan Tekanan Darah sendiri

() Pemeriksaan Gula Darah mandiri

() Pemeriksaan Kolesterol mandiri

() Pemeriksaan Asam Urat mandiri

() Pemeriksaan mandiri lainnya, sebutkan

Catatan lain :

❖ Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan

Pernahkah klien dirawat di RS sebelumnya ?

Jika pernah, kapan,.....

Dirawat karena

Pernahkah klien menjalani operasi ?.....

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

.....

Catatan lain :

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

Obat Yg sering dikonsumsi : Jamu Yg sering
dikonsumsi :

Terapi lain yg dijalani :(Cth :
Accupresure, bekam, akupuntur, dll)

Tujuan mengkonsumsi obat, jamu, herbal atau terapi tersebut adalah
.....

Apakah obat, jamu, herbal atau terapi tersebut masih dijalani hingga saat ini ?

....., Alasannya :

.....
.....

Catatan lain :

2. Pola Metabolik – Nutrisi

❖ Kebiasaan Jumlah Makanan dan Kudapan

Makanan utama : () Nasi Putih () Nasi Merah () Ubi & Olahannya ()
Roti

Berapa banyak ? (ukuran Rmh Tangga)

Konsumsi Sayur Mayur : () Selalu () Kadang kadang () Sangat Jarang
 Jenis Sayur Yg paling disukai :

.....

Jenis Sayur yg dihindari/tidak disukai :

.....

Olahan sayur yg sering : () rebus () masak santan () tumis () bakar
 () Goreng

Konsumsi Lauk : () Selalu () Kadang kadang
 Jenis lauk Yg paling disukai :

.....

Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi :

.....

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

Jenis lauk yg dihindari/tidak disukai :

.....

Frekuensi makan makanan utama & pelengkapnya : () 1-2 x/hr () 3 x/hr
 () > 3 x/hr

Kudapan/Camilan : () Selalu () Kadang kadang

Rasa kudapan yg paling disukai : () manis () asin

Frekuensi makan kudapan dlm sehari : () 1-2 x/hr () 3 x/hr () > 3 x/hr.

Jenis kudapan/cemilan yg sering : () Permen / coklat () kue/roti/donat () bakso/somay/mi & sejenisnya () kacang/krupuk/kripik/pilus dan sejenisnya () es krim/es campur/soda & minuman sejenisnya

Catatan lain :

- ❖ Pola Makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir (*Jika klien dirawat > 3 hari, maka lakukan pengkajian pola makan 3 hr terakhir*)
 () 3 hari terakhir () 24 jam terakhir
 Jenis diet : (Lih. di catatan medis)
 Bentuk makanan yg diberikan : () padat () Bubur biasa () Bubur saring () Cair
 Cara Pemberian : () Oral () Sonde () Parenteral
 Frekuensi pemberian :x/hari Kudapan/camilan :
x / hari

Kemampuan makan : () mandiri () bantuan () tergantung total

Porsi yg dihabiskan dari makanan yg disediakan :

() satu porsi habis setiap kali makan () $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ porsi () $< \frac{1}{2}$ porsi

Alasan tidak menghabiskan makan :

Makanan lain diluar diet yg dikonsumsi :
.....

Catatan lain :

❖ Masalah yg berhubungan dengan pola konsumsi makanan

() Gangguan menelan () Gangguan mengunyah () Gangguan mengecap () Mual

() Muntah () Nyeri gigi/caries () Terpasang peralatan medis () Penurunan kesadaran

() Anoreksia / tidak nafsu mkn () Gangguan penciuman/tidak dpt mencium aroma makanan

() Perasaan tidak nyaman di abdomen; yaitu

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

Catatan lain :

❖ Energi Metabolik

() merasa lemah () merasa tenaga menurun () mudah lelah

() tidak mampu melakukan aktifitas () tidak ada tenaga

Catatan lain :

- ❖ Persepsi klien tentang BB nya (*Hanya untuk klien dg kesadaran penuh*)
 - ☐ Merasa BB normal ☐ Merasa BB Lebih ☐ Merasa sangat gemuk
 - ☐ Merasa kurus

Catatan lain :

3. POLA ELIMINASI

- ❖ Eliminasi buang air kecil (b.a.k)
 - ☐ Tidak di kateterisasi urine (*jika pasien di kateter maka pertanyaan langsung ke bagian dilakukan kateterisasi urine*)
 - ☐ Frekuensi b.a.k dalam 24 jam : x/hr ☐ Penggunaan bedpan / urinal diatas TT
 - ☐ Ke toilet : ☐ mandiri ☐ dengan bantuan
 - Apakah klien diinstruksikan untuk tampung urine 24 jam
 - ☐ Ya, untuk keperluan
 - ☐ Tidak, karena
 - Warna urine : ☐ kuning jernih ☐ Keruh ☐ berbusa ☐ Merah terang ☐ Merah pekat
 - ☐ bekuan darah
 - Bau urine : ☐ normal ☐ busuk ☐ anyir
 - Masalah dalam pengeluaran urine : ☐ Nyeri ☐ Aliran tersendat ☐ enuresis
 - ☐ Incontinensia
 - ☐ retensi parsial/total ☐ urine menetes ☐ mencedan ☐ keluar pasir-pasir
 - ☐ Dilakukan kateterisasi urine, jenisnya Lama kateter terpasang :hari
 - Kebersihan kateter : ☐ bersih ☐ tampak kotor
 - Keluhan klien terhadap kateter terpasang : ☐ nyeri ☐ panas ☐ perih ☐ tidak nyaman
 - Aliran urine dlm selang kateter : ☐ lancar ☐ tersendat
 - Warna urine dalam urine bag/selang kateter : ☐ kuning jernih ☐ kuning pekat ☐ keruh
 - ☐ berkabut/granulasi ☐ merah terang ☐ merah pekat
 - Volume urine bag dalam 3 jam terakhir :ml
 - Volume urine bag dalam 6 jam terakhir :ml
 - Volume urine bag dalam 8 jam terakhir :ml
 - Volume urine bag dalam 24 jam terakhir : ml
 - Volume cairan irigasi (*jika dilakukan irigasi blas*) dalam 24 jam terakhir :ml.
 - Tetes irigasi : tts/menit

Catatan lain :

4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

❖ Aktivitas sehari-hari

Pekerjaan :
.....
.....

Kegiatan Sosial/kemasyarakatan :
.....
.....

Masalah kesehatan anggota gerak :

() kelemahan ekstremitas.....

() kekakuan ekstremitas.....

() kontraktur area.....

Kemampuan melakukan perawatan diri (mandi, berpakaian, berhias, makan, toilet) :

() mandiri () bantuan sebagian () bantuan penuh

Penggunaan alat bantu gerak : () kruk () walker () tripod () tongkat

Catatan lain :

5. POLA ISTIRAHAT – TIDUR

❖ Kebiasaan tidur

Kebiasaan tidur sehari-hari : () 6 – 8 jam/hari () < 6 – 8 jam/hari () > 6 – 8 jam/hari.

Tingkat kesegaran setelah bangun tidur : () segar () tidak segar.

Kebiasaan tidur saat ini : () 6 – 8 jam/hari () < 6 – 8 jam/hari () > 6 – 8 jam/hari.

Masalah gangguan tidur : () mimpi buruk () pikiran tidak tenang () nyeri
() lingkungan bising/berisik () pencahayaan ruangan () suhu ruangan
tdk nyaman

() pengunjung/pembezuk banyak

Penggunaan alat/zat bantu tidur : () musik relaksasi () hypnoterapi

() obat-obatan, jenisnya.....

Catatan lain :

6. POLA PERSEPSI KOGNITIF

❖ Gambaran tentang indera khusus

() penurunan tajam penglihatan () kacamata bantu () penurunan tajam
pendengaran

() alat bantu dengar () penurunan tajam penciuman

() rasa baal indera perabaan (telapak tangan, telapak kaki) : kiri / kanan

() rasa kebas, kesemutan
area.....

.....

() rasa nyeri, karakteristik

.....

.....

❖ Kognitif

Tingkat pendidikan terakhir.....

Kemampuan mengambil keputusan : () mampu () ragu-ragu () tidak
mampu mengambil keputusan () buta aksara () buta angka

Kemampuan mengingat : Jangka pendek : () mampu () Tidak mampu,
Jangka Panjang : () mampu () tidak mampu

Catatan lain :

7. POLA KONSEPSI DIRI – PERSEPSI DIRI

❖ Keadaan sosial

❖ Pekerjaan :
.....
.....

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

❖ Keanggotaan kelompok sosial :
.....
.....

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

.....
.....

❖ Keadaan fisik yg disukai & tidak disukai :
.....

❖ Harga diri (perasaan klien thd dirinya sendiri.....

Catatan lain :

8. POLA HUBUNGAN PERAN

❖ Gambaran Tentang Peran

❖ Peran klien dalam keluarga :

❖ Peran klien dalam masyarakat :

❖ Peran klien dalam pekerjaan :

❖ Kepuasan terhadap peran : () puas () tidak puas

❖ Perubahan peran : () tidak () ya,
 yaitu.....

Jika ya, apakah perubahan peran tersebut dirasakan membuat klien merasa
 tidak nyaman ? () Tidak

() Ya,
 uraikan.....

❖ Pola hubungan

❖ Hubungan dengan keluarga : () baik () masalah,

❖ Hubungan dengan masyarakat : () baik () masalah,

- [illegible]

[illegible]

9. POLA REPRODUKTIF – SEKSUALITAS

- ❖ Apakah klien saat ini mengalami : () Menopause () amenorrhea () dishmenorhea
() impotensi () penurunan libido () Nyeri
- ❖ Apakah klien saat ini menggunakan kontrasepsi : () tidak () Ya, jika ya, jenis kontrasepsi dan telah digunakan selama Bln / tahun.
- ❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi reproduksi ? () Tidak
() Ya, jika ya, jelaskan
- ❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi seksual ? () Tidak
() Ya, jika ya, jelaskan

10. POLA TOLERANSI TERHADAP STRESS – KOPING

❖ Toleransi terhadap stress – koping

- ❖ Adakah kejadian yang pernah dialami oleh klien hingga saat ini yang sangat menimbulkan stress ? () tidak ada () ada, yaitu.....
- ❖ Apakah klien belakangan ini merasakan perasaan : () Kecemasan
() Takut
() Sedih () Bingung () Kehilangan harapan / putus asa () tertekan
- ❖ Apakah strategi yang biasanya digunakan oleh klien untuk menghilangkan perasaan diatas ?
uraikan.....
.....
- ❖ Apakah strategi tersebut dirasakan efektif oleh klien ? () selalu efektif
() tidak selalu efektif () tidak efektif
- ❖ Apakah klien mengetahui beberapa teknik relaksasi / menenangkan diri / meredakan stress ? () Tidak () mengetahui, yaitu
.....
- ❖ Jika mengetahui, apakah klien pernah menggunakannya ? () ya
() tidak, karena.....
.....
- ❖ Apakah saat ini klien tampak : () tegang () murung / sedih () gelisah
() menyendiri () tatapan kosong () banyak bertanya

11. POLA KEYAKINAN – NILAI

- ❖ Latar belakang budaya / etnik :
.....
.....
- ❖ Apakah tujuan hidup menurut klien :
.....
.....
- ❖ Keyakinan klien yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
.....
.....
- ❖ Keyakinan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
.....
.....
- ❖ Apakah menurut klien pendekatan keyakinan / budaya / agama penting dalam penyelesaian masalah kesehatan saat ini : () tidak () Ya, Penting
- ❖ Apakah selama di RS klien mengalami kesulitan dalam menjalankan ritual keyakinan/budaya atau agamanya ? () tidak () Ya, jelaskan
.....

D. PEMERIKSAAN FISIK

TANDA – TANDA VITAL : TD :mmHg, Nadi :
.....x/menit () kuat () lemah

() Teratur () Tidak teratur RR : x/mnt ()
) teratur () tidak

Teratur. Irama nafas : () normal () Cheyne
Stokes () Biot

() Kussmaul () Hyperventilasi () Apneustik

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

1. Kepala :

2. Leher :

3. Thorax (Jantung & Paru):

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

c. Perkusi :

d. Auskultasi :

4. Abdomen

a. Inspeksi :

b. Auskultasi :

c. Palpasi :

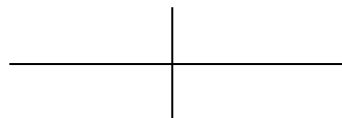
d. Perkusi :

5. Punggung & Tulang Belakang :

6. Genetalia & Rektum :

7. Ekstremitas Atas & Bawah :

8. Kekuatan otot :



9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik :

Motorik :

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan_____ kiri _____ Tricep :
kanan_____ kiri _____

Tendo Achilles : kanan_____ kiri _____

Abdomen : _____

Reflek Patologis dan rangsang meningeal :

Babinsky : kanan_____ kiri _____ Brudzinsky I :

Brudzinsky II : _____ Chadok : _____ Hoffman
Turner :_____

Laseque : _____ Kaku Kuduk : _____sss

12 Syaraf Kranial :

Nervus	I
:	
Nervus	III
:	
Nervus	IV
:	
Nervus	V
:	
Nervus	VI
:	
Nervus	VII
:	
Nervus	VIII
:	
Nervus	
IX:	
Nervus	X
:	
Nervus	XI
:	
Nervus	XII
:	

10. Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brakhial Indeks (ABI) : Kanan_____ Kiri

- Monofilamen :
Kanan _____

Kiri

- Ulkus DM : Lokasi

Gambar :

P : Peripheral

E : Extend or Size :

D : Depth or Tissue Loss :

I : Infection and Sensation :

S : Severe

: _____

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

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

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
------	----------------------------	--------------------	-------------------------	--------------------------------

FORMAT ANALISIS DATA

NamaKlien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
		DS :		

		DO :		
		DS :		
		DO :		

FORMAT ANALISIS DATA

NamaKlien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
		DS :		

		DO :		
		DS :		
		DO :		

FORMAT ANALISIS DATA

NamaKlien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
----	----------------	------	------------------------	----------

No. MR :

[illegible]

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

NamaKlien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

HARI KE-1 : Tanggal

1.....

.....

2.....

.....

3.....

.....

4.....

.....

HARI KE-2 : Tanggal

1.....

.....

2.....

.....

3.....

.....

4.....

.....

HARI KE-3 : Tanggal

1.....

.....

2.....

.....

3.....

.....

4.....

.....

HARI KE-4 : Tanggal

1.....

.....

2.....

.....

3.....

.....

4.....

.....

HARI KE-5 : Tanggal

1.....

.....

2.....

.....

3.....
.....

4.....
.....

HARI KE-6 : Tanggal

1.....
.....

2.....
.....

3.....
.....

4.....
.....

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NamaKlien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	DiagnosaKeperawatan andan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	RencanaTindakan	Rasional	Paraf

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NamaKlien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	DiagnosaKeperawatan andan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	RencanaTindakan	Rasional	Paraf

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NamaKlien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	DiagnosaKeperawatan tanda Data Penunjang	Tujuan (SMART)	RencanaTindakan	Rasional	Paraf

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

NamaKlien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atauHasil)	Evaluasi (SOAP)	P

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

NamaKlien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atauHasil)	Evaluasi (SOAP)	P

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

NamaKlien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

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

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

NamaKlien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

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



Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : (inisial)
Umur : tahun
Jenis Kelamin : (Laki-Laki / Perempuan *)

dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan di atas dan yang telah dijelaskan oleh tim peneliti.
2. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek dalam penelitian yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah Di Ruang Bedah RSUD Jendral Ahmad Yani Tahun 2020”**

Bandar Lampung, 24 februari 2020

Peneliti,

Saksi,

Subjek,

(Clara Chintia Dewi)

(.....)

Makam Juma

Keterangan *): Coret yang tidak perlu



POLTEKES TANJUNGPUR
PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPUR
Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir

Kode	
Tanggal	
Revisi	
Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : Clara Chintia Dewi
NIM : 12122010816
Pembimbing Utama : Kadri Stp, Mkes
Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Keutuhan Aktivitas
Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah Di Ruang Bedah
RSUD Jendral Ahmad Yani Metro

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	24 - 01 - 2020	Acc Judul	clara	
2	29 - 01 - 2020	Perbaikan Bab I	clara	
3	11 - 02 - 2020	Perbaikan Bab I , Bab II	clara	
4	21 - 02 - 2020	Pathway , Teori	clara	
5	10 - 03 - 2020	Acc Bab I , Bab II , Bab III	clara	
6	27 - 03 - 2020	Perbaikan Bab IV	clara	
7	28 - 03 - 2020	Acc Sidang	clara	
8	10 - 06 - 2020	Revisi Implementasi , Penulisan Pemberian chat		
9	11 - 06 - 2020	Perbaikan Abstrak		
10	12 - 06 - 2020	Perbaikan Penulisan Abstrak		
11	13 - 06 - 2020	Perbaikan Paragraf , Rapihkan		
12	14 - 06 - 2020	Acc Akhir		

Bandar Lampung, 14 Juni 2020
Pembimbing Utama

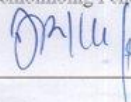
	POLTEKKES TANJUNGPUR	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPUR	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

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

Nama Mahasiswa : Clara Chintia Dewi
 NIM : 1714401086
 Pembimbing Pendamping : Ririn Sri Handayani M.Kep., Sp.Kep.MB
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktivitas
 Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah Di Ruang
 Bedah RSUD Jendral Ahmad Yani Metro

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	25-01-2020	Acc Judul	Clara	R
2	30-03-2020	Perbaikan • di tabel dan paragraf penulisan	Clara	R
3	06-04-2020	Perbaikan Bab 4 Penulisan	Clara	R
4	14-04-2020	Acc Sidang	Clara	R
5	17-05-2020	Perbaikan implementasi, dan tabel	Clara	R
6	09-06-2020	Perbaikan paragraf	Clara	R
7	10-06-2020	Perbaikan ukuran teks	Clara	R
8	11-06-2020	Perbaikan Abstrak Kesimpulan dan Format	Clara	R
9	16-06-2020	Perbaikan lagi abstrak	Clara	R
10	17-06-2020	Acc Cekat	Clara	R
11				
12				

Bandar Lampung, 17 Juni 2020
 Pembimbing Pendamping



	POLTEKKES TANJUNGGARANG	Kode	:	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Tgl	:	
	Format Surat Keterangan	Revisi	:	
	Telah Melakukan Asuhan Keperawatan	Halaman : 1 dari 1 Halaman		

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : Clara Chintia Dewi
 NIM : 1714401086
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan
Aktivitas Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah
Di Ruang Bedah RSUD Jendral Ahmad Yani Metro

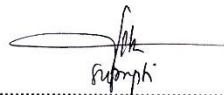
Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 24 s/d 29 bulan Februari tahun 2020 di Ruang Bedah RSUD Jendral Ahmad Yani Metro

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

Metro, 26 / Februari / 2020

Yang Menerangkan

(Kepala Ruangan / Pembimbing /*)


R. R. R. R. R.

Keterangan:

- Caret/isi sesuai keperluan



**PEMERINTAH KOTA METRO
DINAS KESEHATAN
UPTD RSUD. JEND. A YANI METRO**

Jl. Jend. A Yani No. 13 Kota Metro 34111

Telp/Fax. (0725) 41820 / 48423 Email: rsudayanimetro@ymail.com



Nomor : 890/ ~~1722~~ /LL-3/03/2020
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Izin Penelitian (KTI)**

Kepada Yth,
Direktur Poltekkes Tanjung Karang
Di
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan surat dari Direktur poltekkes Tanjung Karang dengan Nomor: PP.03.01/I.1/0622/2020 tanggal 10 Februari 2020 Perihal Izin Penelitian, maka dengan ini kami sampaikan pada prinsipnya kami tidak keberatan dan memberikan izin kepada mahasiswa/i Akademi Keperawatan Tanjung Karang Jurusan Keperawatan Tahun Akademik 2019/2020.

Adapun Nama dan NIM mahasiswa/i terlampir.

Untuk melaksanakan penelitian Mahasiswa Akademi Keperawatan Tanjung Karang Jurusan Keperawatan Tahun Akademik 2019/2020 pada RSUD Jend. A. Yani Metro, dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Bersedia mematuhi peraturan yang berlaku di RSUD Jend. A. Yani Metro.
2. Bersedia memenuhi dan menyelesaikan administrasi kegiatan sesuai dengan ketentuan

Demikian atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Metro, 18 Februari 2020

**DIREKTUR RSUD JEND. A. YANI
KOTA METRO**

dr. Trestiyawaty, Sp. OG

NIP. 197805042005012013

Tembusan:

1. Kabag. Keuangan c/q Perbendaharaan RSUD Jend. A. Yani
2. Yang Bersangkutan

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPUR

Jalan Soekarno - Hatta No. 6 Bandar Lampung
Telp : 0721 - 783 852 Faxsimile : 0721 - 773 918

Website : <http://poltekkes-tjk.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-tjk.ac.id



10 Februari 2020

Nomor : PP.03.01/I.1/0622/2020
Lampiran : 1 Eks
Hal : Izin Penelitian

Yang terhormat :

1. Direktur RSUD Jend.A.Yani Kota Metro
2. Direktur RSUD Sukadana Kabupaten Lampung Timur
3. Direktur RSUD Pringsewu Kabupaten Pringsewu

Di-

Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah bagi mahasiswa semester VI Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Tanjungkarang Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang Tahun Akademik 2019/2020 maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan Penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan nama Mahasiswa dan institusi yang terkait dengan proposal penelitian.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan, terima kasih



Tembusan :

1. Ka. Jurusan Keperawatan
2. Kepala Bagian Diklat

Lampiran 1 : Izin Penelitian
 Nomor : PP.07/SK/01/2020
 Tanggal : 10 Februari 2020

DAFTAR JUDUL KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN TANJUNGPINANG JURUSAN KEPERAWATAN KELAS REGULER
TAHUN AKADEMIK 2019/2020

NO	NAMA MAHASISWA	NIM	JUDUL KARYA TULIS	TEMPAT
1	MASNUNI SAFITRI	1714401002	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi dengan Masalah Pola Napas Tidak Efektif pada Pasien PPOK	RSUD Ahmad Yani Metro
2	FIRDA NURAINI	1714401003	Asuhan Keperawatan Gangguan Distres Spiritual pada Pasien Penyakit Pulmonary Obstruksi Kronik (PPOK)	RSUD Ahmad Yani Metro
3	ADELLIA	1714401005	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Pasien PPOK	RSUD Ahmad Yani Metro
4	DEVI YULIA	1714401006	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Pasien dengan Congestive Heart Failure	RSUD Ahmad Yani Metro
5	ARLENA	1714401008	Asuhan Keperawatan Gangguan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada Pasien TB Paru	RSUD Ahmad Yani Metro
6	MEYSI NUR	1714401025	Asuhan Keperawatan Anak dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada Pasien Bronkopneumonia	RSUD Ahmad Yani Metro
7	MAYANG DWI APRITANIA	1714401032	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas pada Pasien Thalasemia	RSUD Ahmad Yani Metro
8	FIRDHA KHUSNUL KHOTIMAH	1714401033	Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan pada Anak Kejang Demam	RSUD Ahmad Yani Metro
9	ROSSALIA DIVANILL	1714401039	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Fisik pada Pasien Stroke	RSUD Ahmad Yani Metro
10	RISTI ANDILA SARI RAHMAN	1714401042	Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur pada pasien Tuberkulosis	RSUD Ahmad Yani Metro
11	MEIZA DAMAYATI	1714401043	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Fisik pada Pasien Stroke	RSUD Ahmad Yani Metro
12	DESI MAHARANI	1714401047	Asuhan Keperawatan Anak pada Pasien Thalasemia dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas	RSUD Ahmad Yani Metro
13	IRNA ROCHA NOPYA PUTRI	1714401052	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Aktivitas Fisik pada Pasien dengan Stroke	RSUD Ahmad Yani Metro
14	DWITA TATA WIGUNA	1714401062	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Klien dengan Diagnosa Medis TB Paru	RSUD Ahmad Yani Metro
15	INDAH LESTARI	1714401066	Asuhan Keperawatan Gangguan Personal Hygiene pada Pasien Stroke Non Hemoragik	RSUD Ahmad Yani Metro
16	LISDA MEYZA PUTRI	1714401069	Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Mobilisasi Fisik pada Pasien Fraktur Femur	RSUD Ahmad Yani Metro

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

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/ TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Clara Chintia Dewi

NIM : 1714401006

Judul yang diajukan

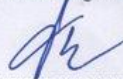
1. Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan kebutuhan Aktivitas Pada Pasien Fraktur Ekstermitas Bawah di Ruang Bedah PSAM
2. Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan pemenuhan kebutuhan Rasa Nyaman Hiperi (Hiperi Akut) pada Pasien Pasca Operasi Sol di Ruang Rutang ps AM
3. Asuhan Keperawatan Gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada klien Efusi pleura di Ruang Melati PS AM

Judul yang disetujui

1. Asuhan Keperawatan

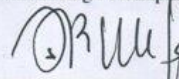
Bandar Lampung, 24 Januari 2019

Pembimbing Utama



NIP. 1962021290032001

Pembimbing Pendamping



NIP. 19750214199803002