

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

LAMPIRAN 1



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

POLTEKKESKEMENKES TANJUNGPINANG
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPINANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

R. SEKELOMO TATTA NO. 1 HAZMENA BANDAR LAMPUNG TELP. (0721) 703580 FAX. (0721) 703580



INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : HA R (inisial)

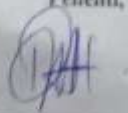
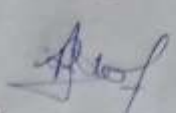
Umur : 27 tahun

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 rasa nyaman nyeri pada klien Dispepsia di Ruang Penyakit Dalam RSUD Pringsewu Tahun 2020"

Pringsewu, 28 Februari 2020

Peneliti,  (DONI APRIYANTO)	Saksi,  (<u>MEGA</u>)	Subjek  (<u>Romal</u>)
--	--	---

Keterangan *) Coret yang tidak perlu

2020.04.25 16:39

Pernyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam Penelitian

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa :

3. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan di atas dan yang telah dijelaskan oleh tim peneliti
4. Dengan ini saya nyatakan bahwa secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek dalam penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada klien Dispepsia di Ruang Penyakit Dalam RSUD Pringsewu Tahun 2020"

Pringsewu, 28 Februari 2020

Peneliti,


(DONIAPRIYANTO)

Saksi,


(MELIA)

Subjek


(Romal)

LAMPIRAN 2

LAMPIRAN 4

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN *Gangguan rasa nyaman (nyeri)*
DENGAN DIAGNOSA MEDIS *Ektim Peritonitis* DI
RUANG *Persalinan dalam Prian* RS *UD Pringsewu*



Nama : *DOMI APRIYANTO*
NIM : *19141101013*

POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGGARANG

2020

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

L. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : DENI ARIYANTO
 NIM : 134110103 Tgl Pengkajian : 23 Feb 2020
 Ruang rawat : 800 Pria No. Register : 30.5614

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : TNR
2. Umur : 28 tahun
3. Jenis kelamin : A / P *
4. Pendidikan : SMU
5. Pekerjaan : buruh
6. Tgl masuk RS : 26 Mei 2020 Waktu : 17.00 WIB
7. Dx. Medis : Suspek positif
8. Alamat : Desa Lingsar, kel. Gajah

B. RIWAYAT KESEHATAN

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

Masuk ke Ruangan pada tanggal : 29 Feb Waktu : 17.00 WIB

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

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

() Tripod () Lainnya, Jelaskan

Status Mental saat masuk : (GCS) E4V5M6 Kesadaran : Coma GCS 15

(10) GCS: E 4 M 5 V 6

Tanda Vital Saat Masuk : TD 140/90 mmHg

Nadi 80 x/menit () teratur () Tidak teratur () Lemah ()

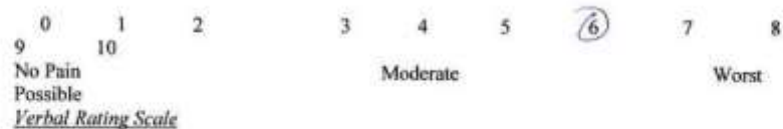
) Kunst

RR 261 x/menit () teratur () Tidak teratur

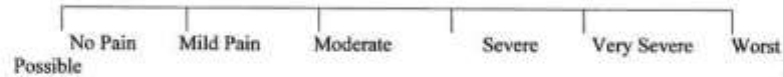
Nyeri :

Numeric Rating Scale

[illegible]



Verbal Rating Scale



Wong & Baker Faces Rating Scale



Beri kode huruf utk menunjuk status lokasi disamping :

C – Contusion

L – Lacerations

R – Rashes

S – Scars

*Parasite (scabies/lice)

D – Decubitus

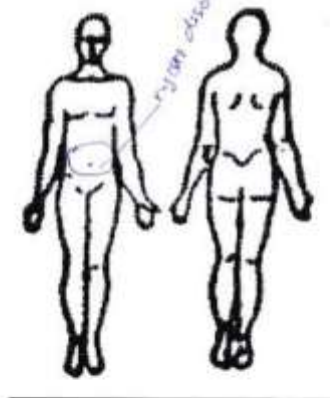
T – Tattoo

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	6	

		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0		
		Ya	15		
	Alat Bantu Jalan				
3	a. Bedrest dibantu perawat		0		
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15		
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		30		
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0		
		Ya	20		
	Gaya berjalan / pindah				
5	a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri		0		
	b. Lemah tidak bertenaga		10		
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)		20		
	Status Mental				
6	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	HIJAU
2. Risiko , lakukan tindakan pencegahan jatuh	>25	KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian : megot dengan ulu hati

2. Riwayat penyakit Sekarang :

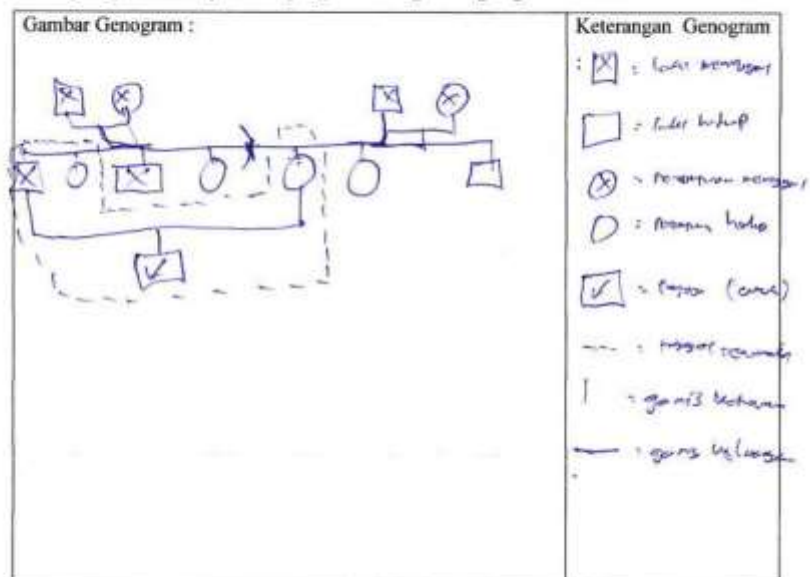
Pasien datang ke RSUP dengan keluhan megot dengan ulu hati
mulut kering 26 Feb. 2020 jam 17.00 WIB dengan keluhan megot
ulu hati

Pasien merupakan pasien keluarga saat ~~tersebut~~
 dan pasien juga merupakan pasien dalam diagnosis
 dan keluarga merupakan pasien yang sedang dalam
 diagnosis, saat ini pasien dalam

8. Riwayat penyakit keluarga :

Pasien dan keluarga merupakan keluarga yang
 riwayat keluarga : Pada ibu pasien terdapat penyakit
 Gigitan karies

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik



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 :

Ada sakit di bagian dada bagian tengah bagian
sebelah bawah

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan

(✓) Olahraga : teratur / tidak teratur / tidak pernah. Jika olahraga, jenisnya :
lari pagi

(✓) Minum air putih : 2 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 :

Pasien juga merasa nyeri / sakit dalam melakukan aktivitas

Pasien sudah makan - minum, keluhan sudah berkurang

❖ Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien

(☒) Melakukan medical check up : () rutin (☒) Kadang²

Jenis Medical Check Up yg dilakukan :
Pemeriksaan fisik langsung melalui pemeriksaan dan palpasi

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

Jenis Faskes yg dikunjungi :
TV : Endokrinologi, Penyakit Dalam, Ginekologi

(☒) Memiliki jaminan kesehatan/asuransi

Jenis Jamkes yg dimiliki :

BPOS

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 :

tidak pernah menjalani pemeriksaan mandiri

❖ Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan

Pernahkah klien dirawat di RS sebelumnya ? pernah

Jika pernah, kapan, 1 tahun yang lalu Dirawat karena

stroke

Pernahkah klien menjalani operasi ? tidak

Jika pernah, kapan, Dioperasi karena

Catatan lain :

pernah dirawat karena operasi

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

Obat Yg sering dikonsumsi : tidak ada Jamu Yg sering dikonsumsi :

tidak ada

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

Tujuan mengkonsumsi obat, jamu, herbal atau terapi tersebut adalah

tidak ada

Apakah obat, jamu, herbal atau terapi tersebut masih dijalani hingga saat ini ?
Tergantung obatnya, sebelum dan sesudah Alasannya :

Karena pasien mengalami sakit hati dan kurang nafsu makan
dikawatirkan oleh dokternya

Catatan lain :

1

2. Pola Metabolik – Nutrisi

❖ Kebiasaan Jumlah Makanan dan Kudapan

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

Berapa banyak ? 3 porsi (ukuran Rmh Tangga)

Konsumsi Sayur Mayur : () Selalu (☒) Kadang kadang () Sangat Jarang

Jenis Sayur Yg paling disukai :

sayur kacang

Jenis Sayur yg dihindari/tidak disukai :

tidak ada

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

Konsumsi Lauk : () Selalu (☒) Kadang kadang

Jenis lauk Yg paling disukai :

kam, telur, ikan, tahu, tempe

Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi :

telur, tempe

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

Jenis lauk yg dihindari/tidak disukai :

tidak ada

Frekuensi makan makanan utama & pelengkapanya : () 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 : bubur (Lih. di catatan medis)

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

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

Frekuensi pemberian : 3 x/hari Kudapan/camilan : 1 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 : tidak lapar dan kenyang

Makanan lain diluar diet yg dikonsumsi :

tidak ada

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 nyeri disekitar lambung abdomen bagian atas

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

Catatan lain :

- ❖ Energi Metabolik

☒ merasa lemah ☐ merasa tenaga menurun ☐ mudah lelah
☒ tidak mampu melakukan aktifitas ☒ tidak ada tenaga

Catatan lain :

pasien merasa tenaga lemah tidak mampu melakukan
 aktivitas dan tidak ada tenaga

❖ Persepsi klien tentang BB nya (Hanya untuk klien dg kesadaran penuh)

☐ Merasa BB normal ☐ Merasa BB Lebih ☐ Merasa sangat gemuk ☒
 Merasa kurus

Catatan lain :

pasien merasa berat badan normal

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 :³..... x/hr ☐ Penggunaan bedpan / urinal
 diatas TT

☒ Ke toilet : ☐ mandiri ☒ dengan bantuan

Apakah klien diinstruksikan untuk tampung urine 24 jam

☐ Ya, untuk keperluan

☐ Tidak, karena

Warna urine : ☒ kuning jernih ☐ Keruh ☐ berbusa ☐ Merah terang ☐ Merah
 pekat

☐ bekuan darah

Bau urine : ☒ normal ☐ busuk ☐ anyir

Masalah dalam pengeluaran urine : ☐ Nyeri ☐ Aliran tersendat ☐ enuresis ☐

Incontinensia

☐ retensi parsial/total ☐ urine menetes ☐ mengedan ☐ keluar pasir-pasir

☐ Dilakukan kateterisasi urine, jenisnya Lama kateter terpasang :
hari

Kebersihan kateter : ☐ bersih ☐ tampak kotor

Keluhan klien terhadap kateter terpasang : ☐ nyeri ☐ panas ☐ perih ☐ tidak
 nyaman

Aliran urine dlm selang kateter : ☐ lancar ☐ tersendat

Warna urine dalam urine bag/selang kateter : ☐ kuning jernih ☐ kuning pekat ☐
 keruh

☐ berakut/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.
 Tetesan irigasi : tts/menit

Catatan lain :

*fungsi ginjal menurun, pasien bdk dengan
 darah ang lain, urine bdk dan bdk. Pasien ke kamar
 dengan kateter 3x1*

4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

❖ Aktivitas sehari-hari

Pekerjaan :

.....

Kegiatan Sosial/kemasyarakatan :

group nyong

Masalah kesehatan anggota gerak :

(☒) kelemahan ekstremitas *kanan (tangan)*

() 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 :

*Pada perawatan pasien ada bagian dengan gigi dan
 masalah lainnya, pasien akan*

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.

- () 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 :

gigitan paku-paku di bagian atas dan bawah mulut
 bagian bawah mulut bagian atas mulut

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..... SAT SMA
 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 :

Tingkat pendidikan terakhir SAT SMA, kemampuan mengingat baik
 namun ada kesulitan mengingat angka pendek dan panjang
 huruf huruf

7. POLA KONSEPSI DIRI – PERSEPSI DIRI

❖ Keadaan sosial

❖ Pekerjaan :

kurang

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

❖ Keanggotaan kelompok sosial :

misalnya baik

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

Peran masyarakat dengan harga yang beragam

❖ Keadaan fisik yg disukai & tidak disukai :

kelebihan fisik yg disukai yaitu seluruh anggota tubuh dan tidak ada yang tidak disukai

❖ Harga diri (perasaan klien thd dirinya :

sendiri. Saat ini saya merasa bisa membantu keluarga (saya merasa bisa membantu keluarga)

Catatan lain :

8. POLA HUBUNGAN PERAN

❖ Gambaran Tentang Peran

❖ Peran klien dalam keluarga :

anak

❖ Peran klien dalam masyarakat :

masyarakat biasa

❖ Peran klien dalam pekerjaan :

buruh

❖ 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,

❖ Hubungan dengan pekerjaan : (✓) baik () masalah,

❖ Hubungan dengan petugas kesehatan (perawat, dokter, dll) : (✓) baik () masalah,

Catatan lain :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. POLA REPRODUKTIF – SEKSUALITAS

❖ Reproduksi & Seksualitas

❖ Apakah klien saat ini mengalami : () Menopause () amenorrhea () dishmenorrhea

() impotensi () penurunan libido () Nyeri

❖ Apakah klien saat ini menggunakan kontrasepsi : (✓) tidak () Ya, jika ya, jenis kontrasepsi dan telah digunakan selama Bln / tahun.

❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi reproduksi ? (✓) Tidak () Ya, jika ya, jelaskan

- ❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi seksual ? ☒ Tidak
☐ Ya, jika ya, jelaskan

Catatan lain :

10. POLA TOLERANSI TERHADAP STRESS – KOPING

- ❖ Toleransi terhadap stress – koping
 - ❖ Adakah kejadian yang pernah dialami oleh klien hingga saat ini yang sangat menimbulkan stress ? ☒ tidak ada ☐ ada, yaitu.....
 - ❖ Apakah klien belakangan ini merasakan perasaan : ☒ Kecemasan ☐ Takut
☐ Sedih ☐ Bingung ☐ Kehilangan harapan / putus asa ☐ tertekan
 - ❖ Apakah strategi yang biasanya digunakan oleh klien untuk menghilangkan perasaan diatas ?
 uraikan *dengan melakukan sport & meditasi dan membaca al Quran (berdoa kepada Allah SWT)*
 - ❖ 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 *dengan cara meditasi*
 - ❖ 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

11. POLA KEYAKINAN – NILAI

❖ Latar belakang budaya / etnik :

❖ Apakah tujuan hidup menurut klien :

Tujuan hidup menurut klien yaitu mencari / merasakan Allah SWT

❖ Keyakinan klien yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :

Pasien yakin bahwa penyakit yg diderita akan sembuh

❖ Keyakinan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :

keluarga yakin bahwa penyakit yang diderita oleh anaknya akan sembuh

❖ Apakah menurut klien pendekatan keyakinan / budaya / agama penting dalam penyelesaian masalah kesehatan saat ini : () tidak (x) Ya, Penting

❖ Apakah selama di RS klien mengalami kesulitan dalam menjalankan ritual keyakinan/budaya atau agamanya ? () tidak (x) Ya, jelaskan

terutama dalam hal ibadah dengan menggunakan pakaian adat

D. PEMERIKSAAN FISIK

TANDA – TANDA VITAL : TD : 110/90 mmHg, Nadi : 80 x/menit

() kuat () lemah

() Teratur () Tidak teratur RR : 24 x/mnt () teratur

() tidak

Teratur, Irama nafas : (x) normal () Cheyne Stokes () Biot

() Kussmaul () Hyperventilasi () Apneustik

STATUS MENTAL : (x) Composmentis () Delirium () Somnolen () Stupor ()

Koma

1. Kepala :

Inspeksi kepala bersih, tidak ada lesi, dengan rambut

panjang hitam, simetris, lemas, tidak ada kelainan, selang hidung bersih

tidak ada nyeri tekan

tidak ada kelainan, gigi terdapat, mulut tertutup, lidah lunak, faring merah, tonsil tidak membesar

2. Leher :

tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran tiroid

tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

laring dan serviks tidak ada lela
tidak ada bintolan

3. Thorax (Jantung & Paru):

a. Inspeksi

tidak ada - leher - bintolan

b. Palpasi

tidak terdapat nyeri tekan

c. Perkusi

tidak terdapat suara nafas terdengar

d. Auskultasi

tidak ada suara nafas terdengar

4. Abdomen

a. Inspeksi

tidak ada distensi abdomen atau bengkak, tidak ada bintolan
tidak ada bekas luka atau area kemerahan

b. Auskultasi

tidak ada terdengar

c. Palpasi

Tidak terdapat pembesaran kelenjar, nyeri tekan
diseluruh lengan atas dan bahu tidak ada, tidak ada
sakit-sakit. Terdapat nyeri tekan ringan dan dalam
diseluruh lengan bawah dan tangan.

d. Perkusi

Gejala timpani ditemukan 1, 2, 3 dan 4
nyeri tekan diseluruh lengan atas dan bahu.

5. Punggung & Tulang Belakang

Yang terlihat lurus tidak ada kelainan
dan tidak ada nyeri tekan disamping belakang.

6. Genitalia & Rektum

Tidak ada keluhan dari bagian genitalia
dan tidak ada keluhan rektum.

7. Ekstremitas Atas & Bawah

Atas: terdapat keluhan nyeri pada bahu kanan
Bawah: tidak terdapat keluhan, capillary refill time 2 detik

8. Kekuatan otot :

2	3
3	3

9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik

Tidak ada keluhan persepsi sensorik

Motorik

Adaptasi gerakan bahu, siku dan tangan

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
: <u> </u>	
Nervus	III
: <u> </u>	
Nervus	IV
: <u> </u>	
Nervus	V
: <u> </u>	
Nervus	VI
: <u> </u>	
Nervus	VII
: <u> </u>	
Nervus	VIII
: <u> </u>	
Nervus	
IX: <u> </u>	
Nervus	X
: <u> </u>	
Nervus	XI
: <u> </u>	
Nervus	XII
: <u> </u>	

10. Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brachial Indeks (ABI) : Kanan Kiri

- Monofilamen :

Kanan

Kiri

Ulkus : DM : Lokasi

Gambar :

P : Peripheral

E : Extend or Size :

D : Depth or Tissue Loss :

I : Infection and Sensation :

S : Severe

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

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

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
Asam Sal	500ml/2x 7PM	3x1	-	-
Parasetamol	2x 50 mg 10	2x1	-	-
Insulin sitasi	1x 30 mg 10	1x1	-	-
Insulin kental	1x 100 mg 10	1x1	-	-
Ketamolac	3 x 30mg 10	3x1	-	-

Suntikan: darah

LAMPIRAN 3

 **PEMERINTAH KABUPATEN PRINGSEWU**
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PRINGSEWU
Jln. Lintas Barat Fekon Fajar Agung Barat Kec. Pringsewu 35372
☎ (0729) 23562 Email: rsud.pringsewu@kab.go.id Website: rsud.pringsewakab.go.id

Pringsewu, 17 Februari 2020

Nomor	074 / 753 / LL 04 / 2019	Kepada Yth.
Lampiran	-	Direktur Poltekkes Tanjungkarang
Perihal	Jawaban Izin Penelitian	Di -
		<u>Banda Lampung</u>

Berdasarkan surat Wadir I Poltekkes Tanjungkarang tanggal 10 Februari 2020 Nomor: PP.03.01/I.1/0622/2020, perihal Permohonan Izin Penelitian, maka dengan ini kami sampaikan kepada saudara bahwa kami mengizinkan mahasiswa:

Nama : Doni Apriyanto
NIM : 1714401013
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri Akut) pada Pasien Gastritis di RSUD Pringsewu

Untuk melaksanakan Penelitian di RSUD Pringsewu. Selanjutnya kami informasikan untuk kegiatan tersebut dikenakan administrasi keuangan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, dan setelah selesai riset diharapkan mahasiswa menyerahkan hasil risetnya.

Demikianlah, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

An. Direktur
Ka. Bag. Tata Usaha


Ns. Fasih Rahman, S.Kep.MM
NIP. 19770410 200312 1 004

2020.04.25 16:38

LAMPIRAN 4

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

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : Doni Rasyid
 NIM : 1211020015
 Pembimbing utama :
 Judul Tugas Akhir :

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	22/1/2020	<i>Revisi Judul</i>		<i>[Signature]</i>
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung,
 Pembimbing Utama

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

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

Nama Mahasiswa : DANI PRATIYANTO

NIM : 210101013

Pembimbing Pendamping : Al-Murhan, Isam, S.Kes

Judul Tugas Akhir :

Asuhan Keperawatan Gangguan Pemahaman Berbahasa pada anak dengan riwayat stroke akibat infeksi

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	22/1/2020	Revisi Judul		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung,
Pembimbing Pendamping

LAMPIRAN 5

	POLTEKKES TANJUNGPURBAN JURUSAN KEPERAWATAN	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/2015
		Tanggal	1 Oktober 2018
	Formulir Saran Perbaikan Sidang LTA/Skripsi	Revisi	0
		Halaman	dari....halaman

LEMBAR SARAN PERBAIKAN UJIAN SIDANG HASIL LTA / SKRIPSI

Nama Mahasiswa : DONI APRIYANTO
 NIM : 1714401013
 Tanggal Ujian : 29 APRIL 2020
 Judul LTA / Skripsi *) : Asuhan keperawatan dengan gangguan rasa nyaman pada pasien
 suspek peritonitis di ruang penyakit dalam pria RSUD Pringsewu

No.	Masukan
1	Judul gangguan rasa nyaman atau nyeri? Ruang lingkup? --> nyeri akut
2	Keperawatan komprehensif? Di LTA hanya 1 masalah yang dilaporkan?
3	Pembahasan lebih fokus ke nyeri akut
4	Pemenggalan kata di judul harus tepat
5	Abstrak ikut kaidah penulisan
6	Lampiran askepnya dilampirkan
7	Data skala nyeri di analisis data tidak ada?
8	Etiologi dianalisis data kok hilang??? Etiologi mengacu etiologi pada SDKI
9	Intervensi harus operasional dan terukur
10	Implementasi tulis yang dilakukan
11	
12	
13	
14	
15	

Bandar Lampung,

Ketua Penguji,

Penguji Anggota 1,

Penguji Anggota 2

.....

.....

.....