

LAMPIRAN

Lampiran 1



POLTEKKES KEMENKES TANJUNGGARANG
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNG KARANG
PROGRAM STUDI PROFESI NERS



JL. SOEKARNO HATTA NO. 1 HAJIMENA BANDAR LAMPUNG TELP. (0721) 703580 FAX. (0721) 703580

INFORMED CONSENT

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. E
Umur : 54 th
Alamat :Bukit Kemuning, Lmapung Utara

Setelah mendapat keterangan secukupnya serta mengetahui tentang manfaat asuhan keperawatan yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Struma Nodusa Non Toxic dengan Tindakan Ismolobektomi di RS Bhayangkara Polda Lampung Tahun 2022”**

Saya menyatakan bersedia diikutsertakan dalam asuhan ini. Saya yakin apa yang saya sampaikan ini dijamin kebenarannya.

Metro, Maret 2022

Penyusun

AYU CINTIA
NIM. 2114901010

Responden

(.....Eni Sulistya.....)

**Standar Operasional Prosedur
Teknik Relaksasi Napas Dalam**

A. Definisi

Latihan nafas dalam merupakan cara bernafas yang efektif melalui inspirasi dan ekspirasi untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam, dan rileks. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh dan perasaan cemas sehingga mencegah stimulasi nyeri.

Ada tiga factor yang utama dalam teknik nafas dalam:

1. Berikan posisi dengan tepat sehingga pasien merasa nyaman
2. Biarkan pasien memikirkan untuk beristirahat
3. Lingkungan yang santai/ tenang

B. Tujuan

1. Meningkatkan aliran udara dan oksigen dalam darah
2. Mengurangi rasa nyeri
3. Mengurangi kecemasan
4. Membantu dan meningkatkan relaksasi
5. Meningkatkan kualitas tidur

C. Cara melakukan

1. Tahap pra interaksi
 - a. Mencuci tangan
 - b. Menyiapkan alat
- c. Tahap orientasi
- d. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien
- e. Validasi kondisi pasien saat ini
- f. Menjaga keamanan privasi pasien
- g. Menjelaskan tujuan & prosedur yang akan dilakukan

2. Tahap kerja

- a. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri.

Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semi fowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.

- b. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam melalui hidung sehingga rongga paru berisi udara
 - c. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara melalui mulut dan membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmat rasanya
 - d. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
 - e. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
 - f. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini
 - g. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan ,minta pasien untuk melakukan secara mandiri
 - h. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali atau hingga merasa rileks
3. Tahap terminasi
- a. Evaluasi hasil gerakan
 - b. Lakukan kontrak untuk melakukan kegiatan selanjutnya
 - c. Akhiri kegiatan dengan baik
 - d. Cuci tangan

Sumber:Potter&Perry,2010

JADWAL PELAKSANAAN

No	Kegiatan	APRIL	MEI	JUNI
1	Pelaksanaan Penelitian			
2	Penyusunan Laporan Penelitian			
3	Seminar Hasil penelitian			

Lampiran Instrument (Form Pengkajian)

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF

I. PENGKAJIAN

Identitas klien

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Suku/Bangsa :
Agama :
Pekerjaan :
Pendidikan :
Gol.Darah :
Alamat :
Tanggunagn :
No.RM :
Tgl Masuk Rs :
Diagnosa :

A. Riwayat Praoperatif

1. Pasien mulai dirawat tanggal: Ruang:

Ringkasan hasil anamnese preoperatif:

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

2. Hasil pemeriksaan fisik:

a. Tanda-tanda vital, tgl jam :.....

Kesadaran : GCS: , orientasi :.....

Tekanan darah : mmHg, Nadi :.....^x/m, RR^x/m,

Suhu:..... °C

b. Pemeriksaan fisik

Kepala & leher :

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

Thorax (jantung & paru):

.....

.....

.....

.....

.....

Abdomen:

.....

.....

.....

.....

.....

Ekstremitas (atas dan bawah)

.....

.....

.....

.....

Genetalia & rectum:

.....

.....

.....

Pemeriksaan lain (spesifik):

.....

.....

3. *Pemeriksaan penunjang*

a. ECG, Tanggal: jam

Hasil :

b. X-Ray, Tanggal: jam

Hasil :

a. Hasil Laboratorium, Tanggal: jam

Hasil :

d. Pemeriksaan lain :

Hasil :

Skala nyeri menurut VAS (Visual Analog Scale)



4. *Prosedur Khusus Sebelum Pembedahan*

No	Prosedur	Ya	Tidak	Waktu	ket
1.	Tindakan persiapan psikologis pasien				
2.	Lembar informed consent				
3.	Puasa				
4.	Pembersihan kulit (pencukuran rambut)				
5.	Pembersihan saluran pencernaan (lavement/obat pencabar)				
6.	Pengosongan kandung kemih				
7.	Transfusi darah				
8.	Terapi cairan infus				
9.	Penyimpanan perhiasan, aksesoris, kacamata, anggota tubuh palsu				
10.	Memakai baju khusus operasi				

5. *Pemberian obat-obatan:*

a. Obat pramedikasi (diberikan sebelum hari pembedahan)

Tgl/Jam	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute

Obat pra-pembedahan (diberikan 1-2 jam sebelum pembedahan)

Tgl/Jam	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute

6. *Pasien dikirim keruang operasi:*

Tanggal: jam sada ☐ tidak ☐ sadar

Ket :

B. INTRAOPERATIF

1. *Tanda-tanda vital*

Tanggal: jam:.....

Suhu:..... °C, Tekanan darah : mmHg, Nadi x/m,

Frekuensi Pernafasan.....x/m

2. *Posisi pasien di meja operasi :*

☐ Dorsal recumbent ☐ Trendelenburg ☐ Litotomi
☐ Lateral ☐ lain-lain

3. *Jenis operasi :* ☐ Mayor ☐ Minor

Nama operasi:

Area/bagian tubuh yang dibedah :

4. *Tenaga medis dan perawat di ruang operasi :*

- Dokter anastesi :
- Asisten dokter anastesi :
- Dokter bedah :
- Asisten bedah :
- Perawat instrumentator :
- Perawat sirkuler :

SURGICAL PATIENT SAFETY CHECKLIST		
SIGN IN ☐	TIME OUT ☐	SIGN OUT
Pasien telah dikonfirmasi: ✓ Identitas pasien ✓ Prosedur ✓ Sisi operasi sudah benar ✓ Persetujuan untuk operasi telah diberikan ✓ Sisi yang akan di operasi telah ditandai ✓ Ceklist keamanan anestesi telah dilengkapi ✓ Oksimeter pulse pada pasien berfungsi apakah pasien memiliki alergi? ☐ Ya ✓ Tidak Apakah resiko kesulitan jalan nafas / aspirasi ? ☐ Tidak ✓ Ya, telah disiapkan peralatan Resiko kehilangan darah > 500ml pada orang dewasa atau > ml/kg BB pada anak-anak ✓ Tidak ✓ Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan	✓ Setiap anggota team operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. ✓ Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit : ✓ Operasi yang benar ✓ Pada pasien yang benar ✓ Antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.	Melakukan pengecekan : ✓ Prosedur sudah di catat ✓ Kelengkapan spons ✓ Penghitungan instrumen ✓ Pemberian lab PA pada spesimen ✓ Kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. ✓ Tim bedah membuat perencanaan post operasi sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi.

Pemberian obat anastesi

Lokal

General

Tgl/Jam	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute

6. *Tahap-tahap /kronologis pembedahan*

Waktu/Tahap	Kegiatan

7. Tindakan bantuan yang diberikan selama pembedahan

- ☐ Pemberian oksigen
- ☐ Pemberian suction
- ☐ Resusitasi jantung
- ☐ Pemasangan drain
- ☐ Pemasangan intubasi
- ☐ Transfusi darah
- ☐ Lain-lain :

8. Pembedahan berlangsung selama jam

9. Komplikasi dini setelah pembedahan (saat pasien masih berada
 diruang operasi) :
-
-

C. Post Operasi

1. Pasien dipindahkan keruang PACU/ICU/NICU Jam: WIB
2. Keluhan saat di RR/PACU

3. Airway

4. Breathing

5. Sirkulasi

6. Observasi Recovery Room :

Steward Scor te Scor mage Score

ALDRETE SCORE (DEWASA)

NO	KRITERIA	SCORE	SCORE
1.	Warna Kulit • Kemerahan/normal • Pucat • Sianosis	2 1 0	
2.	Aktifitas Motorik • Gerak 4 anggota tubuh	2 1	

	• Gerak 2 anggota tubuh • Tidak ada gerakan	0	
3.	Pernafasan • Nafas dalam , batuk dan tangis kuat • Nafas dangkal dan adekuat • Apnea atau nafas tidak adekuat	2 1 0	
4.	Tekanan Darah • $\pm$ 20 mmHg dari pre operasi • 20-50 mmHg dari pre operasi • $\pm$ 50 mmHg dari pre operasi	2 1 0	
5.	Kesadaran • Sadar penuh mudah dipanggil • Bangun jika dipanggil • Tidak ada respon	2 1 0	
Jumlah			

Keterangan :

- Pasien dapat dipindah ke bangsal, jika score minimal 8
- Pasien diindahkan ke ICU, jika score <8 setelah dirawat selama 2 jam

BROMAGE SCORE

No.	KRITERIA	SCORE	SCORE
1	Dapat mengangkat tungkai bawah	0	
2	Tidak dapat menekuk lutut tetapi dapat mengangkat kaki	1	
3	Tidak dapat mengangkat tungkai bawah tetapi masih dapat mengangkat lutut	2	
4	Tidak dapat mengangkat kaki sama sekali	3	

Keterangan :

- Pasien diindahkan ke bangsal, jika score kurang dari 2

STEWART SCORE UNTUK PASCA ANESTHESI ANAK

No.	TANDA	KRITERIA	SCORE	SCORE
-----	-------	----------	-------	-------

1	KESADARAN	- Bangun - Respon terhadap rangsang - Tidak ada respon	1 2 3	
2	PERNAFASAN	- Batuk/menangis - Pertahankan jalan nafas - Perlu bantuan nafas	1 2 3	
3	MOTORIK	- Gerak bertujuan - Gerak tanpa tujuan - Tidak bergerak dapat mengangkat lutut	1 2 3	

Keterangan :

Score ≥ 5 boleh keluar dari RR

7. Keadaan Umum : ☐ Baik ☐ Sedang ☐ Sakit berat

8. Tanda-tanda vital

Suhu:.....⁰C, Tekanan darah : mmHg, Nadi x/m,

Frekuensi Pernafasan :x/m, saturasi %

9. Kesadaran : ☐ CM ☐ Apatis ☐ Somnolen

Sop ☐s C ☐a

10. Balance Cairan

Pukul	Intake	Jml (cc)	Output	Jml (cc)
	- o Oral - o Enteral - o Parenteral - o ...		- o Urine - o Muntah - o Iwl - o	
	Jumlah		Jumlah	

Pengobatan:.....

.....

CATATAN PENTING LAIN

.....

.....

.....

11. Survey sekunder, lakukan secara head to toe secara prioritas :

	Normal		Jika tidak normal, jelaskan
	YA	TIDAK	
Kepala			
Leher			
Dada			
Abdomen			
Genetalia			
Integumen			
Ekstremitas			

Skala nyeri menurut VAS (Visual Analog Scale)



II. Analisis Data

Data Subyektif Dan Obyektif	Masalah Keperawatan	Etiologi

--	--	--

II. Daftar Diagnosa Keperawatan

Tahapan	Masalah Keperawatan	Etiologi

--	--	--

III. INTERVENSI, IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI