

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan Pasien)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tn. Misban

Umur : 87 tahun

Ruang Rawat : Ruang Jombang

Rumah Sakit : RSUD. Jend. Ahmad Yani. Netro

Setelah mendapat penjelasan dari mahasiswa tentang tujuan dari asuhan keperawatan yang akan dilakukan dan bahwa data yang didapatkan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan pembelajaran, maka dengan ini saya menyatakan ~~bersedia~~**tidak bersedia** *) sebagai subyek asuhan.

.....29. Februari 2022

Mahasiswa,


Zarni Utami

Pasien


Misban

Mengetahui,
Pembimbing Lahan/CI


As. Gibradi S. kep

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

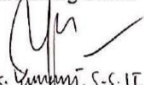
	POLTEKKES TANJUNGPURBAN	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURBAN	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

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

Nama Mahasiswa : Zarni Utami
NIM : 191410010
Pembimbing Utama : Ds. Yuniati, S.S., IT., M. Kes
Judul Tugas Akhir : Asuhan keperawatan pembedaan kebutuhan oksigenasi pada pasien congestive heart failure
D. RSUD Jendral Ahmad Yani Metro

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Senin 14-02-2022	- Rincikan penyusunan data LTA		
2	Rabu 16-02-2022	- Penasabahkan yang akan diberikan untuk pembatalan LTA		
3	Senin 21-02-2022	- Acc judul - Perbaiki judul		
4	Jumat 25-02-2022	- Tambahkan Bab I (Puri) - Tambahkan Teori latar belakang		
5	Kamis 10-03-2022	- Perbaiki referensi - Tambahkan referensi terbaru		
6	Jumat 18-03-2022	- Tambahkan teori lanjutan konsep penyakit		
7	Rabu 20-03-2022	- Perbaiki pathway - Tambahkan prinsip etik terbaru		
8	Jumat 22-03-2022	- Perbaiki pengkajian - (khususnya utama, R. Penyakit Sekang)		
9	Senin 25-03-2022	- Perbaiki rumusan fisik dalam data pengkajian		
10	Selasa 26-03-2022	- Tambahkan analisis data - Perbaiki DS, DO		
11	Rabu 11-05-2022	Acc Matrik LTA		
12				

Bandar Lampung,
Pembimbing Utama


Ds. Yuniati, S.S., IT., M. Kes
197701192002122002

	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
PMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : Zarni Utami
NIM : 191940616
Pembimbing Pendamping : Ns. Nuziana, S.kep.mkes.
Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan gangguan kebutuhan oksigenasi
dada pasien Congestive Heart Failure
di RSUD Jember Ahmad Yani ruro.

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	26/9/2022 Selasa	- Perbaiki judul - Perbaiki spasi judul		
2	27/9/2022 Rabu	- Huruf besar di awal, kecap nomer - Setoran tanda baca		
3	27/9/2022 Rabu	- Perbaiki spasi (1,5) - Perbaiki huruf dalam label		
4	Rabu, 11/5/2022	Abstrak 1 spasi, 1 paragraf, rata kanan, penulisan <u>Abstract</u>		
5	Rabu, 11/5/2022	Lembar persetujuan & pengesahan liat panduan		
6	Rabu, 11/5/2022	Pemua yg blauhp, & manulikan dlm dktan pabaka		
7	Rabu 11/5/2022	Spasi listriku & dirapikan penulisan		
8	Kamis 12/5/2022	Ace ujian		
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung,
Pembimbing Pendamping

Ns. Nuziana, S.kep.mkes
NIP. 19790 94061997032001

	POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Lembar Masukan dan Perbaikan Seminar LTA	Halaman	

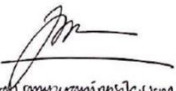
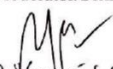
LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Zarni Utami
 NIM : 191401010
 Tanggal : 13 Mei 2022
 Judul Penelitian : Analisis keperawatan gawat darurat kebutuhan oksigenasi pada pasien Congestive Heart Failure di RSUD Jend. Ahmad Yani

No	Masukan/Perbaikan	Keterangan
1.	Revisi: Data subjeptif pt Malurus data Data subjeptif Jgn bingung dan Sesuai dg Data obyektif yg ada.	✓
2.	Perbaikan the tabel menggunakan Athe ~ tabel data dalam kolom masing masing kolom.	✓
3.	Di LTA masih bingung definisi & bentuk Aktifitas → bentuk O ₂	✓
4.	Kolom penelitian ? → Askep	✓
5.	Nota lampir ? M Lampir ? umur pt 87th	
6.	Spasi & Daftar pustaka Cocokkan dg yg ada. di Lap. LTA, Perbaikan daftar pustaka & format daftar.	✓
7.	Perbaikan profil tabel.	✓
8.	Koreksi lembar BAB 3.	✓

Bandar Lampung,

TIM PENGUJI

Ketua	Anggota 1	Anggota 2 (Moderator/Sekretaris)
		
NIP. 196607251988032001	NIP. 197404061997032001	NIP. 197701192002122002

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN
KEBUTUHAN -----AKIBAT PATOLOGI SISTEM
DENGAN DIAGNOSA MEDIS
DI**



Nama :

NIM :

**POLTEKKES TANJUNGKARANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGKARANG
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGKARANG
2021**

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 :

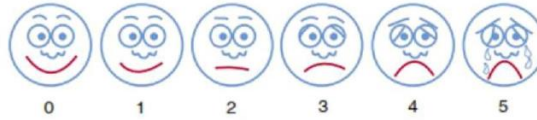
Numeric Rating Scale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Moderate Worst Possible

Verbal Rating Scale

No Pain Mild Pain Moderate Severe Very Severe Worst Possible

Wong & Baker Faces Rating Scale

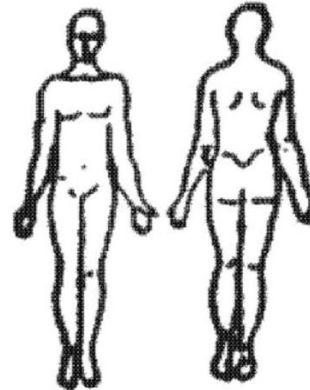


Status Lokalis :

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
P – Pain
O – Other _____

Tinea Pedis: ...Ya ...Tidak
Jelaskan:



Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGAJIAN	SKALA	NILAI	KET
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	
		Ya	25	
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	
		Ya	15	
3	Alat Bantu Jalan			
	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	
5	Gaya berjalan / pindah			
	a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri		0	
	b. Lemah tidak bertenaga		10	
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)		20	
6	Status Mental			
	a. Sadar penuh		0	
	b. Keterbatasan daya ingat		15	
	JUMLAH SKOR		-----	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

	SKOR	Δ KODE
1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar	0 - 24	HIJAU
2. Risiko rendah, tindakan pencegahan jatuh standar	25-50	KUNING
3. Risiko tinggi, tindakan pencegahan jatuh risiko tinggi	> = 50	MERAH

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..... Jumlahbgt/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, akupunktur, 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 & pelengkap : () 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 () 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

() 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.

Tetesan irigasi : tts/menit

Catatan lain :

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

4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

✚ Aktifitas 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/pembezuik 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,

✚ 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 () 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

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.....
- ✚ 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 Brachial Indeks (ABI) : Kanan _____ Kiri _____

- Monofilamen : Kanan _____

Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambar :

S : Severe : _____

[illegible]

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien :		Jenis Kelamin : L / P		No. Register :		Tanggal Penilaian Risiko :	
PARAMETER	TEMUAN				SKOR		
Persepsi Sensori	1. Tidak merasakan/respon thd stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hny berespon pd stimuli nyeri, tdk dpt mengkomunikasikan ketidaknyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.			
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	4. Kulit kering			
Aktivitas	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	4. Dapat berjalan sekitar Ruangan			
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi ekstremitas mandiri	4. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan			
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makanannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	4. Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.			
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan				
					SKOR		

Diadopsi dari Braden & Bergstrom (1998), AHCPR (2008)

Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

[illegible]

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

[illegible]

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

[illegible]

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

[illegible]

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien :

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

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	anggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	anggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	anggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

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

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :
Dx. Medis :
Ruang :
No. MR :

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

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :
Dx. Medis :
Ruang :
No. MR :

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

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :
Dx. Medis :
Ruang :
No. MR :

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