

Lampiran 1

LEMBAR INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan Pasien)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : NY. AIDAWATI

Umur : 49 tahun

Ruang Rawat : Ruang KAMELIA

Rumah Sakit : RS TK IV 02.07.04 DEUKENSYAH LAMPUNG.

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.

Sembilan.....Februari 2022

Mahasiswa,



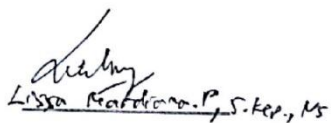
HENDY

Pasien



NY. Aidawati

Mengetahui,
Pembimbing Lahan/CI



Lissa Marlina P, S.Kep., Ns

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

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

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/ TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : HENDY AEDIANUSYAH

NIM : 1914401013

Judul yang diajukan

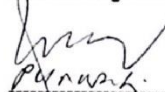
1. ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN NUTRISI
PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI RUMAH SAKIT TK
IV 02.07.04 DENHESYAH 02.04.03 LAMPUNG.
2.
3.

Judul yang disetujui

1. ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN
NUTRISI PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI RUMAH
SAKIT TK IV 02.07.04 DENHESYAH 02.04.03
LAMPUNG.

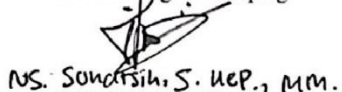
Bandar Lampung, 9 - Februari - 2022

Pembimbing Utama



NIP. 196304271984022001

Pembimbing Pendamping



NIP. 196408271987112001

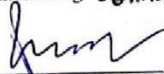
	POLTEKKES TANJUNGPURWATI	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURWATI	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

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

Nama Mahasiswa : HENDY AFDIANSYAH
 NIM : 1914401013
 Pembimbing Utama : Purwati, S. Pd., M. AP
 Judul Tugas Akhir : ASUNAN KEPERAWATAN Gangguan kebutuhan nutrisi pada pasien diabetes melitus Di rumah sakit TK IV 02.08.07 DEWIKESATI 02.04.03 Lampung

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	7/2022	gore goreng	1	1
2	16/2022	sub E dengan bingkai. Riset dan lain	1	1
3	14/2022	sub E dari rumah sakit dan lain	1	1
4	17/2022	sub E ace	1	1
5	16/2022	ace sub E laporan	1	1
6	10/2022	sub E ke rumah sakit &	1	1
7	22/22	ace sub E	1	1
8	21/22	sub E ke rumah sakit, masalah, pembimbing	1	1
9		gambarkan dari rumah sakit	1	1
10		sub E simp → masalah, rumah sakit → masalah	1	1
11	20/4	sub E & ace	1	1
12	27/4	ace & ujian	1	1

Bandar Lampung, 20.4.2022
 Pembimbing Utama :


 Purwati, S. Pd., M. AP
 NIP : 196304271984022001

	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 PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : HENDY ARIANSYAH
 NIM : 1011401013
 Pembimbing Pendamping : N.S. SUNARSON, S. KEP., MM
 Judul Tugas Akhir : ASUNAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN
 NUTRISI PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI RUMAH SAKIT
 TK IV 02.09.03 LAMPUNG TAHUN 2022

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	9/2022 2	Ace judul	2	
2	17/2022 03	Sub I penerapan di rumah sakit	2	
3	21/2022 03	Sub II penerapan di rumah sakit	2	
4	23/2022 03	Sub III penerapan di rumah sakit	2	
5	27/2022 03	Sub IV penerapan di rumah sakit	2	
6	24/2022 03	Sub V penerapan di rumah sakit	2	
7	25/2022 04	Sub VI penerapan di rumah sakit	2	
8	26/2022 04	Sub VII penerapan di rumah sakit	2	
9	26/2022 04	Cover pengantar laporan	2	
10	26/2022 4	Daftar isi dalam salinan	2	
11	27/2022 4	Ace & lampiran	2	
12				

Bandar Lampung,
 Pembimbing Pendamping

N.S. SUNARSON, S. KEP., MM
 NIP: 196808271987112001

Poltekkes Tanjungkarang Kemenkes RI



Program Studi D III Keperawatan Tanjungkarang

PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN MEDIKAL

BEDAH

LOG BOOK PRAKTIK

Nama Mahasiswa :
NPM :

DAFTAR ISI

Halaman Cover	i
Halaman Daftar Isi	ii
Kata Pengantar	iii
Panduan Penggunaan Log Book	1
Daftar Rekam Kehadiran Mahasiswa	2
Log Book Kegiatan Harian	3
Laporan Pendahuluan	4
Format Nilai LP	5
Laporan Kasus	6
Format Nilai LK	7
Target Capaian Kompetensi	8
Pengkajian dan Askep Supervisi	9
Format Penilaian Supervisi	10

Catatan : LP dan LK masing-masing 2 untuk MK KMB 1 dan KMB 2

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan YME, penyusunan Log Book Praktik Klinik Keperawatan Medikal Bedah bagi mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Tanjungkarang Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang ini dapat terlaksana. Log Book ini merupakan pelengkap dari Panduan PK KMB untuk aplikasi pencapaian kompetensi dan merekam jejak proses pembelajaran klinik. Diharapkan log book ini dapat membantu bagi para perseptor dalam melaksanakan mencapai kompetensi dan merekam jejak proses pembelajaran PK KMB di lahan praktik. Saran dan masukan untuk perbaikan log book ini dimasa yang akan datang sangat diharapkan dari para perseptor yang menggunakannya.

Akhir kata, ucapan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu terselesaikannya log book ini. Semoga log book ini memberikan manfaat yang sebesar-besarnya.

Bandarlampung, Januari 2020

KETUA JURUSAN KEPERAWATAN

PANDUAN PENGGUNAAN LOG BOOK

1. Sebelum menggunakan dan mengisi log book ini, bacalah terlebih dahulu secara cermat Panduan Praktik Klinik KMB yang memuat ketentuan umum dan teknis pelaksanaan praktik.
2. Isi Log Book ini adalah bagian yang tak terpisahkan dari Panduan Praktik Klinik KMB yang dicetak terpisah untuk dapat digunakan langsung dalam merekam proses pembelajaran praktik klinik KMB
3. Isilah Log Book dengan jujur dan lakukan pencatatan secara *here and Now*
4. Pengisian log book pre dan post conference wajib dilakukan di setiap kali setelah kegiatan pre post dilakukan

[illegible]

POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPINANG

PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN MEDIKAL
BEDAH I REKAM KEHADIRAN MAHASISWA
PRAKTIK

NAMAMAHASISWA : _____

NPM : _____

NO	HARI TANGGAL	RUANG	WAKTU KEDATANGAN	WAKTU PULANG	TTD MAHASISWA	TTD <i>CLINICAL INSTRUCTUR</i>
TOTAL JUMLAH JAM PRAKTIK : _____						
KETERLAMBATAN		JUMLAH HARI KETIDAKHADIRAN				
JAM	MENIT	SAKIT	IZIN	ALPHA	DISPENSASI	

[illegible]

POLTEKKES TANJUNGPURANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPURANG

PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN MEDIKAL
BEDAH II REKAM KEHADIRAN MAHASISWA
PRAKTIK

NAMAMAHASISWA : _____

NPM : _____

NO	HARI TANGGAL	RUANG	WAKTU KEDATANGAN	WAKTU PULANG	TTD MAHASISWA	TTD CLINICAL INSTRUCTOR
TOTAL JUMLAH JAM PRAKTIK : _____						
KETERLAMBATAN		JUMLAH HARI KETIDAKHADIRAN				
JAM	MENIT	SAKIT	IZIN	ALPHA	DISPENSASI	

POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI JURUSAN
KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGPINANG

CONTOH PENGISIAN

LOG BOOK KEGIATAN PRAKTIK KLINIK KMB

Nama : _____
NPM : _____
RUANG : _____
HARI/TANGGAL : _

No	HARI / TANGGAL WAKTU	KEGIATAN YANG DILAKUKAN	KET
1	Senin/12-2-21		
	07.15 – 07.30	Membaca buku laporan ruangan	
	07.30 – 08.00	Mengikuti Hand Over dengan perawat jaga malam	
	08.00 – 08.30	Memvalidasi data pengkajian pasien dan mengidentifikasi kebutuhan perawatan pasien	
	08.30 – 09.00	Memberikan obat oral kepada Tn. X (R01), Tn. Y (R 02), Ny. W (R 11)	
		Dst	
	13.30 – 14.30	Bimbingan kasus dengan CI Ruangan	

Menyetujui
Instruktur Klinik/perseptor

Ttd/Nama Jelas

Mahasiswa
Praktikan

Ttd /Nama Jelas

POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI JURUSAN
KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGPINANG

LOG BOOK KEGIATAN PRAKTIK KLINIK KMB

Nama : _____
NPM : _____
RUANG : _____
HARI/TANGGAL : __

No	HARI / TANGGAL WAKTU	KEGIATAN YANG DILAKUKAN	KET

Menyetujui

Mahasiswa

InstrukturKlinik/perseptor

Praktikan

Poltekkes Tanjungkarang Kemenkes RI



Program Studi Diploma III Keperawatan Tanjungkarang

LAPORAN PENDAHULUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN GANGGUAN KEBUTUHAN

_____AKIBAT PATOLOGI SISTEM _____

DENGAN DIAGNOSA MEDIS _____

Nama Mahasiswa :

Semester/TA :/2020/2021

LAPORAN PENDAHULUAN PRAKTIK
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

A. DASAR TEORI

A.1. DEFINISI DIAGNOSA MEDIS

A.3. ETIOLOGI

A.3. TANDA & GEJALA

A.4. PEMERIKSAAN PENUNJANG & HASILNYA SECARA TEORITIS

A.4. PENATALAKSANAAN MEDIS

A.6. PATHWAY (Dibuat skema hingga muncul masalah keperawatan)

B. ASUHAN KEPERAWATAN

B.1. DAFTAR DX KEPERAWATAN YG MUNGKIN MUNCUL PADA KASUS(Minimal 3 diagnosis Keperawatan) **& DEFINISI MASALAH KEPERAWATAN SECARA TEORITIS** (Lihat buku SDKI, SLKI dan SIKI)

1) Diagnosis Keperawatan : _____
Definisi : _____

DS&DOYgmendukung: _____

Tujuan: _____

Rencana Intervensi (monitoring, terapeutik, kolaboratif, health education)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

2) Diagnosis Keperawatan : _____
Definisi : _____

DS&DOYgmendukung: _____

Tujuan: _____

Rencana Intervensi (monitoring, terapeutik, kolaboratif, health education)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

3) Diagnosis Keperawatan : _____

Definisi: _____

DS&DO Ygmendukung: _____

Tujuan: _____

Rencana Intervensi (monitoring, terapeutik, kolaboratif, health education)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

DAFTAR PUSTAKA

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

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

DI



Nama :

NIM :

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

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : _____
 NIM : _____ Tgl Pengkajian : _____
 Ruangrawat : _____ 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 () Transferruangan _____

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 _____

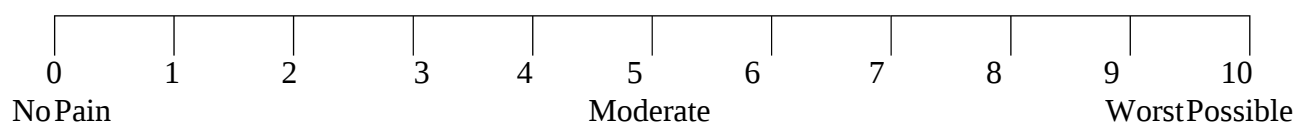
Tanda Vital Saat Masuk: TD _____ mmHg

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

_____ x/menit () teratur () Tidak teratur

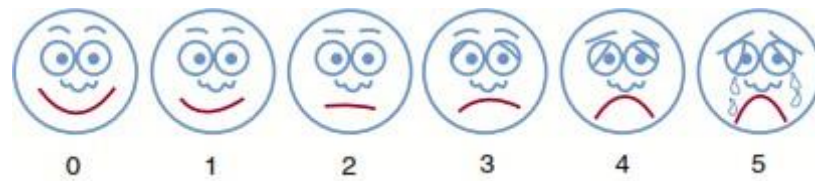
Nyeri :

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

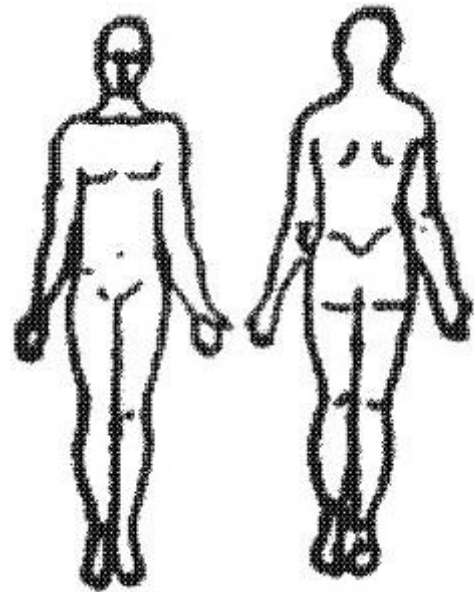
T – Tattoo B

– Bruises

X – Body Piercing 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	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/immobiletdkdptbergeraksendiri		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 Risiko rendah, tindakan pencegahan jatuh standar	0 - 24	HIJAU
2. Risiko tinggi, tindakan pencegahan jatuh risiko tinggi	25 - 50	KUNING
3.	> = 51	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 Jumlah btg/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 () Kadangkadang () 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 () Kadangkadang

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 () Kadangkadang

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

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

Jenis kudapan/camilan 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.

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 tidak 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,

❖ 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 (

STATUSMENTAL: () 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 : _____

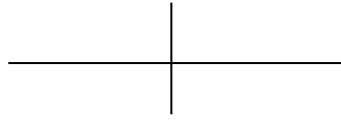
d. Perkusi : _____

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 Achiles : 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 :

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 menkomunikasikan 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 & Bergstom (1998), AHCPR (2008)

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

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	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

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

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	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

NO		KEPERAWATAN		
				S : O : A : P :
				S : O : A : P :
				S : O : A : P :