

LAMPIRAN

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI		Kode	
			Tanggal	
	Formulir		Revisi	
	Praktik Klinik Peminatan		Halaman	

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

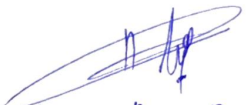
Nama : Robby Ramadhani
 Umur : 23 tahun
 Jenis Kelamin : Laki - Laki

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan kegiatan dari Praktikan
2. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu subjek asuhan dalam asuhan keperawatan yang dilaksanakan

Bandar Lampung, 09 Januari 2023

Mahasiswa/Praktikan


 Muhiara Adinil Fortuna

Pasien


 Robby Ramadhani

Mengetahui
 (Perseptor /CI)


 Erlina Wati, S. Kep

	POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Toni Setiawan
 Umur : 22 tahun
 Jenis Kelamin : Laki - Laki

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan kegiatan dari Praktikan
2. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu subjek asuhan dalam asuhan keperawatan yang dilaksanakan

Bandar Lampung, 11 Januari 2023

Mahasiswa/Praktikan


 Mutara A. Fortuna

Pasien


 Toni Setiawan

Mengetahui

(Perseptor /CI)


 Erlina Wati S. Kep

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Mutiara Adinil Fortuna

Nim : 2014401069

Judul yang diajukan dan disetujui:

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Termoregulasi Pada Pasien Typhoid di RS Bhayangkara Polda Lampung Tahun 2023

Bandar Lampung, 19 Januari 2023

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Giri Udani, S.Kp., M.Kes.
NIP: 196202121990032001

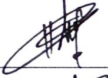


Ns. Efa Trisna, S.Kep., M.Kes.
NIP: 196810081989032002

	POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI Formulir Praktik Klinik Peminatan	Kode	
		Tanggal	
		Revisi	
		Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : Mutiara Adinil Fortuna
 NIM : 2019401069
 Pembimbing Utama : Giri Udani S.Kep., M.Kes
 Judul Tugas Akhir : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN TERMOREGULASI
 PADA PASIEN TYPHOID DI RS BHAYANGKARA POLDA LAMPUNG
 TAHUN 2023

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Kamis/ 19-01-2023	ACC Judul		
2	Senin/ 06-02-2023	Bimbingan Bab 1 dan 2		
3	Rabu/ 08-03-2023	Revisi Bab 1 dan 2		
4	Jum'at/ 10-03-2023	Bimbingan Bab 3 dan 4		
5	Rabu/ 29-03-2023	Revisi Bab 3 dan 4		
6	Senin/ 03-04-2023	Bimbingan Bab 4 Pembahasan		
7	Senin/ 10-04-2023	Perbaikan revisi Bab 4		
8	Senin/ 17-04-2023	ACC Sidang		
9	Selasa/ 30-05-2023	Revisi Abstrak		
10	Rabu/ 31-05-2023	ACC Cetak		
11				
12				

Bandar Lampung, 17 April 2023
 Pembimbing Utama


 Giri Udani S.Kep., M.Kes

	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 : Mutiara Adinil Fortuna
 NIM : 2014401069
 Pembimbing Pendamping : Nc. Epa Trisna, S.Kep., M.Kes
 Judul Tugas Akhir : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN TERMOREGULASI
 PADA PASIEN TYPHOID DI RS BHAYANGKARA POLDA LAMPUNG
 TAHUN 2023

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Senin/ 17-04-23	- Perbaiki bagian tujuan penulisan - Lengkapi bagian ruang lingkup		
2	Selasa/ 02-05-23	- Tambahkan judul tabel - Perbaiki analisa data dan penyajian data		
3	Rabu/ 03-05-23	Ubah tabel bagian implementasi sampai evaluasi menjadi landscape		
4	Kamis/ 04-05-23	Hilangkan genogram pada pengkajian		
5	Jum'at/ 05-05-23	Bunyikan diagnosa keperawatan pada kedua pasien dibagian Kesimpulan		
6	Senin/ 08-05-23	- Perbaiki dan lengkapi daftar pustaka - Tambahkan halaman, daftar isi, semua lampiran		
7	Selasa/ 09-05-23	Acc Seminar		
8				
9				
10				

Bandar Lampung, 08 Mei 2023
 Pembimbing Pendamping


 Nc. Epa Trisna, S.Kep., M.Kes

	POLTEKKES TANJUNGPURANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : Mutiara Adinil Fortuna
 NIM : 2014401069

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 09 s/d 14 bulan Januari 2023 tahun 2023 di Ruang Kelas 1 Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung

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

Bandar Lampung, 15 Januari 2023

Yang Menerangkan
(Perseptor /CI)



Erlina Wati, S.kep



POLTEKKES KEMENKES TANJUNGGARANG

Formulir
Surat Kesiediaan Menguji

KODE : TA/PKTJk/J.Kep/03.2/1/2015

TGL : 26 Februari 2015

REVISI : 0

HALAMAN : 1 dari 1 Halaman

SURAT KESEDIAAN MENGUJI

Yang bertanda tangan di bawah ini, penguji Sidang Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Skripsi / Laporan Tugas Akhir (LTA)* atas nama mahasiswa:

Nama : Mutiara Adinil Fortuna
NIM : 2014401069
Prodi : D III / ~~Sarjana Terapan~~ / Ners*
Judul LTA : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN TERMOREGULASI
PADA PASIEN TYPHOID DI RS BHAYANGKARA POLDA LAMPUNG
TAHUN 2023

Bersedia menguji pada:

Hari / Tanggal : Selasa / 16 Mei 2023
Tempat : Kelas F
Jam : 13.00 s/d selesai

Selanjutnya disebut pihak I

No	Nama Penguji	Tanda Tangan
1	Purwati, S.P.d., MAP (Ketua Penguji)	1.
2	Ns. Epa Trisna, S.Kep., M.Kes (Anggota Penguji I)	2.
3	Giri Udani, S.Kp., M.Kes (Anggota Penguji II)	3.

Catatan:

Konfirmasikan jadwal kepada PJ Akademik 1 (satu) hari sebelum pelaksanaan seminar hasil, baik yang terdapat perubahan maupun tidak.

Mengetahui,
Prodi D III / STTr / Ners* Keperawatan Tanjungkarang
Ketua,

Ns. Epa Trisna, S.Kep., M.Kes
NIP. 196010081989032002

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

LEMBAR KENDALI MASUKAN DAN PERBAIKAN SEMINAR HASIL

Nama Mahasiswa : Mutiara Adinil Fortuna
 NIM : 2014401069
 Tanggal : 16 Mei 2023
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Termoregulasi Pada Pasien Typhoid di RS Bhayangkara Polda Lampung

No	Catatan Masukan Yang diberikan	Sudah Diperbaiki	Belum
1.	Abstrak ≠ dibold	✓	
2.	Pengumpulan data yg riil nya?	✓	
3.	Intervensi → Semi Fowler ?	✓	
4.	Tulisan Typo !!	✓	
5.	Daftar Pustaka yang kurang / belum	✓	
6.	Implementasi → data observasi tiap perkembangan pasien	✓	
7.	Pembahasan : mekanisme pengaturan suhu tubuh (ps 1 & 2) tindakannya ↓ suhu tubuh	✓	
8.	Keterbatasan → dilakukan dpa di Saran	✓	
9.	Hipertermia → dalam teori !!	✓	

Bandar Lampung, 16 Mei 2023

TIM PENGUJI

Ketua Penguji

Anggota 1

Anggota 2





Purwati, S.Pd., MAP
NIP. 196304271984022001

Ns. Efa Trisna, S.Kep., M.Kes.
NIP. 196810081989032002

Giri Udani, S. Kp., M. Kes
NIP. 196202121990032001

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

PERIODE 09 Januari 2023 sd 14 Januari 2023



Nama : Muhara Adini Fortuna

NIM : 2014401009

POLTEKKES TANJUNGKARANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGKARANG

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Mutiara Adinil Fortuna
NIM : 204401069 Tgl Pengkajian : 9 Januari 2023
Ruang rawat : kelar 1 B No. Register : 071886

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Tn. R
2. Umur : 23 tahun
3. Jenis kelamin : (L) / P *
4. Pendidikan : SPN
5. Pekerjaan : POLRI
6. Tgl masuk RS : maling Waktu : Set 8 WIB
7. Dx. Medis : Typoid
8. Alamat : Kemiling

B. RIWAYAT KESEHATAN

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

Masuk ke Ruangan pada tanggal : 8 Januari 2023 Waktu : 20.40 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 : Composmentis

☒ GCS : E 4 M 6 V 5

Tanda Vital Saat Masuk : TD 125/65 mmHg

Nadi 81 x/menit () teratur () Tidak teratur () Lemah ☒ Kuat

RR 20 x/menit ☒ teratur () Tidak teratur

Nyeri :

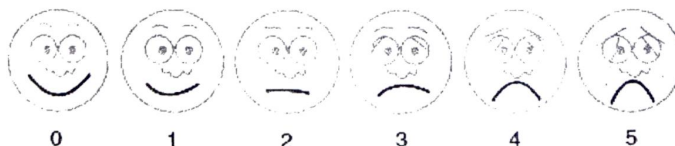
Numeric Rating Scale

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

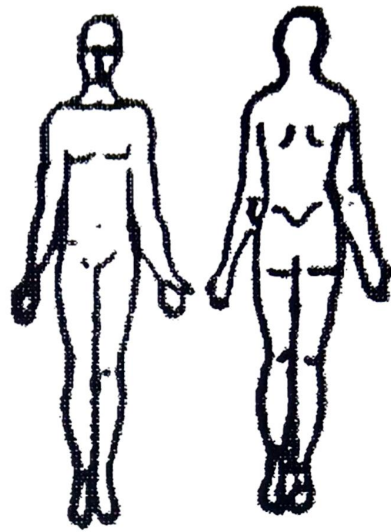


Status Lokalis :

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	PENGKAJIAN	SKALA		NILAI	KET
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	0	
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	0	
		Ya	15		
3	Alat Bantu Jalan			0	
	a. Bedrest dibantu perawat		0		
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15		
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		30		
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	20	
		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			0	
	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 , lakukan tindakan pencegahan jatuh	>25	KUNING

- 1. Keluhan utama saat pengkajian : dansam, mual, sulit BAB

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Pasien datang ke UGD RS Bhayangkara tanggal 8 Januari 2023 jam 19.30,
 klien mengatakan demam sejak 1 minggu yang lalu, demam bertambah ketika menjelang
 malam, kulit terasa hangat, klien mengeluh tidak nyaman, sakit kepala, pusing, sulit
 tidur, mual, belum BAB sejak 1 minggu, disleri abdomen, bising usus
 hasil pemeriksaan fisik keadaan umum sedang, kesadaran compocientis, TD. 105/69^{mmHg}, S. 38,3°C,
 N. 81 x/menit, PP. 20 x/menit GCS: E: 4 M: 6 V: 5

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : Tidak ada riwayat alergi obat dan makanan

Bentuk reaksi alergi yg dialami : —

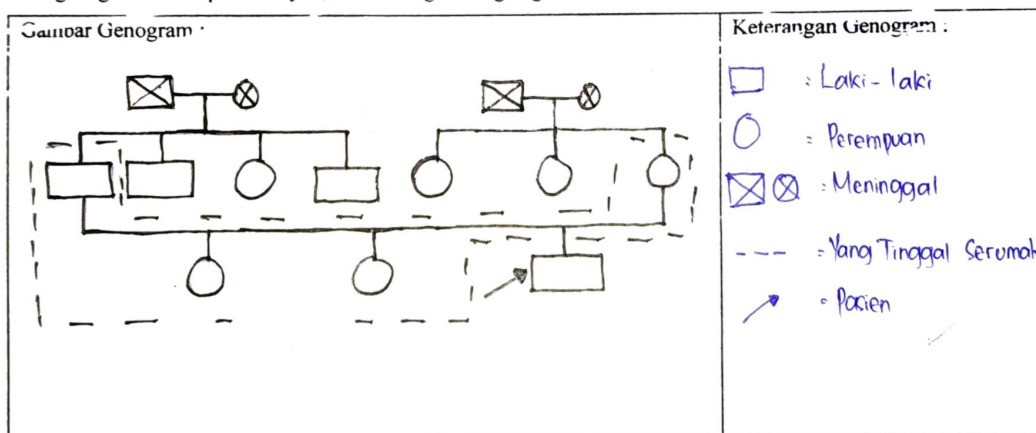
4. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	MASIH DIGUNAKAN/TIDAK
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: riwayat typhoid juni 2022

6. Riwayat penyakit keluarga : klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetis



C. ANAMNESIS PENGKAJIAN

Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

() Tampak Sehat () Tampak Sakit Ringan (✓) Tampak sakit sedang
 () Tampak Sakit Berat

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan (termasuk berhenti merokok & manajemen stress)

klien mengatakan seminggu sekali berolahraga, klien juga mengatakan
 menjaga kesehatannya dengan makan tepat waktu dan hidup bersih.

A. Kategori Fisiologis

A.1. Respirasi

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Dyspneu | ☐ Orthopneu | ☐ PND* |
| ☐ Batuk Efektif | ☐ Batuk tidak efektif | ☐ Batuk malam hari |

A.2. Sirkulasi

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Palpitasi | ☐ Parasthesia |
| ☐ Klaudikasio intermitten | |

A.3. Nutrisi & Cairan

- | | |
|--|--|
| ☐ Cepat kenyang setelah makan | ☐ Kram Abdomen |
| ☒ Nafsu makan menurun | ☒ Mual |
| ☐ Tidak ada flatus | ☐ Merasa lemah |
| ☐ Keinginan minum meningkat | ☐ Merasa haus |
| ☐ Mengekspresikan pengetahuan tentang pilihan makanan dan cairan yang sehat | ☐ Menyatakan keinginan untuk Meningkatkan keseimbangan Cairan |
| ☐ Menjalani diet standar tertentu, sebutkan _____ | |
| ☐ Mudah mengantuk | ☐ Lelah |
| ☐ Lesu | ☐ Mengeluh lapar |
| ☐ Mulut kering | ☐ Mudah lapar |
| ☐ Muntah | |

A.3. Eliminasi

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Urgensi | ☐ Dribbling | ☐ Sering buang air kecil |
| ☐ Nokturia | ☐ Nokturia lebih dari 2 kali sepanjang tidur | |
| ☐ Hesitancy | ☐ Disuria | ☐ Kandung kemih terasa tegang |
| ☐ keluar urin konstan tanpa distensi | ☒ Sulit/tidak bisa b.a.k | |
| ☐ Mengompol saat _____ | ☐ Enuresis | ☐ Berkemih tanpa sadar |
| ☐ Perasaan tidak puas setelah b.a.k | ☐ terasa panas saat b.a.k | |
| ☐ Perubahan warna urine, yaitu _____ | ☐ Mampu mengosongkan kandung kemih lengkap | |
| ☐ Tidak mengalami sensasi berkemih | | |
| ☐ Mengeluh urine keluar <50 ml saat berdiri/batuk/bersin/tertawa/berlari/mengangkat benda yang berat | | |
| ☐ Keinginan berkemih yang kuat disertai dengan inkontinensia | | |
| ☐ Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin | | |
| ☐ Tidak mampu mengontrol pengeluaran feses | ☐ tidak mampu menunda defekasi | |
| ☒ Defekasi kurang dari 2 kali seminggu | | |
| ☒ Pengeluaran feses lama dan sulit | ☒ Feses Keras | |

☒ Pengeluaran feses lama dan sulit

☒ Peristaltik usus menurun

A.4. Aktivitas dan Istirahat

☐ Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

☐ Nyeri saat bergerak

☐ Enggan melakukan pergerakan

☐ Cemas saat bergerak

☐ Merasa kaku sendi

☐ Gerakan tidak terkoordinasi

☐ Mengeluh sulit tidur

☐ Mengeluh sering terbangun/terjaga

☐ Mengeluh tidak puas tidur

☐ Mengeluh pola tidur berubah

☐ Mengeluh istirahat tidak cukup

☐ Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

☐ Dispneu setelah/saat aktivitas

☐ Merasa lemah

☐ Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

☐ Mengeluh lelah

☐ Merasa tenaga tidak pulih walaupun telah tidur

☐ Merasa kurang tenaga

☐ Tidak menggunakan obat tidur

☐ Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur

☐ Mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur

A.4. Neurosensori

☒ Sakit kepala

☒ Nyeri dada

☐ Pandangan Kabur

☐ Kongesti Nasal

☐ Parastesia

☐ Kongesti Konjungtiva

☒ Menggigil

☐ Mudah lupa

☐ Sulit mempelajari ketrampilan baru

☐ tidak mampu mengingat informasi faktual

☐ tidak mampu mengingat perilaku tertentu yg pernah dilakukan

☐ lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan

☐ Mengeluh sulit menelan

☐ Batuk sebelum menelan

☐ Batuk setelah makan atau minum

☐ Tersedak

☐ Makanan tertinggal di rongga mulut

☐ Sulit mengunyah

☐ Refluks nasal

☐ Muntah sebelum menelan

☐ makanan terdorong keluar dari mulut

☐ Makanan jatuh dari mulut

☐ tidak mau makan/menolak makan

☐ Makanan tidak dihabiskan

☐ Muntah disertai mual

☐ muntah tanpa mual

A.4. Reproduksi & Seksualitas

☐ aktivitas seksual berubah

☐ eksitasi seksual berubah

☐ Hubungan seksual tidak memuaskan

☐ peran seksual berubah

☐ Fungsi seksual berubah

☐ hasrat seksual menurun

☐ Dispareunia

☐ hubungan seksual terbatas

☐ Ketertarikan pada pasangan berubah

☐ Hubungan seksual terbatas

☐ Mencari informasi tentang kemampuan mencapai kepuasan seksual

- ☐ Sulit melakukan aktivitas seksual ☐ Aktivitas seksual berubah
☐ Mengungkapkan perilaku seksual berubah ☐ Orientasi seksual berubah
☐ Mengungkapkan hubungan dengan pasangan berubah

B. Psikologis

B.1. Nyeri dan Ketidaknyamanan

- ☒ Mengeluh tidak nyaman ☒ Mengeluh sulit tidur
☐ Tidak mampu rileks ☒ mengeluh kedinginan / kepanasan
☐ Merasa gatal ☐ merintih ☐ menangis

C. Pemeriksaan Fisik

- Keadaan Umum : ☐ Tampak sakit berat ☒ Tampak sakit sedang
☐ Tampak sakit ringan ☐ Sehat dan Bugar
- Kesadaran (Komposmentis - Koma) : Komposmentis
- Glasgow Coma Scale (GCS) : E 4 M 6 V 5
- Vital Sign : Tekanan Darah : 130 / 81 mmHg
 Nadi : 80 x/menit reguler/irreguler/kuat/sedang/lemah
 Respirasi : 20 x/menit normal/kusmaul/cheynestokes/Biot
- Integumen : () ikterik () Edema Anarsaka () Diaporesis () Pucat () Cyanosis

6. Kepala & Leher

Wajah : wajah pucat, simetris, tidak ada luka / ruam Hidung : tidak ada sekret, tidak ada sumbatan
 Mata : mata lengkap, simetris, tidak ada lesi / edema, kongjungtiva kemerahan
 Bibir & Mukosa Mulut : bibir kering, tidak ada caries, tidak ada karang gigi
 Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid Jugular Vein Pressure (JVP) :

7. Thorax (Jantung & Paru-paru)

Jantung

Inspeksi : normal, simetris,
 Palpasi : akral hangat
 Perkusi : suara dupdup
 Auskultasi : tidak ada suara tambahan

Paru-Paru :

Inspeksi : normal, simetris, tidak ada lesi, tidak ada otot bantu pernapasan
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 Perkusi : resonan
 Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan

8. Abdomen

Inspeksi : tidak ada luka jahit atau luka bakar, bentuk simetris,
 Auskultasi : bising usus 8 x /menit
 Palpasi : adanya nyeri tekan
 Perkusi : suara redup

9. Genitalia & Rectum : normal

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 : (N1 – NXII) t : klien bisa mengisap bau, klien bisa berfokus pada objek, klien bisa menggerakkan mata kebawah & atas, klien dapat melakukan perintah sensorik dan motorik, klien bisa menggerakkan mata seperti melihat ke samping, klien bisa mengendalikan otot wajah, klien bisa mendengar dg jelas, klien mampu menelan, sistem pencernaan normal, motorik otot kepala, leher, bahu normal, klien bisa menggerakkan lidah

** Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brachial Indeks (ABI) : Kanan - Kiri -

- Monofilamen : Kanan -

Kiri -

- Ulkus DM : Lokasi -

Gambarkan status lokalis ulkus: -

P : Peripheral - E : Extend or Size : -

D : Depth or Tissue Loss : - I : Infection and Sensation : -

S : Severe : -

** Lain-Lain (Tuliskan Data lainnya Yg tidak terakomodir dalam format diatas) :

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)

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

- Hemoglobin = 13,9 gr %
- Hematokrit = 39 %
- Eritrosit = 4,5 jt ul
- MCV = 86 fL
- MCH = 30 pg
- MCHC = 35 g/dl
- Leukosit = 13.300 ul
- Hitung jenis Leukosit
 - Basofil = 0
 - Eosofil = 0
 - Neutrofil batang = 1
 - Neutrofil segmen = 84 %
 - Limfosit = 9 %
 - Monosit = 6 %
- Trombosit = 194.000 r/b ul
- IgM Salmonella : positif (skala 6)

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

[illegible]

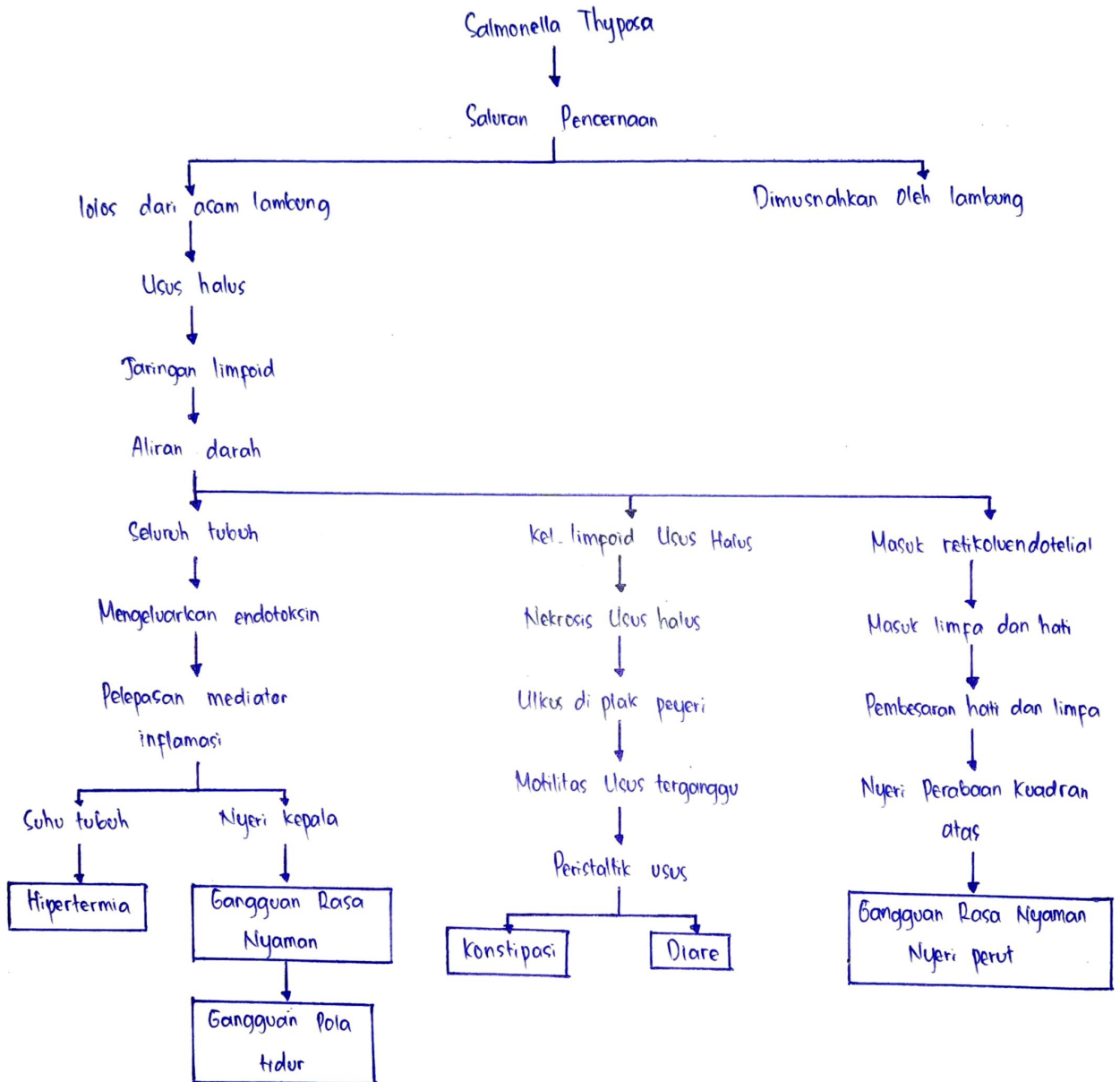
G. SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

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. Erjalan 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 makannya 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				21

Diadopsi dari Braden & Bergstom (1998), AHCPR (2008) Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi

H. Pathway Keperawatan



FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Sdr. R
 Dx. Medis : Typhoid
 Ruang : Kamar 1 B
 No. MR : 071886

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
		DS : - klien mengatakan demam sudah 1 minggu - klien mengatakan demam bertambah ketika menjelang malam DO : - teraba hangat - S = 38,3°C - menggigil	Hipertermi	Proses Penyakit
		DS : - klien mengeluh tidak nyaman - klien mengatakan pusing - klien mengatakan sulit tidur - klien mengatakan mual - klien mengatakan nyeri di uluhati DO : - tampak gelisah - klien tampak meringis	Gangguan Rasa Nyaman	Gejala Penyakit

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Sdr. R
 Dx. Medis : Typhoid
 Ruang : IB
 No. MR : 071886

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
		DS : • Klien mengatakan belum BAB sejak 1 minggu • Klien mengatakan tidak mampu mengeluarkan feses DO : • Distensi abdomen • Flatus • bising usus 8 x / menit	konstipasi	
		DS : DO :		

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Sdr. R
 Dx. Medis : Typhoid
 Ruang : IB
 No. MR : 031086

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SMART)	Intervensi	Rencana Tindakan	Paraf
1.	9/23/1	Hipertermia (D. 0130)	Setelah dilakukan askep selama 3x24 jam diharapkan demamnya membaik dg kriteria hasil: - tidak menggigil - suhu tubuh membaik - suhu kulit membaik	- monitor suhu tubuh, warna dan suhu kulit - beri kompres hangat - selimuti pasien - anjurkan menggunakan pakaian yg tipis - anjurkan banyak minum - kolaborasi pemberian analgetik	- monitor suhu tubuh, warna dan suhu kulit - memberi kompres hangat - selimuti pasien - anjurkan menggunakan pakaian yg tipis - anjurkan banyak minum - berkolaborasi pemberian analgetik	✓
2.	9/23/1	Gangguan Rasa Nyaman (D. 0074)	Setelah dilakukan askep selama 3x24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dg kriteria hasil: - keluhan tidak nyaman menurun - gelisah menurun	- kaji Status nyeri (lokasi, skala nyeri, frekuensi) - identifikasi respon nyeri non verbal - beri porsi nyaman pasien - ajarkan teknik napas dalam - kolaborasi pemberian analgetik	- kaji status nyeri (lokasi, lokasi, skala nyeri, frekuensi) - mengidentifikasi respon nyeri - menentukan porsi nyaman - mengajarkan teknik relaksasi napas dalam - berkolaborasi pemberian analgetik	✓
3	9/23/1	Konstipasi (D. 0049)	Setelah dilakukan askep selama 3x24 jam diharapkan eliminasi feses menurun dengan kriteria hasil: - frekuensi defekasi membaik - distensi abdomen menurun	- monitor warna, konsistensi, jumlah, dan waktu BAB - monitor bising usus - anjurkan makan tinggi serat - anjurkan banyak minum - kolaborasi penggunaan obat pencahar	- monitor warna, konsistensi jumlah, dan waktu BAB - monitor bising usus - anjurkan makan tinggi serat - anjurkan banyak minum - berkolaborasi penggunaan obat pencahar	✓

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Sdr. P.
Dx. Medis : Typhoid
Ruang : IB
No. MR : 091886

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
09/2023 /01 17.20	Mahasiswa Perawat	S : - klien mengatakan masih merasa demam - klien mengatakan nyeri di uluhati - skala nyeri 3 - klien mengatakan sakit kepala dan merasa tidak nyaman - klien mengatakan mual - klien mengatakan belum BAB hari ini O : - kulit terasa hangat - mengagil - klien tampak gelisah - klien tampak meringis - distensi abdomen A : - Hipertermia - Gangguan rasa nyaman - konstipasi P : Lanjutkan intervensi A Muhara A. Fortuna		

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP d lakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

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

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
10/2023 /or 18.10	Mohammad Perawat	S :- klien mengatakan masih demam - klien mengatakan masih nyeri tapi hari ini sudah lebih baik - klien mengatakan merasa tidak nyaman karena sakit kepala dan mual - klien mengatakan sudah BAB hari ini - klien mengatakan fekes keras dan sulit keluar D :- - kulit terasa hangat - klien tampak gelisah tidak nyaman - bising usus 12 x /menit - TTV : TD = 110/80 mmHg S = 36.6 °C SpO₂ = 98 % N = 88 x / m RR = 22 x / m A :- Hipertemia Gangguan rasa nyaman Konstipasi P :- Lanjutkan Intervensi Mohara A. Fortuna		

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien
 Dx. Medis
 Ruang
 No. MR

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tuliskan nama, paraf tanggal dan jam)
11/2023 /10 2020	Mahasiswa Perawat	S : - klien mengatakan sudah tidak merasa demam - klien mengatakan sudah lebih baik - klien mengatakan sudah tidak merasa sakit kepala - klien mengatakan hari ini BAB 2 x - klien mengatakan ^{sudah} tidak ada masalah BAB - klien mengatakan tidak ada keluhan lagi dan meminta untuk pulang O : - airtal dingin - k/u baik - tampak segar dan rileks - bising usus 15 x / m - TTV : TD : 110 / 70 mmHg N : 87 x / m RR : 20 x / m S : 37,4 °C A : Hipertermia Gangguan rasa nyaman konstipasi P : Intervensi dihentikan Ukhara A. Fortuna		

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

PERIODE _____ sd _____



Nama : Mutiara Adinil Fortuna.....

NIM : 2014401069.....

POLTEKKES TANJUNGKARANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGKARANG

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Muharn Adinil Fortuna
NIM : 2014401069 Tgl Pengkajian : 11 Januari 2023
Ruang rawat : 16 No. Register : _____

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Sdr. T
2. Umur : 20 tahun
3. Jenis kelamin : L / P *
4. Pendidikan : SPN
5. Pekerjaan : POLRI
6. Tgl masuk RS : 10 Januari 2023 Waktu : 13.00 WIB
7. Dx. Medis : Typhoid
8. Alamat : Lampung Tengah

B. RIWAYAT KESEHATAN

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

Masuk ke Ruangan pada tanggal : 10 Januari 2023 Waktu : 16.25 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 : Composmentis

(☒) GCS : E 4 M 6 V 5

Tanda Vital Saat Masuk : TD 90/48 mmHg

Nadi 111 x/menit () teratur () Tidak teratur () Lemah () Kuat

RR 20 x/menit () teratur () Tidak teratur

Nyeri :

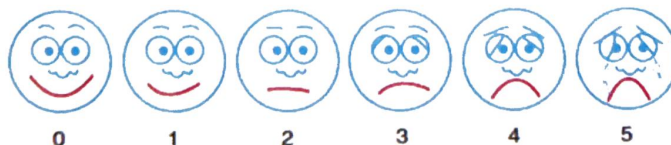
Numeric Rating Scale

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

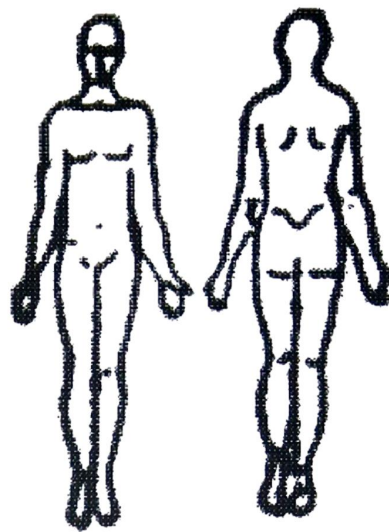


Status Lokalis :

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	PENGKAJIAN	SKALA	NILAI	KET
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak 0 Ya 25	0	
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak 0 Ya 15	0	
3	Alat Bantu Jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang / Tongkat / Walker c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture	0 15 30	0	
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak 0 Ya 20	20	
5	Gaya berjalan / pindah a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri b. Lemah tidak bertenaga c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)	0 10 20	0	
6	Status Mental a. Sadar penuh b. Keterbatasan daya ingat	0 15	0	
	JUMLAH SKOR		20	

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 : Demam, pusing, mual, mulut terasa pahit

2. Riwayat penyakit Sekarang :

klien datang ke UGD RS BHAYANGKARA pada tanggal 10 Januari 2023 Pukul 13.00 masuk ruang ranap jam 16.25. Dari hasil pengkajian didapatkan klien mengatakan demam sejak ± 2 minggu yg lalu, demam disertai menggigil. Demam sempat turun tapi naik kembali sampai hari ini, kulit terasa hangat, akral terasa dingin, klien mengatakan pusing sakit kepala, merasa tidak nyaman, klien tampak gelisah, meringis, dan memegang kepala. Klien mengatakan mual. Klien mengatakan sulit tidur, tidur sering terbangun. Hasil pemeriksaan fisik kesadaran composmentis, TD: 123/67 mmHg, S: 38.1 °C, N: 73 x/m, RR: 20 x/m, SpO₂: 98 %

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : Tidak ada alergi obat dan makanan

Bentuk reaksi alergi yg dialami : Tidak ada

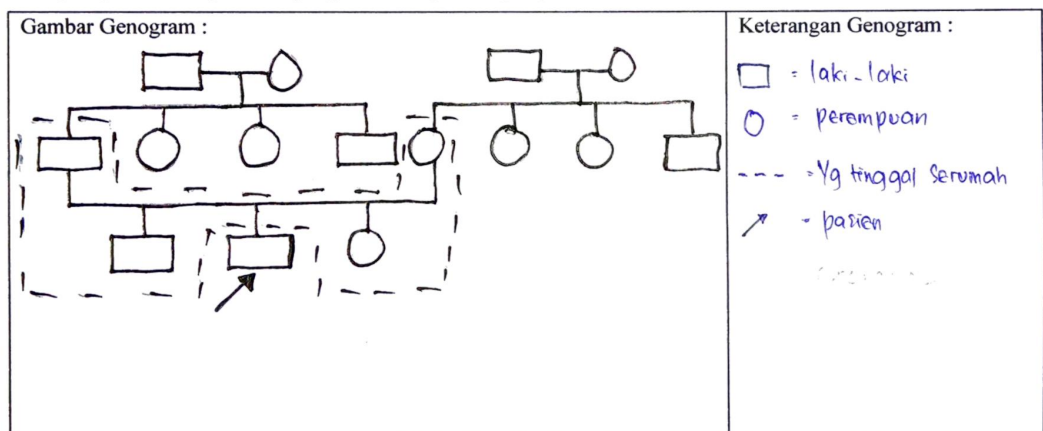
4. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	MASIH DIGUNAKAN/TIDAK
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: Tidak ada

6. Riwayat penyakit keluarga : Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit pada keluarga

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik



C. ANAMNESIS PENGKAJIAN

Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

() Tampak Sehat () Tampak Sakit Ringan (✓) Tampak sakit sedang
() Tampak Sakit Berat

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan (termasuk berhenti merokok & manajemen stress)

klien mengatakan selalu berolahraga minimal satu minggu sekali, klien mengatakan tidak merokok.

A. Kategori Fisiologis

A.1. Respirasi

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Dyspneu | ☐ Orthopneu | ☐ PND* |
| ☐ Batuk Efektif | ☐ Batuk tidak efektif | ☐ Batuk malam hari |

A.2. Sirkulasi

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Palpitasi | ☐ Parasthesia |
| ☐ Klaudikasio intermitten | |

A.3. Nutrisi & Cairan

- | | |
|--|--|
| ☐ Cepat kenyang setelah makan | ☐ Kram Abdomen |
| ☒ Nafsu makan menurun | ☒ Mual |
| ☒ Tidak ada flatus | ☒ Merasa lemah |
| ☐ Keinginan minum meningkat | ☐ Merasa haus |
| ☐ Mengekspresikan pengetahuan tentang pilihan makanan dan cairan yang sehat | ☐ Menyatakan keinginan untuk Meningkatkan keseimbangan Cairan |
| ☐ Menjalani diet standar tertentu, sebutkan _____ | |
| ☐ Mudah mengantuk | ☐ Lelah |
| ☒ Lesu | ☐ Mengeluh lapar |
| ☒ Mulut kering | ☐ Muntah |
| ☐ Letih | ☐ Mudah lapar |

A.3. Eliminasi

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Urgensi | ☐ Dribbling | ☐ Sering buang air kecil |
| ☐ Nokturia | ☐ Nokturia lebih dari 2 kali sepanjang tidur | |
| ☐ Hesitancy | ☐ Disuria | ☐ Kandung kemih terasa tegang |
| ☐ keluar urin konstan tanpa distensi | | ☐ Sulit/tidak bisa b.a.k |
| ☐ Mengompol saat _____ | ☐ Enuresis | ☐ Berkemih tanpa sadar |
| ☐ Perasaan tidak puas setelah b.a.k | | ☐ terasa panas saat b.a.k |
| ☐ Perubahan warna urine, yaitu _____ | | ☐ Mampu mengosongkan kandung kemih lengkap |
| ☐ Tidak mengalami sensasi berkemih | | |
| ☐ Mengeluh urine keluar <50 ml saat berdiri/batuk/bersin/tertawa/berlari/mengangkat benda yang berat | | |
| ☐ Keinginan berkemih yang kuat disertai dengan inkontinensia | | |
| ☐ Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin | | |
| ☐ Tidak mampu mengontrol pengeluaran feses | ☐ tidak mampu menunda defekasi | |
| ☐ Defekasi kurang dari 2 kali seminggu | | |
| ☐ Pengeluaran feses lama dan sulit | ☐ Feses Keras | |

☐ Pengeluaran feses lama dan sulit

☐ Peristaltik usus menurun

A.4. Aktivitas dan Istirahat

☐ Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

☐ Nyeri saat bergerak

☐ Enggan melakukan pergerakan

☒ Cemas saat bergerak

☐ Merasa kaku sendi

☐ Gerakan tidak terkoordinasi

☒ Mengeluh sulit tidur

☒ Mengeluh sering terbangun/terjaga

☒ Mengeluh tidak puas tidur

☒ Mengeluh pola tidur berubah

☒ Mengeluh istirahat tidak cukup

☐ Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

☐ Dispneu setelah/ saat aktivitas

☐ Merasa lemah

☐ Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

☐ Mengeluh lelah

☐ Merasa tenaga tidak pulih walaupun telah tidur

☐ Merasa kurang tenaga

☐ Tidak menggunakan obat tidur

☐ Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur

☐ Mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur

A.4. Neurosensori

☒ Sakit kepala

☐ Nyeri dada

☐ Pandangan Kabur

☐ Kongesti Nasal

☐ Parastesia

☐ Kongesti Konjungtiva

☒ Menggigil

☐ Mudah lupa

☐ Sulit mempelajari ketrampilan baru

☐ tidak mampu mengingat informasi faktual

☐ tidak mampu mengingat perilaku tertentu yg pernah dilakukan'

☐ lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan

☐ Mengeluh sulit menelan

☐ Batuk sebelum menelan

☐ Batuk setelah makan atau minum

☐ Tersedak

☐ Makanan tertinggal di rongga mulut

☐ Sulit mengunyah

☐ Refluks nasal

☐ Muntah sebelum menelan

☐ makanan terdorong keluar dari mulut

☐ Makanan jatuh dari mulut

☐ tidak mau makan/menolak makan

☒ Makanan tidak dihabiskan

☐ Muntah disertai mual

☐ muntah tanpa mual

A.4. Reproduksi & Seksualitas

☐ aktivitas seksual berubah

☐ eksitasi seksual berubah

☐ Hubungan seksual tidak memuaskan

☐ peran seksual berubah

☐ Fungsi seksual berubah

☐ hasrat seksual menurun'

☐ Dispareunia

☐ hubungan seksual terbatas

☐ Ketertarikan pada pasangan berubah

☐ Hubungan seksual terbatas

☐ Mencari informasi tentang kemampuan mencapai kepuasan seksual

- ☐ Sulit melakukan aktivitas seksual ☐ Aktivitas seksual berubah
☐ Mengungkapkan perilaku seksual berubah ☐ Orientasi seksual berubah
☐ Mengungkapkan hubungan dengan pasangan berubah

B. Psikologis

B.1. Nyeri dan Ketidaknyamanan

- ☒ Mengeluh tidak nyaman ☒ Mengeluh sulit tidur
☐ Tidak mampu rileks ☒ mengeluh kedinginan / kepanasan
☐ Merasa gatal ☒ merintih ☐ menangis

C. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : ☐ Tampak sakit berat ☒ Tampak sakit sedang ☐ Sehat dan Bugar
☐ Tampak sakit ringan

2. Kesadaran (Komposmentis - Koma) : Composmentis

3. Glasgow Coma Scale (GCS) : E 4 M 6 V 5

4. Vital Sign : Tekanan Darah : 123/67 mmHg

Nadi : 78 x/menit reguler/irreguler/kuat/sedang/lemah

Respirasi : 20 x/menit normal/kusmaul/cheynestokes/Biot

5. Integumen : () ikterik () Edema Anarsaka () Diaporesis () Pucat () Cyanosis

6. Kepala & Leher

Wajah : Wajah pucat, simetris, tidak ada luka/ruam Hidung : tidak ada sekret, tidak ada sumbatan

Mata : mata lengkap, simetris, tidak ada lesi / edema, konjungtiva kemerahan

Bibir & Mukosa Mulut : lembir kering, tidak ada caries, tidak ada karang gigi

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid Jugular Vein Pressure (JVP) :

7. Thorax (Jantung & Paru-paru)

Jantung

Inspeksi : normal, simetris

Palpasi : akral hangat

Perkusi : suara dupdup

Auskultasi : tidak ada suara tambahan

Paru-Paru :

Inspeksi : normal, simetris, tidak ada lesi, tidak ada otot bantu pernapasan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : resonan

Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan

8. Abdomen

Inspeksi : tidak ada luka, bentuk simetris

Auskultasi : bising usus 15 x /menit

Palpasi : adanya nyeri tekan

Perkusi : suara redup

9. Genetalia & Rectum : normal

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 : (N1 – NXII) t : klien dapat mencium bau, klien bisa berfokus pada objek, klien bisa menggerakkan mata kebawah & keatas, klien dapat melakukan perintah sensorik dan motorik, klien bisa menggerakkan mata seperti melihat ke objek luar, klien bisa mengendalikan otot wajah, klien bisa mendengar dg gelas, klien mampu menelan, sistem pencernaan normal, motorik (otot kepala, leher, bahu) normal, klien bisa menggerakkan lidah

**

Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brakhial Indeks (ABI) : Kanan - Kiri -

- Monofilamen : Kanan -

Kiri -

- Ulkus DM : Lokasi -

Gambarkan status lokalis ulkus: -

P : Peripheral - E : Extend or Size : -

D : Depth or Tissue Loss : - I : Infection and Sensation : -

S : Severe : -

** Lain-Lain (Tuliskan Data lainnya Yg tidak terakomodir dalam format diatas) : -

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)

Hasil pemeriksaan laboratorium

- Hemoglobin : 12,7 gr %
- Hematokrit : 37 %
- Eritrosit : 4.6 jt ul
- MCV : 82 fl
- MCH : 28 pg
- MCHC : 34 g/dl
- Leukosit : 8.500 ul
- Hitung jenis leukosit
- Basofil : 0 %
- Eosinofil : 0 %
- Neutrofil batang : 2 %
- Neutrofil Segmen : 80 %
- Limfosit : 16 %
- Monosit : 2 %
- Trombosit : 194.000 th ul
- IgM Salmonella : Positif (+) skala 6

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

[illegible]

G. 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 makannya 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	
Diadopsi dari Braden & Bergstom (1998), AHCPR (2008)				SKOR
Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi				21

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1	11/2023 01	DS : - klien mengatakan demam ± 2 minggu yg lalu - Demam sempat turun tapi naik lagi sampai hari ini - klien mengatakan demam disertai menggigil - Klien merasa kedinginan DO : - kulit terasa hangat - akral dingin - menggigil - S = $38,5^{\circ}\text{C}$	Hipertermia	Proses Penyakit
2	11/2023 01	DS : - klien mengatakan sakit kepala - klien mengatakan pusing - klien mengatakan sulit tidur - klien mengatakan nyeri uluati - klien merasa tidak nyaman - klien mengatakan mual DO : - klien gelisah - klien meringis - klien tampak beberapa kali memegang kepalanya	Gangguan Rasa Nyaman	Gejala Penyakit

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
3	11 / 01 2023	DS : - klien mengatakan tidak bisa tidur - klien mengatakan ketika tidur sering terbangun - bangun - klien mengatakan pusing karna tidak cukup tidur DO : - pasien tampak lemas - pasien tampak berbaring di tempat tidur	Gangguan Pola Tidur	Peningkatan Suhu Tubuh
		DS : DO :		

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

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

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SMART)	Intervensi	Rencana Tindakan	Paraf
1	12/23/01	Hipertermia (D.0130)	Setelah dilakukan askep selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : - tidak menggigil - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik	- monitor suhu tubuh, warna, dan suhu kulit - beri kompres hangat - Selimuti pasien - menganjurkan menggunakan pakaian yg tipis - anjurkan banyak minum - kolaborasi pemberian analgetik	- Monitor suhu tubuh, warna, dan suhu kulit - memberi kompres hangat - selimuti pasien - menganjurkan menggunakan pakaian yg tipis - menganjurkan banyak minum - berkolaborasi pemberian analgetik	
2	12/23/01	Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)	Setelah dilakukan askep selama 3x24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dg kriteria hasil : - keluhan tidak nyaman menurun - gelisah menurun	- Kaji status kenyamanan nyeri - identifikasi respon nyeri non verbal - beri posisi nyaman pasien - ajarkan teknik nafas dalam - kolaborasi pemberian analgetik	- mengkaji status kenyamanan nyeri - mengidentifikasi respon nyeri non verbal - menentukan posisi nyaman - mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	
3	12/2023/01	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	Setelah dilakukan askep selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dg kriteria hasil : - keluhan sulit tidur membaik - keluhan sering terbangun membaik - keluhan istirahat tidak cukup membaik	- Kaji pola tidur pasien - anjurkan teknik distraksi sebelum tidur - Ciptakan lingkungan yang nyaman	- mengkaji pola tidur pasien - menganjurkan teknik distraksi sebelum tidur - menciptakan lingkungan yang nyaman	

Nama Klien
Dx. Medis
Ruang
No. MR

sdT-T

NO. MK	Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
14/01	Mahasiswa Perawat	S: - klien mengatakan sudah tidak merasa demam - Klien mengatakan sudah lebih baik - Klien sudah tidak pusing - tidak mual - nafsu makan kembali - Klien mengatakan semalam tidur nyenyak ± 7 jam dan tidak terbangun tengah malam D: - akral terasa dingin - bibir lembab - Klien tampak segar dan rileks A: Hipertermia Gangguan rasa nyaman Gangguan pola tidur P: Intervensi dihentikan Mutiara A. Portuna			

Ket. : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

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

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
13/2023 /01 12.20	Mahasiswa Perawat	S : - klien mengatakan masih merasa demam - klien sudah tidak merasa dingin - klien mengatakan sudah tidak sakit kepala tetapi masih pusing saat bangun untuk ke toilet - klien mengatakan masih nyeri di uluhati - klien mengatakan masih mual - klien mengatakan semalam tidur ± 6 jam dan terbangun tengah malam D : - tidak teraba hangat - akral teraba dingin - tampak gelisah - tampak lemas - klien berbaring ditempat tidur A : - Hipertermia - Gangguan rasa nyaman - Gangguan pola tidur P : Lanjutkan intervensi Mukara A. Febina		

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 5 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik