

# LAMPIRAN

## Lampiran 1



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA  
MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPUR**

Jl. Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung  
Telp : 0721-783852 Faksimile : 0721 – 773918

Website: [www.bppsdmk.depkes.go.id/poltekkestanjungpur](http://www.bppsdmk.depkes.go.id/poltekkestanjungpur)

E-mail : [poltekkestanjungpur@yahoo.co.id](mailto:poltekkestanjungpur@yahoo.co.id)



***INFORMED CONSENT***

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama (Inisial)

:

Usia

:

Jenis Kelamin

:

Setelah mendapat keterangan secukupnya serta mengetahui tentang manfaat asuhan keperawatan yang berjudul **“Analisis Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Dengan Appendisitis Perforasi Terhadap Pemberian Aromaterapi Lemon di RS Mardi Waluyo Metro Tahun 2024”** Saya menyatakan **bersedia** diikutsertakan dalam penelitian ini dan saya percaya penelitian ini tidak akan merugikan dan membahayakan bagi kesehatan saya. Saya percaya apa yang saya sampaikan ini dijamin kerahasiaannya.

Bandar Lampung,

2024

Peneliti

Responden

Zam Salwa Azizah Salim  
NIM. 2314901090

.....

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA**  
**MANUSIA KESEHATAN**

**POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPINANG**

Jl. Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung  
 Telp : 0721-783852 Faksimile : 0721 – 773918  
 Website: [www.bppsdrmk.depkes.go.id/poltekkestanjungpinang](http://www.bppsdrmk.depkes.go.id/poltekkestanjungpinang)  
 E-mail : [poltekkestanjungpinang@yahoo.co.id](mailto:poltekkestanjungpinang@yahoo.co.id)

INFORMED CONSENT

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama (Inisial) : Ny S  
 Usia : 23 Th  
 Jenis Kelamin : perempuan

Setelah mendapat keterangan secukupnya serta mengetahui tentang manfaat asuhan keperawatan yang berjudul "Analisis Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Laparotomi Dengan Indikasi Appendix Perforasi Terhadap Pemberian Aromaterapi Lemon di RS Mardi Waluyo Metro 2024 " Saya menyatakan bersedia diikutsertakan dalam penelitian ini dan saya percaya penelitian ini tidak akan merugikan dan membahayakan bagi kesehatan saya. Saya percaya apa yang saya sampaikan ini dijamin kerahasiaannya.

Bandar Lampung, 7 Mei 2024

Pengeliti



Zam Salwa Azizah Salim

NIM. 2314901090

Responden





## Lampiran 3.

	<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR AROMATERAPI <i>LEMON ESSENTIAL OIL</i></b>
Pengertian	Aromaterapi lemon merupakan salah satu metode yang bisa digunakan untuk mengurangi penyebab dari rasa nyeri. Aroma yang berasal dari aromaterapi bekerja mempengaruhi emosi seseorang dengan limbic (lewat system olfaktori) dan pusat emosi otak. Bau yang berasal dari aromaterapi diterima oleh reseptor dihidung kemudian dikirimkan ke bagian otak medulla spinalis di otak, didalam hal ini kemudian akan meningkatkan gelombang – gelombang alfa di otak dan gelombang – gelombang alfa ilmiah yang membantu untuk merasa relaksi.
Tujuan	Aromaterapi lemon yang mempunyai efek menenangkan. Lemon dapat memberikan ketenangan, rasa nyaman, rasa keterbukaan dan keyakinan. Disamping itu lemon juga dapat mengurangi rasa tertekan, stress, rasa sakit (nyeri), emosi dan kepanikan.
Persiapan Alat dan Bahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Aromaterapi <i>lemon essential oil</i></li> <li>b. <i>Tissue</i></li> <li>c. Sarung tangan</li> </ul>
Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Preinteraksi <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien</li> <li>2. Identifikasi factor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontraindikasi</li> <li>3. Siapkan alat dan bahan</li> </ul> </li> <li>b. Tahap Orientasi <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Beri salam terapeutik dan panggil klien dengan namanya dan memperkenalkan diri</li> <li>2. Menanyakan keluhan klien</li> <li>3. Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien</li> <li>4. Beri kesempatan klien untuk bertanya</li> <li>5. Pengaturan posisi yang nyaman bagi klien</li> </ul> </li> <li>c. Tahap Kerja <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Jaga privasi klien</li> <li>2. Atur posisi klien senyaman mungkin</li> <li>3. Lakukan cuci tangan dan menggunakan sarung tangan</li> <li>4. Mengatur posisi nyaman menurut pasien</li> </ul> </li> </ul>

	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Teteskan 3 tetes aromaterapi <i>lemon essential oil</i> pada kapas/<i>tissue</i></li><li>6. Anjurkan pasien untuk menghirup secara perlahan dengan jarak 10cm dari hidung selama kurang lebih selama 10 menit</li><li>7. Tindakan ini dilakukan 2 kali sekali selama masa perawatan</li><li>8. Setelah terapi selesai bersihkan alat dan atur posisi nyaman untuk klien</li><li>9. Alat-alat dirapikan</li><li>10. Cuci tangan</li></ol> <p>D Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi hasil kegiatan</li><li>2. Berikan umpan balik positif</li><li>3. Salam terapeutik untuk mengakhiri intervensi</li></ol> <p>E Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mencatat kondisi pasien</li><li>2. Mencatat respon pasien</li><li>3. Mencatat hasil pemeriksaan pasien</li></ol>
--	---

## Lampiran 5.

## FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

## I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Zam Salwa Azzah Salam  
 NIM : 251490190 Tgl Pengkajian : \_\_\_\_\_  
 Ruang rawat : Selega No Register : 240503015

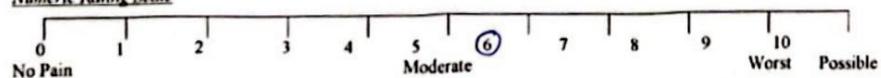
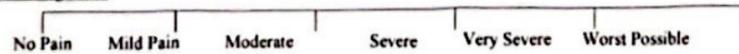
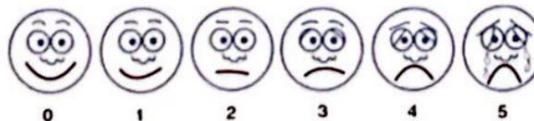
## A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Ng. S  
 2. Umur : 55 tahun  
 3. Jenis kelamin : L / (P)  
 4. Pendidikan : MA  
 5. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
 6. Tgl masuk RS : \_\_\_\_\_ Waktu : \_\_\_\_\_ WIB  
 7. Dx. Medis : \_\_\_\_\_  
 8. Alamat : Trimurjo

## 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  Frankar ( ) Kruk ( ) Walker  
 ( ) Tripod ( ) Lainnya, Jelaskan \_\_\_\_\_  
 Status Mental saat masuk : ( ) Kesadaran : compos mentis  
 ( ) GCS : E 4 M 6 V 5  
 Tanda Vital Saat Masuk : TD 120/87 mmHg  
 Nadi 78 x/menit  teratur ( ) Tidak teratur ( ) Lemah ( ) Kuat  
 RR \_\_\_\_\_ x/menit ( ) teratur ( ) Tidak teratur

Nyeri :

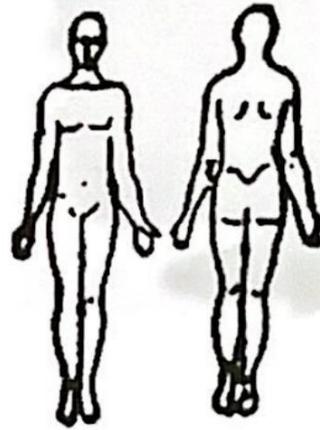
Numeric Rating ScaleVerbal Rating ScaleWong & Baker Faces Rating Scale

**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
		Tidak	Ya		
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	0		0	
		25			
2	Diagnosa medis sekunder > 1	0			
		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	0			
		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, lakukan tindakan pencegahan jatuh	>25	KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian: \_\_\_\_\_

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Pada tanggal 7 Mei 2024 pukul 10.00 WIB masuk ke IGD. Pasien mengatakan nyeri di seluruh lapang perut, nyeri dirasakan jenis menenevs, nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala 6 nyeri bertambah jika melakukan aktivitas.

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : tidak ada

Bentuk reaksi alergi yg dialami : tidak ada.

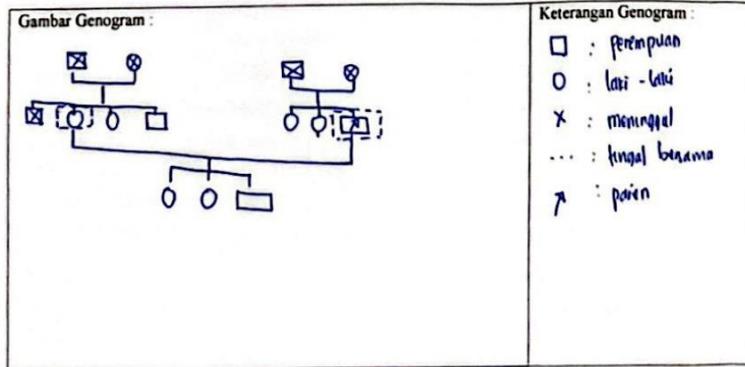
4. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	MASIH DIGUNAKAN/TIDAK
tidak ada	tidak ada	tidak ada	tidak ada	tidak ada.

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: Pasien tidak memiliki riwayat penyakit

6. Riwayat penyakit keluarga : keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit.

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetic



C. ANAMNESIS PENGKAJIAN

Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

- ( ) Tampak Sehat ( ) Tampak Sakit Ringan (X) Tampak sakit sedang
- ( ) Tampak Sakit Berat

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

Pasien mengatakan pada saat sebelum terjadi kasus pasien selalu melakukan aktivitas sbg ibu rumah tangga (IRT). Namun setelah pasien sakit sudah tidak bisa beraktivitas lagi.

**A. Kategori Fisiologis**

**A.1. Respirasi**

- Dyspneu       Orthopneu       PND\*       Nafas Dangkal  
 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       Merasa haus  
 Keinginan minum meningkat       Menyatakan keinginan untuk Meningkatkan keseimbangan Cairan  
 Mengekspresikan pengetahuan tentang pilihan makanan dan cairan yang sehat  
 Menjalani diet standar tertentu, sebutkan \_\_\_\_\_  
 Mudah mengantuk       Lelah       Letih  
 Lesu       Mengeluh lapar       Mudah lapar  
 Mulut kering       Muntah

**A.3. Eliminasi *tu-5* *lepasang katter***

- 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  *karena posisi lepasang katter urin*  
 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) : E4 M6 V5
- Vital Sign :      Tekanan Darah : 100/80 mmHg  
 Nadi : 90 x/menit      reguler/irreguler/kuat/sedang/lemah  
 Respirasi : 20 x/menit      normal/kusmaul/cheynestokes/Biot
- Integumen :  Mikterik ( ) Edema Anarsaka ( ) Diaporesis ( ) Pucat ( ) Cyanosis
- Kepala & Leher  
 Wajah : simetris      Hidung : tidak terpasang alat bantu napas  
 Mata : Bentuk simetris, konjungtiva anemis  
 Bibir & Mukosa Mulut : bibir simetris dan mukosa mulut lembab  
 Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid      Jugular Vein Pressure (JVP) :
- Thorax (Jantung & Paru-paru) Jantung  
 Inspeksi : tidak ada luka, tidak ada pembengkakan pada dada  
 Palpasi : tidak teraba ada benjolan  
 Perkusi : terdengar suara redup pada batas jantung  
 Auskultasi : suara jantung K1 & B2 dan B2 (updup)
- Paru-Paru  
 Inspeksi : simetris kiri dan kanan, tidak ada pembengkakan  
 Palpasi : tidak ada benjolan  
 Perkusi : terdengar Tenor  
 Auskultasi : suara napas vortekuler kanan dan kiri
- Abdomen  
 Inspeksi : bentuk abdomen cembung, terdapat distensi abdomen  
 Auskultasi : bising usus terdengar lemah & /menit  
 Palpasi : tidak teraba nyeri tekan distensi lapang abdomen  
 Perkusi : terdengar suara hipotimpani
- Genitalia & Rectum : terpasang kateter
- Pengeluaran Urine :
  - Jumlah : «.....» cc
  - Warna : «.....» kuning

## 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)

Hematologi			
Darah Rutin lengkap -			
Lekosit	42.900 /mm <sup>3</sup>		Nilai rujukan - 5-10
Eritrosit			
Hemoglobin	9,8 g/dl		13-18
Hematokrit	27 %		40-48
MCV	67 fl		82-92
MCH	21 gr		27-31
MCHC	30 %		32-37
Trombosit	655.000 mm <sup>3</sup>		150.000-400.000
Hemostatis			
Masa perdarahan ISI	3 menit		4-6
Masa pembekuan CT	11 menit		9-16
Kimia Klinik			
Gula darah sewaktu	82 mg/dl		70-180
Ureum	42 mg/dl		15-50
Kreatinin	1,2 u/l		0,67-1,17
Imunoserologi			
HbsAg	Negatif		Negatif

## FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : My S  
 Dx. Medis : App a li perforasi  
 Ruang : Seraja  
 No. MR : .....

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1.		<p>DS: - pasien mengeluh nyeri di area bekas op.            - pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk nyeri hilang timbul.</p> <p>DO: - pasien tampak menyus            - Port op hari ke-1            - terdapat bulca jahitan pd abdomen, Diameter <math>\pm 1cm</math>            TD: 10/80mmHg, H: 110/120            Tt: 11xL, S: 56,74            - Nadi nyeri 6</p>	Nyeri Akut	agen peredaran puke
2.		<p>DS: - pasien mengeluh bahunya masih terasa lemas            - pasien mengatakan nyeri saat jalan memindahkan bahan.</p> <p>DO: - pasien tampak lemas            - ADL pasien dibantu ol keluarga            - Pasien terpasang kateter            - <math>\frac{5}{1}</math>  <math>\frac{1}{5}</math></p>	Gangguan mobilitas fisik	Keengganan melakukan mobilitas fisik.

## FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Hy. S  
 Dx. Medis : My. d/i. periton-  
 Ruang : Serop.  
 No. MR : .....

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
		DS :  DO : - terdapat lalat per op - tidak terdapat pesh pdn area op. - terdapat kemasukan di sekitar op - lab kort : 15.210/46	Risiko Infeksi	efek prosedur uninf.
		DS :  DO :		

FORMAT RENCANA TINDAKAN  
KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. S  
 Dx. Medis : stroke  
 Ruang :  
 No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.		Nyeri Akut b.d. Pilon penduler Fisiologis	setelah diberikan x diinjeksi Anget nyeri menurun dengan eritend hasil : 1. keluhan nyeri menurun. 2. skala nyeri nyeri menurun. 3. Wntgr menurun	Manajemen nyeri (T.0828) Observasi : - Beritilasi (nais, kantentu, duras, frekuensi, kualitas intensitas nyeri. - Identifikasi beda nyeri Terapeutik : - Bantuan keme non - Farmakologik untuk meredakan nyeri - Jagaan kemas mendakan anget - gakan keme non - pama Edogr, untuk mengurangi Myte. bedlogak - Kolaborasi pemberian analgetik Observasi : - Identifikasi tujuantakeji oket. - menter kanda -fandi W/w/ Sdkun dan p-adali pemberian analgetik.		

**FORMAT RENCANA TINDAKAN  
KEPERAWATAN**

Nama Klien ..... **thy 5**  
 Dx. Medis .....  
 Ruang ..... **Gerog**  
 No. MR .....

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3.		Gangguan Mobilitas Fisik b.d. nyeri (0.0034)	<p>sakit dilakukan asuhan keperawatan selama x jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : ( L. 05 012)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penguatan otot-otot</li> <li>2. Kebersihan ekstremitas</li> <li>3. Kandang gerak (jari) meningkat</li> </ol>	<p>Dugaan ambulasi (t. 0617)</p> <p>observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri</li> <li>- Atasi faktor-faktor yang memengaruhi nyeri dan keparahan</li> <li>- sebelum memulai ambulasi</li> <li>- monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> <p>keperawatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fiksilitasi melakukan mobilisasi p.kt.</li> <li>- lakukan telucara untuk membarui pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> <p>validasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>- ajarkan ambulasi</li> <li>- lakukan yg harus dilakukan. mis. - berjalan dan kempat-klu ke kamar mandi, berjalan tehnik tiaras /</li> </ul>		

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny S  
 Dx: Medis :  
 Ruang :  
 No. MR :  
 Setor :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2.		Ketiko Inpeki b.d eye pretekur Inwaf (D.042)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x jam diharapkan Inpeki dengan Inwaf (L.1437) haki : (L.1437)	<p>peneguhan Inpeki (1.14329)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observe</li> <li>- monitor tanda dan gejala Inpeki</li> <li>- kerang etik.</li> <li>- Batas jumlah pergunakan.</li> <li>- Bas penusutan luku.</li> <li>- Uji tarigan sebelum dan sesudah kempis dengan piven dan tergunakan piven.</li> <li>- perhatikan teknik aseptik pada beruete Inwaf</li> <li>- Etikan tanda dan gejala edwasi</li> <li>- Inpeki</li> <li>- atakan cara menuli tarigan dengan baser.</li> <li>- anjutan menurkakan aryan nirk</li> <li>- Angusan meongkatkan dudu caran.</li> </ul>		

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ny. S  
 Dk. Medis : Apt. Aji, Feket  
 Ruang : Sengga  
 No. MR : .....

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PENBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran, Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
Sabtu 7/05/14	Perawat	<p>S: pasien mengalami nyeri di area betotop. Riwayat nyeri 6 hari.</p> <p>Patient mengatakan nyeri manfaat dan pengurangan demam nyeri lemon.</p> <p>Patient mengatakan mengeris dalam mobilisasi mobilisasi resiliensi.</p> <p>Patient dan keluarga mengatakan mengeris karenanya melalui tangan.</p> <p>Patient menyatakan mengeris cara memompa kawat OP.</p> <p>post op hari ke -1</p> <p>sala nyeri s/m dibantu terapi sala nyeri 6</p> <p>TTV : TD : 117/80 mmHg                      N : 72x/m, RR : 22x/m, S : 36,5°C</p> <p>Patient menyatakan mengeris terapi non sala nyeri melalui pemberian terapi : E : 5</p> <p>TTV : TD : 120/85 mmHg, N : 107x/m, RR : 22x/m, S : 36,6°C</p> <p>Patient mengeris, terhang dan mobilisasi aktif secara perlahan dilakukan mobilisasi.</p>	<p>- Memeriksa TTV</p> <p>- Mengidentifikasi lokasi, karakter, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan lokasi nyeri</p> <p>- mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>- menggunakan NRS</p> <p>- membandingkan amonitropi lemon.</p> <p>- Memeriksa TTV secara objektif dan akurat</p> <p>- Menanyakan lemon</p> <p>- Mengidentifikasi realia nyeri</p> <p>- Memeriksa dan menggunakan NRS</p> <p>- Melakukan pemantauan amonitropi lemon</p> <p>- mengidentifikasi toleransi PPA dalam melakukan prosedur</p> <p>- monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>- memfasilitasi melakukan prosedur</p> <p>- Mengajarkan mobilisasi fedelekasi</p>	

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 termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
		<p>- Perawat sudah menilai tangan s/m bentak dg pallen</p> <p>- Ration dan keluarga mengerti pentingnya mencuci tangan</p> <p>- ADI pasien dibantu o/ keluarga.</p> <p>- litera operak, tampat komorakan</p> <p>- diambel litera ID em.</p> <p>- balutan litera tampat karah.</p> <p>- paken hipourng kaliter</p> <p>- jumlah pengungus 1 orang</p> <p>- kekuatan eti 1/2</p> <p>A: - Nyeri akut</p> <p>- Gangguan mobilitas Finh.</p> <p>- Risiko infeksi</p> <p>P: - Manajemen Nyeri</p> <p>- Dibangun mobilitas</p> <p>- Pengawasan litera.</p>	<p>- Monevitasan mobilitas dini (ms. maring kanan &amp; kn)</p> <p>- monitor tanda dan gejala hiperti henti dan sitenak</p> <p>- Batasi jumlah pengungus</p> <p>- Gali tangan sebelum dan sesudah kontak dg pahan.</p> <p>- Monevitasan cara menilai tangan dengan litera knar.</p> <p>- Menyusun cara monevitas litera pahan.</p>	

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 termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
		<p>- Pasien terpasang kateter.</p> <p>- Keluaran urin</p> $\begin{array}{r} 5 \\ 9 \overline{) 54} \\ \underline{45} \\ 9 \end{array}$ <p>A : - Nyeri dikiri.                      - Gangguan Nefritik Ptu                      - Krua Injuri.</p> <p>P : - manajemen nyeri.                      - Dietungan kehalal.                      - Penanganan Infeksi</p>		

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 .....  
 Dk. 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 termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi D) (tulis nama, p tanggal dan j)
		- Kukuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$ A : - Nyeri akut. - Gangguan mobilitas P-kt. P : - maramen an nyeri - Dukung mobilitas		

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 CATYATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien  
 Dr. Medis  
 Ruang  
 No. MR  
 No. 5  
 1994/1 Periferi  
 (eti)

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, bert Paraf pada akhir catatan)	Review dan Verifikasi D (tulis nama, p tanggal dan j
Kamis 09/05/24	Perawat	<p>S :- Pasien mengalami nyeri sudah berkurang dirata balcer operan, saat nyeri 4 pasien mengatakan saat melakukan perjalan / duduk dikit kengathtz masih kersa nyeri.</p> <p>O :-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suda nyeri nk, diberikan terapi 4</li> <li>- ttv : TD : 110/80mmHg, N : 98xlm</li> <li>- Kt : 20xlm, S : 36,0 °c</li> <li>- Pasien menggunakan terapi non-farmakologi arnmatangi lenon.</li> <li>- Skala nyeri sudah diberikan terapi non farmakologi arnmatangi lenon 4/5</li> <li>- ttv, TD : 112/85 mmHg, N : 87xlm</li> <li>- Kt : 20xlm, S : 36,0 °c</li> <li>- Pasien menggunakan mobilisasi dini secara perlahan 4g duduk dikit kengathtz hulu.</li> <li>- Ape pasien sekarang masih diharu oleh keluarga.</li> </ul>	<p>Instruksi PPA termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor keda nyeri menggunakan nrs dari nyeri non - verbal sebelum diberikan arnmatangi lenon</li> <li>- memberikan arnmatangi lenon</li> <li>- monitor ttv sudah diberikan arnmatangi lenon</li> <li>- mengidensi: Fiks: nyeri, keda nya, menggerakan nrs dan kengathtz sudah diberikan arnmatangi lenon.</li> <li>- menggunakan Fiks: mobilisasi dini.</li> <li>- menggunakan mobilisasi dini.</li> <li>- monitor kendit amun Salama melakukan mobilisasi.</li> <li>- menggunakan mobilisasi dini (duduk dikit kengathtz)</li> </ul>

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

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien .....  
 Dx. Medis .....  
 Ruang .....  
 No. MR .....  
 Ny 5  
 00 a / 7 / 2019  
 10/05/194

Tanggal dan Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASSESMENT PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi D (tulis nama, p tanggal dan)				
Jumat 10/05/194	Perawat	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri sudah berkurang dari awal beres pp.</li> <li>- Pasien sudah bisa berjalan ke kamar mandi dg mandiri.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak menghisap dan batuknya. lemon dg hasil secara mandiri.</li> <li>- Status kardior pulmoner:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR: 18x/mnt, N: 88x/mnt</li> <li>- Jv: 70x/mnt, S: 36.0°C</li> </ul> </li> <li>- ADL pasien sudah dilakukan dg mandiri.</li> <li>- Kalori intake:                         <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> </li> </ul> <p>A: Nyeri akut                      Gangguan mobilitas fisik.                      Klien Injeksi.</p>	5	5	5	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "monevulasi" kembali nyeri, (jika nyeri menggunakan PPA dan PPTG nyeri sudah berkurang atau tidak ada nyeri).</li> <li>- mengkolaborasi pemberian obat paltan                         <ul style="list-style-type: none"> <li>o) Acetaminophen (1x1)</li> <li>o) WETRONAL (1x2)</li> <li>o) TAMPOL (1x2)</li> <li>o) amoxicillin (1x1)</li> </ul> </li> </ul>	
5	5							
5	5							

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/PADIME, diertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rincis)	Review dan Verifikasi D (tulis nama, p tanggal dan j)
		<p>P : pasien pakuara</p> <p>Discharge plannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- edukasi minum obat</li> <li>- Beritahu gejala / keluhan.</li> <li>- Anjurkan melakukan anorektografi</li> </ul> <p>Emos jera nyeri muntah.</p>		

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

**Lampiran 6.**

