

# 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 TANJUNGPURUN



Jl. Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung

Telp : 0721-783852 Faksimile : 0721 - 773918

Website: [www.bppsdrmk.depkes.go.id/poltekkestanjungpurun](http://www.bppsdrmk.depkes.go.id/poltekkestanjungpurun)E-mail : [poltekkestanjungpurun@yahoo.co.id](mailto:poltekkestanjungpurun@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

Peneliti

Zam Salwa Azizah Salim

NIM. 2314901090

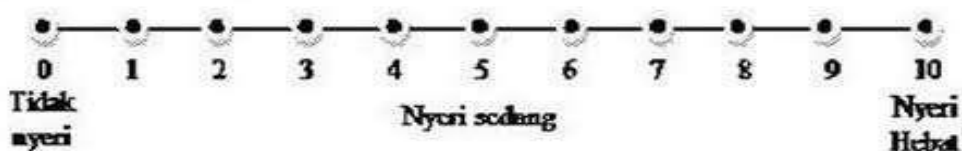
Responden

## Lampiran 2

**LEMBAR OBSERVASI PENERAPAN AROMATERAPI  
LEMON PADA PASIEN POST LAPARATOMI DENGAN  
MASALAH NYERI AKUT**

**PENGUKURAN NYERI**

Pengukuran menggunakan Skala penilaian numerik  
(*Numerical rating scale, NRS*). Dengan nilai 1-10.



Hasil Pengukuran :

Waktu Pengukuran	Kegiatan	Hasil Pengukuran
	Pre Test	
	Post Test	

Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan, pasien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang, pasien mendesis, meringis, dapat menunjukkan komunikasi dengan baik.

7-9 : Nyeri berat, pasien terkadang dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendiskripsikan, tidak dapat di atasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

## 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

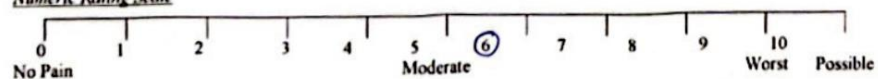
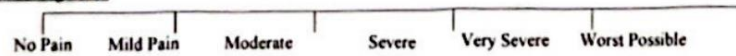
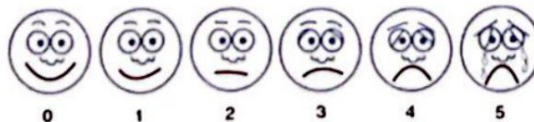
## A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Ng. S  
 2. Umur : 55 tahun  
 3. Jenis kelamin : L /  $\text{\textcircled{P}}$   
 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 :

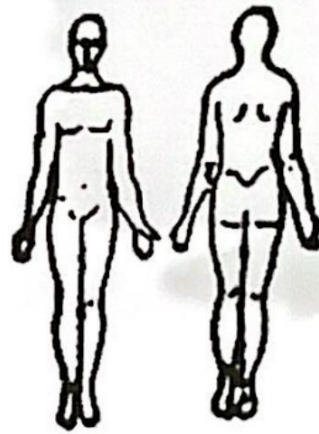
Numeric Rating ScaleVerbal Rating ScaleWong & Baker Faces Rating Scale

**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		
<b>JUMLAH SKOR</b>					

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.

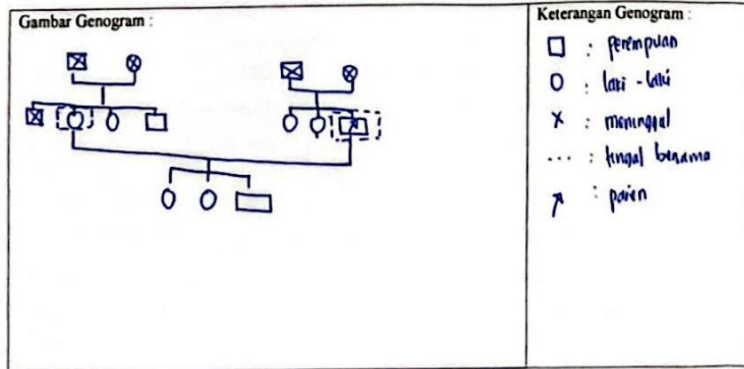
4. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

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 teler  
Auskultasi : suara napas vortuler kanan dan kiri
- Abdomen  
Inspeksi : bentuk abdomen cembung, terdapat distensi abdomen  
Auskultasi : bising usus terdengar lemah & lambat  
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 : Ny. S  
 Dx. Medis : App. a/i 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 menyang            - Port op hari ke-1            - terdapat bulca jahitan pd abdomen, Diameter <math>\pm</math> 1cm            TD: 120/80mmHg, H: 110/120            Tt: 11xL, S: 36,74            - Nadi nyeri 6</p>	Nyeri Akut	agen peredaran pitek
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. Nyeri pendera fisiologis	setelah diberikan tindakan keperawatan x diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. keluhan nyeri menurun 2. skala nyeri nyeri menurun 3. wajah tenang	Manajemen nyeri (I.0828) Observasi : - Beritikan (air, kontemp, duras, frekuensi, kualitas) intensitas nyeri - Identifikasi beda nyeri terapanke - Berikan keme non - farmakologik untuk meredakan nyeri - Jelaskan status mendata nyeri - berikan keme non - farmakologik untuk mengurangi nyeri - Edukasi untuk mengurangi nyeri - Kolaborasi pemberian analgesik Observasi : - Identifikasi tingkat nyeri akut - monitor tanda - tanda vital - Edukasi dan masalah pembenan analgesik		



**FORMAT RENCANA TINDAKAN  
KEPERAWATAN**

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

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3.		Gangguan Mobilitas Fisik b.d. Hypon (0.0034)	<p>sejauh 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 (seal) meningkat</li> </ol>	<p>Dugaan ambulasi (t. 0617)</p> <p>observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau edema pada tungkai</li> <li>- Monitor frekuensi, jangkauan dan kekuatan</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>- fasilitasi melakukan mobilisasi p.kt.</li> <li>- lakukan telucara untuk membarui pansen 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>- sediakan yg haour</li> <li>- dibersihkan. insis.</li> <li>- bagikan dan kempas-klu</li> <li>- ke kamar mandi, kegiatan sehari-hari</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 epse priedur Inwaf (D.042)	Setelah dilakukan atuhan keperawatan elawa x yan diharapkan tingkat Inpeki menurun dengan Erlera haki : (L.1437)	Penegahan Inpeki (1.14529) - Berikan tanda dan gejala - monitor tanda dan gejala Inpeki - kerap etik. - Batas jumlah pergunakan. - Beri tarigan sebelum dan sesudah kempis dengan perin dan longgangan Paten. - perhatikan teknik aplehit pada berurite tunggi edikasi - jelaskan tanda dan gejala Inpeki - ajarkan cara menuti tarigan dengan benar. - anjurkan menggunakan alyan mlrik - Anjurkan menggunakan alyan garan.		

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ny. S  
 Dk. Medis : Apri. Aji. Patek  
 Ruang : Surya  
 No. MR : .....

Tanggal dan Jam	Professional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PRA termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
Sabtu 7/05/14	Parasit	5: pasien mengalami nyeri di area perut. Nyeri pasien 6 pasien seperti di table 2. Nyeri hilang timbul dg dari - Pasien mengatakan nyeri manfaat dan pengurangan dan nyeri kemon - Pasien mengatakan nyeri dalam mobilisasi mobilisasi, resiliensi. - Pasien dan keluarga mengatakan nyeri: penyebabnya melalui tangan - Pasien menyatakan nyeri cara memompa ke OP - post op hari ke -1 - skala nyeri skm dibuktikan terapi skala nyeri 6 - TTV : TD : 111/80 mmHg N : 72x/m, R : 22x/m, S : 36,5°C - Pasien menyatakan memperlakukan terapi dan skala nyeri melalui pengobatan farmasi : E : 5 - TTV : TD : 100/85 mmHg, N : 70x/m, R : 22x/m, S : 36,6°C - Pasien merasa tenang dan memperlakukan diri secara perlahan dalam melakukan mobilisasi	- Memeriksa TTV - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan lokasi nyeri - mengidentifikasi skala nyeri - menggunakan NRS - membandingkan analgesik kemon. - Memeriksa TTV secara objektif dan akurat - Menjalankan kemon - Mengidentifikasi realia nyeri - Memeriksa dan menggunakan NRS sesuai perintah anestesiologi. - Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan prosedur. - monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. - memfasilitasi melakukan pengalihan	

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 pasien</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 tampat komorakan.</p> <p>- balutan litera tampat komorakan.</p> <p>- paken hipouring kaliter</p> <p>- jumlah pengungus 1 orang</p> <p>- kekuatan etiologi</p> <p>A: - Nyeri akut</p> <p>- Gangguan mobilitas Fink.</p> <p>- Risiko infeksi</p> <p>P: - Manajemen Nyeri</p> <p>- Dibangun mobilitas</p> <p>- Pengagakan litera.</p>	<p>- Monevitasan mobilitas dini (ms. maring kanan &amp; kiri)</p> <p>- monitor tanda dan gejala hipertiroid dan sitemik</p> <p>- Batasi jumlah pengungus</p> <p>- Gali tangan sebelum dan sesudah kontak dg pasien</p> <p>- Monevitasan cara menilai tangan dengan litera</p> <p>- Menyusun cara monevitas litera s/m</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 TERINTERGASI

Nama Klien .....  
 Dx. Medis .....  
 Ruang .....  
 No. MR .....  
 No. S .....  
 Np. a. I. Perena .....  
 G. R. J. .....  
 G. R. J. ....

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)
Rabu 08/12/21.	Perawat	<p>S: - pasien mengeluh nyeri di area betas operatif. skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk nyeri hilang timbul</p> <p>O: - Status nyeri sblm diberikan aromatik lemon</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TV: TD: 127/81 mmHg, N: 99x/L</li> <li>- RR: 20x/m, S: 36.3°C</li> <li>- Pasien tampak mengartakkan tangan non komatologi arnaktangi lemon.</li> <li>- Adala nyeri sudah diberikan arnaktangi</li> </ul> <p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TV: TD: 127/80 mmHg, N: 90x/L</li> <li>- RR: 20x/m, S: 36,1°C</li> </ul> <p>K: 20x/m, S: 36,1°C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mempraktekan mobilisasi dini: secara perlahan dg bantu adu di tingkat</li> <li>- ADL pasien masih dibantu p/ keel</li> <li>- ulcag tampak masih temewahan.</li> <li>- sblm dan sesudah konba dg pasien Perawat aui teranga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa ttv</li> <li>- mengidentifikasi lokasi, beratnya, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan kalamnya.</li> <li>- Mengidentifikasi skala nyeri.</li> <li>- mengurutkan NRS sblm diberikan keap</li> <li>- memberikan aromatik lemon</li> <li>- memeriksa ttv sesudah diberikan aromatik lemon.</li> <li>- Mengidentifikasi nyeri. Seder nyeri: mengurutkan NRS sudah diberikan aromatik lemon</li> <li>- mengidentifikasi nyeri. Frekuensi dan dalam melakukan perawatan.</li> <li>- mengurutkan mobilisasi dini.</li> <li>- edukasi tentang tdk.</li> <li>- melihat tanda dan gejala infeksi.</li> <li>- tolak dan sistemny</li> <li>- Menyatakan cara menilai harga dan keng</li> </ul>	

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.                      - Kelelahan otot</p> $\begin{array}{r} 5 \\ 9 \overline{) 54} \\ \underline{45} \\ 9 \end{array}$ <p>A : - Nyeri dikiri.                      - Gangguan Nafas Pnu                      - Kruas Inguis.</p> <p>P : - manajemen nyeri.                      - Dukungan 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 $\begin{array}{r} 5   5 \\ 5   5 \end{array}$ A : - Nyeri akut. - Gangguan mobilitas P-kt. P : - manajemen nyeri - Dukungan 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  
 Dx. Medis  
 Ruang  
 No. MR

No. 5  
 19/04/2021  
 (ditanda)

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)
Kamis 09/05/21	Perawat	<p>S :- Pasien mengalami nyeri sudah berkurang dirata balok operasi, saat nyeri 4 pasien mengatakan saat melakukan perjalan / duduk dikit kengeras masih terasa nyeri.</p> <p>O :-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S:ada nyeri ak, dibentek tinggi 4</li> <li>- ttv : TD : 110/80mmHg, N : 98x1m</li> <li>- Kt : 36x1m, S : 36,0°C</li> <li>- Pasien menggunakan tinggi non-fermida, armatempu leman.</li> <li>- Skala nyeri sudah diberikan tinggi non farmakolog armatempu leman 4/5</li> <li>- ttv, TD : 112/85 mmHg, N : 97x1m</li> <li>- Kt : 36x1m, S : 36,0°C</li> <li>- Pasien menggunakan mobilisasi dini secara perlahan dg duduk dikit tinggi tempat tidur.</li> <li>- APc pasien sekarang masih diharuskan oleh keluarga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor skala nyeri menggunakan NRS dari nyeri non - verbal sebelum diberikan armatempu leman</li> <li>- memberikan armatempu leman</li> <li>- monitor ttv sudah diberikan armatempu leman</li> <li>- mengidensi: Fiks: nyeri, skala nya, mengoreksi NRS dan berikan nyeri sudah pemberian armatempu leman.</li> <li>- menggunakan Fiks: mobilisasi dini.</li> <li>- melakukan mobilisasi dini.</li> <li>- monitor kondisi umum Sdktms</li> <li>- melakukan mobilisasi dini</li> <li>- menggunakan mobilisasi dini (duduk dikit tinggi kat)</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  
 09/07/2019  
 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 sendi belakang terutama di bagian bawah 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 oksigen.</li> <li>- Lemah dg halla jetera mandiri.</li> <li>- Status keadaaan dibenteng abnormalitas.</li> <li>- Lemah adaan 2</li> <li>- JTV : TD : 115/85 mmHg, N: 88 x/m</li> <li>- T<sub>e</sub> : 36,5°C</li> <li>- ADL pasien sudah dilakukan dg mandiri.</li> <li>- Kalori intake 515</li> </ul> <p>A : Nyuri alus</p> <p>Surveillance mobilisasi Piliy</p> <p>Kulit bersih</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengobservasi kembali nyeri, (jika nyeri menggunakan PPA dan bagian nyeri sendi dan pembenteng abnormalitas lemon sendi mandiri.</li> <li>- mengkolaborasi pemberian obat pialan</li> <li>-) Geacitry (1x1)</li> <li>-) WERTONI DIAL (3x2)</li> <li>-) tamodol (1x2)</li> <li>-) om oprotol (1x1)</li> </ul>	

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, diartai 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)
		<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 jaya 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.**

