

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Keterangan

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini Pembimbing Lahan di Ruang Bedah Urologi RSUD Jend.

Ahmad Yani Metro, menyatakan bahwa:

Nama : Ns. Candra Roslina, S.Kep

NIP : 198507012008012001

Dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa mahasiswa berikut:

Nama : Ambar Puspitaningrum

NIM : 2314901005

Prodi : Profesi Ners

Jurusan : Keperawatan

Judul : Analisis Tingkat Nyeri pada pasien Post Operasi Laparatomi dengan Intervensi Teknik Relaksasi Otot Progresif di RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2024

Memang benar mahasiswa tersebut di atas telah melaksanakan pengambilan data pasien pada tanggal 6 Mei 2024 – 11 Mei 2024 untuk kepentingan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners di Ruang Bedah Urologi RSUD Jend. Ahmad Yani Metro

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

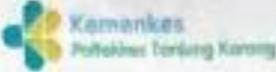
Metro, 10 Mei 2024

Pembimbing Lahan



Ns. Candra Roslina S. Kep
198507012008012001

Lampiran 2 *Informed Consent*

 **POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURUNING**
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPURUNING
PRODI PROFESI NERS
Jl. Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung
Telp : 0721-783852 Faksimile : 0721 – 773918
Website: www.bppoltek.depkas.go.id/poltekkestanjungpuruning
E-mail: poltekkestanjungpuruning@yahoo.co.id

INFORMED CONSENT

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama (Inisial) : T. S
Usia : 65 th
Jenis Kelamin : Laki - Laki

Setelah mendapat keterangan secukupnya serta mengetahui tentang manfaat penelitian yang berjudul **"Analisis Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi Dengan Intervensi Teknik Relaksasi Otot Progresif Di RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2024"**

Saya menyatakan bersedia dilibatkan 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.

Metro, 2024

<p>Peneliti</p>  AMBAR PUSPITANINGRUM 2314901005	<p>Responden</p>  SUCIPTO
--	---

Lampiran 3 SOP Teknik Relaksasi Otot Progresif

SOP TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF

Sumber : Harmano (2010)

Pengertian	Relaksasi progresif merupakan relaksasi dengan Teknik mengencangkan dan melemaskan otot bagian tubuh tertentu sehingga timbul perasaan rileks secara fisik. Teknik mengencangkan dan melemaskan otot dilakukan secara berturut-turut, diawali dari tubuh bagian atas sampai tubuh bagian bawah.
Tujuan	<p>Gerakan 1 : Ditujukan untuk melatih otot tangan</p> <p>Gerakan 2 : Ditujukan untuk melatih otot tangan bagian belakang</p> <p>Gerakan 3 : Ditujukan untuk melatih otot biceps</p> <p>Gerakan 4 : Ditujukan untuk melatih otot bahu supaya mengendur</p> <p>Gerakan 5 dan 6 : Ditujukan untuk melemaskan otot-otot wajah (mata, rahang, mulut)</p> <p>Gerakan 7 : Ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang.</p> <p>Gerakan 8 : Ditujukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut.</p> <p>Gerakan 9 : Ditujukan untuk merileksikan otot leher bagian depan maupun belakang.</p> <p>Gerakan 10 : Ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan.</p> <p>Gerakan 11 : Ditujukan untuk melatih otot punggung.</p> <p>Gerakan 12 : Ditujukan untuk melemaskan otot dada.</p> <p>Gerakan 13 : Ditujukan untuk melatih otot perut.</p> <p>Gerakan 14 : Ditujukan untuk melatih otot-otot kaki</p>

<p>Prosedur Tindakan</p>	<p>A. Tahap Pre Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Inform Concent 2. Mencuci tangan 3. Persiapan alat <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Klien 2. Kontrak Waktu 3. Menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur, dan mengisi lembar persetujuan terapi pada klien <p>C. Tahap Kerja</p> <p>Gerakan 1: Kepalkan kedua tangan, buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi. Pada saatkepalan dilepaskan, klien dipandu untuk merasakan relaks selama 10 detik. Ulang sebanyak dua kali.</p> <p>Gerakan 2: Luruskan dan kencangkan otot kedua tangan kedepan, lalu tekuk dan tahan punggung tangan menghadap ke sejajar dengan wajah. gerakan sebanyak dua kali.</p> <p>Gerakan 3 : Kepalkan kedua tangan, dan bawa kedua kepalan ke belakang leher lalu kecangkan otot.</p> <p>Gerakan 4 : Angkat kedua bahu setinggi-tingginyaseakan-akan hinggamenyantuh kedua telinga. Fokus tegangkan bagian atas, dan leher.</p> <p>Gerakan 5 dan 6 : Kerutkan dahi dan alis sampai otot terasa dan kulitnya keriput. Tutup keras mata sehingga dapat dirasakan disekitar mata dan otot-otot sekitar mata.</p>
---------------------------------	---

	<p>Gerakan 7 : Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan disekitar otot rahang.</p> <p>Gerakan 8 : Moncongkan bibir sekuat-kuatnya sehingga dirasakan ketegangan di sekitar mulut.</p> <p>Gerakan 9 : Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sehingga dapat merasakan ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas.</p> <p>Gerakan 10 : Tunduk-kan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.</p> <p>Gerakan 11 : Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.</p> <p>Gerakan 12 : Tarik napas Panjang, tahan selama beberapa saat, lalu lepaskan melalui mulut. Ulangi kembali.</p> <p>Gerakan 13 : Tarik kuat perut kedalam, tahan sampai kencang, lalu lepaskan bebas. Ulangi kembali.</p> <p>Gerakan 14 : Luruskan kedua telapak kaki, tahan posisi tegang, lalu lepaskan dengan rileks.</p> <p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Melakukan evaluasi2. Catat hasil tindakan3. Berpamitan
--	--

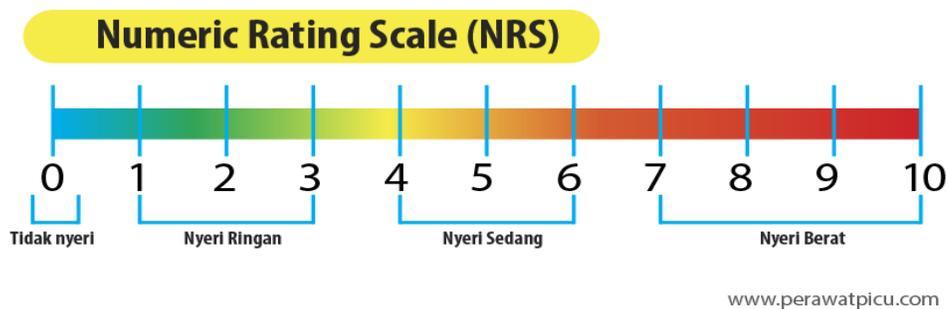
Lampiran 4 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI
SKALA NYERI *POST* OPERASI
LAPARATOMI

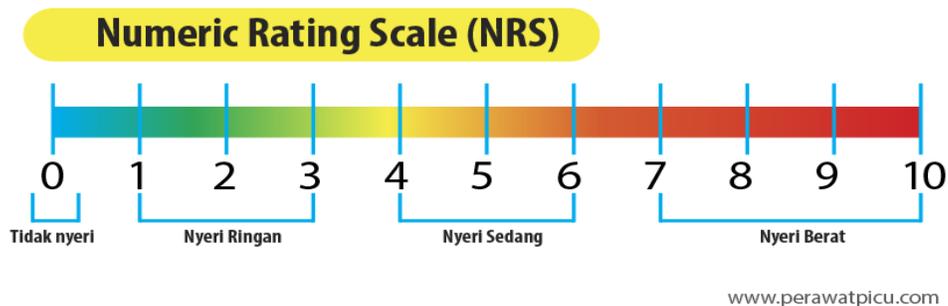
Nama Inisial :
 No. RM :
 Umur :
 Alamat :
 Petunjuk pengisian :

Silahkan lingkari angka dibawah ini yang menunjukkan skala nyeri
 yang dirasakan oleh Anda saat ini dari 0 (tidak nyeri)
 sampai angka 10 (sangat nyeri)

Pre Intervensi



Post Intervensi



Lampiran 5 Dokumentasi

DOKUMENTASI PENELITIAN



Lampiran 6 Lembar Konsultasi Pembimbing 1

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

	POLTEKES TANJUNGPURUN PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLTEKES TANJUNGPURUN	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/ 2022
		Tanggal	2 Januari 2022
	Formulir Konsultasi	Revisi	0
		Halamandari....halaman

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ambar Puspitaningrum
 NIM : 2514901005
 Nama Pembimbing I : Kadin, S.Kp., M.Kes
 Judul : Analisis Tingkat Nyeri pada pasien post operasi Laparotomi dengan Intervensi Teknik Relaksasi Olat Penguat di RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro tahun 2024

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Senin 24 Feb 2024	Ace Judul KIA		Ju	Ke
2	Kamis 02 May 2024	BAB I	Perbaiki BAB 1-3, Latar belakang, Tujuan khusus, SOP, Daftar.	Ju	Ke
3		BAB II - III	Perbaiki BAB II Teori Nyeri, Laparotomi.	Ju	Ke
4	Jum'at 05 May 2024	BAB II - III	Perbaikan BAB III Kriteria Inklusi, SOP.	Ju	Ke
5		BAB III	- Perbaiki SOP	Ju	Ke
6			- ke kelas.	Ju	Ke
7	20/05/24	BAB IV	- Perbaiki Implementasi	Ju	Ke
8		BAB IV	- Perbaiki Sumber	Ju	Ke
9			- Perbaiki penulisan.	Ju	Ke
10	22/05/24		ABSTRAK.	Ju	Ke
11			Ace lanjut	Ju	Ke
12					

Catatan : bawa kartu ini setiap konsultasi dan wajib disetorkan ke prodi pada akhir proses bimbingan Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

Dwi Agustanti, M.Kep.Sp.Kom
 NIP.197108111994022001

Lampiran 7 Lembar Konsultasi Pembimbing 2

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

	POLTEKES TANJUNGPINANG PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLTEKES TANJUNGPINANG	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/2022
		Tanggal	2 Januari 2022
	Formulir Konsultasi	Revisi	0
		Halamandari....halaman

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Anbar Puspitaningrum
 NIM : 234901007
 Nama Pembimbing 1 : Dr. Anna, S.Kr, M. Kes.
 Judul : Analisis Tingkat Nyeri pada pasien post operasi Laparotomi dengan intervensi Teknik Relaksasi Otot Kosong di RSU Jod. Ahmad Yani Kota Metro

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Senin 19 Feb 2024	Judul	Acc	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	Senin 20 Mei 2024	BAB 4	Perbaiki penulisan Bab 4 Gambaran kasus dan latar belakang	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	Selasa 28 Mei 2024	Daftar Cover - Lampiran	Perbaiki penulisan halaman Pendahuluan, kata pengantar, abstrak	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4		BAB 1	daftar isi, daftar lampiran, BAB adalah → merupakan, tujuan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5			konsep dirumuskan dgn panduan, mang lampir dirumuskan dgn	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6		BAB 2	Pendahuluan, Perbaiki urutan penomoran	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7			halaman, perbaiki penulisan Bab 2 (1), perbaiki penulisan lampir kearif	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8		BAB 3 BAB 4	Perbaiki penulisan kerangka klinis Perbaiki penulisan hasil Lab.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9			Perbaiki penulisan tabel intervensi tambahkan judul di CRT	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10		BAB 5	Perbaiki penulisan Kesimpulan dan Saran, Perbaiki Huruf Kapital	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
11	Senin 06 Juni 2024		Acc Seminar Haril.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12				<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Catatan : bawa kartu ini setiap konsultasi dan wajib disetorkan ke prodi pada akhir proses bimbingan Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

Dwi Agustanti, M.Kep.Sp.Kom
 NIP.197108111994022001

Lampiran 8 Lembar Konsultasi Seminar Hasil

	Poltekkes Tanjung Karang	Kode	TA/PKTjkj.kep./03.2/1/2002
	Prodi Profesi Ners Keperawatan	Tanggal	21 Mei 2024
	Poltekkes Tanjung Karang	Revisi	0
	Formulir Penilaian Sidang Hasil KIAN	Halaman dari.....halaman

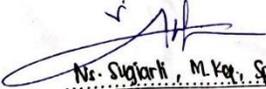
LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Ambar Ruspitaningrum
 NIM : 2314901005
 Tanggal : Selasa, 11 Juni 2024
 Judul KIAN : Analisa Tingkat Nyeri pada pasien post operasi laparotomi dengan intervensi Teknik Relaksasi Otot Progresif di RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2024.

No	Materi perbaikan	Masukan/perbaikan	
		Sudah	Belum
1.	Penulisan. What grade of discomfort hal. 10, 14	✓	
2.	Abstrak : Riferi & bany Pada I ⊕ Catatan bany yg ungu, Parulid, Tjuri & pabahu & pabahu	✓	
3.	Revisi → 10 → 1100 ⊕ yg Revisi, bany Tjuri, pengkaji ⊕, Dx. punt ⊕ Analisis data ⊕	✓	
4.	SOAP → 2.	✓	
5.	Revisi & pertaja.	✓	

Bandar Lampung, 2024

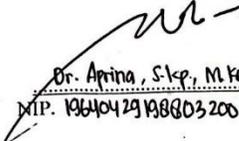
Penguji Utama


 Ns. Sugjanti, M. Kes, Sp. An
 NIP. 198610012010122005

Moderator/Penguji Anggota


 Rendi, S.kp, M. Kes
 NIP. 196202121980032001

Penguji Anggota


 Dr. Aprina, S.kp, M. Kes
 NIP. 196404291988032001

Lampiran 9 Asuhan Keperawatan

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Ambar Puspitaningrum
 NIM : 231491005 Tgl Pengkajian : 06/05/2024
 Ruang rawat : Bedah Digestive No. Register : 478409

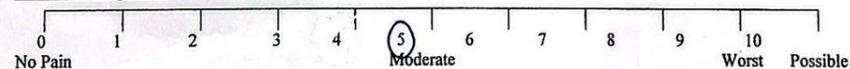
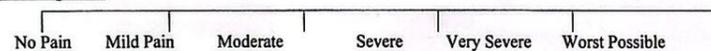
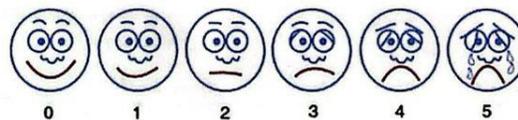
A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Tn.S
 2. Umur : 65 tahun
 3. Jenis kelamin : L / P *
 4. Pendidikan : SMA
 5. Pekerjaan : Buruh tani.
 6. Tgl masuk RS : 05/05/2024 Waktu: 13.30 WIB
 7. Dx. Medis : Tumor Rectosigmoid.
 8. Alamat : Mataran Wir

B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : Melalui IGD () Melalui Poliklinik () Transfer ruangan _____
 Masuk ke Ruang pada tanggal : 04/05/2024 Waktu : 19.25 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 104/73 mmHg
 Nadi 79 x/menit () teratur () Tidak teratur () Lemah () Kuat
 RR 20 x/menit () teratur () Tidak teratur

Nyeri :

Numeric Rating ScaleVerbal Rating ScaleWong & Baker Faces Rating Scale

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

- 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 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 Feses Keras
 Pengeluaran feses lama dan sulit

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Pasien datang ke Ps pada tanggal 02/01/2024 pukul 14.16 hrs dengan keluhan nyeri perut disertai semanggi BAB Cair > 5x dan sudah berlangsung selama 1 tahun, klien sempat berobat banyak kali ke dokter, sembuh namun kambuh kembali, dan ada benjolan di perut ± 6 bulan sebelum masuk rumah sakit dan bertambah besar saat endorkepi.

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : Pasien tidak memiliki riwayat alergi obat dan makanan.

Bentuk reaksi alergi yg dialami : Tidak ada

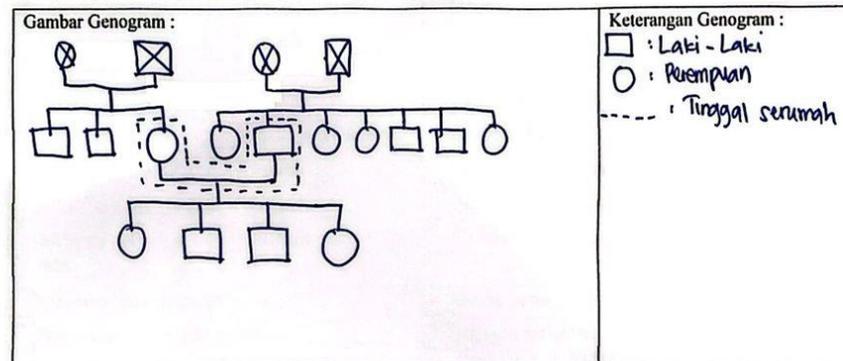
4. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	MASIH DIGUNAKAN/TIDAK
Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: _____

6. Riwayat penyakit 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)

Pasien mengatakan pada saat sebelum terasa sakit pasien selalu pergi bekerja ke sawah dan melakukan beran batang², Namun setelah pasien sakit sudah tidak pergi ke sawah.

- 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

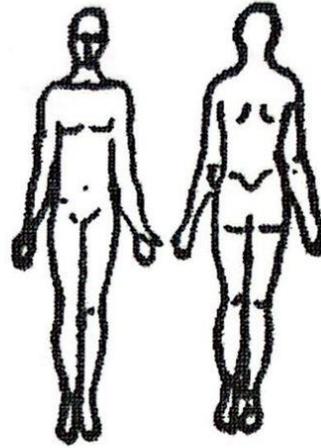
A.4. Reproduksi & Seksualitas

- 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

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			15	
	a. Bedrest dibantu perawat		0		
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15		
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		30		
4	Apakah pasien menggunakan infus	0		20	
		20			
5	Gaya berjalan / pindah			10	
	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				45	

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 : Nyeri perut

- 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) : Composmentis
- Glasgow Coma Scale (GCS) : E4 M 6 V 5
- Vital Sign : Tekanan Darah : 121/97 mmHg
 Nadi : 93 x/menit reguler/irreguler/kuat/sedang/lemah
 Respirasi : 20 x/menit normal/kusmaul/cheynestokes/Biot
- Integumen : () ikterik () Edema Anarsaka () Diaporesis Pucat () Cyanosis
- Kepala & Leher**
 Wajah : Wajah simetris kanan dan kiri Hidung : simetris, tak ada lepr atau nyeri tekan.
 Mata : matu simetris, konjungtiva anemis.
 Bibir & Mukosa Mulut : mukosa bibir kering
 Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis. Jugular Vein Pressure (JVP) : tidak ada pembesaran
- Thorax (Jantung & Paru-paru)**
Jantung
 Inspeksi : tidak ada luka, tak ada pembengkakan pada dada.
 Palpasi : tidak ada benjolan
 Perkusi : terdengar redup pada batas jantung.
 Auskultasi : Suara Jantung B3I dan B3 2 (lupdur).
- Paru-Paru :**
 Inspeksi : Simetris kanan dan kiri, tak ada pembengkakan
 Palpasi : tidak ada benjolan
 Perkusi : terdengar Sonor
 Auskultasi : Suara napas Venkuler kanan dan kiri:
- Abdomen**
 Inspeksi : terdapat luka post operasi laparotomi.
 Auskultasi : Bunyi usus 12 x/m
 Palpasi : tidak ada benjolan
 Perkusi : terdengar hmpani.
- Genitalia & Rectum :**
tidak ada kelainan, terpasang kateter urine.
- Pengeluaran Urine :**
 - Jumlah : 300 cc
 - Warna : Kuning pekat.

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)

Pemeriksaan Laboratorium

Hematologi

Hematologi Rutin

Lekosit	18.99	$10^3/HL$	5-10
Eritrosit	3.84	$10^3/HL$	4.37-5.63
Hemoglobin	10.9	g/dl	14-18
Hematokrit	32-5	%	41-54
MCV	84.8	fL	80-92
MCH	20.4	pg	27-31
MCHC	33.5	g/dl	32-36
Trombosit	301	$10^3/HL$	150-450
RDW	15.4	%	12.4-14.4
MPV	82.0	fL	7.3-9

Kimia Klinik

Albumin	2.31	g/dl	3.5-5.2
Ureum	37.0	mg/dl	19-44
Kreatinin	0.45	mg/dl	0.9-1.3

Elektrolit Serum (Na-K-Cl)

Kalsium (K)	3.29	mmol/L	3.5-5.5
Natrium (Na)	132.91	mmol/L	135-145
Clorida (Cl)	91.02	mmol/L	96-106
Kalsium Ion	1.17	mmol/L	1.1-1.35
PH	7.52		7.35-7.45

Hasil Endoskopi -

Didapatkan hasil pada Anus tampak hemorrhoid, Pectum tampak mukosa edematosa dan kolar sigmoid pada 20cm dari ADL tampak massa polip bertangkai ukuran 2cm, distalnya tampak massa sessile menumbul dan menyempitkan lumen sehingga tidak dapat dilatasi, dilakukan biopsy dari massa.

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
Ceftriaxone	1gr / IV	10 22	Antibiotik	Sakit kepala, Mual
Keterolac	30 mg / IV	10 22	Penatalaksanaan nyeri akut sedang hingga berat.	mual, muntah, sakit perut, mengantuk, pusing.
Ondansetron	2 mg / IV	10 22	digunakan untuk mengatasi mual dan muntah	Sakit kepala, menganjur, sembelit.
Meronidazole	100 ml / IV	08 10 22	Antibiotik infeksi bakteri di peremman	Mual muntah, sakit perut, diare.
Asam Tranexamat	5ml / IV	08 10 22	Untuk menghentikan perdarahan.	mual muntah, diare, num dan gatal,

G. SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

PARAMETER	TEMUAN			SKOR	
	Nama Klien : <u>Tn-5</u>	Jenis Kelamin : <u>L / p</u>	No. Register : <u> </u>		Tanggal Penilaian Risiko : <u> </u>
Persept 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 mengataakan ketidaknyamanan	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.	4
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	4. Kulit kering	4
Aktivitas	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	4. Dapat berjalan sekitar ruangan	4
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	2
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.	2
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkut badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkut tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan		2
					10

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

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : T.S
 Dx. Medis : Disregulasi
 Ruang : Bedah Diagnostik
 No. MR : 138109

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.		<p>AG: Alut b.d. Agen Peradara fisiologis (proses inflamasi).</p> <p>RS: - Pasien mengalami nyeri edulso partop - Pasien mengalami nyeri bagian seperti abradasi - Pasien mengalami nyeri bagian imbal. - Pasien mengalami nyeri atau kejang - Pasien mengalami nyeri dengan partop - Pasien mengalami nyeri berarah ke bagian</p> <p>DO: - Tangan mengij - Tangan gelisah - Berdenyut gelisah - 101-110/70 mmHg - RR: 22 x/mint - S: 36,6 C - SpO₂: 92%</p>	<p>Sesudah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan nyeri menurun dgn kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Mengis Manurun 3. Skala nyeri menurun 4. Pasien merasa tenang 5. Pasien mampu mengontrol nyeri dgn menggunakan nyeri. 	<p>Konsistensi Nyeri. Oksipital. 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri non-verbal. 4. Identifikasi faktor yg mempengaruhi skor yg mempengaruhi respon nyeri. 5. Identifikasi respon nyeri dan keefektifan tindakan. 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. 7. Monitor efek samping perawatan analgetik.</p> <p>Terapeutik. 1. Penkuan teknik non farmakologi yg menyurang rasa nyeri. 2. Kontrol lingkungan yg mempengaruhi nyeri. 3. Fasilitas istirahat tidur. 4. Kolaborasi 1. Kolaborasi perns analgetik.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi nyeri. 2. mengidentifikasi skala nyeri. 3. mengidentifikasi respon nyeri non-verbal. 4. mengidentifikasi faktor yg mempengaruhi skor yg mempengaruhi respon nyeri. 5. mengidentifikasi respon nyeri dan keefektifan tindakan. 6. mengidentifikasi pengaruh nyeri pd kualitas hidup. 7. monitor efek samping perawatan analgetik. <p>Terapeutik 1. memonitor teknik non farmakologi yg menyurang</p>	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : In.S
 Dx. Medis : G. Koch
 Ruang : Bedah. Digestiv
 No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2		<p>Defisit pengetahuan b-d kultural keparar Informatif (G.O.II)</p> <p>B. - Peran masyarakat dalam mengetahui nilai dan manfaat dari program.</p> <p>- Pasien mempunyai kesadaran dan inisiatif yg utuh dan utuh di rumah.</p> <p>- Pasien mengetahui bahwa individu yg sehat akan mempunyai jumlah sel darah merah yg lebih banyak dan lebih baik.</p> <p>- Pasien mengetahui bahwa individu yg sehat akan mempunyai jumlah sel darah merah yg lebih banyak dan lebih baik.</p> <p>- Pasien mengetahui bahwa individu yg sehat akan mempunyai jumlah sel darah merah yg lebih banyak dan lebih baik.</p>	<p>Seluruh pengetahuan asuhan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dgn tingkat hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan meningkat. 3. Kemampuan menguraikan pengetahuan yang berkaitan dgn topik meningkat. 4. Penilaian sesuai dengan pengetahuan meningkat. 5. Pertumbuhan tentang masalah yg dihadapi menurun. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kegiatan dan kemampuan motivasi informatif. 2. Menetapkan faktor yg dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat dan sehat. 3. Sedangkan materi dan media pasien. 4. Jabatan perus sesuai kesempatan. 5. Berikan kesempatan untuk bertanya. 6. Ajarkan strategi yg dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan sehat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan motivasi dan kemampuan motivasi informatif. 2. Menetapkan faktor yg dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat dan sehat. 3. Menyediakan materi dan media pasien. 4. Menjalankan perus sesuai kesempatan. 5. Menjalankan kesempatan untuk bertanya. 6. Menetapkan strategi yg dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan sehat. 	<p>July</p>

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tn. S
 Tumor Peritrochanteral
 Daerah Gluteal
 4784001

Nama Klien
 Dx. Medis
 Ruang
 No. MR

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penujangan	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3		<p>Risiko infeksi b.d. Efek prosedur invasive</p> <p>DS:</p> <p>DO: - Ley 18.44/ul. - Tampak peritrochanteral - Payan kanan. - Sempit luka - Post insisi - Laporan biakan - Benjolan hitam - Dilakukan keaja - Todong - Keperawatan - Soluter luka.</p>	<p>Seluruh diberikan arahan keperawatan selama 5x24 jam, tingkat infeksi pasien berkurang dgn kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Benjolan menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bergeak menurun 5. Feodar sel darah Putih membantu 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah penginjuran. 2. Batasi perawatan kulit pada area seloma 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dgn pasien. 4. Pertahankan teknik aseptik 5. Pertahankan kebersihan lingkungan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan yg benar. 3. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Ajarkan meningkatkan asupan cairan <p>kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik 2. Batasi jumlah penginjuran 3. Batasi perawatan kulit pl area edema. 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dgn pasien. 5. Pertahankan teknik aseptik pd pasien perotrochanteral 	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Th. S.
 Dx. Medis : Tumor Esofagus/Amibid
 Ruang : Bedah / Nigistiv
 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)
Senin 06/10/14	Nurhid	S. - Pasien mengatakan belum pd luka post op. - Pasien mengatakan nyeri gpt di dada. - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. - Pasien mengatakan nyeri bila bergerak. - Pasien mengatakan skala nyeri 5 ditukur dgn MES. - Pasien mengatakan nyeri bertambah jika pasien bergerak. - Pasien mengatakan jika nyeri muncul hanya menahan dan memarik nafas. - Pasien mengatakan hanya memarik nafas dalam jika nyeri. - Pasien beres dia dilakukan rehidrasi obat ppyusip pada ex 10/12/14 - Pasien mengatakan belum mengetahui tujuan dan manfaat rehidrasi obat ppyusip. - Pasien menyatakan keberan a minuman yg diberikan selama dirawat. - Pasien bisa mengetahui makanan yg seharusnya dikonsumsi jika pulang. - Pasien bersedia dilakukan edukasi cuci tgn pada 07/10/14 - Pasien dapat menyebutkan tanda gigit lidah		

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 : Tn. S
 Dx. Medis : Tumor benignitas
 Ruang : Bedah
 No. MR : 011011011

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)
Senin 06/05/24	Narasat	<p>O : - Tampak meminge manduh ngisi saat timbul - Tampak gelisah - Berikar produktif pada luka post operasi - Lahan tampak belum fokus dan telah meluas kepada area luka. - Pasien tampak bingung saat membahas tgy rencana yg dikonsium setelah operasi. - Perawat sudah mencuci tgn sebelum dan sesudah kontak dgn pasien. - Tampak penunjang pasien rapi. - Terdapat luka post insisi operasi laparotomi berukuran 10cm yg dibalut dgn kasa. - Terdapat kompresan di sekitar luka. - TD : 110/70 mmHg, N : 103 x/mnt RR : 20 x/mnt, S : 36,6 C, SpO₂ : 98 % - Leukosit : 18.149 ul. - Tidak ditubuh - Kolesterol 1 ml /dl/dm. - Ceftriaxone 1gr /12 jam - Metronidazole 500ml /dl/jam. - Air dan elektrolit 5ml /dl/jam - Ordempthon 2ml /12jam</p>		

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

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

No. S
: 1000000000
: 1000000000
: 1000000000

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 DFJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
Senin 06/05/2024	Nervica	<p>A: - Nyeri Akut - Defisit pengetahuan - Risiko infeksi.</p> <p>P: - Berikan intervensi: 1. Identifikasi skala nyeri. 2. Identifikasi nyeri non verbal. 3. Ajarkan teknik dan farmakologi (obat progresif). 4. Pantau pulswasi TD, Nadi, dan suhu Sialum dan sediaan labran. 5. Berikan informasi teknik Hy Demapan dan prosedur klinik Hlcteksi obat panti- 6. Selajlan secara rinci intervensi relaksi yg dapat 7. Atjukan mengambal poris renu Fowler 8. Atjukan nlets dan meratkan sensari relaksi 9. Atjukan sang menyulangi atau Mediti, klunke Uj dapat. 11. Cca tgn sebelum kontak obja panti 12. Atjukan rencana tgn dgn benar. 13. Pemberian Cetaxone 1gr/12jam, ketorolac 1ml 12jam metronidazole 100ml/8jam, Acan taras 5ml/8jam Dobutamin 2ml/12jam.</p>		<p>Jan.</p>

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi di Kolom 5 review DFJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien
 Dx. Medis
 Ruang
 No. MR
 Tr. S
 G. Peck
 Bedah
 Keperawatan

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)
Sabtu 07/05/24	Perawat	S : - pasien mengatakan masih nyeri pada luka post operasi. - pasien mengatakan skala nyeri 4 diukur dgn NRS. - pasien mengatakan jika nyeri muncul melakukan relaksasi otot progresif. - pasien menyatakan sudah mengetahui cara melakukan relaksasi otot progresif dan manfaatnya. - pasien mengatakan nyaman dgn posisi setengah duduk. - pasien mengatakan risiko infeksi melalui relaksasi otot progresif. - perawat menyatakan akan monitoring relaksasi otot progresif jika nyeri muncul. - pasien sudah mengetahui alasan yg ditanyakan dan dihardani Selama sakit dan baik untuk luka. - pasien menyatakan terkait keperawatan akan somatik. - pasien menyatakan keluaran monitoring		
14:00 - 14:15				
14:15 - 14:30				
14:40 - 15:00				
16:00				

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	Th. S Co. Pech Keah. Digestive	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)
Tanggal dan Jam Selasa 07-15/24	Profesional Pemberi Asuhan Perawat	- Pasien secara bergantian. - Pasien mengatakan masih mengingat cara memuat tgn. - Pasien bersedia dilakukan relaksi otot progresif pada 03/10/24. D: - Pasien terah tampak meringis. - Perawat telah menghentikan cara relaksi otot progresif - Pasien tampak melakukan relaksi otot progresif - Pasien tampak rileks selama melakukan relaksi. - Telah terada matah edukasi penyembuhan luka. - Pasien tampak sering bertanya tentang penyembuhan luka. - Pajanyug pasien secara bergantian. - Pasien oft memantahkan cara memuat tangan. - Kalutan luka masih tampak berih		

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
 Tr. S
 Ca. Revisi
 Bedah. Debridement

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>07/15/24</p>	<p>Perawat</p>	<p>- TD : 115 / 89 mmHg, N : 96 x / mint, RR : 21 x / mint, S : 36,3°C, SpO2 : 98% - Telah dibersihkan - Kolesterol : 1ml / 8 jam - Ceftriaxone 1gr / 12jam - Metoprolol 100ml / 8jam - Akam Transkatalat 5ml / 8jam - Ondansetron 2ml / 12jam - Ceftriaxone 1gr / 12jam A : - Nyeri Akut - Defisit pengetahuan - Risiko infeksi P : Beban Intervenasi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi nyeri non - verbal 3. Anjurkan ulang tindakan obat pernapas 4. periksa TD, nadi, pernafasan selama relaksasi obat analgesik 5. Evaluasi kenyamanan luka 6. Selidiki iritasi perusumbukan luka 7. Berikan Viscometate betatanik</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 : T. S
 Dx. Medis : Cu. Rech
 Ruang : Proct. Digestiv
 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)
Selasa.	Perawat	<p>HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benihan perawatan kulit pada area luka. - Cuci tangan sebelum dan sesudah bekerja dengan pasien - Pertahanan tamik aseptic - Pemantauan <ul style="list-style-type: none"> • Kelelahan 1 ml / 24 jam • Ceftriaxone 1gr / 12 jam • Metronidazole 100ml / 8 jam • Doxanefron 2ml / 24 jam • Ceftriaxone 1gr / 12 jam (iv) 		

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
 Th. s
 Ca. Keck
 Bedah Digestif

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)
Pada 08/15/24 14.00 - 14.12	Perawat	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post operasi. - Pasien mengatakan skala nyeri 3 diukur dgn NRS. - Pasien mengatakan sudah dapat melakukan relaksasi otot progresif saat nyeri. - Pasien mengatakan sudah mengetahui berapa lama penyembuhan luka dan cara perawatannya. - Pasien dapat mencuci tangan yg baik dan benar. - Pasien mengatakan balutan luka sudah dibersihkan Dik perawat. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Momenji berkurang. - Masih tampak sedikit kemerahan di sekitar luka. - Balutan luka tampak baik. - Pasien tampak memgulang relaksasi otot progresif. - Perawat telah menyiapkan media penyembuhan luka. - Pasien tampak lebih jarang bertanya. 		<p>FPJ</p>
14.45 - 15.00 15.45 - 16.00 16.15				

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 : Dr. C. K.
 Dx. Medis : G. K.
 Ruang : bedah.
 No. MR : 0015174

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 PPA termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
08/15/24	Perawat	<p>terbang penyembuhan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat telah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien - TD : 101/74 mmHg, N : 95 x 1mnt, RR : 20 x 1mnt - S : 36,5 °C, SpO2 : 95 % - Luka dibersihkan - Ketorolac 1ml / 24 jam - Ceftriaxone 1gr / 12 jam - Metronidazole 100ml / 8jam - Orolansicon 2ml / 24 jam <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri Akut - Defisit pengetahuan - Risiko Infeksi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Tentukan skala nyeri - Monitor, keberterimaan terapi relational obat - Progress - Anjurkan ulang dan evaluasi terapi relational obat - Pertahankan teknik aseptic - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dgn pasien 		<p>Julia</p>

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

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien
 Dx. Medis
 Ruang
 No. MR

Th. 5
 Co. West
 Bedah. Digestive

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)
Petai 08/15/24	Perawat	- Perawatan client. • Kelola lac 1ml / 24 jam • Cepharone 1gr / 12 jam • Metformin 1000ml / 12 jam • Omeprazole 20ml / 24 jam		

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

Tn.S
 Ca. Pasch
 Bedah Digestive

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)
Kamis 08/05/24	Perawat	<p>S : - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pasien mengatakan skalanya 2 di ulu - Pasien mengatakan jika nyeri muncul - Pasien melaporkan relaksi Ot (progref)</p> <p>O : TD : 117/60 mmHg, Nadi 80 x/m, S: 36,4C - Mengaji vesikular - Batukan tampak bersih - Konsistensi vesikular pada area lute.</p> <p>A : 1. Nyeri Akut 2. Risiko Infeksi</p> <p>P : Intervensi dihekan Discharge Planning 1. Penilaian Ura diuraah 2. edukasi memperhatikan nutrisi. 3. Penyerapan Obat Pllan - Parasetol 500 mg (3x1) - Cefixime 200mg. (2x1)</p>		<p>Stuif</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