

# 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](http://www.bppoltek.depkas.go.id/poltekkestanjungpuruning)  
E-mail: [poltekkestanjungpuruning@yahoo.co.id](mailto: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>  <b>AMBAR PUSPITANINGRUM</b> 2314901005	<p>Responden</p>  ..... <b>SUCIPTO</b>
--	---

## Lampiran 3 SOP Teknik Relaksasi Otot Progresif

**SOP TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF**

Sumber : Harmano (2010)

<b>Pengertian</b>	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.
<b>Tujuan</b>	<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 biseps</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><b>Prosedur Tindakan</b></p>	<p><b>A. Tahap Pre Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan Inform Consent</li> <li>2. Mencuci tangan</li> <li>3. Persiapan alat</li> </ol> <p><b>B. Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi Klien</li> <li>2. Kontrak Waktu</li> <li>3. Menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur, dan mengisi lembar persetujuan terapi pada klien</li> </ol> <p><b>C. Tahap Kerja</b></p> <p><b>Gerakan 1:</b> 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><b>Gerakan 2:</b> Luruskan dan kencangkan otot kedua tangan kedepan, lalu tekuk dan tahan punggung tangan menghadap ke sejajar dengan wajah. gerakan sebanyak dua kali.</p> <p><b>Gerakan 3 :</b> Kepalkan kedua tangan, dan bawa kedua kepalan ke belakang leher lalu kecangkan otot.</p> <p><b>Gerakan 4 :</b> Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan hinggamenyantuh kedua telinga. Fokus tegangkan bagian atas, dan leher.</p> <p><b>Gerakan 5 dan 6 :</b> 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><b>Gerakan 7 :</b> Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan disekitar otot rahang.</p> <p><b>Gerakan 8 :</b> Moncongkan bibir sekuat-kuatnya sehingga dirasakan ketegangan di sekitar mulut.</p> <p><b>Gerakan 9 :</b> Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sehingga dapat merasakan ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas.</p> <p><b>Gerakan 10 :</b> Tunduk-kan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.</p> <p><b>Gerakan 11 :</b> Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.</p> <p><b>Gerakan 12 :</b> Tarik napas Panjang, tahan selama beberapa saat, lalu lepaskan melalui mulut. Ulangi kembali.</p> <p><b>Gerakan 13 :</b> Tarik kuat perut kedalam, tahan sampai kencang, lalu lepaskan bebas. Ulangi kembali.</p> <p><b>Gerakan 14 :</b> Luruskan kedua telapak kaki, tahan posisi tegang, lalu lepaskan dengan rileks.</p> <p><b>D. Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Melakukan evaluasi</li><li>2. Catat hasil tindakan</li><li>3. Berpamitan</li></ol>
--	--

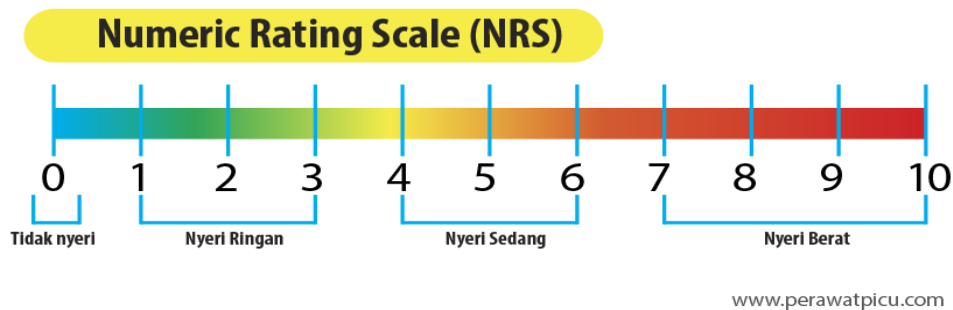
## Lampiran 4 Lembar Observasi

**LEMBAR OBSERVASI**  
**SKALA NYERI *POST* OPERASI**  
**LAPARATOMI**

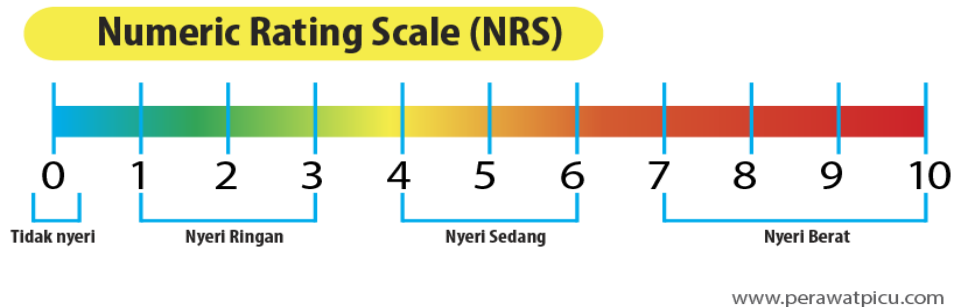
Nama Inisial :  
 No. RM :  
 Umur :  
 Alamat :  
 Petunjuk pengisian :

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

	<b>POLTEKES TANJUNGPUR</b> <b>PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS</b> <b>POLTEKES TANJUNGPUR</b>	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/ 2022
		Tanggal	2 Januari 2022
	<b>Formulir Konsultasi</b>	Revisi	0
		Halaman	.....dari....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 Otot Punggung 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

	<b>POLTEKES TANJUNGGARANG</b> <b>PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS</b> <b>POLTEKES TANJUNGGARANG</b>	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/2022
		Tanggal	2 Januari 2022
	<b>Formulir Konsultasi</b>	Revisi	0
		Halaman	....dari....halaman

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Anbar Puspitaningrum  
 NIM : 234901007  
 Nama Pembimbing 1 : Dr. Nurma, 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 Gambarkan 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, BAB1 adalah → merupakan, tujuan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5			tujuan dirumuskan dgn panduan, mang lampir dirumuskan dgn	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6		BAB 2	Panduan, Perbaiki urutan penomoran	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7			halaman, perbaiki penulisan hlm 2 (1), perbaiki penulisan lampir kearif	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8		BAB 3 BAB 4	Perbaiki penulisan kerangka keleni 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 : Analisis 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 bruxism hal. 10, 14	✓	
2.	Abstrak : Riferi de busy Pada I ⊕ Catatan hrg uny, Parulady Tjue n pabahu d. Subana	✓	
3.	Revisi → 10 → 1100 ⊕ hrg Rebusan. hrg hrg. pengkaji ⊕ , Dx. punt ⊕ Analisis data ⊕	✓	
4.	SOAP → 2.	✓	
5.	Revisi dan pertajam.	✓	


Bandar Lampung, 2024

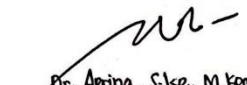
Penguji Utama

Moderator/Penguji Anggota

Penguji Anggota

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

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

  
 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

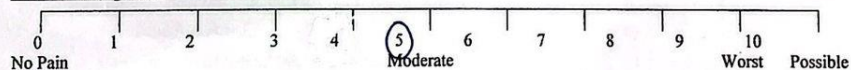
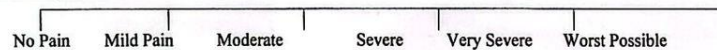
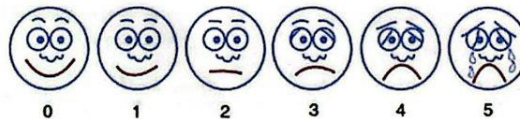
## A. IDENTITAS KLIEN

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 semangit 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

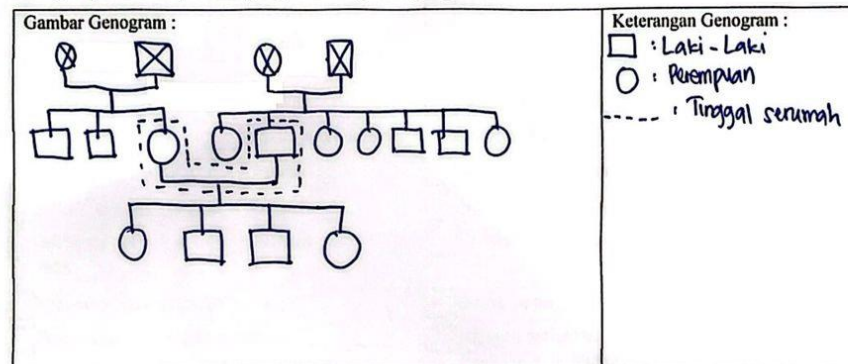
## 4. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

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 &amp; manajemen stress)

Pasien mengatakan pada saat sebelum terasa sakit pasien selalu pergi bekerja ke sawah dan melakukan kerja berat, 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

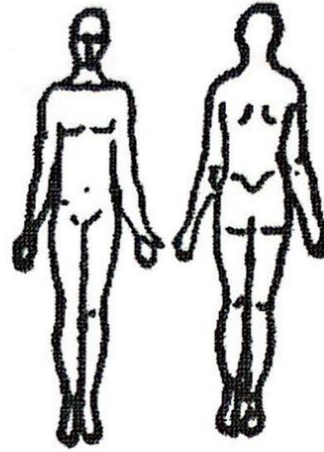
**A.4. Reproduksi & Seksualitas**

- 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	25	0	
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 M6 V5
- 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 lepu 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 B3/2 dan B2 (lupdup).
- 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 hemoroid, 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, mengantuk, sembelit.
Meronidazole	100 mg / IV	08 10 22	Antibiotik infeksi bakteri di peritoneum	Mual muntah, sakit perut, diare.
Asam Traneksamat	5 ml / 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 : Tr-5	Jenis Kelamin : L / p	No. Register : Tanggal Penilaian Risiko :	
<b>Persept Sensori</b>	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 mengaitakan ketidaknyamanan	4
<b>Kelembaban</b>	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	4
<b>Aktivitas</b>	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	4
<b>Mobilitas</b>	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi ekstremitas mandiri	2
<b>Nutrisi</b>	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	2
<b>Gesekan</b>	1. Tidak mampu mengangkut badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkut tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan	2
			4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.	4
			4. Kulit kering	4
			4. Dapat berjalan sekitar ruangan	4
			4. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan	2
			4. Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.	2
				2
				10

Diadopsi dari Braden & Bergstrom (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 : Psikiatri  
 No. MR : 138109

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.		<p>1. Nyeri Akut b.d. Agen Peradara fisiologis (proses inflamasi).</p> <p>RS :-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien melaporkan nyeri edulso partop</li> <li>- Pasien melaporkan nyeri bagian seperti abaruk</li> <li>- Pasien melaporkan nyeri bagian imbal</li> <li>- Pasien melaporkan nyeri bagian superior</li> <li>- Pasien melaporkan nyeri bagian dgn partop</li> <li>- Pasien melaporkan nyeri bagian abaruk</li> </ul> <p>PO :-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak mengij</li> <li>- Tampak gelisah</li> <li>- Pernafas sedikit</li> <li>- TPR 101,5 x 100,5</li> <li>- RR = 22 x / menit</li> <li>- S = 36,6 C</li> <li>- SpO<sub>2</sub> = 92%</li> </ul>	<p>Selanjut dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan nyeri menurun dgn kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Mengisir menurun</li> <li>3. Skala nyeri menurun</li> <li>4. Pasien merasa tenang</li> <li>5. Pasien mampu mengontrol nyeri dgn menggunakan nyeri.</li> </ol>	<p>Konsultasi Nyeri. Disparasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri.</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non-verbal.</li> <li>4. Identifikasi faktor yg mempengaruhi faktor yg mempengaruhi respon nyeri.</li> <li>5. mengidentifikasi respon nyeri pd kualitas hidup.</li> <li>6. mengidentifikasi respon nyeri pd kualitas hidup.</li> <li>7. Monitor efek samping perawatan analgesik.</li> </ol> <p>Terapeutik.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penkuan teknik non farmakologi yg menyurang rasa nyeri.</li> <li>2. Kontrol lingkungan yg mempengaruhi nyeri.</li> <li>3. Fasilitas istirahat tidur.</li> <li>4. Kolaborasi perns analgetik.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi nyeri.</li> <li>2. mengidentifikasi skala nyeri.</li> <li>3. mengidentifikasi respon nyeri non-verbal.</li> <li>4. mengidentifikasi faktor yg mempengaruhi faktor yg mempengaruhi respon nyeri.</li> <li>5. mengidentifikasi respon nyeri dan kualitas hidup.</li> <li>6. mengidentifikasi respon nyeri pd kualitas hidup.</li> <li>7. monitor efek samping perawatan analgesik.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. memonitor teknik non farmakologi yg menyurang</li> </ol>	


FORMAT RENCANA TINDAKAN  
KEPERAWATAN

Nama Klien : In.S .....  
 Dx. Medis : Ca. Leher .....  
 Ruang : Bedah. Digestif .....  
 No. MR : .....

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2		<p>Defisit pengetahuan b-d kultural keperawatan (p. 011)</p> <p>B. - Peran penelitian dalam mengetahui nilai dan manfaat dari praktik.</p> <p>- Pasien mempunyai kecurigaan dan kekhawatiran yg berlebihan akan di rujuk.</p> <p>- Pasien mempunyai kecurigaan akan terjadinya infeksi pada luka.</p> <p>- Pasien mempunyai kecurigaan akan terjadinya infeksi pada luka.</p> <p>- Pasien mempunyai kecurigaan akan terjadinya infeksi pada luka.</p> <p>- Pasien mempunyai kecurigaan akan terjadinya infeksi pada luka.</p>	<p>Seluruh pengetahuan asuhan keperawatan diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang dan tentang hasil.</p> <p>1. Penilaian sesuai anjuran meningkat</p> <p>2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan meningkat.</p> <p>3. Kemampuan menguraikan pengetahuan yang berkaitan dengan pengetahuan.</p> <p>4. Penilaian sesuai dengan pengetahuan meningkat.</p> <p>5. Pertumbuhan tentang masalah yg dihadapi menurun.</p>	<p>1. Identifikasi kecurigaan kemampuan menerima informasi.</p> <p>2. Menetapkan faktor yg dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat dan sehat.</p> <p>3. Melakukan anjuran dan media perawat.</p> <p>4. Melakukan perawat sesuai kecapaian.</p> <p>5. Berikan kesempatan untuk bertanya.</p> <p>6. Ajarkan strategi yg dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan sehat.</p>	<p>1. Meningkatkan motivasi dan kemampuan menerima informasi.</p> <p>2. Menetapkan faktor yg dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat dan sehat.</p> <p>3. Menyediakan media dan media perawat.</p> <p>4. Melakukan perawat sesuai kecapaian.</p> <p>5. Memberikan kesempatan untuk bertanya.</p> <p>6. Menetapkan strategi yg dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan sehat.</p>	<p>[Signature]</p>


FORMAT RENCANA TINDAKAN  
KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn. S  
 Dx. Medis : Tumor Peritonsiloid  
 Ruang : Bedah Gigi & Jiwa  
 No. MR : 478400

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 AM/UL                      - Tampak peritonsiloid                      - Payan kanan                      - Sempit lusa                      - Post insisi                      - Laceration benyuan item dilasus keara                      - Todang                      - Keperawatan Seltar lusa.</p>	<p>Seluruh diberikan arahan keperawatan selama 5x24 jam, tingkat infeksi pasien berkurang dgn kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Konduksi menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bergeak menurun</li> <li>5. Feodar sel darah Putih membantu</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>2. Batasi jumlah pengapung</li> <li>3. Batasi perawatan kulit pl area edema</li> <li>4. Cucu tangan sebelum dan sesudah kontak dgn pasien</li> <li>5. Pertanyakan teknik aseptik pd pasien perotome tinggi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tgn yg benar</li> <li>3. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>4. Ajarkan meningkatkan energi</li> </ol> <p>kegiatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelelahan, penyesian imunisasi, jika perlu.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik</li> <li>2. Batasi jumlah pengapung</li> <li>3. Batasi perawatan kulit pl area edema</li> <li>4. Cucu tangan sebelum dan sesudah kontak dgn pasien</li> <li>5. Pertanyakan teknik aseptik pd pasien perotome tinggi</li> </ol>	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Th. S.  
 Dx. Medis : Tumor Esophagus  
 Ruang : Bedah  
 No. MR : 018319


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	Nanda	S. - Pasien mengatakan belum pd luka post op. - Pasien mengatakan nyeri ggl dipele. - 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 menarik nafas. - Pasien mengatakan hanya menarik nafas dalam jika nyeri. - Pasien beres dan dilakukan rehidrasi obat ppyusip pada ex 10/14. - 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 gglgk lapderi		

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 : 098765

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 08.105.124	Narasat	<p>O :                      - Tampak meminge mandahan gigi saat bangun                      - Tampak gelisah                      - Berikar produktif pada luka post operasi                      - Pasien tampak belum fokus dan lebih melat kepada area luka.                      - Pasien tampak bingung saat membahas tgl kelahiran yg dikawatirkan setelah operasi.                      - Perawat sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dgn pasien.                      - Tampak penunggu pasien rancui.                      - Terdapat luka post insisi operasi laparotomi berukuran 10cm yg dibalut dgn kasa.                      - Terdapat kompartemen di saku luka.                      - TD : 110/70 mmHg, N : 102 x/mnt RR : 20 x/mnt, S : 36,6 C, SpO<sub>2</sub> : 98 %                      - Leukosit : 18.149 ul.                      - Tidak ditubuh                      - Kolesterol 1 ml /dl dan                      - Ceftriaxone 1gr /12 jam                      - Metronidazole 500ml /dlam.                      - Airan dan cairan 5ml /dlam                      - Ordempthon 2ml /12jam</p>		

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

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Dr. S  
 Dx. Medis : Stroke Iskemik  
 Ruang : Gerak Aktif  
 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 06/05/24	Nurafat	<p>A :                      - Nyeri Akut                      - Defisit pengetahuan                      - Risiko infeksi</p> <p>P :                      - Benar 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. Debaran secara rinci intervensi relaksi yg dapat                      7. Aturan mengambal poris reni Fowler                      8. Aturan nitis dan merobek sensari relaksi                      9. Aturan yang menyulangi atau Mediti, teknik Uj dapat                      11. Cca Air sebelum kontak obat panti                      12. Aturan rencana tin dgn benar                      13. Pemberian                      Ceftriaxone 1gr/12jam, ketorolac 1ml 6jam                      Metronidazole 100ml/8jam, Acamfarnox 5ml/4jam                      Dexameth 2ml/12jam</p>		<p><i>[Signature]</i></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

Tr. S  
 G. Peck  
 Bedah Plastik

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)
Selera 07/05/24	Marawat	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. - pasien menyatakan akan melanjutkan relaksasi otot progresif jika nyeri muncul. - pasien sudah mengetahui alasan yg ditanyakan dan dihardani Selama sakit dan baik untuk luka. - pasien menyatakan terkait kepan luka akan sembuh. - pasien menyatakan keluaran menyanyi		
14:00 - 14:15				
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 : Th.S  
 Dx. Medis : Co. Pstn  
 Ruang : Bedah Digestive  
 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)
Sabtu 07-15/24	Perawat	<p>- Pasien secara bergantian.                      - Pasien mengatakan masih mengingat cara memuat tgn.                      - Pasien bersedia dilakukan relaksi otot progresif pada 03/10/24.</p> <p>D : - Pasien terih 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.                      - Peningkat pasien secara bergantian.                      - Pasien oft memantapkan cara memuat tangan                      - Kalutan luka masih tampak bersih</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

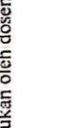
Nama Klien .....  
 Dx. Medis .....  
 Ruang .....  
 No. MR .....  
 Tr. S .....  
 Ca. Revisi .....  
 Bedah. Debrideme .....

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)
07/15/24	Perawat	<p><b>T</b> - 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</p> <p><b>A</b> : - Nyeri Akut                      - Defisit pengetahuan                      - Risiko infeksi</p> <p><b>P</b> :                      - Bermana intervensi                      1. Identifikasi skala nyeri                      2. Identifikasi nyeri non - verbal                      3. Anjurkan ulang tindakan obat pernapas.                      4. periksa TD, nadi, pernafasan selama relaksasi otot progresif                      5. Evaluasi pengalihan luka.                      6. Selidiki iritasi perusumbukan luka.                      7. Berikan Visumortali bertamuk.</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><b>HASIL ASESMEN PASIEN &amp; PEMBERI PELAYANAN</b>                      (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Benihan perawatan kulit pada area luka.</li> <li>- Cuci tangan sebelum dan sesudah bekerja dengan pasien</li> <li>- Pertahanan tamik aseptic</li> <li>- Pemantauan                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelelahan 1 ml / 24 jam</li> <li>• Ceftriaxone 1gr / 12 jam</li> <li>• Metronidazole 100ml / 8 jam</li> <li>• Doxanefevri 2ml / 24 jam</li> <li>• Ceftriaxone 1gr / 12 jam (iv)</li> </ul> </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

Th. 5  
 Di. Keok  
 Keolah. Digisih.

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)
Pada 08/15/24 14.00 - 14.12	Perawat	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post operasi.</li> <li>- Pasien mengatakan skala nyeri 3 diukur dgn NRS.</li> <li>- Pasien mengatakan sudah dapat melakukan relaksasi otot progresif saat nyeri.</li> <li>- Pasien mengatakan sudah mengetahui berapa lama penyembuhan luka dan cara perawatannya.</li> <li>- Pasien dapat mencuci tangan yg baik dan benar.</li> <li>- Pasien mengatakan balutan luka sudah dibersihkan Dik perawat.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Momenji berulangi.</li> <li>- Masih tampak sedikit kemerahan di sekitar luka.</li> <li>- Balutan luka tampak baik.</li> <li>- Pasien tampak memgulang relaksasi otot progresif.</li> <li>- Perawat telah menyiapkan media penyembuhan luka.</li> <li>- Pasien tampak Mohal Jantung beritanya</li> </ul>		
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	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)
08/15/24	Perawat	<p>terbang penyembuhan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat telah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>- TD : 101/74 mmHg, N : 95 x 1mnt, RR : 20 x 1mnt</li> <li>- S : 36,5 °C, SpO2 : 95 %</li> <li>- Luka dibersihkan</li> <li>- Ketorolac 1ml / 24 jam</li> <li>- Ceftriaxone 1gr / 12 jam</li> <li>- Metronidazole 100ml / 8jam</li> <li>- Orolansicon 2ml / 24 jam</li> </ul> <p>A :                      - Nyeri Akut                      - Defisit pengetahuan                      - Risiko infeksi</p> <p>P :                      - Lanjutkan intervensi.                      - Lakukanlah skala nyeri.                      - Monitor, keberterimaan terapi relational obat program.                      - Anjurkan ulang dan evaluasi terapi relational obat program.                      - Pertahankan teknik asepsis.                      - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dgn pasien.</p>		<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 dent. • Kelatolac 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	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><b>HASIL ASESMEN PASIEN &amp; PEMBERI PELAYANAN</b>                      (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)</p> <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 venturay                      - Batukan tampak bersih                      - Kebersihan venturay 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. Penyeran Oral Pllan                      - Progligel 500 mg (3x1)                      - Cefixime 200mg. (2x1)</p>	<p>Review dan Verifikasi DPJP                      (tulis nama, paraf tanggal dan jam)</p> <p><i>[Signature]</i></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