


LAMPIRAN

	POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Kode	
	Formule Pembelian IGA	Tanggal	
		Revisi	
		Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : ERIN ICA LORENZA


NIM : 2004010044


Pembimbing Pendamping : Yurani, S.Kn., M.Kec.

Judul Tugas Akhir : Agihan Keperawatan Dengan Kebutuhan Nutrisi Pada Pasien
Sakit Gigitan Kramu di Ruang Rawat Inap R. RSUD Jember
Jurnal Year Novo 2024

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	Senin 05/02	Paraf Bab 1-2 core panduan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	Rabu 07/02	Paraf Bab 4-5 core panduan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	Jum. 09/02	Paragraf Paragraf core panduan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	Kamis 10/02	Larangan abstrak dan daftar pustaka	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	Sabtu 14/02	Perbaiki abstrak dan daftar pustaka	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	Senin 15/02	acc utran	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	Rabu 5/6	Revisi secara keseluruhan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	Rabu 5/6	KLL cetak	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 15.02.2024
Pembimbing Pendamping



	POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Penilaian LTA	Halaman	


**LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA**

Nama Mahasiswa : FRIN LCA LORENSA
 NIM : 2114201064
 Pembimbing Utama : W. NUSMAN, S.PT., S.M.KER.
 Judul Tugas Akhir :

ASIHAN KEPERAWATAN Gangguan Kebutuhan nutrisi pada pasien
 CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) Di ruang Rawat dalam B. RSUD AHMAD YANI
 METRO 2024

No	Harif Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	Setoran 02/01/2024	Diskusi TOPIC kebutuhan	<i>Lca</i>	<i>W.N.</i>
2		Bab 1 Kebutuhan nutrisi dan Disposisi di LB	<i>Lca</i>	<i>W.N.</i>
3		kebutuhan nutrisi yg tjd 3 opas	<i>Lca</i>	<i>W.N.</i>
4		Bab 2 : gejala Timpani ketuban bagaimana peripar apabila muncul di nutrisi?	<i>Lca</i>	<i>W.N.</i>
5	26/1/24	Bab 5 Nutrisi, Kebutuhan	<i>Lca</i>	<i>W.N.</i>
6	1/2/24	Perilaku	<i>Lca</i>	<i>W.N.</i>
7	20/2/24	acc ujian	<i>Lca</i>	<i>W.N.</i>
8	29/5/24	berhasil	<i>Lca</i>	<i>W.N.</i>
9			<i>Lca</i>	<i>W.N.</i>
10			<i>Lca</i>	<i>W.N.</i>
11			<i>Lca</i>	<i>W.N.</i>
12	27/5/24	Acc kelas.	<i>Lca</i>	<i>W.N.</i>

Bandar Lampung,
Pembimbing Utama

	POLTEKKE S KEMENKES TANJUNGPINANG	KODE :
	Formulir	TGL :
	Masukan & Perbaikan KT / Skripsi / LTA	REVISI :
	HALAMAN : 1 dari 1 halaman	

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : ERIN ICA LORENSA

NIM : 2114401084

Prodi : D III

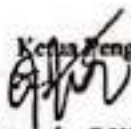
Tanggal : SEM. 15 - Mei - 2024

Judul Penelitian : *ASUNAN KEPERAWATAN GANGGUAN KESEHATAN NUTRISI PADA PASIEN PASCA GINJAL KRONIS DI RUANG PERYAKIT DALAM D RSUD JEND. AHMAD YANI SURABAYA 2024*

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhsiswa	Paraf Dosen
1	Jum. 15 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> - Review di bab 1 -> Nutrisi, Maal, Urea ✓ - bab 2 -> ambil buku ulang bukan Mas ✓ 1/ teori/ konsep ✓ identifikasi ke nutrisi pt GGK di bab 1 ✓ - Bab 2 kontrol. jadi ppt nutrisi < kept ✓ - Konsisten penulisan tabel di bab 2 ✓ - Pembahasan -> ledakan yg di lakukan di jelaskan ✓ - Tambahan diet pasien GGK ✓ buat ppt nya. mendetail di lg - gtu menelan? ✓ - Manajemen nutrisi? -> hal 53 di + ✓ - Konseling keluarga di kapsus ✓ 	<i>Def</i>	

Bandar Lampung,

Ketua Penguji



Siti Fatmahan, S.KP., M.Kes
NIP. 197307261999032002

Anggota Penguji II



Yuniastuti, SKM., M.Kes
NIP. 1968062331990032001

Anggota Penguji II



Musiana, S.Kep., M.Kes
NIP. 197404061997032001

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN
KEBUTUHAN -----AKIBAT PATOLOGI SISTEM
DENGAN DIAGNOSA MEDIS
Di**



Nama :

NIM :

**POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGGARANG**

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : ERIN KA LORENA
NIM : 2114201010 Tgl Pengkajian : 2-1-2023
Ruang rawat : RUANG I No. Register : _____

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : TI. M
2. Umur : 59 tahun
3. Jenis kelamin : ♂ / P
4. Pendidikan : SLTA
5. Pekerjaan : WAWAKILAH
6. Tgl masuk RS : 2-1-2024 Waktu : 9.30 WIB
7. Dx. Medis : CKD
8. Alamat : _____

B. RIWAYAT KESEHATAN

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

Masuk ke Ruang pada tanggal : 2-1-2024 Waktu : 9.30 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 : KOMPOS BERTAHAP

() GCS : E 4 M 6 V 5

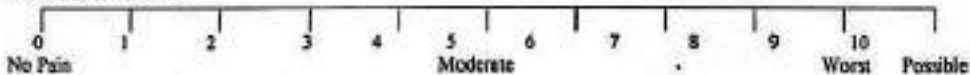
Tanda Vital Saat Masuk : TD 140/105 mmHg

Nadi 95 x/menit () teratur () Tidak teratur () Lemah () Kuat

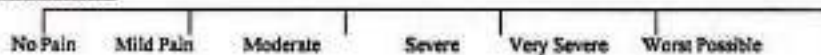
RR 22 x/menit teratur () Tidak teratur

Nyeri :

Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Wong & Baker Faces Rating Scale

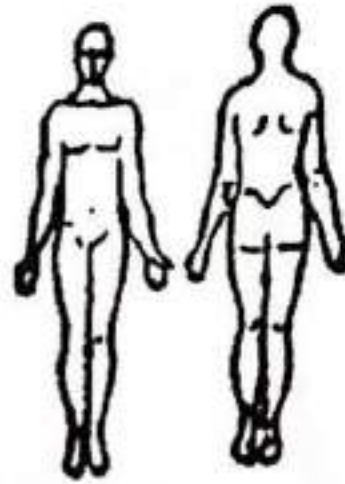


Status Lokalis :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis disamping :

- C - Contusion
- L - Lacerations
- R - Rashes
- S - Scars
- *Parasite (scabies/lice)
- D - Decubitus
- T - Tattoo
- B - Bruises
- X - Body Piercing
- P - Pain
- O - Other _____

Tinea Pedis: ... Ya ... Tidak
 Jelaskan:



Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA		NILAI	KET
		Tidak	Ya		
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0		
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0		
		Ya	15		
3	Alat Bantu Jalan			0	
	a. Bedrest dibantu perawat		0		
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15		
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		30		
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	20	
		Ya	20		
5	Gaya berjalan / pindah			0	
	a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri		0		
	b. Lemah tdk bertenaga		10		
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)		20		
6	Status Mental			0	
	a. Sadar penuh		0		
	b. Keterbatasan daya ingat		15		
JUMLAH SKOR				20	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

	SKOR	Δ KODE
1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar	0 - 24	HIAU
2. Risiko, lakukan tindakan pencegahan jatuh	>25	KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian: Menggeum saat

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Pasien Mengatakan Masukan berakasi lsa pada tanggal 2 Januari 2024 dengan keluhan ko berakasi Selama saat Pasien Mengonsumsi kafein Malah Menurun. Pasien mengeluh mual

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : -

Bentuk reaksi alergi yg dialami : -

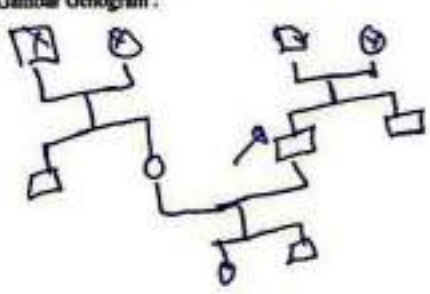
4. Daftar obat/herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

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

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

6. Riwayat penyakit keluarga : -

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik

<p>Gambar Genogram :</p> 	<p>Keterangan Genogram :</p>
---	------------------------------

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)

.....
.....
.....

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sulit melakukan aktivitas seksual | <input type="checkbox"/> Aktivitas seksual berubah |
| <input type="checkbox"/> Mengungkapkan perilaku seksual berubah | <input type="checkbox"/> Orientasi seksual berubah |
| <input type="checkbox"/> Mengungkapkan hubungan dengan pasangan berubah | |

B. Psikologis

B.1. Nyeri dan Ketidaknyamanan

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mengeluh tidak nyaman | <input checked="" type="checkbox"/> Mengeluh sulit tidur |
| <input type="checkbox"/> Tidak mampu rileks | <input type="checkbox"/> mengeluh kedinginan / kepanasan |
| <input type="checkbox"/> Merasa gatal | <input type="checkbox"/> merintih <input type="checkbox"/> menangis |

C. Pemeriksaan Fisik

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

2. Kesadaran (Komposmentis - Koma) : komposmentis

3. Glasgow Coma Scale (GCS) : E4 M6 V5

4. Vital Sign : Tekanan Darah : 160/123 mmHg
 Nadi : 69 x/menit reguler/irreguler/kuat/sedang/lemah
 Respirasi : 22 x/menit normal/kusmaul/cheynestokes/Biot

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

6. Kepala & Leher

Wajah :

Mata : posisi pupil baik, simetris

Bibir & Mukosa Mulut :

Leher : tidak ada pembesaran / pembesaran Jugular Vein Pressure (JVP) :

Hidung : bersih, tidak ada Serret, tidak ada leci

7. Thorax (Jantung & Paru-paru)

Jantung

Inspeksi : tidak ada bentuk simetris, tidak terdapat bunyi

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi :

Auskultasi : suara nafas berbunyi

Paru-Paru :

Inspeksi : bentuk simetris,

Palpasi : tidak teraba krepitasi, tidak ada rales

Perkusi : suara paru sonor

Auskultasi : suara nafas vesikuler

8. Abdomen

Inspeksi : tidak terdapat buncung

Auskultasi : brung awal 10/m

Palpasi : tidak ada

Perkusi : bunyi tumpul

9. Genitalia & Rectum : tidak teraba

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
 Menggigit 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

8 Kekuatan otot

S	S
S	S

9 Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : _____

Motorik : _____

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan _____ kiri _____ Tricep : kanan _____ kiri _____

Tendo Achilles : kanan _____ kiri _____ Abdomen : _____

Reflek Patologis dan rangsang meningeal :

Babinsky : kanan _____ kiri _____ Brudzinsky I : _____

Brudzinsky II : _____ Chaddock : _____ Hoffman Turner : _____

Laseque : _____ Kaku Kuduk : _____ sus _____

12 Syaraf Kranial : (NI - NXII) :

** Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

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

- Monofilamen : Kanan _____
Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambarkan status lokalis ulkus

P : Peripheral _____ E : Extend or Size : _____

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

S : Severe : _____

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

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : Jenis Kelamin : L / P No. Register : Tanggal Penilaian Risiko :

PARAMETER	TEMUAN			SKOR
Persepsi Sensori	1. Tidak merasakan/respon terhadap stimuli nyeri, memunculkan kesadaran	2. Gangguan sensoris pada bagian 1/2 permukaan tubuh atau bry berespon pd stimuli nyeri, tdk dpt memvisualisasikan ketidaknyamanan	3. Gangguan sensoris pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengartikan ketidaknyamanan	4
Kefleksibilitas	1. Selalu terpapar oleh kelingkaran atau urinoe basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kedingkaran-kadang lembab	3
Aktivitas	1. Tergelatak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	3
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi tidak ekstremitas mandiri	4
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan 1/3 porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari 1/3 porsi makannya	3
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau apaspek, kontraktur atau gelisah	2. Membuntalkan bantunan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan	3
Diadopsi dari Braden & Bergtson (1998), AHCPR (2008) Skor : 15 - 18 berisiko, 13 - 14 risiko sedang, 10 - 12 risiko tinggi, 5 - 9 risiko sangat tinggi				SKOR
				20

FORMAT ANALISIS DATA

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

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
		DS: - Pasien mengeluhkan Nausea mual muntah - Pasien mengeluhkan hbs muntah dalam waktu 3 bulan DO: - membran mukosa pucat - Pasien tampak lemas - Tensi mayor 1/4 Arteri - Umt : 21.0	Defisit Nutrisi	Intake Kurang
		DS: - Pasien mengeluhkan Mual tidak mau Makan. - Pasien mengeluhkan Muntah bym mntah DO: - Pasien tampak Pucat - Pasien tidak mau makan - Pasien lemas	Nausea	diet lambung.

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : T.M.
Dx. Medis : CKD
Ruang :
No. MR :

HARI KE-1 : Tanggal 2-01-2024

1. Defisit Nutrisi b.d intake kurang
2. Nyeri b.d Distensi lambung
- 3.
- 4.

HARI KE-2 : Tanggal 3-01-2024

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

HARI KE-3 : Tanggal 4-01-2024

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

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

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Perunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2.		Defisit Nutrisi	Setelah ditata dan diberikan Upayakan Sistem Intake dan Nutrisi Spasial Nutrisi minimalis dengan kriteria Kaki : - Bersi makan yang diutamakan Mampu - Berat badan meningkat	- Monitor berat badan - Dokumentasi makanan yang sesuai - lakukan oral hygiene - Selipin makan, jika perlu - Ajarkan posisi duduk - Kolaborasi dengan ahli gizi	- Untuk memonitor Perubahan berat badan - Untuk menjaga kesehatan. - Untuk memonitor Mula terdapat kolaborasi dengan ahli gizi	<i>[Signature]</i>

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
		<p>Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang</p> <p>Infeksi</p>	<p>Selanjutnya dengan tercapainya kemampuan dalam SCARA</p> <p>SKN dan Nasa Anwar</p> <p>Teori dan Urutan dengan Urutan</p> <p>Ke-1 :</p> <p>- Keperawatan Injeksi</p> <p>Menurut</p>	<p>- Identifikasi dampak pada terdapat Kelelahan tidak (mis. Mersumaman, pusing dan tidak)</p> <p>- Kerdalisan faktor lingkungan Partikel</p> <p>misal (mis: low tidak sedap, jumlah dan pembersihan</p> <p>- tindakan Kelelahan dan tidak yang cukup</p> <p>- pembersihan lingkungan yang berlimpah, dan tidak</p> <p>- Kelelahan dengan</p>	<p>- untuk mengurangi dampak pada terdapat Kelelahan tidak</p> <p>- agar tidak lebih pusing</p> <p>- agar Kelelahan dan tidak</p> <p>Kelelahan</p> <p>- untuk mengurangi dampak pada terdapat Kelelahan tidak</p>	<p><i>[Signature]</i></p>

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

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

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	2-1-2024		- Memenuhi syarat landas orientasi diri motivasi yang cukup kebutuhan akan hygiene kebersihan, jiwa dan tujuan pribadi dengan motivasi dengan ans grt	S: - klien mengatakan nama makan berurutan - klien mengatakan sudah satu minggu - klien mengatakan bahwa minggu ini sudah 1/2 porsi O: - klien terlihat kurus - sebulan sudah ts 60 setelah ts 50 bulan terakhir - klien merasa puas A: - Demam tidak P: Lanjutkan intervensi	<i>[Signature]</i>

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

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

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2	3-1-2024		- Memantau perkembangan - Mengidentifikasi masalah yang dihadapi - Mengajukan petisi kepada - Konsultasi dengan ahli gizi	S: bulan pengobatan mata namun berakut - bulan perawatan mata pada bulan - bulan perawatan komplikasi (k. Perik O : - bulan kedua bulan - bb 60 kg dan 50 kg - Nutrition Must be clear R: - Perisit nutrisi P: - L intervensi	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

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

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	2-1-2024		<ul style="list-style-type: none"> - Mengukur berat badan - Mengajarkan teknik duduk - Kelelahan dengan alat goni 	<p>S. : keur mengisikan hasil monev awal menulis</p> <ul style="list-style-type: none"> - keur mengisikan dapat menguliskan 1/2 porsi susu <p>G. : - keur sebelum 60 detik menulis 490</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menahan menulis <p>A. : dapat menulis</p> <p>P. : intervensi dilanjutkan.</p>	<i>[Signature]</i>

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

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

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	2-1-2014		- Merang demitulasi dan pada mulut terdapat infeksi hidup (Gigit. Ratusu mawon, danurite dan hour) - merencanakan keater lingkungan peridontal ma - mengamburkan litiomat yang camp - mengamburkan Mawon tinggi litiomatidras dan fudun lama - keabanti dengan dr.	S. - Klien mengetahui ma - Klien memperhatikan bidak ma - Maon - Klien memperhatikan bidak ma lama - Klien tampak puas - Ratusu mawon keabanti - Klien tampak Mawon fudun maon A : Maon P : Lanjutkan litiomatidras	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN


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

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	20/1/2014		<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi domain pada berbagai kecacatan fisik - mengemukakan literatur yang akurat - memiskusikan masalah yang berkaitan dan rumusan klinis - kolaborasi dengan dr 	<p>S: - klien kesulitan buang haur besar - klien merasa takut buang haur karena takut</p> <p>G: - klien tampak flust</p> <p>A: nausea</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	<i>[Signature]</i>

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

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

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	11-1-2014		<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan Sistem Yang Cegah - Menganjurkan Makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak - beraktivitas dengan dir. 	<p>S : - klien mengalami tidak lagi mual</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan badan tidak lagi merasa lemas <p>O : - klien tampak senang</p> <p>A : puasa</p> <p>P. intervensi dihentikan.</p>	<i>[Signature]</i>

	POLITEKES KEMENKES TANJUNGGARANG	KODING	:		
		TGL	:	Senin, 1 Januari 2024	
	Formulir Informed Consent	REVISI	:		
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman			

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Vani Yuliana
 Umur : 24 tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (*coret yang tidak perlu)
 Alamat : Botong Bayang

Sebagai wakil keluarga dari pasien :


Nama : Sumarsen
 Umur : 60 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Alamat : Botong Bayang

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mendapatkan penjelasan terkait tujuan dari kegiatan praktikum mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.
2. Saya telah memahami mengenai apa yang telah tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Dengan penuh kesadaran dan secara sukarela, mengizinkan pasien yang saya wakiliikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Bandar Lampung, Januari 2023


Mahasiswa Praktikum



 ERN. Len. Laperish

Keluaga Pasien


 Vani Yuliana

Mengetahui
 Perseptor/ CI Klinik


 NS. Rahmi Diaharijadi, S.Kep

	POLTEKES KEMENKES TANJUNGGARANG	KODE	:	
		TGL	:	Senin, 1 Januari 2024
	Formulir Informed Consent	REVISI	:	
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman		

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : EKA FITRIANI
 Umur : 32 tahun
 Jenis Kelamin : laki-laki / Perempuan (*coret yang tidak perlu)
 Alamat : Sidomukti, Kecamatan Sekampung.

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : MUHDIN
 Umur : 59 tahun
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Alamat : Sidomukti, Kecamatan Sekampung.

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mendapatkan penjelasan terkait tujuan dari kegiatan praktikum mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.
2. Saya telah memahami mengenai apa yang telah tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Dengan penuh kesadaran dan secara sukarela, mengizinkan pasien yang saya wakiliikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa Praktikum



 EKA FITRIANI

Keluarga Pasien


 EKA FITRIANI

Mengetahui
 Preseptor/ CI Klinik


 Ms. Rahmi Duriharsanti, S.Kep

	POLTEKES KEMENKES TANJUNGPINANG	KODE	:	
		TGL	:	
	Formulir Informed Consent	REVISI	:	
HALAMAN : 1 dari 1 Halaman				

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : **ERVA ICA LORENSA**

NIM : **2111A01064**

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal **2** s/d **6** bulan **Desember** tahun **2023** di Ruang **R51009** **Keperawatan** **D25001.0**

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

Bandar Lampung, Januari 2024

Mengetahui
Perceptor/ CI Klinik

Rg

Ns. Rahmi Durihaji, s. kep