

LAMPIRAN

Lampiran 1: Lembar informed consent

	POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG Formulir Informed Consent	Kode	
		Tanggal	
		Revisi	
		HALAMAN: 1 dari 1 Halaman	

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Ben Yudianto
Umur : 70 th
Jenis Kelamin : P
Alamat : -

Sebagai wakil dari keluarga pasien:

Nama : Sri Hartono
Umur : 42 th
Jenis Kelamin : P
Alamat : -

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 2025
Keluarga Pasien

Mahasiswa Praktikum

[Signature]
Ben Yudianto

[Signature]
Sri Hartono

Mengetahui

Preseptor TI Klinik

[Signature]
Agustinus Sudibyo Sleg NS

Lampiran 2: Lembar melakukan asuhan keperawatan

	POLTEKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG Formulir Informed Consent	Kode	
		Tanggal	
		Revisi	
		HALAMAN: 1 dari 1 Halaman	

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : LIA YUNANDA

NIM : 20110901015

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terbitung mulai tanggal 05 s/d 11 , bulan Desember , Tahun 2015 diRuang 70101

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan

Bandar Lampung, ... Januari 2025

Mengetahui

Preseptor/CI Klinik


Agustines Sudatya, Skp Nc

Lampiran 3: Lembar Asuhan keperawatan

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN
Nama Mahasiswa : UA YULYANTI
NIM : 221901015 Tgl Pengkajian : 8 Januari 2022 / 0.10
Ruang rawat : 10101 No. Register : 0010059

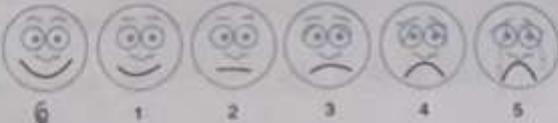
A. IDENTITAS KLIEN
1. Nama : SULASTRI
2. Umur : 70 tahun
3. Jenis kelamin : ♀ P *
4. Pendidikan : SD
5. Pekerjaan : IR
6. Tgl masuk RS : 7 Januari 2022 Waktu 06.40 WIB
7. Ds. Medis : TK. Anus
8. Alamat : DL. KARAK. TUA RT 4/10

B. RIWAYAT KESEHATAN
Cara Masuk : Melalui IGD Melalui Poliklinik Transfer ruangan
Masuk ke Ruangan pada tanggal 07 Januari 2022 Waktu 06.40 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 : COMPOS MENTIS
 GCS : E 4 M 5 V 6
Tanda Vital Saat Masuk : TD 120/70 mmHg
Nadi 88 x/menit teratur Tidak teratur Lemah Kuat
RR 28 x/menit teratur Tidak teratur
Suhu : 36.8 C
SpO₂ : 93 %

Nyeri :
Numeric Rating Scale
① 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Moderate Worst Possible

Verbal Rating Scale
No Pain Mild Pain Moderate Severe Very Severe Worst Possible

Wong & Baker Faces Rating Scale


0 1 2 3 4 5

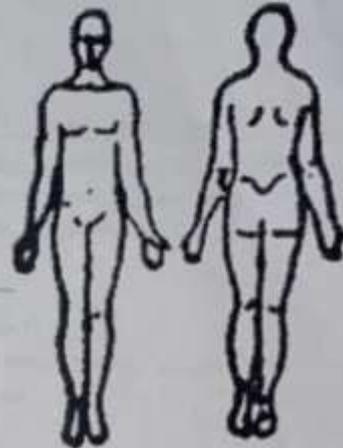
Lesi Lokalis :

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:

Tinea ada di tangan



Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA		NILAI	KET
		Tidak	Ya		
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	0	Tidak ada riwayat jatuh.
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	0	
		Ya	15		
3	Alat Bantu Jalan			0	Pasien tidak dibantu perawat dan keluarga.
	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	Keterbatasan cairan infus.
		Ya	20		
5	Gaya berjalan / pindah			0	Pasien tidak dapat berjalan sendiri.
	a. Normal / Bedrest / imobile tdk dpt bergerak sendiri		0		
	b. Lemah tidak bertenaga		10		
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)		20		
6	Status Mental			0	GCS: E4 V5 M6
	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	HIJAU
2. Risiko, lakukan tindakan pencegahan jatuh	>25	KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian : Sesak nafas dan batuk berdahak

otot :

5/5	5/5
5/5	5/5

9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : PAJUH HADIR MAMPU MERASA DENGAN BAIK LINDAI

Motorik : PAJUH HADIR MAMPU MERASA DENGAN BAIK MAMPU

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 : - Chadok : - Hoffman Turner : -

Laseque : - Kaku Kuduk : - sss

12 Syaraf Kranial : (N1 - 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) :

- Pengeluaran feses lama dan sulit Peristaltik usus menurun

A.4. Aktivitas dan Istirahat

- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Nyeri saat bergerak
 Enggan melakukan pergerakan Cemas saat bergerak
- Merasa kaku sendi Gerakan tidak terkoordinasi
 Mengeluh sulit tidur Mengeluh sering terbangun/terjaga Mengeluh tidak puas tidur
 Mengeluh pola tidur berubah Mengeluh istirahat tidak cukup Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
 Dispneu setelah/saat aktivitas Merasa lemah Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
 Mengeluh lelah Merasa tenaga tidak pulih walaupun telah tidur
 Merasa kurang tenaga Tidak menggunakan obat tidur
- Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur
 Mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur

A.4. Neurosensori

- Sakit kepala Nyeri dada Pandangan Kabur
 Kongesti Nasal Parastesia Kongesti Konjungtiva
 Menggigil Mudah lupa Sulit mempelajari ketrampilan baru
- tidak mampu mengingat informasi faktual
 tidak mampu mengingat perilaku tertentu yg pernah dilakukan
 lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan
- Mengeluh sulit menelan Batuk sebelum menelan
 Batuk setelah makan atau minum Tersedak
 Makanan tertinggal di rongga mulut Sulit mengunyah
 Refluks nasal Muntah sebelum menelan
 makanan terdorong keluar dari mulut Makanan jatuh dari mulut
 tidak mau makan/menolak makan Makanan tidak dihabiskan
 Muntah disertai mual muntah tanpa mual

A.4. Reproduksi & Seksualitas

- aktivitas seksual berubah eksitasi seksual berubah
 Hubungan seksual tidak memuaskan peran seksual berubah
 Fungsi seksual berubah hasrat seksual menurun
 Dispareunia hubungan seksual terbatas
 Ketertarikan pada pasangan berubah Hubungan seksual terbatas
 Mencari informasi tentang kemampuan mencapai kepuasan seksual

- sulit melakukan aktivitas seksual Aktivitas seksual berubah
 Mengungkapkan perilaku seksual berubah Orientasi seksual berubah
 Mengungkapkan hubungan dengan pasangan berubah

B. Psikologis

B.1. Nyeri dan Ketidaknyamanan

- Mengeluh tidak nyaman Mengeluh sulit tidur
 Tidak mampu rileks mengeluh kedinginan / kepanasan
 Merasa gatal merintih menangis

C. Pemeriksaan Fisik

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 M5 V6

4. Vital Sign : Tekanan Darah : 120 / 70 mmHg
 Nadi : 88 x/menit reguler/irreguler/kuat/sedang/lemah
 Respirasi : 28 x/menit normal/kusmaul/cheynestokes/Biot

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

6. Kepala & Leher

Wajah : Sangat bersih, tidak pucat atau merah Hidung : Bersih
 Mata : terbuka, pupil isokor, sklera normal
 Bibir & Mukosa Mulut : lembut, pink
 Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar Jugular Vein Pressure (JVP) :

7. Thorax (Jantung & Paru-paru)

Jantung
 Inspeksi : Tidak ada perubahan
 Palpasi : tidak ada benjolan
 Perkusi : Suara jantung baik
 Auskultasi : Normal

Paru-Paru :

Inspeksi : Simetriis, tidak ada lesi
 Palpasi : Tidak ada krepitasi atau hiperesonansi
 Perkusi : Suara paru normal atau hiperesonansi
 Auskultasi : Fase ICB paru, tidak ada ronkales dan paru terdapat

8. Abdomen Terdapat suara tambahan pada pemeriksaan auskultasi

Inspeksi : abdomen tampak normal, tidak ada lesi
 Auskultasi : Peristaltik usus 10x / menit
 Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
 Perkusi : Suara Pilius Timpani

9. Genitalia & Rectum :

Genitalia bersih dan tidak ada hasil abnormal
MAAT, tidak ada lesi pada area ERA/ERA

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : SULASTI
 Dx. Medis : TB. PAU
 Ruang : TIPUS
 No. MR : 00900959

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
	<u>Paku</u> <u>6 Januari 2015</u> <u>11.42 WIB</u>	<p>1. Pasien mengeluhkan sulit tidur karena sering batuk dan sesak</p> <p>DS:</p> <p>2. Pasien mengatakan sulit tidur karena merasa iritasi tenggorokan serta sesak di malam hari</p> <p>3. Pasien mengatakan berakarnya kencing manis karena kurang tidur</p> <p>DO:</p> <p>1. Pasien tampak angs</p> <p>2. Pasien tampak sakit</p> <p>3. Pasien tampak menyuntak</p>	<u>Gangguan</u> <u>fra tidur</u>	<u>Kurang</u> <u>tidur</u> <u>normal</u> <u>tidur</u>
		<p>DS:</p> <p>DO:</p>		

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : SULASTI, P.
 Dx. Medis : Tb. paru
 Ruang : Tecatur
 No. MR : 00.00.00.59

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
	Rabu 6 January 2015 11.40 WIB	<p>1. Pasien mengalami sesak nafas</p> <p>DS: 2. Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk-batuk parah ketika bangun bangun</p> <p>3. Pasien mengatakan sesak nafas hilang setelah istirahat</p> <p>4. Pasien mengatakan sesak nafas disertai dengan demam dan menggigil</p> <p>5. Pasien mengatakan berat badan menurun</p> <p>DO:</p> <p>1. Pasien tampak sesak dan batuk</p> <p>2. RR: 20 x/menit</p> <p>3. Perasaan seperti berdehem pada dada</p> <p>4. Suhu: 38.5°C</p> <p>5. RR: 20 x/menit</p> <p>6. RR: 20 x/menit</p>	<p>Batuk dan sesak nafas</p>	<p>Sepsis yang terdahulu</p>
	Rabu 6 January 2015 11.40	<p>DS: - Klien mengatakan sesak nafas</p> <p>- Klien mengatakan batuk-batuk parah</p> <p>- Klien mengatakan demam</p> <p>- Klien mengatakan berat badan menurun</p> <p>- Klien mengatakan menggigil</p> <p>DO: - RR: 20 x/menit</p> <p>- Suhu: 38.5°C</p> <p>- RR: 20 x/menit</p> <p>- RR: 20 x/menit</p> <p>6. RR: 20 x/menit</p> <p>7. RR: 20 x/menit</p>	<p>Sesak nafas</p>	<p>Kulit yang kemerahan</p>

G. 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 thd stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian 1/2 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 mengartikan 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	3
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	4
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan 1/2 porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari 1/2 porsi makannya	4. Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.	1
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan		3
SKOR					19

Diadopsi dari Braden & Bergstrom (1998), AHCP (2008)

Skor : 15 - 18 berisiko, 13 - 14 risiko sedang, 10 - 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi

Tidak ada
dan
sudah

Lampiran 4: Standar Operasional Prosedur

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR BATUK EFEKTIF

Definisi	Batuk efektif merupakan suatu cara batuk, dimana pasien dengan mudah untuk mengeluarkan sputum secara maksimal. Batuk efektif merupakan batuk yang dilakukan secara sengaja. Batuk efektif dilakukan melalui gerakan yang telah dilatih. Dengan dilakukan batuk efektif berbagai penghambat saluran pernapasan dapat dikeluarkan (Rosyidi, 2013).
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membebaskan jalan nafas dari akumulasi sekret. 2. Mengeluarkan sputum untuk pemeriksaan diagnostic laboratorium. 3. Mengurangi sesak nafas akibat akumulasi sekret.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. COPD / PPOK (Chronic Obstructive Pulmonary Disease /Penyakit Paru 2. Obstruktif Kronik). 2. Emfisema. 3. Fibrosis. 4. Asma . 5. Chest infection. 6. Pasien bedrest atau post operasi
Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pneumotoraks. 2. Hemoptisis. 3. Gangguan sistem kardiovaskuler. 4. Edema paru. 5. Efusi pleura.
Prosedur Tindakanm	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan Alat: 2. Tissue. 3. Bengkok. 4. Perlak/pengalas. 5. Sputum pot berisi desinfektan 6. Masker. 7. Handscoon 8. Air hangat.
	<p>Tahap Pra Interaksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Pasien. 2. Menyiapkan peralatan. 3. Mencuci tangan.

	<p>Tahap Orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri. 2. Menjelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan. 3. Mendapatkan persetujuan pasien. 4. Mengatur lingkungan sekitar pasien. 5. Membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman
	<p>Tahap Kerja, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien minum air hangat terlebih dahulu 30 menit sebelum tindakan. 2. Mengatur pasien duduk di kursi atau tempat tidur dengan posisi tegak atau semi fowler. 3. Memasang perlak/pengalas dan bengkok di pangkuan pasien. 4. Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen. 5. Melatih pasien menarik nafas dalam menahannya selama 3 detik, kemudian menghembuskan nafas secara perlahan. 6. Meminta pasien untuk mengulangi kegiatan diatas sebanyak 3 kali. 7. Meminta pasien melakukan batuk dengan kuat langsung setelah tarikan nafas ke 3. 8. Keluarkan sputum dan buang pada tempat yang tersedia 9. Menutup pot penampung sputum 10. Bersihkan mulut dengan tissue. 11. Merapikan pasien
	<p>Tahap Terminasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membersihkan dan menyimpan kembali peralatan pada tempatnya. 2. Mencuci tangan. 3. Melakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan. 4. Dokumentasi (Santosa, 2019)

Lampiran 5 : Lembar Bimbingan pembimbing 1

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

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

Nama Mahasiswa : LIA YUNIKANTI
 NIM : 2014401013
 Pembimbing Utama : Ai. Mufhan, SPM, N.Ks
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Keperawatan
 akibat Patah Papan dengan Terbuka di rumah
 Es. Marti Wicaya Prodi Keperawatan Tahun 2025

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	06-1-2025	Bimbingan awal	[Signature]	[Signature]
2	01/01/2025	Bimbingan wawancara	[Signature]	[Signature]
3	08-01-2025	Review Laporan Askep	[Signature]	[Signature]
4		Perbaikan Bab 1-5	[Signature]	[Signature]
5	10/1/2025	Perbaikan Bab 1-5	[Signature]	[Signature]
6	13/1/2025	Perbaikan Bab 1-9	[Signature]	[Signature]
7	16	Perbaikan Bab 1-3 dan daftar isi	[Signature]	[Signature]
8	17/1/2025	Perbaikan Bab 4-5	[Signature]	[Signature]
9	19/1/2025	ACC	[Signature]	[Signature]
10	29/1/2025	Maju Seminar KAS	[Signature]	[Signature]
11	15/1/2025	Perbaikan Daftar Isi, Tabel, dan Bab 1 hal. 2.	[Signature]	[Signature]
12	16/01/2025	Revisi Abstrak ACC	[Signature]	[Signature]

Bandar Lampung,

 Pembimbing Utama

[Signature]
 Ai. Mufhan, SPM, N.Ks
 NIP. 196601011989031006

Lampiran 6: Lembar bimbingan pembimbing 2

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

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING KE DUA

Nama Mahasiswa : Lia Yumanti
 NIM : 201901013
 Pembimbing : N.S. Dedan Saiful Kholi, S.Kep.Ns, M.Si
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Urinaria
Orangtua Pada Pasien dengan Diabetes di Ruang
Rawat Inap RSUD Hasanudin Yogi No. 10000 Bandar
2025

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	5/06/2025	Revisi Rumusan Judul	<i>Li</i>	<i>P</i>
2	10/06/2025	Revisi Bab 1	<i>Li</i>	<i>P</i>
3	11/06/2025	Revisi Bab 3.	<i>Li</i>	<i>P</i>
4	12/06/2025	Revisi bab 2 dan bab 4	<i>Li</i>	<i>P</i>
5	13/06/2025	Revisi Rumusan Bab-4.	<i>Li</i>	<i>P</i>
6	16/06/2025	Revisi Bab 4-5	<i>Li</i>	<i>P</i>
7	08/06/2025	Revisi Bab 4	<i>Li</i>	<i>P</i>
8	19/06/2025	Revisi Rumusan daftar pustaka	<i>Li</i>	<i>P</i>
9	20/06/2025	Revisi abstrak	<i>Li</i>	<i>P</i>
10	23/06/2025	Acc susung / Angkutan barang	<i>Li</i>	<i>P</i>
11	24/06/2025	Maka seminar hasil	<i>Li</i>	<i>P</i>
12	17/07/2025	Acc cetak	<i>Li</i>	<i>P</i>

Bandar Lampung,
 Pembimbing Ke Dua

[Signature]