

Lampiran 1

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :

NIM :

Ruangan : No. Reg. :

Tanggal pengkajian : Jam :

IDENTITAS

Nama pasien :

Umur :

Jenis kelamin :

Suku / Bangsa :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

Tgl. MRS :

Diagnosa :

STATUS KESEHATAN

Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama (Saat MRS dan saat ini)

.....

Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

.....
.....

Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

.....
.....

Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit yang pernah dialami

.....
.....

Pernah dirawat di rumah sakit ? Ya Tidak

Kalau ya, kenapa ?

Berapa lama ?

Apakah klien menggunakan obat-obat, seperti analgesik, sedatif, antipsikotik, antidepresi, atau perangsang sistem saraf ?

Ya Tidak

Jenis obat ?

Apakah pernah mengeluhkan gejala sakit kepala, kejang, tremor, pusing, vertigo, kesemutan pada bagian tubuh, kelemahan, nyeri atau perubahan ? Ya

Tidak

Kalau ya, apa saja yang dirasakan ?

Apakah pernah mengalami peningkatan kadar gula ?

Ya Tidak

Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sesuai diderita pasien :

stroke hipertensi vertigo lain-lain

POLA KESEHATAN

Pola persepsi dan manajemen kesehatan

.....

 Pola nutrisi/metabolik

Kondisi	Data subyektif	Data obyektif
Selera makan Sehari makan berapa kali ? Mual/muntah ? Sekali makan habis porsi berapa ? Sehari minum berapa kali ? Jumlah yang diminum sehari ?		

Pola eliminasi

Kondisi	Data subyektif	Data obyektif
Eliminasi uri : Frekuensi Warna Jumlah		
Eliminasi alvi : Frekuensi Warna Bentuk		

Pola aktivitas dan latihan

Gejala : Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan atau paralisis.

Tanda : Gangguan tonus otot, gangguan penglihatan

Aktivitas

Kemampuan Perawatan Diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Berpindah					

Keterangan : 0 : Mandiri, 1 : Alat bantu, 2 : Dibantu orang lain, 3 : Dibantu orang lain dan alat, 4 : Tergantung

Latihan

Sebelum sakit

.....

Saat sakit

.....

Pola istirahat tidur

Kondisi	Data subyektif	Data obyektif
Jam tidur sehari-hari		
Pola tidur		
Kesulitan tidur		

Pola kognitif perseptual

.....

Pola persepsi-diri/konsep diri

.....
.....

Pola peran-hubungan

.....
.....

Pola seksualitas-reproduksi

.....
.....

Pola coping-toleransi stress

.....
.....

Pola nilai kepercayaan

.....
.....

PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan umum :

Kesadaran :

GCS : E :...../ V :...../ M :

Tanda-tanda vital

Tekanan darah: mmHg

Nadi : x/menit

Suhu : 0C

Respirasi : x/menit

Keadaan fisik

B1 (Breathing)

Inspeksi

Terdapat cuping hidung (.....), alat bantu nafas (.....), sianosis (.....), pembesaran vena jugularis (.....), lesi (.....), bentuk dada, terpasang O2 (.....), jenis O2 (.....)

Palpasi

Krepitasi (.....), oedema (.....), vocal fremitus

Perkusi

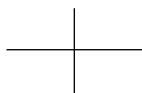
Sonor Red

Pekak Hy sonor

Auskultasi

Suara nafas :

Suara nafas tambahan : Ronkhi Wheezing Rales



B2 (Blood)

Inspeksi

Ictus cordis : Ada Tidak

Lesi : Ada Tidak

Palpasi

Massa (.....), Akral :, CRT, Nadi, ictus cordis (.....)

Perkusi

Redup pek Hy sonor

Auskultasi

Bunyi jantung S1 :

Bunyi jantung S2 :

Bunyi jantung S3 :

B3 (Brain)

Inspeksi

Kesadaran : Composmentis apatis somnolen

Spoor koma gelisah
 Pupil : isokor non isokor
 Sklera : putih merah ikterus
 Perdarahan
 Konjungtiva : pucat merah muda

Leher :

Peningkatan TIK :

Sakit kepala (.....) penglihatan ganda (.....)

Mual muntah (.....) merasa bingung (.....)

B4 (Bladeer)

Inspeksi

Terpasang kateter (.....), produksi urine : ml,x/hari, warna :

Inkontinensia oliguria poliuri
 Menetes disuri nocturi
 Tidak ada masalah

Palpasi

Distensi kandung kemih (.....), massa (.....)

B5 (Bowel)

Inspeksi

Bentuk :

Lesi :

Terpasang NGT (.....), mukosa bibir (.....)

Auskultasi

Bising usus : x/menit

Perkusi

Tympani hipertympani Redup pekak

Palpasi

Nyeri tekan : Ada Tidak

Jika ada, abdomen sebelah

B6 (Bone)

Mobilisasi :

ADL :

Ekstremitas atas

Oedema dekubitus luka

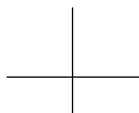
Ekstremitas bawah

Oedema : Ada Tidak Luka : Ada Tidak Kemampuan sendi : bebas terbatas

Warna kulit akral

Ikterik hangat Pucat panas Kemerahan dingin kering

Tonus otot



Keterangan :

0 : Paralisis total atau tidak ditemukan adanya kontraksi pada otot

1 : Kontraksi otot yang terjadi hanya berupa perubahan dari tonus otot yang dapat diketahui dengan palpasi dan tidak dapat menggerakkan sendi

- 2 : Otot hanya mampu menggerakkan persendian tetapi kekuatannya tidak dapat melawan pengaruh gravitasi
- 3 : Selain dapat menggerakkan sendi, otot juga dapat melawan pengaruh gravitasi tetap tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan oleh pemeriksa
- 4 : Kekuatan otot seperti pada tingkat 3 disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan
- 5 : Kekuatan otot normal

Neurologis

Pengkajian syaraf kranial

Syaraf	Teknik Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	
		Normal	Abnormal
I	Mata klien ditutup dan pada saat yang sama satu lubang hidung ditutup, klien diminta membedakan zat aromatis		
II	Penilaian ketajaman penglihatan (tes snellen)		
	Lapang penglihatan		
	Pemeriksaan fundus		
III, IV & VI	Observasi kelopak mata		
	Observasi bentuk ukuran pupil		
	Perbandingan pupil kanan dan kiri		
	Pemeriksaan refleks pupil		
	Pemeriksaan gerakan bola mata		
V	Pemeriksaan fungsi motorik nervus trigeminus		

	Pemeriksaan sensorik nervus trigeminus		
	Pemeriksaan refleks		
VII	Inspeksi wajah		
VIII	Pemeriksaan pendengaran		
	Pemeriksaan fungsi vestibular		
IX & X	Mekanisme menelan, pengecapan		
XI	Inspeksi fungsi otot sternokleidomastoideus		
XII	Pemeriksaan lidah		

Pemeriksaan reflex

Reflex patologis

.....

Reflex fisiologis

.....

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Data laboratorium yang berhubungan

.....

TERAPI SAAT INI

.....

ANALISA DATA

Nama Pasien :

Umur :

Nomor Registrasi :

No	Symtom	Etiologi	Problem

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Umur :

Nomor Registrasi :

Diagnosa Keperawatan Prioritas :

.....

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Umur :

Nomor Registrasi :

No	SDKI	SLKI	SIKI

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Umur :

Nomor Registrasi :

No	Hari/Tanggal	Dx. Kep	Implementasi	TTD

--	--	--	--	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Umur :

Nomor Registrasi :

No	Hari/tanggal	Evaluasi	TTD

--	--	--	--

Lampiran 2

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya mahasiswa Program Studi Profesi Ners STIKes Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto:

Nama :

NIM :

Dengan ini saya selaku mahasiswa yang akan mengadakan penelitian dengan judul **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Masalah Nyeri Akut pada Pasien Appendicitis di RSUD Bangil”**.

Untuk kepentingan di atas, maka saya mohon kesediaan saudara untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini. Demikian permohonan saya, atas kesediaan dan kerjasamanya saya sampaikan terima kasih.

Mojokerto, Mei 2022

Penulis

Lampiran 3

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI
PARTISIPAN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Stikes Bina Sehat PPNI Mojokerto :

Nama (inisial) :

Umur :

Alamat :

Dengan sukarela menyetujui ikut serta sebagai partisipan dengan catatan suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini, saya percaya yang saya tulis ini dijamin kerahasiaannya.

Mojokerto,

Partisipan

()

Lampiran 4

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**LATIHAN NAFAS DALAM / DEEP BREATHING EXERCISE**

Definisi	Deep breathing exercise merupakan latihan pernapasan dengan tehnik bernapas secara perlahan dan dalam, menggunakan otot diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta mengurangi kerja pernapasan 2. Meningkatkan inflasi alveolar maksimal, relaksasi otot dan menghilangkan ansietas 3. Mencegah pola aktifitas otot pernapasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernafas
Indikasi dan Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> a. Indikasi Deep breathing exercise dapat diberikan kepada seluruh penderita dengan status pasien yang hemodinamik stabil, pasien CHF NYHA II dan III b. Kontraindikasi Klien mengalami perubahan kondisi nyeri berat, sesak nafas berat dan emergency
Prosedur	a. Persiapan alat : Bantal sesuai

	<p>kebutuhan dan kenyamanan klien, Tempat tidur IGD dengan pengaturan sesuai, kenyamanan klien, Tissue, Bengkak</p> <p>b. Persiapan klien : kontrak topik, waktu, tempat dan tujuan dilaksanakan latihan nafas/ deep breathing exercise</p> <p>c. Persiapan lingkungan : ciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, jaga privacy klien</p>
Pelaksanaan	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sesuai dengan prosedur. 2. Mengidentifikasi status pasien yang hemodinamik stabil, pasien CHF NYHA II dan III 3. Melakukan pemeriksaan terhadap status pernapasan. 4. Mengidentifikasi klien tidak dalam kondisi nyeri berat, sesak nafas berat dan emergency. 5. Memastikan klien dalam kondisi sadar dan dapat mengikuti perintah dengan baik. 6. Mengatur posisi klien berbaring di atas tempat tidur kepala lebih tinggi, bila memungkinkan dengan posisi semi fowler atau fowler/duduk. 7. Mengatur posisi bantal sesuai kebutuhan untuk kenyamanan klien. 8. Apabila terdapat akumulasi sekret. Mengajarkan batuk efektif (dengan menarik nafas dalam dan secara perlahan melalui hidung dan mulut, tahan 1-5 hitungan, kemudian mulai batuk dengan hentakan lembut, tampung dahak pada bengkak). Bila perlu suction sesuai indikasi untuk membantu mengeluarkan sekret dari jalan nafas bawah. 9. Mengajarkan klien menghirup nafas secara perlahan dan dalam melalui mulut dan hidung, sampai perut terdorong maksimal/mengembang. Menahan nafas 1-6 hitungan, selanjutnya menghembuskan udara secara hemat melalui mulut dengan bibir terkatup secara perlahan. 10. Meminta klien untuk melakukan latihan secara mandiri dengan 30 kali 	

latihan nafas dalam selama 30 menit dengan diselingi istirahat 30 menit. Latihan dilaksanakan sebanyak 6 kali sehari pada siang hari selama 4 hari. Setiap latihan dibagi dalam 3 fase masing-masing selama 10 menit sesuai toleransi klien dengan jeda batuk efektif.

11. Melakukan pengawasan keteraturan kemampuan latihan serta antisipasi terhadap toleransi kemampuan dan perkembangan kondisi klien.
12. Melakukan pemeriksaan status pernapasan.
13. Membereskan alat dan mencuci tangan sesuai prosedur.
14. Melaksanakan dokumentasi tindakan.

Lampiran 5

LEMBAR KONSULTASI

NAMA : Valida Ika Setiya

NIM : 202173057

JUDUL : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Masalah Nyeri Akut
Pada Pasien Appendicitis di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TTD
1.	24 Januari 2022	– Acc judul	
2.	25 Januari 2022	– Bab 1 : latar belakang disusun sesuai urutan. (Pendahuluan, data stupen, kronologi terjadinya app sampai terjadinya nyeri, dan solusi)	
3.		– Kurang focus ke masalahnya – Cari sumber terbaru – Jarak dan spasi sesuai ketentuan	
4.	21 Feb 2022	– Bab 2 : Pathway di buat manual bagan/kotak lalu di grouping	
5.		– Halaman untuk style fontnya masih Calibri – Lanjut bab 3 dan 4	
6.	22 April 2022	– Bab 4 : saat menulis diagnose diharapkan menggunakan rumus (diagnose, masalah , b/d, ditandai dengan DS, DO)	
	20 Mei 2022	– Implementasi di tulis sesuai SIKI – Saat implemetasi jangan lupa tanggal dan jam – Dalam evaluasi hari	

	13 Agustus 2022	<p>pertama, kedua, dan ketiga pencapaian apa saja yang didapatkan, sesuai luaran.</p> <ul style="list-style-type: none">– Pembahasan bias ditambahkan bukti dari jurnal– Rapikan mulai cover- daftar pustaka– Halaman disesuaikan	
--	-----------------	---	--