

Lampiran 1

**WAKTU PELAKSANAAN KEGIATAN PENELITIAN GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN
FRAKTUR EKSTREMITAS BAWAH DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG BIMA RSUD SANJIWANI GIANYAR TAHUN 2020**

No	Kegiatan	Waktu																											
		Jan 2020				Feb 2020				Mar 2020				Apr 2020				Mei 2020				Juni 2020							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Penyusunan proposal	■																											
2	Seminar proposal					■																							
3	Revisi proposal						■																						
4	Pencarian data di repository									■																			
5	Pengumpulan data									■																			
6	Pengolahan data									■																			
7	Analisis data									■																			
8	Penyusunan laporan													■															
9	Sidang hasil penelitian																	■											
10	Revisi laporan																					■							
11	Pengumpulan KTI																									■			

Lampiran 2

**REALISASI ANGGARAN PENELITIAN
GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN
FRAKTUR FEMUR DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG BIMA RSUD SANJIWANI GIANYAR
TAHUN 2020**

No	Kegiatan	Rencana Biaya
1	Tahap Persiapan a. Penyusunan proposal b. Penggandaan proposal c. Revisi proposal	Rp 250.000,00 Rp 250.000,00 Rp 250.000,00
2	Tahap Pelaksanaan a. Pengurusan ijin penelitian b. Penggandaan lembar pengumpulan data c. Transportasi dan akomodasi	Rp 300.000,00 Rp 200.000,00 Rp 200.000,00
3	Tahap Akhir a. Penyusunan laporan b. Penggandaan laporan c. Revisi Laporan d. Biaya tidak terduga	Rp 300.000,00 Rp 300.000,00 Rp 200.000,00 Rp 300.000,00
	Jumlah	Rp 2.550.000,00

Lampiran 3

DATA HASIL OBSERVASI DOKUMEN

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah setiap pertanyaan lembar observasi dengan teliti dan benar
2. Jawablah pada kolom yang tersedia, dengan cara memberi tanda pada kolom yang sesuai dengan keadaan klien

Judul Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan Pasien Fraktur Femur
Dengan Nyeri Akut Di Ruang Bima RSUD Sanjiwani
Gianyar Tahun 2020

Kode Responden :

Tanggal Penelitian : / /

A. Pengkajian

No	DS, DO, dan Masalah Keperawatan	Tanda dan Gejala			
		Subjek 1		Subjek 2	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Nyeri Akut				
	a. Tekanan darah meningkat		√		√
	b. Pola nadas berubah		√		√
	c. Nafsu makan berubah		√		√
	d. Proses berpikir terganggu		√		√
	e. Menarik diri		√		√
	f. Berfokus pada diri sendiri		√		√

	g. Diaforesis		√		√
	h. Tampak meringis		√		√
	i. Bersikap protektif (misalnya waspada, menghindari posisi nyeri)		√		√
	j. Gelisah		√		√
	k. Frekuensi nadi meningkat		√		√
	l. Sulit tidur		√		√
	m. Mengeluh nyeri	√		√	

B. Diagnosa

No	Diagnosa Keperawatan (PES)	Dirumuskan			
		Subjek 1		Subjek 2	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<i>Problem</i>				
	Nyeri akut	√		√	
2	<i>Etiology</i>				
	a. Agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma)				
	b. Agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia iritan)				
	c. Agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi,		√		√

	terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih)				
3	<i>Sign and symptom</i>				
	a. Mengeluh nyeri		√		√
	b. Tampak meringis		√		√
	c. Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)		√		√
	d. Gelisah		√		√
	e. Frekuensi nadi meningkat		√		√
	f. Sulit tidur		√		√
	g. Tekanan darah meningkat		√		√
	h. Pola napas berubah		√		√
	i. Nafsu makan berubah		√		√
	j. Proses berfikir terganggu		√		√
	k. Menarik diri		√		√
	l. Berfokus pada diri sendiri		√		√
	m. Diaphoresis		√		√

C. Intervensi

No	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Direncanakan			
		Subjek 1		Subjek 1	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Manajemen nyeri				
	a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.		√		√
	b. Identifikasi skala nyeri		√		√
	c. Identifikasi respons nyeri non verbal		√		√
	d. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri		√		√
	e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri		√		√
	f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri		√		√
	g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup		√		√
	h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang telah diberikan		√		√
	i. Monitor efek samping pemberian analgetik		√		√
	j. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	√		√	
	k. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri		√		√

	l. Fasilitasi istirahat dan tidur		√		√
	m. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.		√		√
	n. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri		√		√
	o. Jelaskan strategi meredakan nyeri		√		√
	p. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri		√		√
	q. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat		√		√
	r. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri		√		√
	s. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu	√		√	
2.	Pemberian analgesic				
	a. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, Pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)		√		√
	b. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri		√		√
	c. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah	√		√	

	pemberian analgesik				
	d. Monitor efektivitas analgesik		√		√
	e. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, <i>jika perlu</i>		√		√
	f. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum		√		√
	g. Tetapkan target efektivitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien		√		√
	h. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan		√		√
	i. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat		√		√
	j. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, Sesuai indikasi	√		√	

D. Implementasi

No	Implementasi Keperawatan	Direncanakan			
		Subjek 1		Subje 2	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Manajemen nyeri				
	a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.		√		√
	b. Mengidentifikasi skala nyeri		√		√
	c. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal		√		√
	d. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri		√		√
	e. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri		√		√
	f. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri		√		√
	g. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup		√		√
	h. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang telah diberikan		√		√
	i. Memonitor efek samping pemberian analgetik		√		√
	j. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri		√		√

	k. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri		√		√
	l. Memfasilitasi istirahat dan tidur		√		√
	m. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.		√		√
	n. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri		√		√
	o. Menjelaskan strategi meredakan nyeri		√		√
	p. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri		√		√
	q. Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat		√		√
	r. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri		√		√
	s. Mengkolaborasi pemberian analgetik bila perlu	√		√	
2.	Pemberian analgesic				
	t. Mengidentifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, Pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)		√		√
	u. Mengidentifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non narkotik, atau NSAID) dengan tingkat		√		√

	keparahan nyeri				
	v. Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik		√		√
	w. Memonitor efektivitas analgesik		√		√
	x. Mendiskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, <i>jika perlu</i>		√		√
	y. Mempertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum		√		√
	z. Menetapkan target efektivitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien		√		√
	aa. Mendokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan		√		√
	ab. Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat		√		√
	ac. Mengkolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, Sesuai indikasi		√		√

E. Evaluasi

No	Evaluasi	Dievaluasi			
		Subjek 1		Subjek 2	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<i>Subjektif</i>				
	a. Tidak mengeluh nyeri	√		√	
2.	<i>Objektif</i>				
	a. Tidak tampak meringis		√		√
	b. Bersikap protektif berkurang		√		√
	c. Gelisah berkurang		√		√
	d. Frekuensi nadi menurun		√		√
	e. Sulit tidur berkurang		√		√
	f. Tekanan darah menurun		√		√
	g. Pola nafas tidak berubah		√		√
	h. Proses berfikir tidak terganggu		√		√
	i. Menarik diri berkurang		√		√
	j. Berfokus pada diri sendiri berkurang		√		√
	k. Diaforesis berkurang		√		√
3.	<i>Assessment</i>	√		√	
4.	<i>Planning</i>	√		√	

Lampiran 4

Format Asuhan Keperawatan Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Fraktur Femur dengan Nyeri Akut

Logo RS	PENGKAJIAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Tn. AB
		Tgl. Lahir : 31/12/1943
		No. RM : 434507

Keluhan Utama : Nyeri pada kaki kanan

Riwayat penyakit : Pasien datang ke IGD pada tanggal 16 april 2019 dengan keluhan nyeri pada kaki kanan setelah ditabrak anjing dirumah sejak 2 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan yang dirasa terus menerus tanpa ada factor yang memperberat dan memperingan. Riwayat benturan kepala (-), mual (-), muntah (-), Riwayat HT (+)

Kekuatan otot

555	555
111	555

Riwayat Penyakit Sebelumnya

Riwayat hospitalisasi : Ada Tidak ada,

Riwayat penyakit yang sama : Ada Tidak ada

Riwayat penyakit yang pernah diderita : Asma Hipertensi Diabetes Millitus

Lainnya, Sebutkan :

Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keturunan : Tidak ada Ada,

sebutkan.....

Riwayat penyakit menular : Tidak ada Ada,

sebutkan.....

Riwayat alergi : Tidak ada Ada,

sebutkan.....

Keadaan Umum

Kesadaran : CM Apatis Somnolent Sopor Coma, GCS : E4V5M6
 Tanda Vital : S : 36oC N : 90 X/Menit RR : 20 X/Menit TD : 160/90 mmHg

Pemeliharaan Kesehatan

Persepsi terhadap arti kesehatan : Penting Tidak Penting
 Pengetahuan tentang penatalaksanaan regimen terapeutik :
Tahu Tidak Tahu
 Pengetahuan tentang praktek kesehatan : Tahu Tidak Tahu
 Kemampuan mengambil keputusan : Mampu Tidak Mampu
 Mampu Kemampuan memilih fasilitas kesehatan : Mampu Tidak Mampu
 Kebiasaan berobat Dukun Tenaga Kesehatan
 Lainnya.....

Masalah

Keperawatan
Manajemen regimen terapeutik yang efektif
Manajemen regimen terapeutik yang tidak efektif

Pola Nutrisi

Pola makan : 1 kali/hari 2kali/hari 3kali/hari
 Jenis makanan : Cair/ASI/PASI Lunak Padat
 Rute makan : Oral NGT Parentral Puasa
 Porsi makan : 1 porsi
 Riwayat alergi makanan : Ada Tidak Ada
 Jenisnya.....
 Masalah dalam hal makan : Ada, jenisnya : Mual Muntah Tidak ada nafsu makan Sulit menelan Lainnya.....Tidak ada
 BB sebelum sakit :kg, BB saat pengkajian :
 TB :LLA : cm, IMT :

Pola minum

Jumlah minum sehari : 4 gelas (1000 cc/hari)
 Jenis minuman : Air putih Alcohol Karbonasi Kopi The
 Masalah dalam hal minum : Tidak Ada Ada, jenisnya :

Masalah

Keperawatan
Pola makan bayi tidak efektif
Kerusakan menelan
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
Risiko ketidakseimbangan

<input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Tidak ada nafsu minum, Tanda-tanda dehidrasi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, jenisnya : <input type="checkbox"/> Mata cowong, <input type="checkbox"/> Mukosa bibir kering, <input type="checkbox"/> Ubun-ubun cekung, <input type="checkbox"/> Turgor kulit menurun, <input type="checkbox"/> Lemas	nutrisi lebih dari kebutuhan <input type="checkbox"/> Kurang volume cairan <input type="checkbox"/> Risiko kekurangan volume cairan <input type="checkbox"/> Kelebihan volume cairan <input type="checkbox"/> Risiko ketidakseimbangan volume cairan
Pola Eliminasi BAB Eliminasi BAB : <input checked="" type="checkbox"/> 1 kali/hari <input type="checkbox"/> 2kali/hari <input type="checkbox"/> 3kali/hari <input type="checkbox"/> Lebih dari 3kali/hari, Volume :cc Konsistensi : <input type="checkbox"/> Keras <input checked="" type="checkbox"/> Lembek <input type="checkbox"/> Encer <input type="checkbox"/> Cair Bau : <input checked="" type="checkbox"/> Khas Faeces <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Busuk Warna : <input checked="" type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> Hitam <input type="checkbox"/> Hijau <input type="checkbox"/> Putih <input type="checkbox"/> dempul Terdapat Darah : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Terdapat lender : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Frekuensi peristaltic usus : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Meningkat, Frekuensi.....Kali/menit Nyeri tekan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan dimana..... Pembesaran organ : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan nama organ..... Keluhan lain..... Pola Eliminasi BAK Frekuensi BAK : 4 kali/hari, Volume : 1000 cc Warna : <input checked="" type="checkbox"/> Jernih <input type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> Warna teh <input type="checkbox"/> Bercampur darah/nanah Masalah Bau : <input checked="" type="checkbox"/> Khas urine <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Busuk Keluhan.....	Masalah Keperawatan <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Konstipasi <input type="checkbox"/> Kurang volume cairan <input type="checkbox"/> Inkontinensia alvi <input type="checkbox"/> Kerusakan eliminasi urine <input type="checkbox"/> Retensi Urine <input type="checkbox"/> Inkontinensia urine <input type="checkbox"/> PK
Pola Aktivitas Keluhan sesak nafas : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada Irama Pernafasan : <input type="checkbox"/> Eupneu <input type="checkbox"/> Apneu <input type="checkbox"/> Orthopnoe	Masalah Keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Nyeri akut

<input type="checkbox"/> Bradipnea <input type="checkbox"/> Dispnea Jenis pernafasan : <input type="checkbox"/> Kusmaul <input type="checkbox"/> Bio <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes Suara Nafas : <input checked="" type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Bronkovesikuler <input type="checkbox"/> Bronchial <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronci Keluhan Batuk : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada, <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Berdahak <input type="checkbox"/> Hemoptisis Sulit Sekret : <input type="checkbox"/> Kental <input type="checkbox"/> Lengket <input type="checkbox"/> Encer Suara jantung : S1 S2 : <input type="checkbox"/> Tunggal <input type="checkbox"/> Reguler <input type="checkbox"/> Irreguler <input type="checkbox"/> Aritmia <input type="checkbox"/> Mur-mur Berdebar setelah beraktivitas : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada CRT berapa detik <2 dtk Keluhan lain..... Kekuatan Otot : Tonus Otot : Refleks Patologis : Reflek Fisiologis :	<input type="checkbox"/> Keletihan <input checked="" type="checkbox"/> Kerusakan Mobilitas Fisik <input type="checkbox"/> Intoleransi Aktivitas <input type="checkbox"/> Kurang perawatan diri <input type="checkbox"/> Syndrome kurang percaya diri <input type="checkbox"/> Bersihan jalan nafas tidak efektif <input type="checkbox"/> Pola nafas tidak efektif <input type="checkbox"/> Kerusakan pertukaran gas <input type="checkbox"/> Perfusi Jaringan renal <input type="checkbox"/> Perfusi Jaringan serebral
---	--

Kriteria	Skoring				
	0	1	2	3	4
Kemampuan perawatan diri		√			
Kemampuan melakukan ROM		√			
Kemampuan mobilisasi di tempat tidur		√			
Kemampuan toileting		√			
Kemampuan mandi		√			
Kemampuan berpindah		√			
Kemampuan berpakaian		√			
Kemampuan makan/minum		√			

0 : Mandiri, 1 : dibantu dengan alat, 2 : dibantu orang lain, 3 : dibantu alat dan orang lain, 4 : ketergantungan penuh

<p>Pola Tidur dan Istirahat</p> <p>Jam mulai tidur malam : 21.00 Wita, Jam bangun tidur 06.00 Wita Kebiasaan tidur siang : <input checked="" type="checkbox"/>Ya <input type="checkbox"/>Tidak Jumlah jam tidur sehari : <input checked="" type="checkbox"/><6 jam <input type="checkbox"/>6-8 jam <input type="checkbox"/>>8 jam Keluhan saat tidur : <input type="checkbox"/>Ada, Sebutkan..... <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada Keluhan lemas : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada Kehitaman di sekitar kelopak mata : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan pola tidur <input type="checkbox"/> Devriipasi tidur</p>
<p>Kebutuhan Komunikasi/Pendidikan dan Pengajaran</p> <p>Kebutuhan edukasi : <input checked="" type="checkbox"/>Ada <input type="checkbox"/>Tidak Edukasi diberikan kepada : <input checked="" type="checkbox"/>Pasien <input type="checkbox"/>Keluarga <input type="checkbox"/>Lainnya..... Bicara : <input checked="" type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Serangan awal gangguan bicara, Kapan..... Bahasa sehari-hari : <input type="checkbox"/>Indonesia (Aktif/Pasif) <input checked="" type="checkbox"/>Daerah..... <input type="checkbox"/>Inggris (Aktif/Pasif) <input type="checkbox"/>Lainnya..... Agama : <input checked="" type="checkbox"/>Hindu <input type="checkbox"/>Islam <input type="checkbox"/>Kristen <input type="checkbox"/>Katolik <input type="checkbox"/>Budha Perlu penterjemah : <input type="checkbox"/>Tidak <input type="checkbox"/>Ya, Bahasa..... Bahasa isyarat : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak <input type="checkbox"/>Ya Hambatan belajar : <input type="checkbox"/>Bahasa <input type="checkbox"/>Cemas <input type="checkbox"/>Pendengaran <input type="checkbox"/>Emosi <input type="checkbox"/>Kognitif Hilang memori : <input type="checkbox"/>Kesulitan bicara <input type="checkbox"/>Motivasi buruk <input type="checkbox"/>Masalah penglihatan <input type="checkbox"/>Secara fisiologis tidak mampu belajar <input type="checkbox"/>Tidak ditemukan hambatan belajar Cara belajar yang disukai : <input type="checkbox"/>Menulis <input type="checkbox"/>Audiovisual/gambar <input type="checkbox"/>Diskusi <input type="checkbox"/>Membaca <input type="checkbox"/>Mendengar <input type="checkbox"/>Demonstrasi Hambatan fisik : <input type="checkbox"/>Buta <input type="checkbox"/>Tuli Kesediaan menerima Informasi : <input checked="" type="checkbox"/>Ya <input type="checkbox"/>Tidak Tingkat</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan persepsi sensori (visual, auditori, kinestori, gustatory, taktil) <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan <input type="checkbox"/> Risiko cedera <input type="checkbox"/> Gangguan orientasi <input type="checkbox"/> Kerusakan komunikasi verbal <input type="checkbox"/> Hipertermi <input type="checkbox"/> Hipotermi <input type="checkbox"/> Sistem termoregulasi tidak efektif <input checked="" type="checkbox"/> Nyeri akut <input type="checkbox"/> Nyeri kronik</p>

<p>Pendidikan : <input type="checkbox"/>TK <input type="checkbox"/>SD <input checked="" type="checkbox"/>SMP <input type="checkbox"/>SMA <input type="checkbox"/>Akademik <input type="checkbox"/>Sarjana <input type="checkbox"/>Lainnya.....</p> <p>Potensial kebutuhan pembelajaran : <input checked="" type="checkbox"/>Proses Penyakit <input checked="" type="checkbox"/>Pengobatan/penyakit</p> <p>Kesediaan/kesanggupan menerima edukasi : <input checked="" type="checkbox"/>Ya <input type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Gangguan orientasi (waktu, tempat dan orang) : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada</p> <p>Adakah nyeri <input type="checkbox"/>Tidak ada <input checked="" type="checkbox"/>Ada, kalau ada, dimana : paha kanan, factor pencetus fraktur femur, kualitas nyeri : nyeri seperti diremas remas, Skala 8 (0-10), waktu timbulnya terus menerus</p> <p>Keluhan peningkatan / penurunan suhu tubuh : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada, Pola suhu Peningkatan tubuh : <input type="checkbox"/>Remittent <input type="checkbox"/>intermittent</p>	
---	--

Identifikasi Risiko Pasien Jatuh

Parameter	Kriteria	Skor	Scoring
Umur	Kurang dari 60 tahun	0	
	60-80 tahun	1	
	>80 tahun	2	
Defisit sensori	Kacamata bukan bifocal	0	
	Kacamata bifocal	1	
	Gangguan pendengaran	1	
	Kacamata multifocal	2	
	Katarak/Glaukoma	2	
	Hampir tidak dapat melihat/buta	3	
Aktifitas	Mandiri	0	
	ADL dibantu sebagian	1	1
	ADL dibantu penuh	2	
Riwayat jatuh	Tidak pernah	0	
	Jatuh <1 tahun	1	3
	Jatuh < 1 bulan	2	
	Jatuh pada saat dirawat sekarang	3	
Kognisi	Orientasi baik	0	0
	Kesulitan mengerti perintah	2	
	Gangguan memori	2	
	Kebingungan	3	
	Disorientasi	3	
Pengobatan	≥ 4 jenis obat	1	1
	Sedati/Psikotropika/Narkotika	2	
	Antidepresan/Antihipertensi/Hipoglikemia	2	
	Infus epidural/spinal	2	
Mobilitas	Mandiri	0	
	Menggunakan alat bantu	1	
	Koordinasi/keseimbangan buruk	2	
	Dibantu sebagian	3	3

	Dibantu penuh	4	
Pola	Teratur	0	0
BAB/BAK	Inkontinensia feses/urine	1	
	Nokturia	2	
	Urgensi/Frekuensi	3	
Komorbid	Diabetes/Penyakit Jantung/Stroke/ISK/Gangguan saraf pusat/Parkinson	2	
	Pasca bedah 0-24 jam	3	
	Total		8

Skor 0-7 : risiko rendah untuk jatuh

Skor 8-13 : risiko sedang untuk jatuh

Skor \geq 14 : risiko tinggi untuk jatuh

<p>Konsep Diri</p> <p>Adanya kecemasan <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada Adanya ketakutan <input type="checkbox"/> Ada, terhadap apa <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Dampak sakit terhadap konsep diri : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada Ada, Jenisnya : *(Gangguan terhadap gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri)*</p> <p>Ekspresi wajah : <input type="checkbox"/> Rileks <input type="checkbox"/> Tegang <input type="checkbox"/> Gugup</p> <p>Perasaan tidak berdaya <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Anxietas <input type="checkbox"/> Ketakutan <input type="checkbox"/> Harga diri rendah kronik <input type="checkbox"/> Harga diri rendah situasional <input type="checkbox"/> Gangguan body images/citra tubuh <input type="checkbox"/> Keputusan</p>
<p>Pola Peran dan Hubungan</p> <p>Peran klien : <input checked="" type="checkbox"/> KK <input type="checkbox"/> Ibu RT <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Pekerja <input type="checkbox"/> Pelajar</p> <p>Kemampuan klien menjalankan peran selama sakit : <input checked="" type="checkbox"/> Mampu <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Kepuasan klien terhadap peran : <input checked="" type="checkbox"/> Puas <input type="checkbox"/> Tidak puas</p> <p>Hubungan klien terhadap dengan anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien : <input checked="" type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> cukup baik</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko kerusakan kedekatan orang tua/bayi/anak <input type="checkbox"/> Konflik peran orang tua <input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi</p>

kurang baik

social

Penampilan peran
tidak efektif

Logo RS	PERENCANAAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Tn.AB
		Tgl Lahir : 31/12/1943
		No RM : 434507

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
8 April 2020 09.00 Wita	<input checked="" type="checkbox"/> Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x1 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: <input type="checkbox"/> skala nyeri 1-3	Tindakan Medis <input checked="" type="checkbox"/> Berikan posisi nyaman fowler / semi fowler <input checked="" type="checkbox"/> Kaji karakteristi nyeri, gunakan pendekatan PQRST <input checked="" type="checkbox"/> Ajarkan teknik relaksasi <input checked="" type="checkbox"/> Batasi aktivitas yang meningkatkan intensitas nyeri Tindakan Delegasi/Kolaborasi <input checked="" type="checkbox"/> Delegatif dalam pemberian terapi IV line <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi pemantauan laboratorium <input checked="" type="checkbox"/> Melakukan intepretasi EKG <input checked="" type="checkbox"/> Pemasangan infus <input checked="" type="checkbox"/> Berikan terapi sesuai indikasi <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi untuk pemberian terapi analgetik

Logo RS	CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN RAWAT INAP TERINTEGRASI	Nama : Tn.AB
		Tgl Lahir : 31/12/1943
		No RM : 434507

Tanggal	Jam	Pukul	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Tanda Tangan
17/04/2020	24.00	Perawat malam	S : Pasien mengeluh nyeri O : pasien tampak meringis A : Nyeri akut P : lanjutkan intervensi	

Format Asuhan Keperawatan Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Fraktur
Femur dengan Nyeri Akut

Logo RS	PENGAJIAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Ny. CD
		Tgl. Lahir : 31/12/1959
		No. RM : 648215

Keluhan Utama : Nyeri pada kaki kiri

Riwayat penyakit : Pasien rujukan dari RS Ganesa dengan nyeri pada paha kiri sejak 1 hari yang lalu, nyeri dikatakan dipaha dan paha tidak dapat digerakkan riwayat jatuh terduduk dengan posisi terduduk dan pantat menumpu. Riwayat benturan kepala (-), mual (-), muntah (-), Riwayat HT (+)

Kekuatan otot

555	555
111	555

Riwayat Penyakit Sebelumnya

Riwayat hospitalisasi : Ada Tidak ada,

Riwayat penyakit yang sama : Ada Tidak ada

Riwayat penyakit yang pernah diderita : Asma Hipertensi Diabetes Millitus
Lainnya,

Sebutkan :

Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keturunan : Tidak ada Ada,

sebutkan.....

Riwayat penyakit menular : Tidak ada Ada,

sebutkan.....

Riwayat alergi Tidak ada Ada,

sebutkan.....

.....

Keadaan Umum

Kesadaran : CM Apatis Somnolent Sopor Coma, GCS : E4V5M6
 Tanda Vital : S : 37 °C N : 80 X/Menit RR : 18X/Menit TD : 170/80 mmHg

Pemeliharaan Kesehatan

Persepsi terhadap arti kesehatan : Penting Tidak Penting
 Pengetahuan tentang penatalaksanaan regimen terapeutik :
Tahu Tidak Tahu
 Pengetahuan tentang praktek kesehatan : Tahu Tidak Tahu
 Kemampuan mengambil keputusan : Mampu Tidak Mampu
 Kemampuan memilih fasilitas kesehatan :
Mampu Tidak Mampu
 Kebiasaan berobat Dukun Tenaga Kesehatan
 Lainnya.....

Masalah

Keperawatan
Manajemen regimen terapeutik yang efektif
Manajemen regimen terapeutik yang tidak efektif

Pola Nutrisi

Pola makan : 1 kali/hari 2kali/hari 3kali/hari
 Jenis makanan : Cair/ASI/PASI Lunak Padat
 Rute makan : Oral NGT Parentral Puasa
 Porsi makan : 1 porsi
 Riwayat alergi makanan : Ada Tidak Ada
 Jenisnya.....
 Masalah dalam hal makan : Ada, jenisnya : Mual
Muntah Tidak ada nafsu makan Sulit menelan
Lainnya.....Tidak ada
 BB sebelum sakit :kg, BB saat pengkajian :
 TB :LLA : cm, IMT :

Pola minum

Jumlah minum sehari : 8 gelas (1000 cc/hari)
 Jenis minuman : Air putih Alcohol Karbonasi
Kopi The
 Masalah dalam hal minum : Tidak Ada Ada, jenisnya :

Masalah

Keperawatan
Pola makan bayi tidak efektif
Kerusakan menelan
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
Risiko ketidakseimbangan

<input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Tidak ada nafsu minum, Tanda-tanda dehidrasi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, jenisnya : <input type="checkbox"/> Mata cowong, <input type="checkbox"/> Mukosa bibir kering, <input type="checkbox"/> Ubun-ubun cekung, <input type="checkbox"/> Turgor kulit menurun, <input type="checkbox"/> Lemas	nutrisi lebih dari kebutuhan <input type="checkbox"/> Kurang volume cairan <input type="checkbox"/> Risiko kekurangan volume cairan <input type="checkbox"/> Kelebihan volume cairan <input type="checkbox"/> Risiko ketidakseimbangan volume cairan
Pola Eliminasi BAB Eliminasi BAB : <input type="checkbox"/> 1 kali/hari <input type="checkbox"/> 2kali/hari <input checked="" type="checkbox"/> 3kali/hari <input type="checkbox"/> Lebih dari 3kali/hari, Volume :cc Konsistensi : <input type="checkbox"/> Keras <input checked="" type="checkbox"/> Lembek <input type="checkbox"/> Encer <input type="checkbox"/> Cair Bau : <input checked="" type="checkbox"/> Khas Faeces <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Busuk Warna : <input checked="" type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> Hitam <input type="checkbox"/> Hijau <input type="checkbox"/> Putih <input type="checkbox"/> dempul Terdapat Darah : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Terdapat lender : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Frekuensi peristaltic usus : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Meningkat, Frekuensi.....Kali/menit Nyeri tekan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan dimana..... Pembesaran organ : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan nama organ..... Keluhan lain..... Pola Eliminasi BAK Frekuensi BAK : 4 kali/hari, Volume : 1000 cc Warna : <input checked="" type="checkbox"/> Jernih <input type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> Warna teh <input type="checkbox"/> Bercampur darah/nanah Masalah Bau : <input checked="" type="checkbox"/> Khas urine <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Busuk Keluhan.....	Masalah Keperawatan <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Konstipasi <input type="checkbox"/> Kurang volume cairan <input type="checkbox"/> Inkontinensia alvi <input type="checkbox"/> Kerusakan eliminasi urine <input type="checkbox"/> Retensi Urine <input type="checkbox"/> Inkontinensia urine <input type="checkbox"/> PK
Pola Aktivitas	Masalah

<p>Keluhan sesak nafas : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada</p> <p>Irama Pernafasan : <input type="checkbox"/>Eupneu <input type="checkbox"/>Apneu <input type="checkbox"/>Orthopnoe</p> <p><input type="checkbox"/>Bradipnea <input type="checkbox"/>Dispnea</p> <p>Jenis pernafasan : <input type="checkbox"/>Kusmaul <input type="checkbox"/>Bio <input type="checkbox"/>Cheyne Stokes</p> <p>Suara Nafas : <input checked="" type="checkbox"/>Vesikuler <input type="checkbox"/>Bronkovesikuler <input type="checkbox"/>Bronchial</p> <p><input type="checkbox"/>Wheezing <input type="checkbox"/>Ronci</p> <p>Keluhan Batuk : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada <input type="checkbox"/>Ada, <input type="checkbox"/>Kering <input type="checkbox"/>Berdahak</p> <p><input type="checkbox"/>Hemoptisis</p> <p>Sulit Sekret : <input type="checkbox"/>Kental <input type="checkbox"/>Lengket <input type="checkbox"/>Encer</p> <p>Suara jantung : S1 S2 : <input type="checkbox"/>Tunggal <input type="checkbox"/>Reguler <input type="checkbox"/>Irreguler</p> <p><input type="checkbox"/>Aritmia <input type="checkbox"/>Mur-mur</p> <p>Berdebar setelah beraktivitas : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada</p> <p>CRT berapa detik <2 dtk</p> <p>Keluhan lain.....</p> <p>Kekuatan Otot : Tonus Otot : Refleks Patologis : Reflek Fisiologis :</p>	<p>Keperawatan</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nyeri akut</p> <p><input type="checkbox"/> Keletihan</p> <p><input type="checkbox"/>Kerusakan Mobilitas Fisik</p> <p><input type="checkbox"/>Intoleransi</p> <p>Aktivitas</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang perawatan diri <input type="checkbox"/> Syndrome kurang percaya diri</p> <p><input type="checkbox"/> Bersihan jalan nafas tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Pola nafas tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/>Kerusakan pertukaran gas <input type="checkbox"/> Perfusi Jaringan renal <input type="checkbox"/> Perfusi Jaringan serebral</p>
--	---

Kriteria	Skoring				
	0	1	2	3	4
Kemampuan perawatan diri		√			
Kemampuan melakukan ROM		√			
Kemampuan mobilisasi di tempat tidur		√			
Kemampuan toileting		√			
Kemampuan mandi		√			
Kemampuan berpindah		√			
Kemampuan berpakaian		√			
Kemampuan makan/minum		√			

0 : Mandiri, 1 : dibantu dengan alat, 2 : dibantu orang lain, 3 : dibantu alat dan orang lain, 4 : ketergantungan penuh

<p>Pola Tidur dan Istirahat</p> <p>Jam mulai tidur malam : 21.00 Wita, Jam bangun tidur : 06.00 Wita Kebiasaan tidur siang : <input checked="" type="checkbox"/>Ya <input type="checkbox"/>Tidak Jumlah jam tidur sehari : <input checked="" type="checkbox"/><6 jam <input type="checkbox"/>6-8 jam <input type="checkbox"/>>8 jam Keluhan saat tidur : <input type="checkbox"/>Ada, Sebutkan..... <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada Keluhan lemas : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada Kehitaman di sekitar kelopak mata : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan pola tidur <input type="checkbox"/> Devriyasi tidur</p>
<p>Kebutuhan Komunikasi/Pendidikan dan Pengajaran</p> <p>Kebutuhan edukasi : <input checked="" type="checkbox"/>Ada <input type="checkbox"/>Tidak Edukasi diberikan kepada : <input checked="" type="checkbox"/>Pasien <input type="checkbox"/>Keluarga <input type="checkbox"/>Lainnya..... Bicara : <input checked="" type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Serangan awal gangguan bicara, Kapan..... Bahasa sehari-hari : <input type="checkbox"/>Indonesia (Aktif/Pasif) <input checked="" type="checkbox"/>Daerah..... <input type="checkbox"/>Inggris (Aktif/Pasif) <input type="checkbox"/>Lainnya..... Agama : <input checked="" type="checkbox"/>Hindu <input type="checkbox"/>Islam <input type="checkbox"/>Kristen <input type="checkbox"/>Katolik <input type="checkbox"/>Budha Perlu penterjemah : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak <input type="checkbox"/>Ya, Bahasa..... Bahasa isyarat : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak <input type="checkbox"/>Ya Hambatan belajar : <input type="checkbox"/>Bahasa <input type="checkbox"/>Cemas <input type="checkbox"/>Pendengaran <input type="checkbox"/>Emosi <input type="checkbox"/>Kognitif Hilang memori : <input type="checkbox"/>Kesulitan bicara <input type="checkbox"/>Motivasi buruk <input type="checkbox"/>Masalah penglihatan <input type="checkbox"/>Secara fisiologis tidak mampu belajar <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ditemukan hambatan belajar Cara belajar yang disukai : <input type="checkbox"/>Menulis <input type="checkbox"/>Audiovisual/gambar <input type="checkbox"/>Diskusi <input type="checkbox"/>Membaca <input type="checkbox"/>Mendengar <input type="checkbox"/>Demonstrasi Hambatan fisik : <input type="checkbox"/>Buta <input type="checkbox"/>Tuli Kesiediaan menerima</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan persepsi sensori (visual, auditori, kinestori, gustatory, taktil) <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan <input type="checkbox"/> Risiko cedera <input type="checkbox"/> Gangguan orientasi <input type="checkbox"/> Kerusakan komunikasi verbal <input type="checkbox"/> Hipertermi <input type="checkbox"/> Hipotermi <input type="checkbox"/> Sistem termoregulasi tidak efektif <input checked="" type="checkbox"/> Nyeri akut <input type="checkbox"/> Nyeri kronik</p>

<p>Informasi : <input type="checkbox"/>Ya <input type="checkbox"/>Tidak Tingkat Pendidikan : <input type="checkbox"/>TK <input type="checkbox"/>SD <input type="checkbox"/>SMP <input checked="" type="checkbox"/>SMA <input type="checkbox"/>Akademik <input type="checkbox"/>Sarjana <input type="checkbox"/>Lainnya.....</p> <p>Potensial kebutuhan pembelajaran : <input checked="" type="checkbox"/>Proses Penyakit <input checked="" type="checkbox"/>Pengobatan/penyakit</p> <p>Kesediaan/kesanggupan menerima edukasi : <input checked="" type="checkbox"/>Ya <input type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Gangguan orientasi (waktu, tempat dan orang) : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada</p> <p>Adakah nyeri <input type="checkbox"/>Tidak ada <input checked="" type="checkbox"/>Ada, kalua ada, dimana : paha kiri, factor pencetus fraktur femur kualitas nyeri : nyeri seperti diremas-remas Skala 8 (0-10), waktu timbulnya terus menerus</p> <p>Keluhan peningkatan / penurunan suhu tubuh : <input type="checkbox"/>Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada, Pola suhu Peningkatan tubuh : <input type="checkbox"/>Remittent <input type="checkbox"/>intermittent</p>	
---	--

Identifikasi Risiko Pasien Jatuh

Parameter	Kriteria	Skor	Scoring
Umur	Kurang dari 60 tahun	0	
	60-80 tahun	1	1
	>80 tahun	2	
Defisit sensori	Kacamata bukan bifocal	0	
	Kacamata bifocal	1	1
	Gangguan pendengaran	1	
	Kacamata multifocal	2	
	Katarak/Glaukoma	2	
	Hampir tidak dapat melihat/buta	3	
Aktifitas	Mandiri	0	
	ADL dibantu sebagian	1	1
	ADL dibantu penuh	2	
Riwayat jatuh	Tidak pernah	0	
	Jatuh <1 tahun	1	
	Jatuh < 1 bulan	2	
	Jatuh pada saat dirawat sekarang	3	
Kognisi	Orientasi baik	0	0
	Kesulitan mengerti perintah	2	
	Gangguan memori	2	
	Kebingungan	3	
	Disorientasi	3	
Pengobatan	≥ 4 jenis obat	1	
	Sedati/Psikotropika/Narkotika	2	
	Antidepresan/Antihipertensi/Hipoglikemia	2	
	Infus epidural/spinal	2	
Mobilitas	Mandiri	0	
	Menggunakan alat bantu	1	
	Koordinasi/keseimbangan buruk	2	
	Dibantu sebagian	3	

	Dibantu penuh	4	
Pola	Teratur	0	
BAB/BAK	Inkontinensia feses/urine	1	
	Nokturia	2	
	Urgensi/Frekuensi	3	
Komorbid	Diabetes/Penyakit Jantung/Stroke/ISK/Gangguan saraf pusat/Parkinson	2	
	Pasca bedah 0-24 jam	3	
	Total		7

Skor 0-7 : risiko rendah untuk jatuh

Skor 8-13 : risiko sedang untuk jatuh

Skor \geq 14 : risiko tinggi untuk jatuh

<p>Konsep Diri</p> <p>Adanya kecemasan <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada Adanya ketakutan <input type="checkbox"/> Ada, terhadap apa <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Dampak sakit terhadap konsep diri : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada Ada, Jenisnya : *(Gangguan terhadap gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri)*</p> <p>Ekspresi wajah : <input type="checkbox"/> Rileks <input checked="" type="checkbox"/> Tegang <input type="checkbox"/> Gugup</p> <p>Perasaan tidak berdaya <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Ansietas <input type="checkbox"/> Ketakutan <input type="checkbox"/> Harga diri rendah kronik <input type="checkbox"/> Harga diri rendah situasional <input type="checkbox"/> Gangguan body images/citra tubuh <input type="checkbox"/> Keputusan</p>
<p>Pola Peran dan Hubungan</p> <p>Peran klien : <input type="checkbox"/> KK <input checked="" type="checkbox"/> Ibu RT <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Pekerja <input type="checkbox"/> Pelajar</p> <p>Kemampuan klien menjalankan peran selama sakit : <input checked="" type="checkbox"/> Mampu <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Kepuasan klien terhadap peran : <input checked="" type="checkbox"/> Puas <input type="checkbox"/> Tidak puas</p> <p>Hubungan klien terhadap dengan anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien : <input checked="" type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> cukup baik</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko kerusakan kedekatan orang tua/bayi/anak <input type="checkbox"/> Konflik peran orang tua <input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi</p>

<input type="checkbox"/> kurang baik	social <input type="checkbox"/> Penampilan peran tidak efektif
--------------------------------------	--

Logo RS	PERENCANAAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Ny. CD
		Tgl Lahir : 31/12/1959
		No RM : 648215

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
8 April 2020 09.00 Wita	<input checked="" type="checkbox"/> Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x1 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: <input type="checkbox"/> skala nyeri 1-3	Tindakan Medis <input checked="" type="checkbox"/> Berikan posisi nyaman fowler / semi fowler <input checked="" type="checkbox"/> Kaji karakteristi nyeri, gunakan pendekatan PQRST <input checked="" type="checkbox"/> Ajarkan teknik relaksasi <input checked="" type="checkbox"/> Batasi aktivitas yang meningkatkan intensitas nyeri Tindakan Delegasi/Kolaborasi <input checked="" type="checkbox"/> Delegatif dalam pemberian terapi IV line <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi pemantauan laboratorium <input checked="" type="checkbox"/> Melakukan intepretasi EKG <input checked="" type="checkbox"/> Pemasangan infus <input checked="" type="checkbox"/> Berikan terapi sesuai indikasi <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi untuk pemberian terapi analgetik

Logo RS	CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN RAWAT INAP TERINTEGRASI	Nama : Ny. CD
		Tgl Lahir : 31/12/1959
		No RM : 648215

Tanggal	Jam	Pukul	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Tanda Tangan
17/04/2020	24.00	Perawat malam	<p>S : Pasien mengeluh nyeri</p> <p>O : pasien tampak meringis</p> <p>A : Nyeri akut</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN

Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan, Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id



BLANKO BIMBINGAN

NAMA : NI LUH GEDE FEPLIA CINTYA DEWI
NIM : P07120017049
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan Pasien Fraktur Femur dengan Nyeri Akut di Ruang Bima RSUD Sangjwani Gianyar
PEMBIMBING : Ns. I Made Sukarja, S.kep., M.kep.

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
21 Apr 2020	I	Bimbingan Tata Tulis KTI	- Perbaiki Spasi pada Tabel	
22 Apr 2020	II	Bimbingan Tata Tulis Bab V	- Perbaiki tata tulis pada bahasa asing - Perbaiki Spasi antar paragraf	
23 Apr 2020	III	Bimbingan Tata Tulis Bab VI	- Perbaiki kata "kesimpulan" menjadi "simpulan"	
24 Apr 2020	IV	Bimbingan Tata Tulis Abstrak	- Perbaiki ukuran huruf pada abstrak	
27 Apr 2020	V	Bimbingan KTI	- Perbaiki halaman dan margins - Perbaiki Daftar isi, Daftar tabel	
28 Apr 2020	VI	Bimbingan KTI	- ACC KTI - Lanjutkan sidang	



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN

Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan, Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id



BLANKO BIMBINGAN

NAMA : NI LUH GEDE FERLIA CINTYA DEWI
NIM : 207120017049
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan pasien Fraktur femur dengan Nyeri Akut di Ruang Bima RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2020
PEMBIMBING : Ni Made Wedri, A. Per. Pen., S. Kep., M. Kes.

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
17 APR 2020	I	Bimbingan Bab V	- Tambahkan teori terkait hasil dan pembahasan - Tambahkan sumber-sumber terkait	d
21 APR 2020	II	Bimbingan Abstrak, Bab V, Bab VI	- Abstrak maksimal 200 kata, perbaiki - Perbaiki kata simpulan	h
23 APR 2020	III	Bimbingan Abstrak, Bab V, Bab VI	- Pada simpulan, tulis point-point nya saja - Perbaiki bagian keterbatasan sesuai dengan pandemi	k
24 APR 2020	IV	Bimbingan Bab V, Bab VI	- Jika tabel terdiri dari 1 subjek saja lebih baik dinarasikan - Perbaiki Bab IV sesuai dengan modul KTI saat pandemi	h
30 APR 2020	V	Bimbingan KTI	- Perbaiki penulisan gelar dan nama dosen - Perbaiki pada bagian Saran	f
1 Mei 2020	VI	Bimbingan KTI	- ACC KTI - Lanjutkan sidang	h



Edit



Data Skripsi Mahasiswa

N I M P07120017049
 Nama Mahasiswa Ni Luh Gede Ferlia Cintya Dewi
 Info Akademik Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi D-III Keperawatan
 Semester : 6

Skripsi **Bimbingan** Jurnal Ilmiah Seminar Proposal Syarat Sidang

Bimbingan

No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bab I	15 Jan 2020	✓
3	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan Judul	13 Jan 2020	✓
4	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan Bab I dan II	17 Jan 2020	✓
5	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan Bab II, III, Dan IV	21 Jan 2020	✓
6	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bim Bab I, II, III, IV	30 Jan 2020	✓
7	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bim tata tulis Bab I,II	21 Jan 2020	✓
7	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bim Bab I, II, III, IV	10 Feb 2020	✓
8	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bim tata tulis bab II, III	31 Jan 2020	✓
9	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bim tata tulis bab III,IV	3 Feb 2020	✓
10	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bim tata tulis bab I,II,III,IV	10 Feb 2020	✓
11	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bim tt tulis bab I,II,III,IV	11 Feb 2020	✓
12	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bim tt tulis proposal	12 Feb 2020	✓
13	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	bim bab v	17 Apr 2020	✓
14	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bim abstrak, bab V, VI	21 Apr 2020	✓
14	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bim tt tulis KTI	21 Apr 2020	✓
15	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bim abstrak, bab v, vi	23 Apr 2020	✓
16	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bim bab v, vi	24 Apr 2020	✓
17	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bim rev kti	30 Apr 2020	✓
18	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bim tt tulis bab v	22 Apr 2020	✓
18	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Acc kti	1 Mei 2020	✓
19	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bim tt tulis bab vi	23 Apr 2020	✓
20	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bim tt abstrak	24 Apr 2020	✓
21	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bim tt kti rev	27 Apr 2020	✓
23	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Acc kti tt	28 Apr 2020	✓