

LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent

SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Rustinah

Umur : 60 tahun

Agama : Islam

Pekerjaan : Buruh tani

Alamat : Desa Rawa Bendungan, Cilacap

Sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk karya tulis ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap a.n :

Nama Mahasiswa : Tariza Elsi Nurjanati Putri

NIM : 106121012

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus ini, akan dijaga kerahasiaan oleh penulis. Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 19 Juni 2024

Yang bersangkutan



Rustinah

Lampiran 2 SOP Teknik Imajinasi Terbimbing

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

PEMBERIAN TEKNIK IMAJINASI TERBIMBING (*GUIDED IMAGERY*)

Pengertian	Terapi imajinasi terbimbing adalah sebuah teknik relaksasi untuk menurunkan tingkat kecemasan
Tujuan	Mencapai tujuan yang rileks dan mengurangi kecemasan
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Pre interaksi<ol style="list-style-type: none">a. Cek catatan keperawatan dan catatan medis klienb. Identifikasi faktor yang dapat menyebabkan kontraindikasic. Siapkan alat dan bahan2. Tahap Orientasi<ol style="list-style-type: none">a. Beri salam terapeutik dan perkenalan diri dilanjutkan dengan menyapa pasien (Assalamualaikum bapak/ibu, perkenalkan saya perawat....yang bertugas hari ini, dengan bapak/ibu siapa ya?)b. Menanyakan keluhan pasien (Saat ini keluhan yang dirasakan apa pak/bu?)c. Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada pasien (Bapak/ibu, adapun tujuan tindakan yang akan saya lakukan adalah membuat kondisi ibu/bapak menjadi lebih tenang dan rileks.

	<p>d. Beri kesempatan pasien untuk bertanya (Apakah ada yang ingin ditanyakan?)</p> <p>e. Menanyakan kesiapan pasien (Apakah sudah siap?)</p> <p>3. Tahap Kerja</p> <p>a. Mengucapkan bismillah</p> <p>b. Mengatur posisi yang nyaman sesuai kondisi pasien (Sebelum mulai tindakan, saya akan mengatur posisi bapak/ibu dengan nyaman yaitu dengan posisi setengah duduk/berbaring, jika memungkinkan).</p> <p>c. Mengatur lingkungan yang tenang dan nyaman (Dikarenakan tindakan akan segera saya mulai, apabila bapak/ibu bersedia ruangan akan saya tutup. Apakah bapak/ibu bersedia?). Jika ada keluarga sampaikan : (Mohon untuk keluarga dan lingkungan sekitar pasien tetap tenang, karena akan ada pemberian terapi reaksasi).</p> <p>d. Meminta pasien untuk menarik nafas dalam dan perlahan hembuskan sebanyak tiga kali untuk merelaksasi semua otot dengan mata terpejam. (Hal yang harus bapak/ibu lakukan yaitu membuat tubuh menjadi lebih rileks, kemudian kedua kaki</p>
--	--

	<p>disilang sekarang bapak/ibu bisa menutup mata dan Tarik nafas dalam atau biasa disebut nafas perut. Jadi kedua pundak tidak boleh naik, ini yang mengembang (menunjuk perut). Ikuti perintah saya, tahan 2-3 detik, kemudian hembuskan secara perlahan melalui mulut dan ulangi lagi sampai merasa rileks. Selanjutnya rasakan bahwa semua beban pikiran bapak/ibu berada di kaki...Tarik nafas melalui hidung tahan di tenggorokan beberapa detik lalu hembuskan perlahan melalui mulut. Ulangi hingga merasa rileks dan santai).</p> <p>e. Meminta klien untuk memikirkan hal yang menyenangkan atau pengalaman dengan mata terpejam yang membantu penggunaan semua indera dengan suara yang lembut</p> <p>(Sekarang dengarkan apa yang saya ucapkan, coba bapak/ibu bayangkan tempat yang membuat bapak/ibu merasa bahagia. Setelah membayangkan diri bapak/ibu berada di tempat tersebut, lakukan apa yang ingin bapak/ibu kerjakan di tempat itu).</p> <p>f. Saat pasien membayangkan dengan mata tertutup, pasien dibimbing untuk menjelaskan bayangannya dengan pertanyaan</p> <p>a) Apa yang dibayangkan</p>
--	---

	<p>(Jika bapak/ibu menyukai pantai, maka rasakan dinginnya angin pantai, bayangkan... bayangkan dan lakukan apa yang ibu lakukan).</p> <p>b) Dilakukan bersama siapa bayangan menyenangkan tersebut.</p> <p>(Bapak/ibu dapat melakukannya bersama dengan orang yang dicintai atau orang terdekat, kemudian lepaskan semua beban dan fokus pada tempat tersebut).</p> <p>c) Kapan bayangan menyenangkan dilakukan</p> <p>(Sekarang bapak/ibu dapat melakukannya sesuai dengan kondisi saat ini dengan merasakan udara pantai yang dingin, suara burung dan ombak yang bergemuruh).</p> <p>d) Dimana bayangan menyenangkan itu terjadi.</p> <p>(Rasakan kaki berada di pasir pantai yang hangat, langit biru, berlari kesana kemari merasakan udara yg segar).</p> <p>e) Berapa lama hal menyenangkan tersebut dilakukan.</p> <p>(Bayangkan dan rasakan hingga bapak/ibu merasa lebih tenang, setelah bapak/ibu dapat merasakan udara yang segar)</p> <p>g. Jika pasien menunjukkan tanda gelisah atau tidak nyaman, hentikan latihan dan ulangi ketika pasien telah siap</p>
--	---

	<p>(Sekarang bapak/ibu melihat matahari mulai terbenam dengan warna jingganya, terus nikmati keindahannya kemudian saat ibu/bapak kembali teruslah berimajinasi bahwa bapak/ibu akan kembali ke tempat ini).</p> <p>h. Relaksasi akan mengenai seluruh tubuh, setelah 10 menit pasien dibimbing keluar dari bayangannya.</p> <p>(Tarik nafas kembali hembuskan melalui mulut, saat ibu/bapak sudah siap untuk kembali, ibu/bapak boleh membuka mata sekarang).</p> <p>i. Catat hal yang digambarkan pasien untuk digunakan pada latihan selanjutnya dengan informasi spesifik yang diberikan pasien dan tidak membuat perubahan pertanyaan pasien.</p> <p>(Bagaimana bapak/ibu perasaannya sekarang?)</p> <p>4. Terminasi</p> <p>a. Evaluasi hasil kegiatan</p> <p>(Baik, tadi saya sudah membimbing untuk melakukan terapi relaksasi imajinasi terbimbing, dan bapak/ibu tadi mengatakan sudah lebih tenang).</p> <p>b. Berikan umpan balik positif</p> <p>(Alhamdulillah tadi bapak/ibu sudah mengerti serta dapat mempraktekan secara mandiri, atau dapat mengulangi ketika merasa kurang nyaman).</p>
--	---

	<p>c. Salam terapeutik untuk mengakhiri intervensi (Apabila bapak/ibu membutuhkan bantuan silahkan tekan tombol yang ada diatas, atau jika membutuhkan sesuatu bisa menghubungi saya di ruang perawat).</p> <p>d. Berpamitan</p>
--	--

Lampiran 3 TOOLS Relaksasi Imajinasi Terbimbing



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN LATIHAN RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING

NAMA :

TANGGAL :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
1	Mengucapkan salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan	2		
4	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
5	Menanyakan kesiapan klien	2		
B	FASE KERJA			
1	Mengatur posisi yang nyaman menurut pasien sesuai kondisi pasien (duduk/berbaring)	3		
2	Meminta pasien untuk melonggarkan pakaian	3		
3	Meminta pasien untuk memejamkan mata	3		
4	Meminta pasien untuk mengamati seluruh tubuh dengan pelan, teliti ke semua bagian tubuh	10		
5	Meminta pasien untuk menemukan ketegangan, rasa nyeri pada otot yang dirasakan, dan kendorkan pelan-pelan	10		
6	Meminta pasien menggunakan mata, perasaan, buatlah pikiran tetap fokus pada daerah yang sudah dikendorkan	10		
7	Meminta pasien untuk membayangkan hutan/pantai/ tempat yang disukai	10		
8	Meminta pasien untuk membayangkan indahnya suara angin, air, burung	10		

9	Meminta pasien untuk mengatakan dalam hatinya "saya dapat rileks, dan nyaman" (berulang-ulang)	10		
10	Meminta pasien membuka mata secara perlahan	3		
C	FASE TERMINASI			
1	Mengevaluasi hasil tindakan	3		
2	Menganjurkan pasien mengulang teknik ini bila pasien merasa tidak nyaman atau terdapat nyeri	3		
3	Berpamitan pada pasien	2		
D	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN			
1	Suara jelas	3		
2	Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti	5		
3	Ketelitian tindakan	2		
	TOTAL	100		

Keterangan :

TI

DA

K : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Observer,

Standart Nilai Kelulusan 75

()

Lampiran 4 Format Pengkajian Keperawatan

Pengumpulan Data

A. Identitas

1. Identitas pasien

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Agama :

Pekerjaan :

Suku bangsa :

Status perkawinan :

Golongan darah :

No. cm :

Tanggal masuk :

Tanggal pengkajian :

Diagnosa medis :

Alamat :

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Agama :

Pendidikan :

Suku bangsa :

Hubungan dengan klien :

Alamat :

a. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan utama
- 2) Riwayat kesehatan sekarang (alasan masuk)
- 3) Riwayat penyakit dahulu
- 4) Riwayat penyakit keluarga
- 5) Genogram

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Tanda-tanda vital

Tanggal/jam	Keterangan
TD (mmHg)	
HR	
RR	
Suhu	

- 2) Kepala dan leher

Yang dikaji	Keterangan
Bentuk	
Rambut	
Mata	

Telinga	
Hidung	
Mulut	
Leher	

Ket ; (-) tidak ada, (+) ada

3) Jantung

Yang dikaji	Keterangan
Inspeksi	
Palpasi	
Perkusi	
Auskultasi	

4) Paru-paru

Yang dikaji	Keterangan
Inspeksi	
Palpasi	
Perkusi	
Auskultasi	

5) Abdomen

Yang dikaji	keterangan
Inspeksi	
Auskultasi	
Palpasi	
Perkusi	

6) Ekstremitas

Ekstremitas atas

Tgl	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri

Ket : (+) ada, (-) tidak ada

Ekstermitas bawah

Tgl	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri

Ket : (+) ada, (-) tidak ada

Sistem integumen

Tgl	Warna kulit	Turgor	Mukosa bibir	Capillary refill	Kelainan

B. Pola Pengkajian Fungsional GORDON

1. Persepsi Dan Pemeliharaan Kesehatan

.....

2. Pola Nutrisi Dan Metabolik

.....

Subyektif :

Obyektif :

a) Antropometri

Sebelum masuk rumah sakit (>2 bulan yang lalu)

BB :kg TB :cm LILA.....cm

Saat Dirawat : Tanggal

BB :kg TB :cm LILA.....cm
(normal 29,3 cm)

b) Perhitungan

BB Ideal = (TB-100)-10% (TB-100) kg

$$IMT = \frac{BB \text{ (kg)}}{TB \text{ (m}^2\text{)}}$$

c) Biokimia

Hb :

Albumin :

d) Penampilan fisik :

e) Diit

Jenis :

BEE Perempuan : $655 + (9,6 \times BB) + (1,8 \times TB) - (4,7 \times U.tahun)$

Status Mobilisasi

Tanggal	Duduk	Berdiri	Jalan

Skor Norton

Tgl	Kondisi Fisik Umum	Kesadaran	Aktifitas	Mobilitas	Inkontinensia	Jumlah

Kategori skor :

16-20 : kecil sekali/tidak terjadi

12-15: kemungkinan kecil terjadi

<12 : kemungkinan besar terjadi

Kesimpulan :

E. Pola Tidur Dan Istirahat

Sebelum masuk RS

Kualitatif :

Kuantitatif :

Setelah masuk RS

Kualitatif :

Kuantitatif :

F. Pola Perseptual

Halusinasi :

Konsep diri :

Citra tubuh :

Identitas diri :

Peran diri :

Harga diri :

Ideal diri :

Masalah keperawatan :

G. Pola seksualitas dan reproduksi

Subyektif :

Objektif :

H. Pola peran dan hubungan

Keluarga :

Masyarakat :

I. Pola manajemen koping dan stress

Masalah :

Koping :

J. Pengkajian sistem persarafan

Tanggal/jam :		Keterangan
Status Mental	Tingkat kesadaran	
	GCS	
	E	
	V	
	M	
	Gaya bicara	
Fungsi	Orientasi orang	
	Orientasi waktu	

Intelektual		
	Orientasi tempat	
Daya pikir	Spontan, alamiah, masuk akal	
	Kesulitan berpikir	
	Halusinasi	
Status Emosional	Alamiah dan Datar	
	Pemarah	
	Cemas	
	Apatis	
Nyeri kepala		
Pandangan kabur		

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

1) Badan dan anggota gerak

(a) Badan

Motorik :

Refleks :

(b) Sensibilitas

Tanggal/Jam	Keterangan
Sensasi taktil	
Sensasi suhu dan nyeri	
Vibrasi dan propiosepsi	
Integrasi sensasi	

Anggota gerak atas

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan		
Kekuatan		
Tonus		
Trofik		

Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps		
Triceps		
Radius		
Ulna		

(c) Sensabilitas

Tanggal/Jam	Keterangan
Sensasi taktil	
Sensasi suhu dan nyeri	
Vibrasi dan proprioepsi	
Integrasi sensasi	

Anggota gerak bawah

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan		
Kekuatan		
Tonus		
Trofik		

Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps		
Triceps		
Radius		
Ulna		

2) Sistem imunitas

Alergi :

Antibiotic :

WBC :

3) Status cairan

Tabel cairan dalam 24 jam

Tgl	Intake	Output	Balance Cairan
	Infus =	Urine =	
	Minum =	IWL =	
	Total input =	Total output =	
	Infus =	Urine =	
	Minum =	IWL =	
	Total input =	Total output =	
	Infus =	Urine =	
	Minum =	IWL =	
	Total input =	Total output =	

(4) Status Ekonomi Kesehatan

(5) Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

a. Laboratorium ke..... tanggal.....

Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Nilai	Keterangan

b. Hasil foto rontsen tanggal

Kesan :

c. Hasil

d. Terapi Medis

.....

e. Terapi Nutrisi

Diit:

Lampiran 5 Format Pengkajian Kecemasan

Pengkajian Kecemasan Hamilton Rating Scale For Anxiety (HARS)

Nama responden :

Jenis kelamin :

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas <ul style="list-style-type: none"> • Cemas • Firasat buruk • Takut dengan pikiran sendiri • Mudah tersinggung 					
2	Ketegangan <ul style="list-style-type: none"> • Merasa tegang • Lesu • Tidak bisa istirahat tenang • Mudah terkejut • Mudah menangis • Gemetar • Gelisah 					
3	Ketakutan <ul style="list-style-type: none"> • Pada gelap • Pada kegagalan terhadap sesuatu yang belum pasti terjadi • Ditinggal sendiri • Pada Binatang besar • Pada keramaian • Pada kerumunan banyak orang • Pada orang asing 					
4	Gangguan tidur <ul style="list-style-type: none"> • Sulit tidur • Terbangun malam hari • Tidur tidak nyenyak • Bangun dengan lesu • Banyak bermimpi 					


Keterangan :

0 : tidak ada 3 : sedang
 1 : ringan 4 : berat sekali
 2 : sedang

Jumlah skor :

< 14 : tidak ada kecemasan 28-41 : kecemasan berat
 14-20 : kecemasan ringan 42-56 : kecemasan berat sekali
 21-27 : kecemasan sedang

Lampiran 6 Asuhan Keperawatan



ASUHAN KEPERAWATAN
PADA NY. R DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
ANSIETAS PADA PASIEN PRE DAN POST OPERASI
STT INTRAORBITA DEXTRA DI RUANG AL-ARAAF
RUMAH SAKIT ISLAM FATIMAH CILACAP

--	--

Oleh
TARIZA ELSI NURJANATI PUTRI
NIM. 106 921 012

PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP
2024



Pengkajian Asuhan Keperawatan	
Pada Ny.R Dengan masalah Keperawatan	
Ansietas pada pasien Pre dan post operasi STT	
Intraorbita Dextra Di Ruang Al-Araaf	
Rumah sakit Islam Fatimah Cilacap	
Pengumpulan Data	
A. Identitas	
1) Identitas Pasien	
Nama	: Ny. R
Umur	: 60 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Buruh tani
Suku bangsa	: Jawa
Status perkawinan	: Cerai mati
Golongan darah	: O
No. cm	: 00-38-62-65
Tanggal masuk	: 19 Juni 2024
Tanggal pengkajian	: 19 Juni 2024
Diagnosa medis	: STT Intraorbita Dextra
Alamat	: Desa Rawa Bendungan, Cilacap
2) Identitas Penanggung jawab	
Nama	: Th. K
Umur	: 45 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Suku bangsa	: Jawa
Hubungan dengan klien	: Anak
Alamat	: Desa Rawa Bendungan, Cilacap



B. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Pusing

2) Riwayat Penyakit Sekarang (Alasan masuk RS)

Pasien datang dari IGD dengan keluhan pusing, leher terasa nyeri, terdapat benjolan dibawah mata kanan dan bengkak sejak 4 hari yang lalu atau pada tanggal 15 Juni 2024. Pasien juga mengatakan khawatir dengan kondisinya yang dihadapi saat ini, merasa tidak berdaya dan lemas.

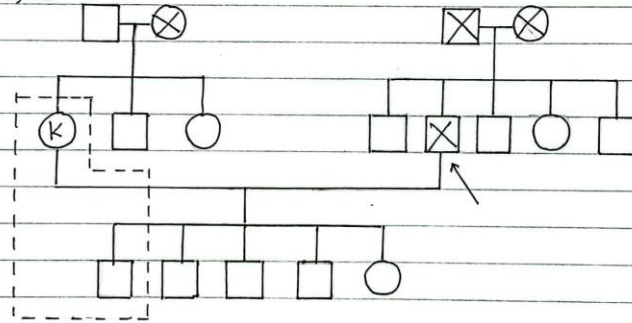
3) Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya atau tidak memiliki riwayat hipertensi maupun diabetes melitus.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dari keluarganya.

E) Genogram



Keterangan :

- 1) \square = laki-laki
- 2) \circ = Perempuan
- 3) \boxtimes = laki-laki meninggal
- 4) $\circ\times$ = Perempuan meninggal
- 5) \blacktriangleright = Kepala keluarga
- 6) --- = tinggal serumah.
- 7) \textcircled{K} = klien perempuan



C. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda - tanda vital

Tgl/jam	Pemeriksaan	hasil
19/04	TDC(mmHg)	153/113 mmHg
17.00	HR	100 x/menit
	RR	20 x/menit
	Suhu °C	36,5 °C
	SpO ₂	98%

2) Kepala dan Leher

Yang dikaji	Keterangan
Bentuk	Bentuk kepala oval, tidak ada benjolan
Rambut	Pendek, hitam sedikit beruban
Mata	Terdapat benjolan dibawah mata kanan, memerah, bengkak besar benjolan ± 1 cm, Konjungtiva pucat dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan
Telinga	Daun telinga tampak simetris, bersih, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.
Hidung	Bersih tidak ada sekret
Mulut	Mukosa bibir lembab
Leher	Tidak ada benjolan

3) Jantung

Yang dikaji	Keterangan
Inspeksi	Bentuk simetris,
Palpasi	ictus cordis teraba di ICS 5
Pertuksi	Terdengar bunyi pekak
Auskultasi	Tidak ada suara tambahan, irama teratur

4) Paru-paru

Yang dikaji	Keterangan
Inspeksi	Bentuk simetris
Palpasi	Terdengar bunyi sonor
Pertuksi	Bunyi sonor
Auskultasi	Vestibuler



5) Abdomen

Yang dikaji	Keterangan
Inspeksi	Bentuk simetris, tidak ada asites
Auskultasi	Terdengar bising usus normal 18x/menit
Palpasi	Tidak ada nyeri tekan
Perkusi	Terdengar suara timpani

6) Ekstremitas Atas

Tgl/jam	Kanan				Kiri			
19/6 ²⁰¹⁹	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
17.00	-	-	-	-	-	-	-	-

Keterangan : (-) tidak ada, (+) ada

7) Ekstremitas bawah

Tgl/jam	Kanan				Kiri			
19/6 ²⁰¹⁹	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
17.00	-	-	-	-	-	-	-	-

Keterangan : (+) ada, (-) tidak ada.

8) Sistem Integumen

Tgl/jam	Warna kulit	Turgor	Mukosa bibir	Capilar refill	Kelainan
19/6 ²⁰¹⁹	Sano matang	Baik	Lembab	< 2 detik	Tidak ada

D. Pola Pengkajian Fungsional GORDON

1) Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik dan apabila sakit memeriksakan kesehatan ke klinik terdekat atau rumah sakit.

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasien mengatakan pola makan tidak terganggu, makan 3x sehari dengan porsi sedang, minum sebanyak ± 5 gelas dalam sehari.

(a) Antropometri

Sebelum masuk RS (< 2 bulan yang lalu)

BB : 68 kg, TB : 150 cm, LILA : 29,3

Setelah masuk RS

BB : 68 kg, TB : 150 cm, LILA : 29,3

Kesimpulan : Pasien tidak mengalami penurunan BB dan hasil pengukuran LILA normal.



(b) Perhitungan

BB ideal : $(TB-100) - 10\% (TB-100) \text{ kg}$
 $= (150-100) - 10\% (150-100) \text{ kg} = 45 \text{ kg}$

IMT : $\frac{BB \text{ (kg)}}{TB^2 \text{ (m}^2\text{)}} = \frac{68 \text{ kg}}{1,50 \times 1,50} = \frac{68}{2,25} = 30,2$ (obesitas)

TB (m²) 1,50 x 1,50 2,25

Kesimpulan : Berdasarkan perhitungan IMT termasuk kategori obesitas dengan hasil 30,2

Nilai	Keterangan
<20	Underweight
20-25	BB normal
25-30	Overweight
>30	Obesitas

(c) Biokimia

HB = 14,3 g/dl

Albumin = tidak terkaaji

(d) Perampilan Fisik

Pasien berperampilan baik, sopan, pakaian yang digunakan sesuai dengan fungsinya.

(e) Diet Jenis : TKTP nasi biasa

BEE Perempuan : $655 + (9,6 \times BB) + (1,8 \times TB) - (4,7 \times u \cdot th)$
 $= 655 + (9,6 \times 68) + (1,8 \times 150) - (4,7 \times 60 \text{ th})$
 $= 655 + 652,8 + 270 - 282 = 1.295 \text{ kkal}$

Tabel perkiraan jumlah kalori

Tgl	Kalori buah	Kalori makanan	Total kalori
19/6/24			

3) Pola Eliminasi

Sebelum dirawat : Pasien mengatakan BAB 2x sehari dan BAK 4x sehari

Setelah dirawat : Pasien mengatakan BAB 1x sehari dan BAK 3x sehari

(a) BAK

Tgl	Frekuensi	Warna	Kelainan
19/6/24	3x sehari	Kuning	Tidak ada

(b) BAB

Tgl	Frekuensi	Warna	Konsistensi
19/6/24	1x sehari	Coklat	Lunak

4) Pola Aktivitas dan latihan

Tgl	Mandi	Menggosok gigi	Memotong kuku	Keramas
19/6/24	-	+	-	-

Keterangan : (-) tidak dilakukan, (+) dilakukan

(a) ADL

Tgl	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	Continance	Feeding	Index Katz
19/6/24	Bantuan	Bantuan	Mandiri	Mandiri	mandiri	mandiri	C

Kesimpulan : Berdasarkan pengkajian tersebut (ADL) pasien termasuk kategori C



(b) Status mobilitas

Tgl	Duduk	Berdiri	Jalan
19/6/24	Mandiri	Mandiri	Mandiri

(c) Skor NORTON

Tgl	Kondisi fisik umum	Kesadaran	Aktivitas	Mobilitas	Inkontenstasi	Jumlah
19/6/24	4	4	4	4	4	20

Keterangan skor

16-20 : Kecil sekali atau tidak terjadi

12-50 : Kemungkinan kecil terjadi

<12 : kemungkinan besar terjadi

<p>5) Pola tidur dan istirahat</p> <p>Sebelum masuk rumah sakit</p> <p><u>Kualitatif</u></p> <p>Ny. R mengatakan tidur dengan waktu yang cukup dan jarang terbangun saat malam hari</p> <p><u>Kuantitatif</u></p> <p>Ny. R mengatakan biasanya tidur jam 20.00 dan bangun saat subuh jam 04.00, waktu lama tidur selama 7-8 jam</p> <p>Setelah masuk rumah sakit</p> <p><u>Kualitatif</u></p> <p>Ny. R mengatakan sulit tidur karena merasa cemas terhadap penyakitnya, kepala pusing dan nyeri di bawah mata kanan karena benjolan tersebut.</p> <p><u>Kuantitatif</u></p> <p>Ny. R mengatakan selama dirawat di rumah sakit waktu tidurnya 4-6 jam</p>
<p>6) Pola Perseptual</p> <p><u>Konsep diri</u></p> <p>Citra tubuh : Ny. R mengatakan bersyukur dengan kondisi tubuh yang sempurna.</p> <p>Identitas diri : Ny. R mengatakan berstatus sebagai ibu rumah tangga dari keluarga Th. K dan mempunyai 5 anak.</p> <p>Peran diri : Ny. R berperan sebagai ibu bagi anak-anaknya dan Ny. R mengatakan saat dirinya sakit keluarganya sangat peduli</p> <p>Harga diri : Ny. R mengatakan tidak nyaman berada di rumah sakit, Ny. R meracikan bahwa tidak ada masalah saat ini dalam berhubungan keluarga.</p> <p>Ideal diri : Ny. R berharap cepat sembuh agar bisa berkumpul dengan keluarga</p> <p>Masalah keperawatan : Ny. R tampak cemas dan tidak nyaman</p>
<p>7) Pola seksualitas dan reproduksi</p> <p>Subyektif : Tidak terjadi</p> <p>Obyektif : Tidak terjadi</p>
<p>8) Pola Perseptual</p> <p>Halusinasi : Ny. R tidak mengalami halusinasi</p>
<p>9) Pola peran dan Hubungan</p> <p>Keluarga : Ny. R mengatakan hubungan dengan keluarganya terjalin harmonis dan tidak ada masalah dalam keluarga</p> <p>Masyarakat : Ny. R mengatakan jarang ikut terlibat dalam kegiatan di masyarakat karena Ny. R bekerja sebagai buruh tani, sehingga lebih memilih istirahat di rumah ketika selesai bekerja daripada mengikuti kegiatan tersebut.</p>

10) Pola manajemen coping dan stress

Masalah : Ny. R mengatakan jika ada masalah dalam keluarga dirinya sebagai pemegang keputusan dan berdiskusi bersama.

Coping : Ny. R mendapat dukungan penuh dari keluarga agar cepat sembuh

11) Sistem Nilai dan Keyakinan

Ny. R mengatakan semua yang ada di dunia hanya titipan dari Allah SWT, maka kita sebagai hamba-Nya wajib mensyukuri apa yang diberikan kepada kita. Ny. R merasa yakin untuk sembuh dan Ny. R juga rajin melakukan ibadah dalam 5 waktu.

12) Pengkajian Sistem Persarafan

Fungsi serebral

Tanggal / Jam = 19 Juni 2024 Jam 17.00		Keterangan
	Tingkat kesadaran	Compos mentis
	GCS	15
Status	E	4
menbal	V	5
	M	6
	Gaya bicara	(+)
Fungsi	Orientasi waktu	(+)
Intelektual	Orientasi orang	(+)
	Orientasi tempat	(+)
	Spontan, alamiah,	(+)
Daya	masuk akal	
Pikir	Kesulitan Berpikir	(-)
	Halusinasi	(-)
	Alamiah dan Datar	(-)
Status	Pemarah	(-)
Emosional	Cemas	(+)
	Apatis	(-)
Nyeri kepala		(-)
Pandangan kabur		(-)

Keterangan : (-) tidak ada, (+) ada.

a. Badan dan Anggota gerak

Badan

Motorik

Berdasarkan hasil observasi selama pengkajian, Ny. R tampak tenang dalam berbicara, tidak ada gerakan yang diulang-ulang, tetapi saat membahas penyakitnya Ny. R tampak mulai cemas atau gelisah.

Refleks

Dari hasil observasi selama pengkajian, Ny.R dalam berinteraksi tampak kooperatif dan kontak mata baik.

a) Sensibilitas

Tanggal / jam	Keterangan
Sensasi taktil	Dapat merasakan sentuhan dengan baik
Sensasi suhu dan ruangan	Dapat merasakan suhu dan nyeri dg baik
vibrasi dan proprioepsi	Dapat merasakan getaran dengan baik
Integrasi sensasi	Dapat merasakan rangsangan dengan baik

b) Anggota Gerak atas

Tanggal / jam	kanan	kiri
Motorik	5	5
Pergerakan	5	5
Kekuatan	5	5
Tonus	5	5
Trefik	5	5

c) Refleks

Refleks	kanan	kiri
Biceps	Normal	Normal
Triceps	Normal	Normal
Radus	Normal	Normal
Ulna	Normal	Normal

d) Sensibilitas

Tanggal / jam	Keterangan
Sensasi taktil	Dapat merasakan sentuhan dengan baik
Sensasi suhu dan ruangan	Dapat merasakan suhu dan nyeri dg baik
Vibrasi dan proprioepsi	Dapat merasakan getaran dengan baik
Integrasi sensasi	Dapat merasakan rangsangan dg baik

e) Anggota Gerak bawah

Motorik	kanan	kiri
Pergerakan	5	5
Kekuatan	5	5
Tonus	5	5
Trefik	5	5

F) Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Patella	Normal	Normal
Achilles	Normal	Normal
Babinski	Normal	Normal
Chaddock	Normal	Normal
Rosolimo	Normal	Normal
Clonus kaki	Normal	Normal
Lasseque	Normal	Normal
Kernig	Normal	Normal

b. Sistem Imunitas

Alergi : Pasien tidak memiliki riwayat alergi

Antibiotik : Cefotaxime (inj 1 gr, 2x sehari)

WBC : Tidak terkeji

c. Status Cairan

Tabel cairan dalam 24 jam (tgl: 19/6/2024)

Tgl	Intake	Output	Balance cairan
19/24	Infus : 1500 Minum : 2000 Total input : 3500	Urine : 1000 IWL : 1200 Total output : 2000	1300
20/24	Infus : 1500 Minum : 2000 Total input : 3500	urine : 900 IWL : 1100 Total output : 1000	1300

d. Status Ekonomi

Pasien mengatakan keluarganya mampu memenuhi kebutuhan, kondisi ekonomi baik

e. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik (Laboratorium pada tanggal 19/6/2024)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Darah rutin			
Hemoglobin	14.3	12-16	g/dl
Leukosit	9540	4000-10000	10 ³ /ul
Hematokrit	46.2	36-48	%
Trombosit	223	150000-450000	10 ³ /ul
Eritrosit	5.03	4.00-5.00	10 ⁶ /ul

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Eosinofil	5.1	1-5	%
Neutrofil	51.9	50-70	%
Basofil	0.5	0-1	%
Limfosit	25.3	25-40	%
monosit	7.2	2-8	%
Mcv	92.0	74.0-108	fL
MCH	28.5	25-35	Pg
MCHC	31.0	30.0-36.0	%
CT/BT			
Waktu perdarahan	3	1-3	menit
Waktu pembekuan	6	6-15	menit
Immunoserologi			
HIV Tes RI	Non Reactive	Non reactive	
HBsAg Tes	Negative	Negative	
Gula darah sewaktu	112	60-200	mg/dl
Ureum	41.8	15-35	mg/dl
Kreatinin	0.79	0.5-0.9	mg/dl

1) Hasil Foto rontgen pada tanggal 19 Juni 2024

(a) Hasil :

- Apex pulmo bilateral tenang
- Corakan bronchovaskuler normal
- Sinus Costofrenicus bilateral loncip
- Hemidiaphragma bilateral Ucin tak mendatar
- Cor ; CTR > 0,50
- Trachea ditengah ; tak tampak deviasi
- Sistem tulang yang divisualisasi Intact

(b) Kesan :

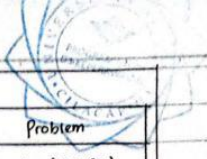
- Cardiomegaly
- Pulmo tidak tampak kelainan

2) Terapi medis

- Cefotaxime (inj. 1 gr / 2x sehari) : 1 vial
- Ketorolac (inj. 30mg / 1ml, 2x sehari) : 1 amp
- Ranitidine (inj. 50 mg / 2ml, 2x sehari) : 1 amp
- Infus RL 20 tpm.

3) Terapi nutrisi

Diet : TKTP (nasi biasa)



ANALISA DATA

NO	Sign	Etiologi	Problem
1.	<p>DS : Pasien mengatakan pusing, merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi saat ini, serta merasa tidak berdaya</p> <p>DO : Pasien tampak gelisah, wajah terlihat pucat dan tegang.</p> <p>TD : 153/113 mmHg</p> <p>N : 100 x /menit</p> <p>RR : 20 x /menit</p> <p>Skala kecemasan = 40 (berat)</p>	<p>Kekhawatiran</p> <p>Mengalami kegagalan</p>	Anstetas (D-0080)
2.	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi yang berada di bawah mata kanan</p> <p>P : Agen pencedera fisik</p> <p>Q : Nyeri cekot-cekot</p> <p>R : Bawah mata kanan</p> <p>S : 4 dari (1-10)</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>DO : Pasien tampak meringis menahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Panjang luka pasien ± 1 cm - TD : 100/80, N : 90 x /menit 	<p>Agen pencedera fisik</p>	<p>Nyeri akut (D-0077)</p>

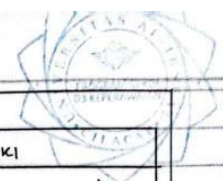
DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Anstetas b.d Kekhawatiran mengalami kegagalan, d.d pasien mengatakan khawatir dengan kondisi yang dihadapi saat ini, serta merasa tidak berdaya.
TD : 153/113 mmHg, N : 100 x /menit, RR : 20 x /menit
2. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik d.d pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi yang berada di bawah mata kanan.
P : Agen pencedera fisik, Q : Nyeri cekot-cekot, R : di bawah mata kanan, S : 4 (1-10)
T : Nyeri hilang timbul



INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	Dx-kep	SLKI	SIKI																												
1	Anxietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam diharapkan Tingkat Anxietas (L. 09093)</p> <p>Ekspektasi:menurun</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (s) 2) Perilaku gelisah menurun (s) 3) Perilaku tegang menurun (s) 4) Keluhan pusing menurun (s) 5) Frekuensi nadi menurun (s) 6) Tekanan darah menurun (s) 	<p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu sebelum dan sesudah latihan. 2) Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ciptakan lingkungan yang tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman, jika memungkinkan 2) Berikan upormasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3) Gunakan pakaian yang longgar 4) Gunakan nada suara yang lembut, irama pelan dan berirama <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan mengambil posisi yang nyaman 2) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi nyeri 3) Anjurkan sering melakukan, mengulangi teknik yang dipilih. 4) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (misalnya Imajinasi terbimbing) 																												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>ti</th> <th>cp</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Perilaku gelisah</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Perilaku tegang</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Keluhan pusing</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Tekanan darah</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	Kriteria Hasil	ti	cp	1	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	5	5	2	Perilaku gelisah	5	5	3	Perilaku tegang	5	5	4	Keluhan pusing	5	5	5	Frekuensi nadi	5	5	6	Tekanan darah	5	5	
NO	Kriteria Hasil	ti	cp																												
1	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	5	5																												
2	Perilaku gelisah	5	5																												
3	Perilaku tegang	5	5																												
4	Keluhan pusing	5	5																												
5	Frekuensi nadi	5	5																												
6	Tekanan darah	5	5																												
		<p>Keterangan :</p> <p>1 : meningkat /memburuk</p> <p>2 : cukup meningkat /cukup memburuk</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : cukup menurun / cukup membaik</p> <p>5 : menurun / membaik</p>																													



INTERVENSI KEPERAWATAN																											
No	Dx-kep	SLKI	SIKI																								
2.	Nyeri akut b.d Agen pencedera frstik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan Tingkat Nyeri (2-8/66) Ekspektasi : menurun Dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun (S) 2) Mengis menurun (S) 3) Gelisah menurun (S) 4) Tekanan darah menurun (S) 5) Frekuensi nadi menurun (S)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri/ Terapeutik 1) Berikan teknik nonfarmakologi mis. teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, aromaterapi dan lainnya. 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri mis. pencahayaan, kebisingan) Edukasi 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri 2) Anjurkan menggunakan analgetik dengan tepat 3) Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>R</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>S</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Mengis</td> <td>S</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah</td> <td>S</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tekanan darah</td> <td>S</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>S</td> <td>S</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	R	ER	1.	Keluhan nyeri	S	S	2.	Mengis	S	S	3.	Gelisah	S	S	4.	Tekanan darah	S	S	5.	Frekuensi nadi	S	S	
No	Kriteria Hasil	R	ER																								
1.	Keluhan nyeri	S	S																								
2.	Mengis	S	S																								
3.	Gelisah	S	S																								
4.	Tekanan darah	S	S																								
5.	Frekuensi nadi	S	S																								
		Keterangan : 1 : Menurun / meningkat/ memburuk 2 : cukup menurun / cukup meningkat / cukup memburuk 3 : Sedang 4 : cukup menurun / cukup membaik 5 : menurun / membaik																									

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN					
No	Tgl/Jam	Dx-kep	Implementasi	Evaluasi Respon	TTD
1	19/6/24 17:00	Ansietas	1) Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu sebelum dan sesudah latihan	DS: Pasien mengatakan leher terasa nyeri dan pusing DO: Wajah tampak pucat, Pasien tampak gelisah TD: 153/113 mmHg N: 100 x/menit S: 36,3 °C	JM Tari
	19/6/24 17:05	Ansietas	2) Memonitor respon terhadap relaksasi	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan terapi relaksasi imajinasi terbimbing dan merasa tenang DO: Pasien tampak kooperatif	JM Tari
	19/6/24 17:10		3) Menciptakan lingkungan yg tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman, jika memungkinkan	DS: Pasien mengatakan lebih nyaman ketika lampu redup atau dimatikan DO: Pasien tampak tenang dengan pencahayaan redup	JM Tari
	19/6/24 17:25		4) Memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi	DS: Pasien mengatakan paham terkait prosedur teknik relaksasi yang dijelaskan dan pasien ingin berimajinasi tentang pantai DO: Pasien tampak rileks dan memahami prosedur relaksasi	JM Tari
	19/6/24 17:35		5) Menggunakan pakaian yg longgar	DS: Pasien mengatakan sudah nyaman dengan pakaian yang digunakan DO: Pasien tampak menggunakan pakaian daster	JM Tari
	19/6/24 17:45		6) Menggunakan nada suara lembut, irama lambat dan berirama.	DS: Pasien mengatakan suara yg didengar sudah jelas DO: Pasien tampak kooperatif	JM Tari
	19/6/24 17:55		7) Mengajarkan Mengambil posisi yang nyaman	DS: Pasien mengatakan nyaman dengan posisi berbaring DO: Pasien tampak rileks.	JM Tari

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN					
No	Tgl/jam	Dx-kep	Implementasi	Evaluasi Respon	TDP
	19/6/24 18-00	Anxietas	8) Mengajarkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi	Ds: Pasien mengatakan perasaannya sudah rileks dan cemas atau gelisah sedikit berkurang karena imajinasinya bersama keluarga di pantai dengan menikmati udara yang segar. Pasien mengatakan relaksasi imajinasinya terasa nyata dan membuat pikirannya menjadi tenang. Do: Pasien tampak tenang	JM Tama
	19/6/24 18-10		9) Mengajarkan sering melakukan, mengulangi teknik yg dipilih (relaksasi imajinasi terbimbing)	Ds: Pasien mengatakan akan melakukan relaksasi ini ketika merasa kurang nyaman atau gelisah. Do: Pasien tampak kooperatif	JM Tama
	19/6/24 18-40		10) Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi (imajinasi terbimbing)	Ds: Pasien mengatakan mampu melakukan relaksasi secara mandiri Do: Pasien mengerti teknik relaksasi yang digunakan	JM Tama
2.	20/6/24 10-00	Anxietas	1) Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu sebelum dan setelah latihan	Ds: Pasien mengatakan keluhan pusing, dan rasa khawatir berkurang Do: Pasien tampak tenang TD: 120/85 mmHg S: 36,5 °C, N: 80/menit	JM Tama
	20/6/24 10-05	Anxietas	2) memonitor respon terhadap relaksasi (imajinasi terbimbing)	Ds: Pasien mengatakan relaksasi membuat perasaan dan pikiran menjadi tenang Do: Pasien tampak kooperatif	JM Tama

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN					
No	Tgl/jam	Dx-kep	Implementasi	Evaluasi Respon	TD
	20/6		3) Menciptakan lingkungan yang tenang tanpa gangguan dengan perabotan yang nyaman, jika memungkinkan.	Ds: Ny.R mengatakan suhu diruangannya sudah cukup dan tidak terlalu dingin Do: Lingkungan sekitar Ny.R terlihat kondusif	JM
	10-15				
	20/6		4) Menggunakan pakaian yang longgar	Ds: Ny.R mengatakan nyaman dengan pakaiannya. Do: Ny.R terlihat leleh nyaman.	JM
	10-20				
	20/6		5) Menggunakan nada suara yang lembut, irama lambat dan berirama	Ds: Ny.R mengatakan suaranya sudah jelas dan tidak terlalu cepat Do: Ny.R tampak memperhatikan dan mendengarkan apa yang disampaikan.	JM
	10-30				
	20/6		6) Mengajarkan mengambil posisi nyaman	Ds: Ny.R mengatakan ingin melakukan relaksasi dengan posisi duduk Do: Ny.R terlihat tenang	JM
	10-25				
	20/6		7) Mengajarkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi (imajinasi terbimbing)	Ds: Ny.R mengatakan dapat merasakan suasana di pegunungan udara yang segar dan terasa leleh rileks Do: Ny.R tampak senang	JM
	10-35				
	20/6		8) Mengajarkan string melakukan, mengulangi teknik yg dipilih (imajinasi terbimbing)	Ds: Ny.R mengatakan bersedia mengulangi relaksasi tersebut Do: Ny.R tampak kooperatif	JM
	11-25				
	20/6		9) Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi (imajinasi terbimbing)	Ds: Ny.R mengatakan mengerti teknik relaksasi tersebut Do: Ny.R terlihat menghayati	JM
	11-35				

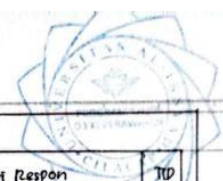


IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Tgl/jam	Dx-kep	Implementasi	Evaluasi Respon	TD		
3.	20/6/24	Ansietas	1) Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu sebelum dan sesudah latihan	DS: Pasien mengatakan perasaanya sudah tenang tidak khawatir lagi	JH Tania		
	15.00			DO: Pasien tampak tenang TD: 110/70 H: 90x/menit S: 36,8° C.			
	20/6/24			2) Memonitor respon terhadap relaksasi	DS: Pasien mengatakan senang ketika melakukan relaksasi	JH Tania	
	15.10				DO: Pasien tampak kooperatif		
	20/6/24			3) Menciptakan lingkungan yang tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan yang nyaman jika memungkinkan	4) Mengajarkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi	DS: Pasien mengatakan sudah nyaman	JH Tania
	15.30					DO: Pasien tampak nyaman dan pencahayaan redup	
20/6/24	5) Mengajarkan sering melakukan, mengulangi teknik yang dipilih.	6) Mendemonstrasikan dan latih relaksasi	DS: Pasien mengatakan relaksasi membuat nyaman pada tubuh dan pikiran	JH Tania			
15.45			DO: Pasien tampak senang				
20/6/24	16.00	6) Mendemonstrasikan dan latih relaksasi	DS: Pasien bersedia mengulangi relaksasi imajinasi terbimbing	JH Tania			
16.00			DO: Pasien tampak kooperatif				
20/6/24	16.30	6) Mendemonstrasikan dan latih relaksasi	DS: Pasien sudah memahami teknik relaksasi	JH Tania			
16.30			DO: Pasien tampak kooperatif.				

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	Tgl/jam	Dx. Kep	Implementasi	Evaluasi Respon	TTP
1.	20/6/24 18.00	Nyeri akut	1) Mengidentifikasi, durasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri.	Ds: Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi yang berada di bawah mata kanan P: Agen pencedera Fisik Q: Nyeri cekot-cekot R: Bawah mata kanan S: 4 (1-10) T: Nyeri hilang timbul DO: Pasien tampak meringis menahan nyeri, panjang luka pasien ± 4 cm TD: 100/80, N: 90 x/menit	JM Tania
	20/6/24 18.10		2) Mengidentifikasi skala nyeri	Ds: Pasien mengatakan rentang nyeri berada di skala 4 dari 1-10 DO: Pasien tampak gelisah ketika nyeri muncul	JM Tania
	20/6/24 18.25		3) Memberikan teknik non farmakologi	Ds: Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan relaksasi (imajinasi terbimbing) DO: Pasien tampak tenang dan rileks.	JM Tania
	20/6/24 18.55		4) Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis. Pencahayaan atau kebisingan)	Ds: Pasien mengatakan terganggu ketika lampu di ruangnya terlalu terang DO: Keluarga pasien tampak mengurangi pencahayaan dan mampu mengontrol lingkungan pasien.	JM Tania



NO	Tgl/Um	Dx-kep	Implementasi	Evaluasi Respon	TID
	20/11/19		5) Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Ds : Pasien mengatakan sudah mengerti teknik relaksasi yang digunakan Do : Pasien tampak kooperatif saat diberikan edukasi strategi meredakan nyeri	JH tarisa
	20/11/19		6) Mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	Ds : Pasien mengatakan dapat melakukan relaksasi secara mandiri Do : Pasien tampak mempraktekan dengan baik.	JH tarisa
	20/11/19		7) Mengajarkan menggunakan analgetik dengan tepat	Ds : Pasien mengatakan minum obat dengan tepat waktu dan sesuai petunjuk dokter Do : Pasien tampak kooperatif dalam minum obat.	JH tarisa
	20/11/19		8) Mengulaborasi pemberian analgetik - Cefotaxime inj. 10 cc - Ketorolac inj. 3 cc	Ds : Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan pereda nyeri Do : Pasien tampak tenang.	JH tarisa







EVALUASI KEPERAWATAN																																
No	Tgl/Waktu	Dx. Kep	Evaluasi (SOAP)	TTD																												
1.	19/11/24 17:00	Ansietas	<p>S: Pasien mengatakan pusing, merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi saat ini dan merasa tidak berdaya</p> <p>O: Pasien tampak gelisah, wajah terlihat pucat dan tegang</p> <p>TD: 153/113 mmHg RR: 20x/menit N: 100x/menit Skala kecemasan 40 (berat)</p> <p>A: Masalah keperawatan ansietas belum teratasi</p> <p>Ekspektasi: menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perilaku gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Perilaku tegang</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Keluhan pusing</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Tekanan darah</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi keperawatan Terapi relaksasi</p>	No	Kriteria Hasil	IR	ER	1.	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	2	5	2.	Perilaku gelisah	2	5	3.	Perilaku tegang	3	5	4.	Keluhan pusing	3	5	5.	Frekuensi nadi	3	5	6.	Tekanan darah	2	5	<p>JM</p> <p>Tania</p>
No	Kriteria Hasil	IR	ER																													
1.	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	2	5																													
2.	Perilaku gelisah	2	5																													
3.	Perilaku tegang	3	5																													
4.	Keluhan pusing	3	5																													
5.	Frekuensi nadi	3	5																													
6.	Tekanan darah	2	5																													
2.	20/11/24 10:00	Ansietas	<p>S: Pasien mengatakan perasaan khawatir terhadap kondisinya atau pada tindakan operasi berkurang</p> <p>O: Pasien tampak tenang dan rileks</p> <p>TD: 120/85 RR: 20x/menit N: 80x/menit</p> <p>A: Masalah keperawatan ansietas belum teratasi</p> <p>Ekspektasi: menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perilaku gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Perilaku tegang</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Keluhan pusing</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Tekanan darah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi keperawatan Terapi relaksasi</p>	No	Kriteria Hasil	IR	ER	1.	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	2.	Perilaku gelisah	3	5	3.	Perilaku tegang	4	5	4.	Keluhan pusing	4	5	5.	Frekuensi nadi	4	5	6.	Tekanan darah	4	5	<p>JM</p> <p>Tania</p>
No	Kriteria Hasil	IR	ER																													
1.	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5																													
2.	Perilaku gelisah	3	5																													
3.	Perilaku tegang	4	5																													
4.	Keluhan pusing	4	5																													
5.	Frekuensi nadi	4	5																													
6.	Tekanan darah	4	5																													

No	Tgl/Jam	Dx. Kep	Evaluasi (SOAP)	TTD																												
3.	26/24 15:00	Anxietas	<p>S : Pasien mengatakan perasaannya sudah tenang tidak merasa khawatir lagi</p> <p>O : Pasien tampak tenang TD : 110/70 mmHg RR : 20x/menit N : 90x/menit</p> <p>A : Masalah keperawatan anxietas teratasi Ekspektasi : menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>IP</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perilaku gelisah</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Perilaku tegang</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Keluhan pusing</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Tekanan darah</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Hentikan intervensi keperawatan</p>	No	Kriteria Hasil	IP	ER	1.	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	5	5	2.	Perilaku gelisah	5	5	3.	Perilaku tegang	5	5	4.	Keluhan pusing	5	5	5.	Frekuensi nadi	5	5	6.	Tekanan darah	5	5	<p>Tanda</p>
No	Kriteria Hasil	IP	ER																													
1.	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	5	5																													
2.	Perilaku gelisah	5	5																													
3.	Perilaku tegang	5	5																													
4.	Keluhan pusing	5	5																													
5.	Frekuensi nadi	5	5																													
6.	Tekanan darah	5	5																													
4.	26/24 19:30	Nyeri akut	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi yang berada dibawah mata kanan, ± 1 cm</p> <p>P : Agen pencedera fisik A : Nyeri cekot - cekot R : Dibawah mata kanan S : 4 (1-10) T : Nyeri hilang timbul</p> <p>O : Pasien tampak mengis menahan nyeri TD : 100/80 mmHg , N : 90x/menit</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi Ekspektasi : menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>IP</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tekanan darah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan Manajemen nyeri, (edukasi pasien pulang)</p>	No	Kriteria Hasil	IP	ER	1.	Keluhan nyeri	3	5	2.	Meringis	3	5	3.	Gelisah	4	5	4.	Tekanan darah	4	5	5.	Frekuensi nadi	4	5	<p>Tanda</p>				
No	Kriteria Hasil	IP	ER																													
1.	Keluhan nyeri	3	5																													
2.	Meringis	3	5																													
3.	Gelisah	4	5																													
4.	Tekanan darah	4	5																													
5.	Frekuensi nadi	4	5																													

Lampiran 7 Loogbook Konsultasi






Lampiran 8 :

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	28 Mei 2024	BAG 1 : latar belakang	
2.	30 Mei 2024	Bab : ac Caput bab 2 - - konsistensi peggua kate	
3.	4 Juni 2024	BAG 2 : EyD sudge psks tanda keor bebrasa	
4.	4 Juni 2024	BAG 2.T. : insdome dan - pggua pygu dan	
5.	5 Juni 2024		

Lampiran 8:

LEMBAR KONSUL KTI atau LOGBOOK

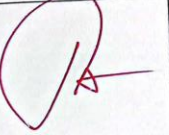


No	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	30 ^{Mei} 2024	Bab I latar belakang	
2.	3 Juni 2024	Bab II	
3.	4 Juni 2024	Bab III <u>persaingan</u> sistematis, pemeliharaan - masalah utawa, keperawatan atau u/ penatalaksanaan keperawatan	
4.	5 Juni 2024	Bab III <u>Asesi</u>	
5.	5 Juni 2024	ACC	

LEMBAR KONSUL KTI atau LOGBOOK

No	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	27/06 2024	- Askep - BGG 4	<i>Att</i>
2.	28/06 2024	- perawat - kesmpu - sww.	<i>Att</i>
3	01/07 2024	- mc	<i>Att</i>

Lampiran 8 :

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	26/6/2024	- Sim kumisi: data, kaji, analisis (BPK) → SKK (indikator) → Evaluasi	
2.	27/6/2024	- Judul di revisi & paragraf - Pembahasan → jelaskan mengapa terjadi, implementasi, jelaskan mengapa bra 1 ↓, - Kesimpulan → tambahkan fund xx efektif apa saja y atas masalah - Jurnal lengkap	
3.	28/6/2024	- Konsul lengkap Bab 1-5 - Format penulisan - Bab 4 → evaluasi - Bab 5 → kesimpulan	
4.	1/7/2024	Acc	