

Lampiran 1. SOP terapi *ankle pumping exercise*

<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI ANKLE PUMPING EXERCISE</b>	
PENGERTIAN	<i>Ankle pumping exercise</i> merupakan metode yang efektif untuk mengurangi edema, karena menghilangkan efek muscle pump yang membantu memindahkan cairan dari ruang ekstraseluler ke dalam pembuluh darah lalu kemudian kembali ke jantung.
TUJUAN	Tujuan dari terapi <i>ankle pumping exercise</i> yaitu untuk membantu melancarkan aliran darah dan menurunkan pembengkakan pada ekstermitas bawah, serta mengemalikan membantu sirkulasi darah agar tidak tertahan di bagian bawah tubuh dan memendorong aliran darah kembali ke jantung.
ALAT DAN BAHAN	Bantal/selimut
PROSEDUR	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Pra Interaksi           <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan pasien</li> <li>2. Persiapan tempat yang nyaman</li> <li>3. Persiapan alat</li> </ul> </li> <li>B. Fase Orientasi           <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam</li> <li>2. Menanyakan perasaan pasien hari ini</li> <li>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur</li> <li>4. Memberitahu tempat, waktu, topik.</li> </ul> </li> <li>C. Fase Kerja           <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Membaca basmallah</li> <li>2. Menyiapkan kesiapan pasien</li> <li>3. Mengobservasi tanda dan gejala hipervolemia sebelum diberikan terapi</li> <li>4. Menyiapkan alat dan bahan</li> <li>5. Mengatur posisi pasien dengan menaruh bantal/selimut di kaki dengan sudut 30°</li> <li>6. Melakukan gerakan pada pergelangan kaki ke atas dan ke bawah dalam waktu masing-masing 1 menit dilakukan selama 15 menit</li> <li>7. Observasi respon yang muncul pada pasien</li> <li>8. Rapihkan Kembali alat</li> </ul> </li> <li>D. Fase Terminasi           <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan evaluasi tindakan</li> <li>2. Menyampaikan tindak lanjut</li> <li>3. Mendokumentasikan dalam catatan keperawatan</li> </ul> </li> </ul>

Sumber: Fatchur et al., 2020

## Lampiran 2. SOP Elevasi Kaki 30°

Standar Prosedur Operasional	Elevasi Kaki 30°
Pengertian	Peninggian posisi kaki 30 derajat pada pasien adalah salah satu dari proses intervensi yang dapat dilakukan perawat untuk mengurangi edema kaki. Dengan peninggian kaki maka melawan tarikan gravitasi, sehingga meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan mencegah timbulnya statis vena.
Tujuan	Peninggian posisi kaki 30 derajat bertujuan agar sirkulasi perifer tidak menumpuk di area distal ulkus dan menyebabkan aliran darah akan cenderung menuju perifer terutama kaki yang mengalami fraktur, dan juga untuk megurangi edema pada kaki. Dimana dengan peninggian kaki maka melawan tarikan gravitasi, sehingga meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan mencegah timbulnya statis vena.
Prosedur	<p>Persiapan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat Bantal, kain lap bersih, sarung, penggaris, kertas, pulpen dan air hangat.</li> <li>2. Lingkungan Siapkan lingkungan yang nyaman dan tenang</li> </ol> <p>Cara Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menjelaskan kepada pasien tindakan yang akan dilakukan dan kontrak waktu</li> <li>2) Mencuci tangan</li> <li>3) Memposisikan klien sesuai dengan posisi yang nyaman, dengan cara tubuh berbaring dengan kepala memakai bantal dan menjaga privasi klien</li> <li>4) Kaki kompres menggunakan air hangat kemudian tekan daerah yang edema sehingga muncul cekung kulit yang dalam</li> <li>5) Lakukan pengukuran pada daerah edema menggunakan penggaris/jangka</li> <li>6) Catat hasil pengukuran kemudian lakukan peninggian posisi kaki 30° diatas tempat tidur dengan bantal/kain/sarung yang dapat membentuk kaki dengan sudut 30° selama ± 3 menit</li> <li>7) Lakukan kembali pengukuran derajat edema dengan menekan daerah yang bengkak kemudian catat hasilnya</li> <li>8) Lakukan peninggian posisi kaki 30° sebanyak 2x dalam waktu 3-5 menit tergantung kemampuan pasien</li> <li>9) Lalu 2 menit dilakukan istirahat lalu dilakukan peninggian posisi tungkai lagi sebanyak 3-5 menit. Jadi total pengkerjaan pada 1 pasien adalah 7 menit</li> <li>10)Menanyakan kembali perasaan klien setelah dilakukan tindakan peninggian posisi kaki 30°</li> <li>11)Merapikan klien dan alat</li> <li>12)Mencuci tangan</li> <li>13)Mencatat tindakan yang dilakukan.</li> </ol>

Sumber: Anidarlina & Sulastri, 2023

Lampiran 3. Tools Balance Cairan



**UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**LABORATORIUM KEPERAWATAN**

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

**INSTRUMEN PENILAIAN BALANCE CAIRAN**

NAMA : \_\_\_\_\_

TANGGAL : \_\_\_\_\_

NIM : \_\_\_\_\_

OBSERVER : \_\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai	
			Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
	1. Kertas	2		
	2. Pulpen	2		
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
	1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada	2		
	2. Mencuci tangan	2		
	3. Membawa alat ke dekat pasien	2		
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
	1. Mengucapkan salam	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan	5		
	4. Menjelaskan kontrak waktu pelaksanaan prosedur	3		
	5. Menjaga privacy	3		
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
	<b>Mengucap basmallah</b>			
	1. Menghitung cairan masuk dengan benar	12		
	2. Menghitung cairan keluar dengan benar	12		
	3. Menghitung IWL dengan benar	12		
	4. Menghitung balance cairan dengan benar	12		
	5. Simpulan	10		
	<b>Mengucap hamdallah</b>			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Menyampaikan rencana tindaklanjut	3		
	3. Berpamitan	3		
	4. Mencuci tangan	3		
	5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	3		
	<b>JUMLAH</b>	100		

Lampiran 4. Tools Pengukuran Oedem Pitting



**UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**LABORATORIUM KEPERAWATAN**  
Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

### Pengukuran Oedem Piting

Nama :  
NIM :

Tanggal :  
Observer :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program Pengukuran Odem/terapi medis	3		
2	Menyiapkan alat	3		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	5		
2	Memperkenalkan diri	5		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	5		
4	Menanyakan kesiapan pasien	5		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	<b>Mengucap basmallah</b>			
1	Mencuci tangan sebelum tindakan	5		
2	Mempersiapkan ekstremitas bawah	7		
3	Membebaskan daerah pengukuran dari penghalang (selimut/celana dsb)	10		
4	Melakukan penekanan daerah oedem terutama daerah tonjolan tulang (mata kaki, maleolus lateralis, diatas tibia)	20		
5	Menilai dan menulis hasil pemeriksaan grade odem dengan benar (grade dan kedalamannya)	14		
	<b>Mengucap hamdallah</b>			
<b>D</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Menyimpulkan hasil pemeriksaan	12		
2	Melakukan kontrak pertemuan selanjutnya	3		
3	Berpamitan	3		
	<b>TOTAL</b>	100		

Keterangan

Observer

: TIDAK

: Tidak dilakukan

: YA

: Dilakukan dengan sempurna

( )

Standar kelulusan nilai 75

Lampiran 5. Format Asuhan Keperawatan

**FORMAT ASKEP  
PKK MEDIKAL BEDAH II  
PRODI DIII KEPERAWATAN SEMESTER V**

**Pengumpulan Data**

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama	: Ny.F
Umur	: 67 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Suku Bangsa	: Jawa
Status perkawinan	: Kawin
Golongan darah	: B
No. CM	: Oxxxxx 95
Tanggal masuk	: 13 Juni
Tanggal pengkajian	: 13 Juni
Diagnosa medis	: Hypertensive Heart Disease (HHD)
Alamat	: Jl. Mungkur timur, cilacap.

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. S
Umur	: 43 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Suku Bangsa	: Jawa
Hubungan dg Klien	: Anak
Alamat	: Jl. Mungkur timur cilacap.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan serak nafas. Perutnya memberar dan keras pada kedua kakiannya bengkak.

2) Riwayat Penyakit Sekarang (Alasan masuk RS dan PQRST)

3) Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan dulu pernah memiliki riwayat kolesterol tinggi.

4) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga.

2). Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan datang ke RS Fatimah pada pukul 03.00 pagi karena merasa sesak saat tidur di malam hari, pasien mengatakan nafasnya terasa sesak, sesak nafas saat berbaring, perut memberar sudah 1 bulan dan terasa keras, ke 2 kakinya bengkak, terdapat

Pitting edema pada leher kanan derajat 2 dengan kedalaman 3 mm kembali dalam waktu 15 detik, pada leher kiri derajat 3 dengan kedalaman 5 mm kembali dalam 1 menit

c. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda vital

Tanggal / jam	Tanggal			
	13	14	15	16
TD (mmHg)	109/ 79	109/ 89	120/ 87	120/ 80
HR	113	95	88	86
RR	24	24	20	20
Suhu (°C)	36,5°	36,7°	36°	36,4°

2) Kepala dan leher

Yang Dikaji	Keterangan
Bentuk	Kepala bulat, simetris, tidak ada benjolan
Rambut	Rambut tebat, lurus, Pendek, berwarna putih
Mata	Kongjungtiva non anemis, sklera non ikterik
Telinga	tampak lemah
Hidung	Telingga bersih, tidak ada benjolan, simetris, tidak ada gangguan pendengaran.
Mulut	Hidung bersih, tidak ada gangguan indra penasaman, tidak ada sekret rongga mulut berair, labir sembab, tidak ada perdarahan gusi.
Leher	Leher tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan terdapat otot bantu napas

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

3) Jantung

Tanggal	13
Inspeksi	Napas cepat, JVP meningkat 5 cm
Palpasi	Denyut jantung terasa lebih kuat
Perkusi	terdengar suara pekat
Auskultasi	terdengar bunyi S3

4) Paru-paru

Tanggal	13
Inspeksi	sesak napas retraksi otot bantu napas gerakan dinding dada mempunyai
Palpasi	frematur taktil, simetris
Perkusi	bunyi sonor
Auskultasi	suara vaskular

## 5) Abdomen

Tanggal	
Inspeksi	Aster
Auskultasi	Brengus 30x/ menit
Palpasi	tidak ada benjolan, perut terasa keras
Perkusi	terdapat suara redup, karena ada cairan di dalam rongga perut.

## 6) Ekstremitas

## Ekstremitas atas

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
13 Juni	-	-	-	-	-	-	-	-

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

## Ekstremitas bawah

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
13 Juni	+	+	-	-	+	+	-	-

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

## Sistem Integumen

Tanggal	Warna kulit	Turgor	Mukosa bibir	Capilar refill	Kelainan
13 Juni	Merah muda	<1 detik	lembap	<2 detik	-

## d. POLA PENGKAJIAN FUNGSIONAL GORDON

- 1) PERSEPSI DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN  
Pasien mengatakan selalu memperhatikan kesehatanya dan memeriksakan ke layanan kesehatan jika merasa sakit. Pemeliharaan kesehatan pasien baik
- 2) POLA NUTRISI DAN METABOLIK

Subyektif

Pasien mengatakan tidak ada masalah nutrisinya

Obyektif: pasien tampak menyukuri gizinya

## a. Antropometri

Sebelum masuk rumah sakit (&gt;2 bulan yang lalu)

BB : 63...kg TB : 155...cm LILA..... cm

Saat Dirawat : Tanggal

BB : 69...kg TB : .....cm LILA..... cm (normal 29,3 cm)

Kesimpulan: .....

Perhitungan :

$$\begin{aligned} \text{BB ideal} &= (\text{TB} - 100) - 10\% (\text{TB} - 100) \text{ kg} \\ &= (155 - 100) - 10\% (155 - 100) \text{ kg} \\ &= 49,5 \text{ kg} \end{aligned}$$

### IMT (Indeks Massa Tubuh)

### Nilai standar IMT

$$\begin{aligned} \text{IMT} &= \frac{\text{BB}}{\text{TB(m)}^2} \\ &= \frac{64}{1,55} \\ &= 26,6 \end{aligned}$$

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

Kesimpulan: Overweight

#### b. Biokimia

Hb : 10.9 ( tgl 13 Juni )

Albumin : 3.12 ( tgl 13 Juni )

#### c. Penampilan fisik

penampilan pasien panen bau

#### d. Diet

- Jenis: lunak

- BEE laki-laki =  $66 + (13.7 \times \text{BB kg}) + (5 \times \text{TB cm}) - (6.8 \times \text{U.thn})$

$$= \dots \dots \dots$$

= ..... Kkal

- BEE perempuan =  $655 + (9.6 \times \text{BB kg}) + (1.8 \times \text{TB cm}) - (4.7 \times \text{U.thn})$

$$= 655 + (9.6 \times 64 \text{ kg}) + (1.8 \times 155 \text{ cm}) - (4.7 \times 67)$$

= 1.863,3 Kkal

Tabel perkiraan jumlah kalori ± 1.863,3 Kkal dalam .....

Tgl	Kalori Buah	Kalori makanan	Total kalori

### 3) POLA ELIMINASI

Sebelum dirawat :

Subjektif: Pasien mengatakan BAB dan BAK sebelum masuk RS lancar yaitu BAK 5 x / hari dan BAB 1x / hari di pagi hari.

Selama dirawat

Subjektif: Pasien mengatakan dari awal masuk RS belum BAB, untuk BAK pasien menggunakan pempres 1 hari pasien ganti 2-3 x

Obyektif:

- BAB

TGL	Frekuensi	Warna	Konsistensi
13 Juni	-	-	-

BAK

TGL	Frekuensi	Warna	Kelainan
13 Juni	Banti pemix	Kuning	-

#### 4) POLA AKTIFITAS DAN LATHAN

Status higienis

Tanggal	Mandi	Menggosok gigi	Memotong kuku	Keramas
13/6	-	-	-	-

Ket: (-); tidak dilakukan

ADL

Tanggal	Bathing	Dressing	Toileting	Transfering	Continance	Feeding	Indeks KATZ
13/6	dibantu	dibantu	dibantu	dibantu	mandiri	mandiri	Kekergantungan sedang

Status Mobilisasi

Tanggal	Duduk	Berdiri	Jalan
13/6	di bantu	di bantu	di bantu

Skor Norton

Tgl	Kondisi Fisikumum	Kesadaran	Aktifitas	Mobilitas	Inkontinen sia	Jumlah
13/6	4	4	2	3	4	17

Kategoriskor:

16-20: kecil sekali/tidak terjadi

12-15: kemungkinan kecil terjadi

<12: kemungkinan besar terjadi

Kesimpulan: Resiko Rendah.

#### 5) POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

Sebelum masuk RS:

Kualitatif: Pasien mengatakan tidurnya cukup dan nyenyak di rumah

Kuantitatif: Tidur pada siang hari dan malam hari kurang lebih 8 jam.

Setelah masuk RS:

Kualitatif: Pasien mengatakan tidurnya kurang nyenyak karena bersik ada pasien yang baru pindah i wangan

Kuantitatif: Tidur kurang lebih 5 jam.

6) POLA PERSEPTUAL

Halusinasi: pasien mengatakan tidak halusinasi

7) POLA PERSEPSI DIRI

Konsep diri

Citra tubuh: pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya

Identitas diri: pasien mengatakan dirinya seorang istri, ibu dan nenek

Peran diri: pasien menjadi istri, ibu, dan nenek

Ideal diri: pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan cepat pulang

Harga diri: pasien mengatakan senang di perhatikan dan ingin cepat sembuh.

Masalah Keperawatan: tidak ada

8) POLA SEKSUALITAS DAN REPRODUKSI

Subjektif: pasien mengatakan tidak ada masalah dalam seksualitas

Objektif: pasien tidak ada keluhan sakit pada daerah kemaluan

9) POLA PERAN-HUBUNGAN

Keluarga: pasien mengatakan hubungan dengan keluarga baik

Masyarakat: pasien mengatakan hubungan dengan masyarakat baik

10) POLA MANAJEMEN KOPING-STRESS

Masalah: tidak ada

Koping: coping pasien baik tidak ada masalah

11) SISTEM NILAI DAN KEYAKINAN

Nilai dan Keyakinan: pasien mengatakan beragama Islam

Kegiatanibadah: pasien mengatakan beribadah 5 waktu saat sebelum sakit

## 2. PENGKAJIAN SISTEM PERSYARAFAN

Fungsi Serebral

Tanggal/Jam		
Status Mental	Tingkat Kesadaran	cm
	GCS	15
	E	4
	V	5
	M	6
Fungsi Intelektual	Gaya Bicara	baik
	Orientasi Waktu	baik
	Orientasi Orang	baik
	Orientasi Tempat	baik

<b>Daya Pikir</b>	Spontan, alamiah, masuk akal	+
	Kesulitan Berpikir	-
	Halusinasi	-

<b>Status Emosional</b>	Alamiah dan Datar	-
	Pemarah	-
	Cemas	-
	Apatis	-
<b>Nyeri kepala</b>		-
<b>Pandangankabur</b>		-

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

7) Badan dan anggota gerak

Badan

Motorik

baik, simetris, tidak ada kelumpuhan

Refleks

normal, refleksi... patologis +

Sensibilitas

<b>Tanggal/Jam</b>	
<b>Sensasi taktil</b>	baik
<b>Sensasi suhu dan nyeri</b>	baik
<b>Vibrasi dan propriosepsi</b>	baik
<b>Integrasi sensasi</b>	baik

**Anggota gerak atas**

**Motorik**

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	Baik	Baik
Kekuatan	Baik	Baik
Tonus	Baik	Baik
Trofik	Baik	Baik

**Refleks**

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	Baik	Baik
Triceps	Baik	Baik
Radius	Baik	Baik
Ulna	Baik	Baik

**Sensibilitas**

Tanggal/Jam	
Sensasi taktil	Baik
Sensasi suhu dan nyeri	Baik
Vibrasi dan propriosepsi	Baik
Integrasi sensasi	Baik

**Anggota gerak bawah**

**Motorik**

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	Baik	Baik
Kekuatan	Baik	Baik
Tonus	Baik	Baik
Trofik	Baik	Baik

**Anggota gerak atas****Motorik**

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	Baik	Baik
Kekuatan	Baik	Baik
Tonus	Baik	Baik
Trofik	Baik	Baik

**Refleks**

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	Baik	Baik
Triceps	Baik	Baik
Radius	Baik	Baik
Ulna	Baik	Baik

**Sensibilitas**

Tanggal/Jam	
Sensasi taktil	Baik
Sensasi suhu dan nyeri	Baik
Vibrasi dan propriosepsi	Baik
Integrasi sensasi	Baik

**Anggota gerak bawah****Motorik**

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	Baik	Baik
Kekuatan	Baik	Baik
Tonus	Baik	Baik
Trofik	Baik	Baik

## Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Patella	Baik	Baik
Achilles	Baik	Baik
Babinski	Baik	Baik
Chaddock	Baik	Baik
Rossolimo	Baik	Baik
Clonus kaki	Baik	Baik
Lasseque	Baik	Baik
Kernieg	Baik	Baik

## Sensibilitas

Tanggal/Jam	
Sensasi taktil	Baik
Sensasi suhu dan nyeri	Baik
Vibrasi dan propriosepsi	Baik
Integrasi sensasi	Baik

## 2. Sistem imunitas :

Alergi: Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi

Antibiotic: Tidak ada.....

WBC: Tidak ada .....

.....

## 3. Status cairan

Tanggal	Intake	Output	Balance cairan
14/6	Infus = 500 ml	Urine = 1380	2.035 -
	Minum = 500 ml	IWL = 960	1380 -
	Total input = 2.035	Total output = 1380	940 -355 cc/24 jam
15/6	Infus = 500 ml	Urine = 1260	2235 -
	Minum = 650 ml	IWL = 960	2010 -
	Total input = 2235	Total output = 2010	960 -735 cc/24 jam
16/6	Infus = 500 ml	Urine = 1250 ml	2235 -
	Minum = 600 ml	IWL = 930	1250 -
	Total input = 2235	Total output = 1250	930 55 cc/24 jam.

4. Status Ekonomi Kesehatan

Pasien mengatakan menggunakan bpjs kelas 3

5. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

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

Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan		
			Nilai	Keterangan
Dst....				

b. Hasil foto rontgen tanggal .....

Kesan :

c. Hasil .....

6. TERAPI MEDIS

- inj. Levoftacin 750 ml - inj. Methylprednisolon 62.5 ml  
 - inj. Furosemid 25 mg - inj. Furosemid 10 mg

7. TERAPI NUTRISI

Diiit: lunak.....

ANALISA DATA

No	Sign	Problem	Etiologi

ZUS KEPERAWATIAN  
2012  
ILACAP

HASIL LABORATORIUM				
NAMA PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUTUKAN	SATUAN	METODE PEMERIKSAAN
<b>HEMATOLOGI</b>				
<b>DARAH RUTIN ANALIZER</b>				
<b>5 DIFF</b>				
Hemoglobin	10.9	12 - 15	g/dL	
Leukosit	6540	4000 - 10000	$10^3/\mu\text{L}$	
Hematokrit	35.1	36-48	%	
Trombosit	425000	150000 - 450000	$10^3/\mu\text{L}$	
Eritrosit	4.0	4 - 5.60	$10^12/\mu\text{L}$	
<b>HUL</b>				
Eosinofil	0.9	1-5	%	
Neutrofil	87.9	50 - 70	%	
Basofil	0.2	0-1	%	
Limfosit	9.9	25 - 40	%	
Monosit	2.1	2-8	%	
MCV	87.8	79 - 108	fL	
MCH	27.3	25 - 35	pg	
MCHC	31.1	30 - 36	%	
<b>GULA DARAH</b>				
Gula Darah. Sewaktu	75	60-200	mg/dl	
<b>FAAL SINJAL</b>				
Kreatinin	0.72	05 - 0.9	mg/dL	
ureum	15.0	15 - 45	mg/dL	
<b>FAAL HATI</b>				
SGOT	25.6	5-40	U/L	
SGPT	23.8	5-35	U/L	
Albumin	3.12	3.5 - 9.7	g/dL	-

Analisa Data			
NO	SIGN	Problem	Etiologi
1.	<p>DS : pasien mengatakan nafasnya terasa sesak karena perutnya yang membesar dan keras</p> <p>DO : - perut tampak besar - penggunaan otot bantu napas - pola napas abnormal (takipnea 24x/malit)</p>	pola napas tidak efektif (O.0005)	<p>hambatan upaya napas (Asiter)</p>
2.	<p>DS : - pasien mengatakan nafasnya terasa sesak, sesak napas saat berbaring, sesak napas juga muncul saat tidur di malam hari.</p> <p>- pasien mengatakan kakinya bengkak</p> <p>- pasien mengatakan berat badan naik 1 kg, dari berat badan 63 kg menjadi 66 kg</p> <p>DO : - ke 2 kaki tampak bengkak, terdapat pitting edema pada kaki kanan derajat 2 dengan kedalaman 3 mm dan kaki kiri derajat 3 dengan kedalaman 5 mm.</p> <p>- Peningkatan Jugular Venous pressure (JVP) 5 cm</p>	<p>Hipervolemia (O.0022).</p>	<p>Gangguan Mekanisme regulasi</p>

#### Diagnosa Keperawatan

1. pola napas tidak efektif b.d. hambatan upaya napas (asiter) d.d. dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal.
2. Hipervolemia b.d. gangguan mekanisme regulasi d.d. Orthopnea, dispnea, sesak napas muncul saat tidur di malam hari, edema perifer, berat badan meningkat, Jugular venous pressure meningkat.

NO	Diagnosa Kep.	SLKI	SIKI	
1.	Pola napas tidak efektif (O.0005)	<p>Pola napas (L.01004)</p> <p>Sekelar dilakukan Intervensi selama 2x24 jam, maka pola napas membaik dengan kriteria hasil :</p>	<p>Manajemen Jalan napas (I.01011).</p> <p>Tindakan Observasi</p>	
		Indikator	IR ER	
		Dispnea	2 5	- monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas).
		Penggunaan otot bantu napas	3 5	- monitor bunyi napas tambahan (mr. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering).
		Frekuensi napas	3 5	

SiDU

		Keterangan :	Terapeutik
		1 Meningkat	- posisikan semi - Fowler atau Fowler.
		2 cukup meningkat	- Berikan minum hangat
		3 Sedang	- Berikan Oksigen, jika perlu
		4 cukup menurun	
		5 menurun	Edukasi
			- Anjurkan air panas cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.
			kolaborasi
			- Kolaborasi pemberian broncodilator, ekkspelator, Mukolitik, jika perlu.
2.	Hipervolemia (D.0022)	Status cairan (L.03028). Setelah dilakukan intervensi selama 3x 24 Jam maka status cairan Membalik dengan kriteria hasil :	Pemantauan cairan (I.03121) Tindakan Observasi - Monitor frekuensi dan kekuatan nadi. - Monitor frekuensi napas - Monitor tekanan darah - Monitor berat badan - Monitor intake dan output cairan - Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasaraka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleksi hepatosigular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat).
		Keterangan :	
		1 Meningkat	
		2 cukup meningkat	
		3 Sedang	
		4 cukup menurun	
		5 menurun	Terapeutik.
			- Berikan terapi antiketotik, pumping exercise dan elevasi kaki 30°
			- Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien.

			- Dokumentasikan hasil pemantauan.
			Edukasi:
			- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
			- Informasikan hasil pemantauan jika perlu.

### Implementasi Keperawatan

NO	Tgl & Jam	Daignosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
1.	19 Juni 08.00 (D.0005)	Pola nafas tidak efektif (D.0005)	- Memonitor pola nafas frekensi, kedalaman dan usaha nafas	DS : pasien mengatakan sesak nafas DO : - pasien terlihat tiduran miring untuk membantu melancarkan pernapasan - RR : 24x /menit.	
	08.15		- Memonitor posisi semi-fowler	DS : pasien mengatakan jika di posisikan semi fowler menambah sesak karena perutnya yang besar akan tertekan. DO : pasien tampak nyaman tiduran dengan posisi miring.	
	08.25		- Memberikan obat-gan	DS : pasien menyertai nasal kanul DO : 3L /menit	
2.	19 Juni 08.30 (D.0022)	Hipervolemia	- Memonitor frekuensi nadi	DS : pasien mengatakan bersedia di cek nadinya	
	08.40		- Memonitor frekuensi nafas	DO : N : 95x /menit DS : pasien mengatakan masih sesak nafas DO : RR : 24x /menit	
	08.50		- Memonitor tekanan darah	DS : pasien mengatakan bersedia di cek tekanan darahnya.	
	08.55		- Memonitor berat badan	DO : TD : 109/89 mmHg. DS : pasien mengatakan BBnya 69 kg.	

CIRII

09.00	- Memonitor intake dan output cairan	DO : BB = 64 kg . DS = Pasien mengatakan bersedia di monitor DO : Intake = 2.035 ml Intake = - Obat - Levofloxacin 750 ml - Ranitdin 50 ml - Metiprednisolon 125 ml - Furosemid 10 ml . - Infus RL 500 ml - Minum 500 ml - makan bubur 100 ml		
		Output = BAK + IWL $IWL = 15 \times 64 \text{ kg} = 960 \text{ cc}/\text{jam}$ $24 \text{ jam}$ $AO \times 24 = 960 \text{ cc}/24 \text{ jam}$ Output + IWL = 1.380 + 960 $= 2.340 \text{ cc}/24 \text{ jam}$		
		Balance cairan Intake - (Output + IWL) $= 2.035 - 2.340 = - 305 \text{ cc}/24 \text{ jam}$ Balance cairan -305 cc /24 jam		
09.10	- Mengidentifikasi tanda-tanda hipertrofikemia	DS : pasien mengatakan sesak napas , Perut memberar dan kaki nya bengkak		
		DO : pasien terpasang nasal kanul , Perutnya tampak berar , terdapat edema pada kaki kanan derajat 2 dengan kedalamannya 3 mm , pada kaki kiri derajat 3 dengan kedalamannya 5 mm		
09.15	- Melakukan terapi ankle pumping exercise dan elevasi kaki 30° untuk mengurangi edema .	DS : pasien menyetujui dilakukan terapi . DO : Setelah dilakukan terapi terdapat penurunan derajat edema , pada kaki kanan yang awalnya derajat 2		

				menjadi derajat 1 dengan kedalaman 2 mm, pada lekuk kiri yang awalnya derajat 3
				menjadi derajat 2 dengan kedalaman 4 mm.
09.30		- memberikan terapi injeksi :	DS = pasien mengatakan bersedia di berikan obat	
		- Levofloksacin 750 ml	DO : pasien tampak kooperatif saat di berikan infeksi	
		- Ranitidin 25 ml		
		- Metilprednisolon 62,5 ml		
		- Furosemid 10 ml		
11.00		- Mengatur waktu pemantauan sesuai kondisi pasien dan mendokumentasikannya	DS = pasien menyertai DO : pasien tampak kooperatif	
13.00		- menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan serta menginformasikan hasil.	DS = pasien mengatakan paham dengan penjelasan yang di berikan DO : pasien tampak mengerti.	
1. 15 Juni	Pola nafas tidak efektif	- Memonitor pola nafas frekuensi, kedalaman dan usaha nafas	DS = pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas DO : RR = 20x / menit	
	08.00			
	08.05	- Memposisikan semi - Fowler	DS = pasien mengatakan nyaman di posisikan semi - fowler karena perutnya sudah mengecil dan sudah tidak keras.	
			DO : pasien tampak nyaman, perut pasien saat di tekan tidak keras.	
2. 15 Juni	Hiperkolesterolemia	- Memonitor frekuensi nadi	DS = pasien mengatakan bersedia di cek nadi	
	08.10		DO : N = 88x / menit	
	08.15	- Memonitor frekuensi napas	DS = pasien mengatakan sudah tidak sesak napas seperti kemarin.	
			DO : RR = 20x / menit	
	08.20	- memonitor tekanan	DS = pasien mengatakan bersedia	

			darah	di cek tekanan darahnya
				DO : TO : $120/87 \text{ mmHg}$
08.25	pasien mengatakan	- memonitor berat badan	DS : pasien mengatakan bersedia di cek berat badanya	
			DO : BB = 64 kg.	
08.40	pasien mengatakan	- memonitor intake dan output cairan	DS : pasien mengatakan bersedia di monitor	
			DO : Intake = 2.235 ml	
			Intake = - Obat	
			- Levofloxacin 750 ml	
			- Ranitridin 50 ml	
			- metilprednisolon 125 ml	
			- Furosemid 10 ml	
			- minum 650 ml	
			- makan buah 150 ml	
			- INPUT RL 500 ml	
			Output = 2.010 ml	
			- Urine = 1.200 ml	
			- pengeluaran cairan pent	
			750 ml	
			IWL = $15 \times 64 \text{ kg} = 40 \text{ cc/jam}$	
			$24 \text{ Jam}$	
			$40 \times 24 = 960 \text{ cc/24 jam}$	
			Output + IWL = $2.010 + 960$	
			= 2970 cc/24 jam	
			Balance cairan	
			Intake - (Output + IWL)	
			$= 2.235 - 2970 = - 735 \text{ cc/24 jam}$	
			Balance cairan -735 cc/24 jam	
09.00		- Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia	DS : pasien mengatakan napasnya sudah tidak sesak, Bengkak pada ke 2 kakinya sudah berkurang.	
			DO : edema pada kaki karen dengan derajat 1.	

			dengan kedalaman 2mm, pada lekui kiri dengan derajat 2 kedalaman 4 mm.
09.05		- Melakukan terapi ankle pumping exercise dan elevasi kaki 30° untuk Mengurangi edema.	DS : pasien menyatakan terapi DO : setelah dilakukan terapi terdapat penurunan derajat edema, pada lekui kanan dengan derajat 1 dengan kedalaman < 2 mm kembali cepat, pada lekui kiri dengan derajat 2 kedalaman 3 mm kembali dalam waktu < 15 detik.
09.30		- Memberikan terapi Injeksi = - levofloxacin 250 mg - Ranitidin 25 mg - Metilprednisolon 625 mg - furosemid 10 mg	DS : pasien mengatakan bersedia di berikan injeksi obat DO : pasien tampak kooperatif saat di berikan injeksi.
11.00		- Mengatur waktu pemantauan sejauh kondisi pasien dan mendekur- mentasikan	DS : pasien menyatakan DO : pasien tampak kooperatif.
13.00		- Mengklaskan prosedur	DS = pasien mengatakan dan tujuan pemantauan serta menginformasikan hasilnya DO = pasien tampak mengerti.
1. 16 Juni	pola napas tidak efektif	- Memonitor pola napas frekuensi, kedalaman dan usaha napas.	DS = pasien mengatakan sudah tidak sesak napas DO = RR = 20x /menit
08.00		- Memosisikan semi- Fowler	DS = pasien mengatakan nyaman di posisikan semi Fowler DO = pasien tampak berbaring nyaman.
2. 16 Juni	Hipervolemia	- Memonitor frekuensi nadi	DS = pasien mengatakan bersedia di cek hadinya DO = 86x / menit
08.00			

OB. 15	- Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia	- Memonitor frekuensi napas	DS : pasien mengatakan sudah tidak sesak napas lagi DO : RR = 20x / menit
OB. 25	- Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia	- Memonitor tekanan darah	DS : pasien mengatakan berdeita di cek tekanan darahnya DO : TD = 120/80 mmHg
OB. 30	- Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia	- Memonitor berat badan	DS : pasien mengatakan bersedia di cek berat badanya DO : BB = 62 kg.
OB. 35	- Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia	- Memonitor intake dan output cairan.	DS : pasien mengatakan bersedia di monitor DO : Intake = 2.235 ml Intake = - Obat - levofloxacin 750 ml - Ranitidin 50 ml - Metilprednisolon 125 ml - furosemid 60 ml - Minum 600 ml - Makan 200 ml - Input RL 500 ml Output 1.250 ml. (urine) $IWL = \frac{15 \times 62 \text{ kg}}{24 \text{ jam}} = 38,7 \text{ cc/jam}$ $38,7 \times 24 = 930 \text{ cc/24 jam}$ $\text{Output} + IWL = 1250 + 930 = 2.180 \text{ cc/24 jam}$ Balance cairan Intake - (Output + IWL) $= 2.235 - 2.180 = 55 \text{ cc/24 jam}$ Balance cairan 55 cc/24 Jam.
OB. 45	- Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia	- Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia	DS : pasien mengatakan sudah tidak sesak napas, bengkak pada leher kaki sudah berkurang DO : edema pada kaki

			Kanan derajat 1 dengan kedalaman < 2 mm, Pada kaki kiri derajat 2 kedalaman 3 mm.	
09.00	- Melakukan terapi ankle pumping exercise dan elevasi kaki 30° untuk mengurangi edema	D5 : pasien mengatakan bersedia di lakukan terapi	Do : setelah di lakukan terapi terdapat penurunan derajat edema, pada kaki kanan sudah tidak ada pitting edema, pada kaki kiri derajat 2 menjadi derajat 1 dengan kedalaman < 2 mm kembali cepat.	
09.30	- Memberikan terapi Injeksi : - levofloxacin 750 mg - Panitidin 25 mg - Metilprednisolon 62,5 mg - Furosemid 10 mg	D5 : Pasien mengatakan bersedia di berikan injeksi obat.	Do : pasien kooperatif saat di berikan injeksi.	
11.00	- Mengatur waktu pemantauan sesuai kondisi pasien dan mendokumentasi	D5 : pasien menyetujui	Do : pasien tampak kooperatif	
13.00	- menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan serta mendokumentasikan hasil	D5 : pasien mengatakan paham dengan penjelasan yang di berikan	Do : pasien tampak mengerti.	

## Evaluasi keperawatan

No	tg,jam	Dx . keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	19 Juni 15.00	Pola napas tidak efektif	S = pasien mengatakan naparnya masih serak karena perutnya yang besar dan keras. O = - perut tampak besar - penggunaan otot bantu pernapasan - pola napas abnormal (takipnea 24x /menit) A = Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi	
			Indikator	IK ER
			Dyspnea	3 5
			Penggunaan Otot bantu napas	3 5

			frekuensi napas	3	5																					
			P = Lanjutkan Intervensi berikan Oksigen nasal kanul 3L/menit.																							
2.	14 Juni	Hipervolemia	S = - pasien mengatakan masih sesak napas, sesak napas saat berbaring, sesak napas juga muncul saat tidur di malam hari. - pasien mengatakan ke 2 kakinya masih bengkak - pasien mengatakan berat badan naik 1 kg dari 63 kg menjadi 64 kg																							
	16.00		O = - ke 2 kaki tampak bengkak, terdapat pitting edema, pada kaki kanan derajat 1 dengan kedalaman 2 mm, pada kaki kiri derajat 2 dengan kedalaman 4 mm																							
			A : Masalah hipervolemia belum teratasi																							
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Otropnea</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dyspnea</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>edema perifer</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Berat Badan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jugular venous pressur (JVP)</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	IR	ER	Otropnea	3	5	Dyspnea	3	5	Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)	4	5	edema perifer	3	4	Berat Badan	3	5	Jugular venous pressur (JVP)	3	4		
Indikator	IR	ER																								
Otropnea	3	5																								
Dyspnea	3	5																								
Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)	4	5																								
edema perifer	3	4																								
Berat Badan	3	5																								
Jugular venous pressur (JVP)	3	4																								
			P = Lanjutkan Intervensi berikan nasal kanul 3L/menit, pemberian terapi farmakologis dan non farmakologis (terapi ankle pumping exercise dan elevasi kaki 30°)																							
1.	15 Juni	pola napas tidak efektif	S = pasien mengatakan sudah tidak sesak napas dan penyusinya sudah tidak keras. O = - perut masih tampak besar - tidak terlihat menggunakan otot bantuan napas. - pola napas normal, RR = 20x/menit.																							
	15.00		A : masalah pola napas tidak efektif sudah teratasi.																							
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dyspnea</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu napas</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>frekuensi napas</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	IR	ER	Dyspnea	5	5	Penggunaan otot bantu napas	5	5	frekuensi napas	5	5											
Indikator	IR	ER																								
Dyspnea	5	5																								
Penggunaan otot bantu napas	5	5																								
frekuensi napas	5	5																								



			Frekuensi napas	5	5
			P. = hentikan intervensi, pasien BLPL, edukasi pada keluarga jika sesak napas muncul posisi kan pasien setengah duduk.		
2	16 Jurni 16.00	Hipervolemia	<p>5 = Pasien mengatakan sudah tidak sesak napas, pasien mengatakan saat berbaring sudah tidak sesak napas dan pada saat tidur di malam hari sudah tidak muncul sesak napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan bengkak pada ke 2 kaki nya sudah membair.</li> <li>- pasien mengatakan saat di timbang berat badanya turun menjadi 62 kg</li> </ul> <p>0 = edema pada ke dua kaki berkurang, pada kaki kanan sudah tidak ada pitting edema, pada kaki kiri pitting edema dengan derajat 1 dengan kedalaman &lt; 2 mm lembab dengan waktu &lt; 5 detik, JVP 4 cm</p> <p>A = masalah hipervolemia teratas</p>		
			Indikator	IR	ER
			Orthopnea	5	5
			Dyspnea	5	5
			Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)	5	5
			Edema perifit	4	4
			Berat badan	5	5
			Jugular venous pressure (JVP)	4	4
			P. = hentikan intervensi, pasien BLPL, edukasi pasien dan keluarga untuk melakukan terapi non farmakologis untuk mengurangi edema (terapi ankle pumping exercise dan elevasi kaki 30°).		

**SURAT PERSETUJUAN PASIEN**  
**(INFORMED CONCNET)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Farrah  
 Umur : 67 tahun.  
 Agama : Islam  
 Pekerjaan : Ibu Rumah tangga  
 Alamat : Jl. mungkur timur

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.

Nama Mahasiswa : Zahroh Khabibah  
 NIM : 106122046

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus kelolaan ini, dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 14.Juni.....2025

Yang bersangkutan

*Rohyati*  
 (Nama: *Rohyati*)

Lampiran 6. *Informed Consent*

**SURAT PERSETUJUAN PASIEN  
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : .....

Umur : .....

Agama : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

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:

Nama Mahasiswa : Zahroh Khabibah

NIM : 106122046

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus kelolaan ini, dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, .....2025

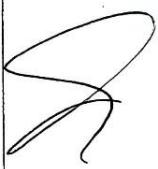
Yang bersangkutan

(Nama: ..... )

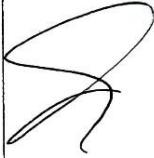
## Lampiran 7. Lembar Konsultasi KTI

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)			
NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	20/5/2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kata + orang ditutupi wajah</li> <li>- Kukipan diholis namanya bokang + telur saja</li> <li>- Di later bokang juga longsor ke CRD, bokas liposolvinia cer minum dulu → libat porositas</li> <li>- Gaya di proposal ; Alur :</li> </ul> <p>Cairan</p> <p>↓</p> <p>ggu. cairan (lipo, lepas)</p> <p>↓</p> <p>liposolvinia (</p> <p>↓</p> <p>komplikasi berikutnya</p> <p>liposolvinia</p> <p>↓</p> <p>injeksi yg lepas dilepaskan</p> <p>↓</p> <p>injeksi anestesi + elevasi</p> <p>↓</p> <p> hasil peralihan yg menarik</p>	JLH

## LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
2	26/5/2025	- Publikasi RAB 2 - Consult lagi SWD di tungkap dg RAB 3	
3	2/6/2025	Acc seminar proposal KTI	

## LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
2	26/5/2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publikasi RAB 2</li> <li>- Consult lagi SWD di longkap</li> <li>Bdg RAB 3</li> </ul>	
3	2/6/2025	Acc seminar proposal KTI	

## LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	20/6/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan data yg relevan dg masalah konsultasi.</li> <li>- SISA ditulis semua yg serupa dg kondisi patient.</li> <li>- SOAP → indikator dilihat dari DS + DO, tidak ada masalah teratasi sebagian =&gt; Sudah / belum teratasi</li> </ul>	
2	26/6/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membagi jadwal dan RAB I (hijau).</li> <li>- Membagi penitiran RAB 1</li> </ul>	
3	30/6/2021	Ace sahinkor hasil IGT	

## LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	20-6-2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progr. Abdomen putih</li> <li>- Celi-DS dan DO sejalan dengan SDKL</li> <li>- Tumbuhan / Com. keratin BB dan JVP</li> <li>- pembahasan tambahan dr. Teon dan hasil peneliti terkait</li> <li>- Acc ngej utama ktr</li> </ul>	
	26-6-2025		
	30-6-2025		