

L

A

M

P

I

R

A

N

Lampiran 1 Surat Persetujuan Pasien

Lampiran 1 Surat Persetujuan Pasien

SURAT PERSETUJUAN PASIEN (INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Riadi

Umur : 39 thn

Agama : Islam

Pekerjaan : buruh

Alamat : Jl. Bali Kuntapan Kidul RT.03/05

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 : Indri Pujiati

NIM : 106121025

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, 18 Juni 2024

Yang bersangkutan



.....
Nama pasien/wali pasien

Lampiran 2 SOP Perawatan Luka

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
PERAWATAN LUKA**

Pengertian	Perawatan luka merupakan serangkaian tindakan untuk membersihkan, melindungi dan membantu proses penyembuhan luka.
Tujuan	Tujuan dilakukan perawatan luka yaitu untuk mempercepat proses penyembuhan, mengontrol inflamasi, mengembalikan fungsi tubuh dan mengurangi risiko komplikasi
Persiapan Alat & Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Alat Steril<ol style="list-style-type: none">a. Pinset anatomisb. Pinset sirurgisc. Kassa sterild. Kom terbukae. Hand scoen2. Alat Non Steril<ol style="list-style-type: none">a. Perlak pengalasb. Bengkokc. Cairan NaCl 0,9%d. Desinfektan (Betadin)e. Gunting verban/verbanf. Verbandg. Plesterh. Kapas alkohol
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none">1. Tahap Pra Interaksi<ol style="list-style-type: none">a. Melakukan verifikasi data pasien (biodata pasien)b. Mencuci tangan dan menyiapkan peralatan sesuai kebutuhan2. Tahap Orientasi

	<ul style="list-style-type: none">a. Memberikan salam dan menyapa pasienb. Memperkenalkan diric. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan perawatan lukad. Menanyakan kesiapan klien <p>3. Fase Kerja</p> <ul style="list-style-type: none">a. Membaca Basmallahb. Mencuci tanganc. Menjaga privasid. Mengatur posisi klien sehingga luka dapat terlihat dengan jelase. Memasang perlak pengalasf. Membuka peralatang. Menggunakan hand scoenh. Membuka balutan lama (hati-hati jangan sampai menyentuh luka) gunakan pinset anatomis, buang balutan ke dalam bengkok. Jika menggunakan plester lepaskan plester (bila masih terdapat sisa pelekak di kulit dapat dihilangkan dengan kapas alkohol atau cairan NaCl 0,9%)i. Letakan balutan kotor ke bengkok lalu buang ke kantong plastik, hindari kontaminasi dengan permukaan luar wadahj. Kaji lokasi, tipe, jumlah jahitan, pus/nanah dan bau dari lukak. Membuka set balutan steril dan siapkan larutan pencuci luka dan obat luka dengan memperhatikan teknik aseptikl. Lepas sarung tangan, ganti sarung tanganm. Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9%
--	--

	<ul style="list-style-type: none">n. Pencet atau tekan bagian luar dari luka untuk mengeluarkan cairan atau nanaho. Memberikan obat atau antibiotik dengan cara diolesi di permukaan luka (jika perlu)p. Menutup luka, dengan cara :<ul style="list-style-type: none">1) Balutan kering<ul style="list-style-type: none">a) Lapisan pertama kassa kering steril untuk menutupi daerah insisi dan bagian sekeliling kulitb) Lapisan kedua adalah kassa kering steril yang dapat menyerapc) Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luka2) Balutan basah kering<ul style="list-style-type: none">a) Lapisan pertama kassa steril yang telah diberi cairan steril atau cairan NaCl 0,9% untuk menutup area lukab) Lapisan kedua kassa steril yang lembabc) Lapisan ketiga kassa steril yang tebal dan kering pada bagian luar lukaq. Plester dengan rapihr. Angkat perlak dari bawah area lukas. Lepaskan sarung tangan dan buang ke bungkukt. Atur dan rapikan posisi pasienu. Mencuci tangan <p>4. Fase Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none">a. Melakukan evaluasi tindakanb. Menyampaikan rencana tindak lanjutc. Melakukan dokumentasi keperawatan secara tepat dan akurat
--	---

Lampiran 3 Tools Perawatan Luka Bersih



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

**PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN
 PERAWATAN LUKA BERSIH**

Nama :
 NIM :

Tanggal :
 Observer :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE PREINTERAKSI			
1	Cek program perawatan luka bersih	2		
2	Menyiapkan alat	2		
B	FASE ORIENTASI			
1	Memberi salam/menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
C	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah			
1	Mencuci tangan	2		
2	Memasang sampiran/menjaga privasi	2		
3	Memasang perlak pengalas	2		
4	Membuka peralatan	2		
5	Mendekatkan bengkok	3		
6	Memakai hand scoen	3		
7	Membasahi plester dengan alkohol	3		
8	Membuka balutan luar	3		
9	Membersihkan sekitar luka dari sisa plester	5		
10	Membuka balutan dalam	5		
11	Menekan sekitar luka untuk mengetahui ada tidaknya pus	10		
12	Membersihkan luka dengan NaCl	10		
13	Mengeringkan dengan kassa	5		
14	Melakukan kompres desinfektan (NaCl)	10		
15	Menutup luka dengan balutan	8		
16	Merapihkan pasien	3		
17	Merapihkan alat	2		

18	Mencuci tangan	2		
	Mengucapkan Hamdallah			
C	FASE TERMINASI			
1	Melakukan evaluasi tindakan	2		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2		
3	Berpamitan	2		
	Total	100		

Keterangan

Observer,

Tidak : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

()

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN-S
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO INFERTI
DI RUANG AL-A'ROE RSI FATIMAH CILACAP

18/2024
/6

DISUSUN OLEH :
INDRI PUSIATI
106.121.025

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AL-ROSTADILALAH
2024



A PENGKASIAN

18/2024
16

I Identitas data

Nama	: An.S	Alamat	: Kuriipan kidul 03/03
Tempat / tgl lahir	: Cilacap, 4 oktober 2012	Agama	: Islam
Usia	: 11 Tahun	Suku bangsa	: Jawa / Indonesia
Nama ayah/ibu	: Tn. R / Ny. S	Pendidikan ayah	: SD
Pekerjaan ayah	: Bunuh	Pendidikan ibu	: SMP
Pekerjaan ibu	: Bunuh	Tanggal masuk RS	: 17 Juni 2023

ii Keluhan Utama

Pasien mengatakan ia merasa takut akan melakukan operasi karena merupakan ini pertama kali ia akan melakukan operasi dan merasa khawatir ibu belum datang.

iii Riwayat kehamilan dan kelahiran

- Prenatal** : Ayah pasien mengatakan pasien merupakan anak pertama. Ayah dan ibu pasien selalu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan ke bidan dan pada saat hamil mengatakan tidak ada keluhan.
- Intranatal** : Ayah pasien mengatakan An.S dilahirkan secara Caeser dan dibantu dokter di RSUD Cilacap.
- Postnatal** : Keluarga mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan, pasien lahir dengan sehat dan ASI dari ibu langsung diberikan

iv Riwayat masa lampau

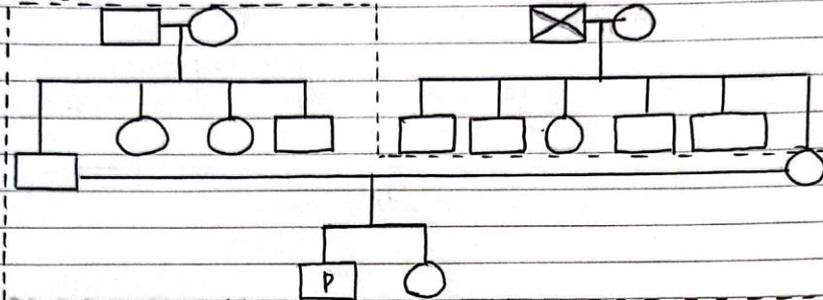
- Penyakit waktu kecil** : Ayah pasien mengatakan pasien pernah sakit leukimia pada saat usia 18 bulan sampai usia 2,5 tahun (30 bulan)
- Pernah dirawat di RS** : Ayah pasien mengatakan pasien pernah dirawat di RS sewaktu pengobatan leukimia
- Penggunaan obat-obatan** : Ayah pasien mengatakan memberikan obat paracetamol ketika anak demam
- Tindakan (operasi)** : Ayah pasien mengatakan bahwa pasien sebelumnya tidak pernah melakukan tindakan operasi
- Alergi obat-obatan/makanan** : Ayah pasien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki alergi terhadap obat, tetapi pasien memiliki alergi terhadap udang menimbulkan gatal
- Kecelakaan** : Ayah pasien mengatakan bahwa An.S tidak pernah mengalami kecelakaan

g. Imunisasi : Ayah pasien mengatakan An.S sudah mendapat imunisasi lengkap

v. Riwayat Keluarga (Genogram)

Ayah pasien mengatakan diteluarganya tidak memiliki penyakit menular atau menurun

• Genogram



Keterangan :

- | | | | | | |
|-----|---------------|---|--------------------|------|-----------------|
| □ | : Laki - Laki | X | : Meninggal dunia | ---- | : Tinggal rumah |
| ○ | : Perempuan | — | : Garis perkawinan | | |
| □ P | : Pasien | | : Garis keturunan | | |

vi. Riwayat Sosial

a. Yang mengasuh : Ayah pasien mengatakan bahwa yang mengasuh pasien adalah ayah dan ibunya

b. Hubungan dengan anggota keluarga : Ayah pasien mengatakan bahwa hubungan dengan anggota keluarga tegalin dengan baik

c. Hubungan dengan teman sebaya : Ayah pasien mengatakan hubungan An.S dengan teman - temannya baik sering bermain bersama.

d. Pembawaan secara umum : Pasien tampak tegang

e. Lingkungan rumah : Ayah pasien mengatakan lingkungan disekitar rumah mereka bersih dan nyaman

vii. Kebutuhan Dasar

a. Makanan yang disukai / tidak disukai : Pasien mengatakan paling suka makan mie ayam dan tidak ada makanan yang tidak disukai

Selera : Pasien mengatakan suka makan dan Ayah pasien mengatakan anak makan dengan lahap

Alat makan yang dipakai : piring, sendok

Pola makan / jam : Ayah pasien mengatakan anak makan 3 kali sehari

- Pagi, siang dan malam tapi jamnya tidak tentu.
- b. Pola tidur : Ayah pasien mengatakan An. S tidur pukul 20.00 - 06.00
- Kebiasaan sebelum tidur : Sebelum tidur pasien mengatakan biasanya main HP dahulu.
- Tidur siang : Ayah pasien mengatakan pasien tidak pernah tidur siang
- c. Mandi : Pasien mengatakan bahwa dirinya mandi 2 kali sehari pagi dan sore
- d. Aktifitas bermain : Pasien mengatakan setiap hari ia bermain dengan teman-temannya di sekitar rumah
- e. Eliminasi : Pasien mengatakan BAB dalam sehari 1-2 x, BAK 1-5 x sehari walaupun kadang dan tidak ada keluhan saat BAK dan BAB

viii. Keadaan kesehatan saat ini

- a. Diagnosa medis : Circumisi
- b. Tindakan operasi : Circumisi
- c. Status nutrisi : Selama dirawat pasien mengatakan tidak ada perubahan pola makan dan nafsu makan
- d. Status cairan : An. S terpasang neur RL ditangan 12 tpm
- e. Obat-obatan : 1. Ceftriaxon injeksi 1 g, dua kali sehari
2. Parasetamol injeksi 50 mg/50 ml, dua kali sehari
3. Ketorolac injeksi 30 mg, tiga kali sehari
- f. Aktifitas : Anak tampak lelu, aktifitas mandiri
- g. Tindakan keperawatan : Pemeriksaan TTV, Memonitor tanda-gejala infeksi
- h. Hasil laboratorium

Tanggal hasil : 17 Juni 2024

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
DARAH RUTIN ANALYZER			
Hemoglobin	12.0	12 - 15	g/dL
Leukosit	8770	4500 - 13500	$10^3/uL$
Hematokrit	36.9	35.0 - 49.0	%
Trombosit	251000	150000 - 450000	$10^3/uL$
Eritrosit	4.57	4.00 - 6.10	$10^6/uL$
HSL			
Eosinofil	8.2%	1 - 4	%
Neutrofil	59.7	25 - 65	%
Basofil	0.5	0 - 1	%
Monosit Limfosit	26.1	23 - 53	%

Monosit	5-2	2-8	%
MCV	80.7	74.0 - 108	fL
MCH	26.3	25 - 35	Pg
MCHC	32.6	30.0 - 36.0	%
CT/BT			
Waktu perdarahan (BT)	3	1-3	Menit
Waktu pembekuan (CT)	6	6-15	Menit
IMMUNOSEROLOGI			
HBSAG TES	Negatif	Negatif	
GULA DARAH			
Gula darah sewaktu	105	60-200	mg/dL

g. Hasil rontgen : Tidak dilakukan pemeriksaan rontgen

j. Data tambahan :

ix. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : Baik

Keradangan : Compomentis

b. TB / BB : TB : 129 cm, BB : 22,75 kg

c. Lingkar kepala : 45 cm

d. Mata : Bentuk mata simetris, sclera tidak icterus, reflek terhadap cahaya

e. Hidung : Bentuk hidung simetris, bersih, tidak ada pernapasan cuping hidung

f. Mulut : Mulut bersih, bentuk bibir normal, mukosa bibir lembab

g. Telinga : Telinga tampak simetris, tidak ada serumen, pendengaran baik

h. Tenggorok : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening

i. Dada : Bentuk dada normochoest, pergerakan dada simetris

j. Jantung : Tidak ada pembesaran jantung dan tidak ada pembengkakan

k. Paru : Bentuk dada simetris, suara nafas normal dan tidak terdengar suara nafas tambahan

l. Perut : Bentuk perut datar, tidak ada nyeri tekan

m. Panggul : Bentuk simetris, tidak didapatkan fraktur, tidak ada pengolan.

n. Genitalia : Jenis kelamin laki-laki

18/2024
6

o. Ekstremitas : atas : terparang infus ditangan kiri
bawah : Tidak ada oedema dan lesi

p. Kulit : Kulit sawo matang, bersih dan tidak ada lesi

q. Tanda vital : TD : 103/62 mmHg RR : 23 x/mnt
N : 105 x/mnt S : 36,4°C

x. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

a. Kemandirian dan bergaul : Pasien berusia 11 tahun sudah bisa melakukan aktivitas sendiri dan sering bermain dengan teman-temannya

b. Motorik halus : Pasien sudah lancar menulis dan mengatakan suka menggambar

c. Motorik kasar : Pasien mengatakan suka berolahraga, terutama sepak bola

d. Kognitif dan bahasa : Pasien berbicara dengan bahasa jawa dan bahasa Indonesia dengan lancar

xi. Informasi Lain

xii. Riwayat Keperawatan

Pasien anak (An. S) lahir pada 4 Oktober 2012 dari pasangan suami-istri Ny R dan Tn. R. An. S berusia 11 tahun, jenis kelamin laki-laki. BB : 22,75 kg dan TB : 129 cm. Saat dilakukan pengkajian pre op anak tampak sedikit lalu, lalu setelah operasi anak tampak menawan ngepi dan mengatakan pusing. An. S mempunyai riwayat penyakit leukemia pada saat usia 18 bulan - 2,5 tahun dan melakukan pengobatan rutin di RS Sargiro. Pasien mengatakan tidak ada perubahan pola makan sewaktu dirawat di RS.

Tanda - tanda vital : TD : 103/62 mmHg RR : 23 x/mnt
N : 105 x/mnt S : 36,4°C

Terapi : ceftriaxon 1g / 12 jam, Ranitidin 2 x 50 mg, ketorolac 3 x 30 mg

18/2024
16

xiii. Analisis Data

Data (DO/DS)	Penyebab / Etiologi	Masalah (Problem)
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan dirinya merasa takut karena ini merupakan pertama kali akan melakukan operasi Pasien mengatakan khawatir ibunya belum datang ke Rumah Sakit 	<p>Kurang terpapar Informasi</p>	<p>Anxietas</p>
<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak gelisah Pasien tampak berpindah-pindah dari tempat tidur ke kursi Pasien tampak tegang dan pucat, serta tampak mata kring hitam Tanda-tanda vital : TD : 103/62 mmHg N : 105 x/mnt PR : 23 x/mnt S : 36,4 °C 		

xiv. Prioritas Diagnosa Keperawatan

- Anxietas b.d kurang terpapar informasi d.d pasien mengatakan takut karena ini merupakan ia melakukan operasi, pasien juga mengatakan khawatir ibunya belum datang untuk menemainya, pasien tampak gelisah, pasien tampak berpindah-pindah dari tempat tidur ke kursi, pasien tampak tegang dan pucat, TD : 103/62 mmHg, N : 105 x/mnt, PR : 23 x/mnt, S : 36,4 °C

rencana Keperawatan

Tgl/Jam	DP	SLKI	SLKI	Paraf
18/06 21	Anxietas b.d	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Terapi Relaksasi (1.09.826)	f
11.00	Kurang terpapar informasi	selama 5 jam, tingkat anxietas menurun dengan kriteria hasil :	<ul style="list-style-type: none"> Observasi Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain 	Indri



19/2019
/6

Tgl/Jam	DP	SKK1	SKK2	Raraf
	Anxietas bd Kurang terpapar informasi	1. Perilaku gelisah menurun (s) 2. Perilaku tegang menurun (s) 3. Frekuensi nadi menurun (s) 4. Pucat menurun (s) 5. Kontak mata membaik (s)	yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Monitor respon terhadap terapi relaksasi • Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang tanpa gangguan 2. Gunakan roda suata lembut dengan irama lambat • Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat dan jenis relaksasi (naras dalam) 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman 3. Anjurkan sering mengulangi naras dalam	↑ Indri
		Keterangan : 1 : Meningkat / Memburuk 2 : Cukup meningkat / Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup menurun / Cukup membaik 5 : Menurun / membaik		

ARUHAN KEPERAWATAN

Tgl/Jam	Diagnosis	Implementasi	Evaluasi formatif	Raraf
10/6/24 11.20	Anxietas bd Kurang terpapar Informasi	• Melakukan pengecekan tanda-tanda vital	S : Pasien bersedia dicet TTV O : TD : 103/62 mmHg RR : 23 x/mnt H : 105 x/mnt S : 36,4°C	↑ Indri
11.25		• Mengidentifikasi penyebab ansietas	S : Pasien mengatakan takut akan melakukan operasi dan ibunya belum datang untuk meremanimya O : Pasien tampak gelisah dan pucat	↑ Indri
11.30		• Menjelaskan tujuan dilakukannya operasi pikunemisi	S : Pasien mengatakan paham terkait tujuan tindakan pikunemisi O : Pasien tampak memperhatikan ketika dijelaskan	↑ Indri
11.35		• Mengajarkan teknik relaksasi naras dalam	S : Pasien mengatakan bisa melakukan naras dalam O : Pasien tampak mempraktekan naras dalam dengan baik	↑ Indri

Tgl/Sam	Diagnosis	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
11.05	Ansietar b.d kurang terpapar informasi	• Menjelaskan tujuan dan manfaat nafar dalam • Menganjurkan untuk	S: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan tujuan dan manfaat relatsasi nafar dalam O: Pasien dan keluarga tampak memperhatikan dengan baik	Indri
11.05		• Menganjurkan untuk melakukan nafar dalam ketika merasa takut dan khawatir	S: Pasien mengatakan akan melakukan nafar dalam ketika merasa khawatir dan takut O: Pasien tampak kooperatif	Indri
11.05		• Menganjurkan pasien dan keluarga berdoa kepada Allah agar diberi kelancaran dan ketenangan	S: Pasien dan keluarga mengatakan selalu berdoa kepada Allah O: Pasien dan keluarga tampak memahami	Indri

CATATAN PERKEMBANGAN

Tgl/Sam	Diagnosis	Evaluasi Sumatif	Paraf																									
18/6 ²⁴	Ansietar b.d	Setelah dilakukan tindakan operasi hirtumbisi pada pukul 14.00 - 16.00, didapatkan evaluasi	Indri																									
16.15	Kurang terpapar informasi	tindakan keperawatan ansietar : S: Pasien mengatakan sudah lega operasinya sudah selesa dan ibunya sudah datang menemaninya O: Pasien tampak lebih tenang dan lebih fokus TVU : TD : 85/63 mmHg RR : 21 x/mnt N : 82 x/mnt S : 36,1% A: Masalah keperawatan ansietar teratasi	Indri																									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hari</th> <th>Sebelum</th> <th>1R</th> <th>2R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Perilaku gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perilaku tegang</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Pucat</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kontak mata</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hari	Sebelum	1R	2R	1.	Perilaku gelisah	3	5	5	2.	Perilaku tegang	3	5	5	3.	Pucat	3	5	5	4.	Kontak mata	3	5	5	
No	Kriteria Hari	Sebelum	1R	2R																								
1.	Perilaku gelisah	3	5	5																								
2.	Perilaku tegang	3	5	5																								
3.	Pucat	3	5	5																								
4.	Kontak mata	3	5	5																								
		P: Hentikan Implementasi																										

Indri
19/6/2024

ANALISA DATA

Tgl / Jam	Data (DS/DO)	Penyebab/Etiologi	Masalah (Problem)	Paraf
18/6-24 16.20	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada area operasi (genitalia) P: luka post operasi sirkumisi Q: nyeri seperti ditukuk-tukuk R: di area operasi (genitalia) S: skala nyeri 5 T: nyeri hilang timbul <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak meringis menahan nyeri Pasien tampak meninah dan mengerutkan wajah Pasien tampak tens TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 95/63 mmHg TI : 82 x/mnt FR : 21 x/mnt S : 36,1°C 	Agen pencedera fisik	Nyeri akut	f Indri
18/6-24 16.25	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada area genitalianya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Terdapat luka post operasi sirkumisi pada pasien Luka tampak tertutup dengan balutan tassa dan tampak rapih Leukosit : 8770 Area genitalia tampak bengkak & merah 	Faktor risiko & Efek prosedur invasif	Risiko Infeksi	f Indri

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

- Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d pasien mengatakan nyeri pada area post operasi, nyerinya seperti ditukuk-tukuk, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis dan meninah, TD : 95/63 mmHg, TI : 82 x/mnt, FR : 21 x/mnt, S : 36,1°C

SIDU

19/6/2024

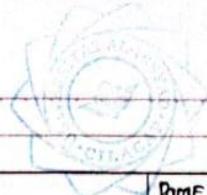


2. Risiko infeksi d-d pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi, nyerinya seperti ditukuk-tukuk, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, terdapat luka post artumasi, luka tampak tertutup dengan balutan kassa dan tampak bersih dan rapih, Leukosit .870, area genitalia tampak bersih & kemerahan

Plencana Keperawatan

Waktu	DP	SKK	SKK	Paraf
10/6-29	Nyeri akut b.d agen pcedera fisik	Setelah dilatutan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5) 2. Keluhan nyeri menurun (5) 3. Meriangis menurun (5) 4. Belitah menurun (5)	Manajemen nyeri (1.08288) • Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi etala nyeri • Terapeutik 1. Berikan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (nasear dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memberat nyeri • Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Anjurkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri • Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	f Indri
10/6-29 19.00	Risiko infeksi d-d efek prosedur invasif	Setelah dilatutan tindakan selama 2 x 24 jam, tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: 1. Kemerahan menurun (5) 2. Nyeri menurun (5) 3. Bengkak menurun (5) 4. Kadar sel darah putih kembali (5)	Pencegahan Infeksi (1.19539) • Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi • Terapeutik 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien • Edukasi 1. Jelaskan tanda & gejala infeksi	f Indri

19/6/2024



Tgl/Jam	Diagnosis	SKF	SKF	Paraf
	Perititis Increti d d efek prosect invasif	Keterangan : 1. Menurun/ Meringkat/ Memburuk 2. Cukup menurun/ Cukup meringkat/ Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup meringkat/ Cukup menurun/ Cukup membaik 5. Meringkat/ Menurun/ Membaik	1. Ajarkan cara mencuci tangan 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Perawatan Luka (1.14564) • Observasi 1. Monitor karakteristik luka • Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester 2. Bersihkan dengan NaCl 3. Pasang balutan sesuai jenis luka • Edukasi 1. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi protein 2. Anjurkan untuk menjaga kebersihan	f Indri

ADUAN KEPERAWATAN

Tgl/Jam	Diagnosis	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
19/6/24	Nyeri akut b.d agen pembeda fistik	• Mengidentifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri	S : Pasien mengatakan nyeri di area operasi (genitalia), nyeri seperti ditukut-tukut, skala nyeri 5, nyeri hilang kembali O : Pasien tampak menahan nyeri dengan mengentakkan wajah	f Indri
17.15		• Mengidentifikasi nyeri	S : Pasien mengatakan skala nyeri 5 O : Pasien tampak meninik	f Indri
17.25		• Mengajarkan untuk melatukan nafas dalam	S : Pasien mengatakan sudah bisa melatukan nafas dalam O : Pasien tampak melatukan nafas dalam	f Indri
17.35		• Menjelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri	S : Keluarga pasien mengatakan paham terkait dengan penyebab O : Keluarga tampak mendengarkan	f Indri

19/6/2024



Tgl/Sam	Diagnostik	Implementasi	evaluasi formatif	Paraf
17-24	Nyeri akut b.d	Menganjurkan	S: Keluarga pasien mengatakan	f
17-20	agen pcedera	ketuarga pasien	bersedia akan melakukannya	Indri
	frisik	mengingatkan anat	O: Keluarga pasien tampak	
		untuk nazar dalam	kooperatif	
		ketika nyeri timbul		
17-25		Mengobrenvati	S: Pasien bersedia untuk	f
		tanda-tanda	diperiksa TTV	Indri
		vital	O: TD: 95/63 mmHg RR: 21x/mnt	
			TI: 92x/mnt S: 36.1°C	
17-24	Risiko Infeksi	Mencuci tangan	S: Sudah melakukan cuci tangan	f
16-55	d.d efek	sebelum dan	O: Cuci tangan dilakukan dengan	Indri
	prosedur infeksi	sesudah kontak	6 langkah	
		dengan pasien		
17-55		Menganjurkan	S: Keluarga dan pasien mengadon	f
		ketuarga dan	akan menjaga kebersihan	Indri
		pasien menjaga	O: Keluarga pasien tampak paham	
		kebersihan		
		lingkungan &		
		area luka		
18-05		Menjelarkan	S: Keluarga pasien mengatakan	f
		tanda dan	setarang menjadi tau tentang	Indri
		ggala infeksi	tanda dan ggala infeksi	
			O: Keluarga pasien tampak	
			kooperatif dan ada feed back	
18-15		Mengedutahi	S: Keluarga pasien mengatakan	f
		agar menjaga	mengeri dan paham	Indri
		luka tetap	O: Keluarga tampak memahami	
		tering		

CATATAN PERKEMBANGAN

Tgl/Sam	Diagnosis	Evaluasi Sumatif	Paraf
17-24	Nyeri Akut b.d	S: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang	f
18-30	agen pcedera frisik	P: nyeri ketika BAK dan bergerak	Indri
		O: nyeri seperti ditukuk-tukuk	
		R: nyeri di area genitalia	
		S: skala nyeri 4	

19/2024
16



Tgl/Jam	Diagnosa	Evaluasi Formatif	Paras																				
		<p>T : nyeri hilang timbul</p> <p>O : Pasien tampak masih mengemukakan wajahnya menahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien sudah tidak menntih • TTV : TO : 105/78 mmHg RR : 22 x/mnt M : 88 x/mnt S : 36,3 °C <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Saat ini</th> <th>EF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menuntarkan aktivitas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, skala frekuensi nyeri, 2. Mengajukan untuk melatukan nafas dalam 	Kriteria Hasil	Sebelum	Saat ini	EF	Kemampuan menuntarkan aktivitas	2	3	5	Keluhan nyeri	2	3	5	Meringis	2	3	5	Gelisah	3	4	5	<p>†</p> <p>Indri</p>
Kriteria Hasil	Sebelum	Saat ini	EF																				
Kemampuan menuntarkan aktivitas	2	3	5																				
Keluhan nyeri	2	3	5																				
Meringis	2	3	5																				
Gelisah	3	4	5																				
18/6-24 19.45	Risiko Infeksi dan efek prosedur invasive	<p>S : Pasien mengatakan nyeri di area luka sudah berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan tau cara mengontrol tanda infeksi <p>O : Luka tampak masih kering, rapih dan tertutup oleh balutan kassa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mampu menjelaskan tanda infeksi • Lingkungan pasien tampak bersih <p>A : Masalah keperawatan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Saat ini</th> <th>EF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meremahan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Sebelum	Saat ini	EF	Meremahan	3	4	5	Nyeri	2	3	5	Bengkak	3	3	5	Kadar sel darah putih	5	5	5	<p>†</p> <p>Indri</p>
Kriteria Hasil	Sebelum	Saat ini	EF																				
Meremahan	3	4	5																				
Nyeri	2	3	5																				
Bengkak	3	3	5																				
Kadar sel darah putih	5	5	5																				

(KKV)

19/6/2024



Tgl/Jam	Diagnosa	Evaluasi formatif	Paraf																				
18/6-24	Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasive	P. Lanjutkan intervensi keperawatan 1. Memonitor kondisi luka 2. Memonitor tanda dan gejala infeksi	Indri																				
19/6-24 07.30	Nyeri Akut b.d agen pascakira fraktur	S : - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, ketika BAK sudah tidak nyeri, tetapi ketika tersenggol dan bergerak masih nyeri P: luka p.o sirkumferensi (nyeri ketika bergerak) O: nyeri seperti ditukuk-tukuk R: nyeri di area genitalia S: skala nyeri 3 T: nyeri hilang timbul - Keluarga pasien mengatakan pasien tenang dan tadi malam tidur pulas D : - Pasien tampak lebih tenang dan segar - Pasien terkadang tampak masih meringis menahan nyeri - TV : TO. 99/71 mmHg S: 96,5% N: 80 x/mnt RR: 20 x/mnt A: Masalah Keperawatan belum teratasi <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Kriteria tglanj</th> <th>Sebelum</th> <th>Saat ini</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menuntaskan aktivitas</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Peluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> P. Lanjutkan intervensi 1. Memonitor lokasi, skala, frekuensi, kualitas nyeri 2. Menganjurkan untuk nafas dalam 3. Menganjurkan jangan banyak bergerak dahulu	Kriteria tglanj	Sebelum	Saat ini	ER	Kemampuan menuntaskan aktivitas	3	3	5	Peluhan nyeri	3	3	5	Meringis	3	1	5	Gelisah	1	1	5	Indri
Kriteria tglanj	Sebelum	Saat ini	ER																				
Kemampuan menuntaskan aktivitas	3	3	5																				
Peluhan nyeri	3	3	5																				
Meringis	3	1	5																				
Gelisah	1	1	5																				
19/6-24 07.15	Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasive	S : - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Keluarga pasien mengatakan lukanya basah	Indri																				

A 19/6 2024.



Tgl/Sam	Diagnosi	Evaluasi Sumatif	Paraf																				
19/06 07.45	Prतिito lntetain d.d efet prosedur inuare	<p>O : • Balutan luka pasien tampak sedikit basah</p> <p>• Balutan tampak sudah tidak rapih dan longgar</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>San- lum</th> <th>Kat ini</th> <th>pp</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Femerahan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkok</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan perawatan luka Discharge planning : <ul style="list-style-type: none"> Edukasi cara perawatan luka Edukasi mengonsumsi makanan tinggi protein Edukasi menjaga kebersihan area luka 	Kriteria Hasil	San- lum	Kat ini	pp	Femerahan	3	4	5	Bengkok	3	4	5	Nyeri	3	3	5	Kadar sel darah putih	5	5	5	<p>+</p> <p>Indri</p>
Kriteria Hasil	San- lum	Kat ini	pp																				
Femerahan	3	4	5																				
Bengkok	3	4	5																				
Nyeri	3	3	5																				
Kadar sel darah putih	5	5	5																				

ASUHAN KEPERAWATAN

Tgl/Sam	Diagnosi	Implementasi	Evaluasi formatif	Paraf
19/06 08.15	Nyeri akut b.d agen pecedera fraktur	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitatif dan intensitas nyeri 	<p>S : Pasien mengatakan masih terasa nyeri di area luka p.o jika terenggol atau sedang berjalan. nyeri seperti diurut -urut. nyeri nya hilang timbul</p> <p>O : Pasien tampak meninges menahan nyeri</p>	<p>+</p> <p>Indri</p>
08.20		<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi skala nyeri 	<p>S : Pasien mengatakan nyeri dikala 3</p> <p>O : Pasien tampak mengernyut wajahnya</p>	<p>+</p> <p>Indri</p>
08.25		<ul style="list-style-type: none"> Mengajarkan pasien untuk jngan terlalu 	<p>S : Pasien mengatakan akan mengurangi pergerakan</p>	<p>+</p> <p>Indri</p>

19/6 2024



Tgl/Jam	Diagnosis	Implementasi	Evaluasi formatif	Paraf
		banyak bergerak dahulu	0: Pasien tampak memahami	
19/06 08.30		• Menganjurkan pasien untuk melakukan nafas dalam ketika nyeri timbul	S: Pasien mengatakan sudah melakukan nafas dalam ketika nyeri timbul 0: Pasien tampak melakukan nafas dalam dengan baik	
08.35		• Menganjurkan keluarga membimbing pasien nafas dalam ketika pasien merasa nyeri	S: Keluarga mengatakan sudah melakukannya 0: Keluarga tampak kooperatif	
08.45		• Kolaborasi pemberian ketorolac ranitidin	S: Pasien mengatakan tangan sedikit sakit ketika diruntik 0: Pasien tampak meringis	
19/06 09.00	Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	• Mengidentifikasi keadaan luka pasien	S: Pasien dan keluarga mengatakan lutanya sedikit basah karena terkena urin 0: Luka tampak basah, balutan tampak longgar dan tidak rapih	
09.15		• Melakukan perawatan luka	S: Pasien mengatakan bersedia untuk dirawat lutanya 0: Pasien tampak mengangguk	
09.20		• Meleparkan balutan dan plester secara perlahan dengan dibarahi NaCl	S: Pasien mengatakan sakit ketika balutan dilepas 0: Pasien tampak menintih	
09.25		• Memonitor karakteristik luka	S: - 0: Luka tampak kemerahan, jahitan rapi dan kering, terdapat bengkak pada area sekitar luka, luka diare genitalia, tidak ada bau jahitan luka ± 8 jahitan	

A 19/6 2024



Tgl/Jam	Diagnosis	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
19/06-24 09.20		• Membersihkan luka dengan cairan NaCl	S: Pasien mengatakan perih pada area luka O: Pasien tampak meringis	f Indri
09.25		• Mengeringkan luka dengan kassa	S: Pasien mengatakan perih O: Pasien tampak menahan nyeri	f Indri
09.30		• Memarang balutan dengan kassa kering	S: Pasien mengatakan sudah tidak perih lagi O: Pasien tampak tenang	f Indri
10.30		• Discharge planning - Edukasi keluarga pasien cara perawatan luka	S: Keluarga pasien mengatakan mengerti dengan cara perawatan luka O: Keluarga tampak mendengarkan dengan baik	f Indri
10.40		- Mengedukasi keluarga untuk memonitor tanda dan gejala infeksi	S: Keluarga mengatakan akan terus memantau keadaan pasien O: Keluarga tampak memahami	f Indri
10.50		- Mengedukasi keluarga untuk memberi makan pasien dengan makanan tinggi protein	S: Keluarga mengatakan paham dan akan melakukannya O: Keluarga tampak kooperatif	f Indri

CATATAN PERKEMBANGAN

Tgl/Jam	Diagnosis	Evaluasi Sumatif	Paraf
19/06-24 14.30	Nyeri akut b.d agen percedera fisik	S: Pasien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang, ketika duduk sudah tidak nyeri tapi kalo tertenggol masih nyeri P: Nyeri p.o ritumit (nyeri ketika tertenggol) O: Seperti dituntak-tuntak R: Diareka luka operasi (genitalia) S: Skala nyeri 2	f Indri

RSBY

19/6 2024.



Tgl/Jam	Diagnosis	Evaluasi Sumatif	Paraf																				
13/06 14.30		<p>T: nyeri hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak tenang dan tidak gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih segar dan lebih banyak tersenyum & sudah bisa ke KM sendiri <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Skor awal</th> <th>Skor int</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menuntaskan aktivitas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meningir</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bellrah</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan intervensi keperawatan</p>	Kriteria Hasil	Skor awal	Skor int	ER	Kemampuan menuntaskan aktivitas	3	4	5	Keluhan nyeri	3	4	5	Meningir	1	5	5	Bellrah	1	5	5	<p>+</p> <p>Indri</p>
Kriteria Hasil	Skor awal	Skor int	ER																				
Kemampuan menuntaskan aktivitas	3	4	5																				
Keluhan nyeri	3	4	5																				
Meningir	1	5	5																				
Bellrah	1	5	5																				

14.15	Risiko Infeksi ad efek prosedur invasive	<p>S: - Pasien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang dan jarang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan sudah tau tanda dan gejala infeksi - Keluarga pasien mengatakan paham dengan cara perawatan luka - Keluarga pasien akan memberikan makanan tinggi protein untuk An.S <p>O: - Luka pada pasien tampak rapih dan kering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kemerahan dan sedikit bengkak pada area genitalia - Keluarga pasien mampu menjelaskan tanda-tanda risiko infeksi - Keluarga pasien mampu menjelaskan cara perawatan luka dan jenis makanan tinggi protein, leukosit: 8770 <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Skor-um</th> <th>Skor int</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan intervensi</p>	Kriteria Hasil	Skor-um	Skor int	ER	Kemerahan	1	4	5	Bengkak	1	4	5	Nyeri	3	4	5	Kadar sel darah putih	5	5	5	<p>+</p> <p>Indri</p>
Kriteria Hasil	Skor-um	Skor int	ER																				
Kemerahan	1	4	5																				
Bengkak	1	4	5																				
Nyeri	3	4	5																				
Kadar sel darah putih	5	5	5																				

19/6/2024

Lampiran 5 Lembar Konsul

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	Senin, 27 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> -Konsul judul -Mekanisme penyusunan KTI 	
2.	Senin, 3 Juni 2024	<ul style="list-style-type: none"> -Konsul BAB 1-3 - Bab 1 latar belakang tambahkan jenis dan komplikasi luka - Bab 2 Hiyuan pustaka, benarkan kerangka pemikiran - Bab 3 tambahkan definisi operasional Etika Studi Kasus 	
3.	Selasa, 4 Juni 2024	Perbaiki Kerangka Pemikiran dan Definisi Operasional	
4.	Selasa, 4 Juni 2024	Konsul lengkap dari cover - lampiran	
5.	Rabu, 5 Juni 2024	acc sidang proposal KTI	

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	5/6/2024	<p>BAD 1 Matri Cak data. & Ri terkait & Uatid. Anak & perurutan luke. % port yg App, luke baher. dll. Data mafuan & latar belakang. Perbaiki tata naskah. Baku asy atau luter → luter kuning -</p>	<p><i>[Signature]</i> wali wuadi</p>
2	7/6/24	<p>Me Aday purnama KTI</p>	<p><i>[Signature]</i></p>

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	18 / Juni / 2024	<ul style="list-style-type: none"> · Pengkajian dan analisa data pre dan post op dibenarkan · Catatan pertembangan dilengkapi 	
2.	19 / Juni / 2024	Konsul arahan keperawatan. lengkap pengkajian - evaluasi	
3.	21 / Juni / 2024	<ul style="list-style-type: none"> · Konsul penyusunan BAB IV dan V · Penambahan materi di BAB II dan I 	
4.	28 / Juni / 2024	<ul style="list-style-type: none"> · Konsul BAB IV → penulisan analisa data · Benarkan bagian pembahasan · BAB V → Kesimpulan menjawab tujuan khusus 	
5	27 / Juni / 2024	ACC sidang hasil KTI	

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	20/6/24.	- tambahkan data katut post op pada anals di RSPC ± 1 bulan t/o april → tambahkan & latar belakang.	ymamf Neni Anas
2.	21/6/24.	<ul style="list-style-type: none"> - Pembahasan data pengujian & keluhan utama. - Data analisa data kuant & didapatkan dari pengujian - NOC Hasil pemeriksaan pasien yang & ambu - tambahkan & dx infeksi kemoterapi / kondisi ke post op. 	ymamf Neni Anas
3.	28/6/24	Ate Maju Hiday kate	ymamf