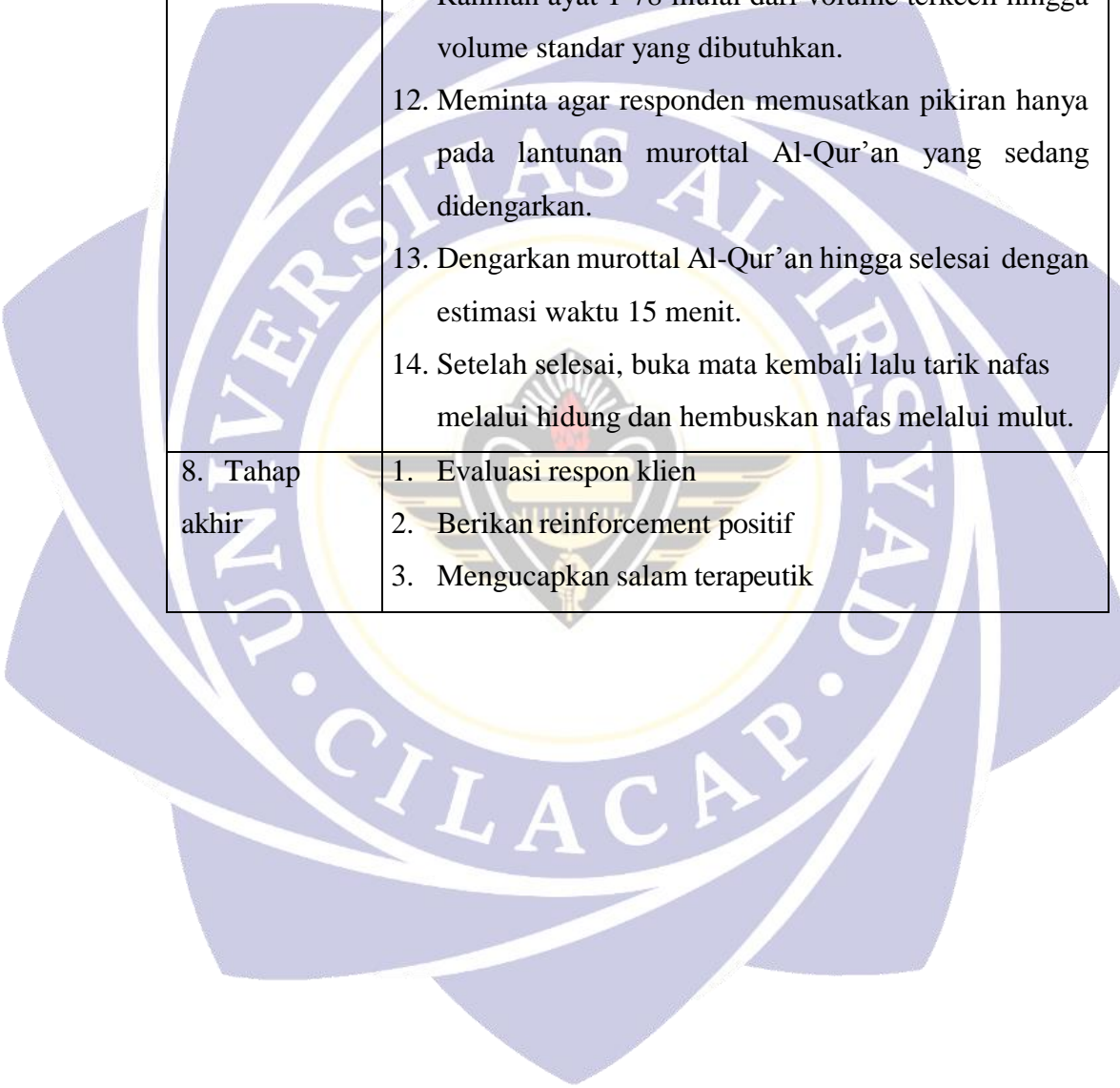


LAMPIRAN



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN	
1. Pengertian	Terapi mendengarkan audio murottal Ar-Rahman dan terjemahannya dengan frekuensi intervensi 3x pertemuan dengan durasi pemberian terapi selama 15 menit.
2. Tujuan	Agar responden yang mengalami ansietas menurun setelah diberikan terapi mendengarkan audio murottal Ar-Rahman dan terjemahannya.
3. Indikasi	Responden yang mengalami masalah ansietas
4. Kontra Indikasi	Responden yang mengalami gangguan pendengaran
5. Persiapan Klien	Persiapan responden dengan menjelaskan pada responden mengenai tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilaksanakan.
6. Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Audio <i>Mp3</i> surah Ar-Rahman ayat 1-78 dan terjemahannya. 2. <i>Earphone</i>
7. Tahap kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam terapeutik. 2. Menanyakan perasaan klien saat ini. 3. Menjelaskan tujuan kegiatan. 4. Menanyakan pada pasien bersedia dilakukannya tindakan 5. Menutup privasi selama tindakan dilakukan 6. Memberikan posisi yang nyaman pada responden (bisa dengan duduk rileks). 7. Memberikan dan menggunakan <i>earphone</i> agar tidak mengganggu klien lain 8. Meminta agar responden untuk memejamkan mata



	<p>9. Meminta agar responden untuk menarik nafas panjang selama 3 detik perlahan-lahan melalui hidung, lalu hembuskan nafas melalui mulut.</p> <p>10. Mengulangi relaksasi pernafasan tersebut sampai 3 kali hingga klien merasa rileks.</p> <p>11. Memutar audio murottal Al-Qur'an surat Ar-Rahman ayat 1-78 mulai dari volume terkecil hingga volume standar yang dibutuhkan.</p> <p>12. Meminta agar responden memusatkan pikiran hanya pada lantunan murottal Al-Qur'an yang sedang didengarkan.</p> <p>13. Dengarkan murottal Al-Qur'an hingga selesai dengan estimasi waktu 15 menit.</p> <p>14. Setelah selesai, buka mata kembali lalu tarik nafas melalui hidung dan hembuskan nafas melalui mulut.</p>
8. Tahap akhir	<p>1. Evaluasi respon klien</p> <p>2. Berikan reinforcement positif</p> <p>3. Mengucapkan salam terapeutik</p>

FORMAT PENGEJIAN
KEPERAWATAN MEDICAL BEDAH

Nama Mahasiswa : Zatrika Zahra Devaani
Tempat Praktik : RSUD Prembun
Tanggal : 11 Desember 2023

I Identitas

A Identitas Klien

1. Nama : Tn. T
2. Tempat / Tanggal lahir : RT 02 / RW 04 Ambal, Kebumen
3. Golongan Darah : A
4. Pendidikan terakhir : SD
5. Agama : Islam
6. Suku : Jawa
7. Status perkawinan : Kawin
8. Pekerjaan : Tani
9. Alamat : Pesacken RT 02 / RW 04 Ambal, Kebumen
10. Diagnosa Medis : Diabetes mellitus (Ulkus kaki DM)

B Identitas Penanggung Jawab

1. Nama : Ny. M
2. Umur : 65 tahun
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Suku : Jawa
6. Hubungan dengan klien : Istri
7. Pendidikan terakhir : SD
8. Alamat : Pesacken RT 02 / RW 04 Ambal, Kebumen

II Status Kesehatan

A. Status Kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit / Keluhan Utama:
↳ Keluhan utama

Pasien mengeluhkan luka di kaki kanan. Pasien juga mengeluh badan terasa lemas, pusing, merasa bingung dan khawatir dengan akibat dari kondisi yang dialaminya yang tak kunjung sembuh dan akan segera dioperasi.

↳ Alasan masuk (riwayat Penyakit Sekarang):

Pasien datang ke PS dengan kondisi ulci luka, nyeri, badan terasa lemas. Sebelumnya, pasien datang dari puskesmas dengan kadar GDS dan didapatkan 430mg/dL. Pasien datang ke PS setelah sebelumnya diperiksa di puskesmas dan diarahkan untuk melakukan pemertuaannya di PS. Pasien juga tampak gelisah, tegang, muka pucat, mulut kering, luka tampak kemerahan, panjang luka 7cm dan lebar 4cm.

2. Faktor pemicu

Pada saat pengkajian, pasien mengatakan awal mula dari luka adalah karena tertera / menginjak barang berat waktu dicawa. Namun lukanya tidak kunjung sembuh dan mulai meradang di awal hari.

3. Lama keluhan

Pasien mengatakan keluhan dirasakan sejak bulan yang lalu.

4. Timbulnya keluhan mendadak

5. Faktor yang memperberat

Pasien mengatakan faktor yang memperberat penyakitnya adalah pada saat pasien bergerak / beraktivitas.

B. Status Kesehatan masa lalu

1. Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan bahwa ia tidak mempunyai penyakit hipertensi, asma, dan jantung. Pasien juga mengatakan ia mempunyai riwayat DM selama 3 tahun. Tidak terdapat riwayat keluarga yang mengalami hipertensi, TBC, DM, & jantung.

2. Kecelakaan

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan

C. Pernah dirawat

1. Penyakit : Tidak Ada
2. Akibat : Tidak Ada
3. Riwayat operasi : Tidak Ada



III. Pengkajian Pola fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan bahwa kesehatan sangat penting

B. Tanda Objektif

1) Repon terhadap aktifitas yang teraman

Pasien mengatakan menenno dan luhlas dengan pengantil yang didentanya.

2) Status mental

Menenno dan luhlas

3) Penampilan umum

a) Tempat lahir : Ya

b) Kerapikan berpakaian : Cukup rapih.

4) Pengkajian neuromuskular

Mata terur

Kekuatan otot

Rentang gerak

Deformitas

6) Bau badan : Tidak Bau mulut : Tidak

Kondisi kulit kepala : Cukup bersih

Kebersihan kuku : Cukup bersih

5. Istirahat

a. Gejala Subjektif

1) Kelelahan tidur & lama tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan istirahat dimalam hari

Selama sakit : Pasien mengatakan istirahat lebih sering dari biasanya.

2) Masalah yang berhubungan dengan tidur

a) Insomnia : Tidak ada

b) Kurang puas bangun setelah bangun tidur : Tidak ada sement

c) Lain-lain : Cemas, karna luka yg fat

b. Tanda Objektif

1) Tampak mengantuk (mata sayu) : Tidak ada

2) Mata merah : Tidak ada

3) Sering menguap : Tidak ada

4) Kurang konsentrasi : Tidak ada

6. Sirkulasi

a. Gejala Subjektif

1) Riwayat HT dan masalah jantung : Tidak ada

2) Riwayat edema kaki : -

3) Flebitis : -

4) Para kesemutan : -

5) Palpitasi : -

b. Tanda Objektif

1) Tekanan darah : 138/98 mmHg

2) MAP : $(1/3 \times 138) + (2/3 \times 98) =$

3) Nadi : 96 x/m

a) Karotis : Teraba

b) Femoralis : Teraba

c) Popliteal : Teraba

d) Jugularis : Teraba

e) Radialis : Teraba

f) Dorsal pedis : Teraba

g) Bunyi jantung : Iup dup frekuensi -

Irama jantung : Normal S1 > S2 Kualitas -

h) Murmur : - Gallop -

i) Pengisian kapiler : -

Varises : tidak ada

j) Warna membrane mukosa : putih pucat

Konjungtiva : ananem Bibir : pucat

Punggung kuku : Sileri, rupeku

7. Eliminasi

a. Gejala Subjektif

1) Pola BAB

Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAB 1x sehari dipagi hari dg konsistensi lunak warna kuning kehar dan tidak ada nyeri saat BAB

Saat sakit : Pasien mengatakan belum pernah BAB

2) Perubahan dalam kebiasaan BAB : Tidak ada

3) Kesulitan BAB : Tidak ada Diare : Tidak ada

4) Penggunaan laksatif : Tidak ada

5) Waktu BAB terakhir : Pagi

6) Riwayat perdarahan

Hemoroid : Tidak ada.



- 7) Riwayat muotimenso Albi : Tidak ada
- 8) Riwayat penggunaan alat (koreter) : Tidak ada
- 9) Riwayat penggunaan anestetik : Tidak ada
- 10) Riwayat nyeri setelah BAK : Tidak ada
- 11) Hasil BAK :

BAK sebelum sakit : Sekali 6-7 kali dengan warna kuning jernih, tidak berdarah, tidak nyeri

BAK selama sakit : Sekali 3-4 kali dengan warna kuning agak tua, tidak berdarah, tidak nyeri

b. Tanda obyektif

1) Abdomen

- a) Inspeksi : Simetris, tidak ada ulu/jegar
- b) Auskultasi : bising usus 12 x/m Bunyi abnormal: Tidak ada
- c) Perkusi :
Bunyi timpani : Ada
Kembung : Tidak ada
Bunyi abnormal: Tidak ada
- d) Palpasi
Nyeri tekan : Tidak ada
Nyeri lepas : Tidak ada
Konsistensi : Tidak ada
Masa : Tidak ada
Pola BAB : konsistensi lunak warna: kuning / coklat
Abnormal : tidak ada
Pola BAK : Dorongan : Tidak ada frekuensi : 3-4 x
Perensi : tidak ada

Distensi kantung kemih

e) Karakteristik urine

Jumlah : 1400 cc Bau : khas

f) Bila terpasang kateterisasi / neustomi : Tidak ada

8. Neurosensori & kognitif

a. Gejala subyektif

- 1) Adanya nyeri : Nyeri pada ulu kanan bawah (ulu ulu DM)
- 2) Rasa ingin buang : Tidak
- 3) Rasa kepal : Tidak
- 4) Kelemahan / letargi / kelesuan : Tidak
- 5) Kejang : Tidak

- 6) Mual
- 7) Pendengaran
- 8) Epistaxis

b. Tanda obyektif

- 1) Status mental : CM
- 2) GCS : E: 4 m: 6 v: 5
- 3) Terorientasi / disorientasi : waktu : Baik
orang : Baik
Tempat : Baik
- 4) Persepsi sensor : tidak mengalami insi, halusinasi & delusi
- 5) Memori : Baik
- 6) Alat bantu pendengaran : Tidak
- 7) Refleksi pupil terhadap cahaya : +1+
- 8) Refleksi drop : Tidak ada
- 9) Perampasan umum tampak kesulitan
Respon emosional

9. Keimanan

a. Gejala subyektif

- 1) Alergi
Obat-obatan : Tidak ada
Makanan : Tidak ada
- 2) Riwayat penyakit hub. sex : Tidak ada
- 3) Riwayat transfusi darah : Tidak ada
- 4) Riwayat cedera : Tidak ada
- 5) Riwayat kejang : Tidak ada

b. Tanda obyektif

- 1) Suhu : 36,4 °C
- 2) Integritas jaringan :
- 3) Saringan paru :
- 4) Kelemahan : Ada, diteliti kanan
- 5) Adanya luka : Ada, diulangi kanan luas 10 cm/7 cm
- 6) Eritema / tanda peradangan : -
- 7) Gangguan keseimbangan : -
- 8) Kelelahan umum : -

10. Seksual dan Reproduksi

a. Gejala subyektif

- 1) Pemahaman terhadap fungsi seksual : Paham



2) Gangguan hub. seksual karena berbagai kondisi
Pasien mengatakan tidak ada gangguan seksualnya.

3) Pemeliharaan selama aktivitas seksual
Tidak ada

4) Penghajian pada laki-laki : tidak penis : -
Gangguan prostat : Tidak ada

5) Pengujian pada perempuan : -

b. Tanda Objektif

1) Pemeriksaan payudara / penis / testis
Tidak ada gangguan / kelainan

2) Kulit genital
Tidak ada lesi

11. Konsep diri, konsep diri dan mekanisme coping

a. Gejala Subjektif

1) Faktor stres : Pasien mengatakan merasa stress dengan kondisinya saat ini

2) Bagaimana pasien mengambil keputusan : Dibantu oleh keluarga

3) Yang dilakukan jika menghadapi masalah : Disuami dgn istri

4) Upaya pasien dalam menghadapi masalah sehari-hari : Berdoa dan berdoa ke PS

5) Perasaan cemas / takut : ada; cemas terkait kondisinya saat ini dan akan segera dilakukan operasi.

6) Perasaan ketidakberdayaan : Tidak ada

7) Perasaan keputusasaan : Tidak ada.

8) Konsep diri

a) Citra diri : Ps. mengatakan bahwa ia beresiko & tetap sembuh dari penyakitnya serta tidak membandingkan hidupnya dg orang lain.

b) Ideal diri : Bisa beraktivitas kembali seperti biasanya, menjalankan perannya sebagai suami bagi istri dan anak-anaknya.

c) Harga diri : Ps. mengatakan harga dirinya tidak terganggu walau ps sedang sakit.

d) Ada / tidak perasaan akan perubahan identitas : Tidak

e) Konflik dalam peran : Tidak ada

b. Tanda Objektif

1) Status emosional : Cemas, takut

2) Respons fisiologis yg terobservasi : Ekspresi wajah : Tegang

12. Interaksi sosial

a. Gejala Subjektif

1) Orang terdekat & lebih berpengaruh : Istri dan keluarga

2) Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah : keluarga

3) Adakah kesulitan dalam keluarga : Tidak ada

4) Kesulitan berhubungan dg Terapi kesehatan, pasien lain : Tidak ada.

b. Tanda Objektif

1) Kemampuan berbicara : Jelas, dapat dimengerti

2) Pola bicara tidak berao / beraturan : Tidak ada

3) Penggunaan alat bantu bicara : Tidak ada

4) Adanya trakeostomi : Tidak ada

5) Komunikasi verbal nonverbal dg keluarga / orang lain : Verbal

6) Penalaran memori diri : Tidak ada.

13. Pola nilai kepercayaan & spiritual

a. Gejala Subjektif

1) Sumber kekuatan bagi klien : Allah SWT & keluarga

2) Perasaan menyakutkan Tuhan : Tidak

3) Bagaimana pasien menjalankan agamanya:

Ps mengatakan shalat dibarengi dengan puasa Ramadhan dengan taqomim.

4) Masalah berkaitan dg aktivitasnya tsb selama dirawat : Tidak ada

5) Pemecahan d klien

6) Adakah keyakinan / kebudayaan / keyakinan tndl pengobatan : Tidak ada.

b. Tanda Objektif

1) Perubahan perilaku

2) Merorai pengobatan : Tidak

3) Berhent' menjalankan aktivitas agama : Tidak

4) Menunjukkan sikap permusuhan dg terasg kesehatan : Tidak ada.



Data penunjang

1. Laboratorium

Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Natrium	139 mmol/l	135-147
Kalium	4.0 mmol/l	3.1-5
Chloride	103 mmol/l	95-105
Hb	13.1 g/dL	10.9-14.9
Leukosit	7.5 /uL	4.8-11.3
Trombosit	278 /uL	150-450
Eritrosit	4.3 10^6 /uL	3.8-5.2
Hematokrit	38%	34-45
Eosinofil	1.6%	1-5
Basofil	0.3%	0-1
Neutrofil	67.6%	43-71
Limfosit	25.0%	20-45
Monosit	5.5%	4-10
MCV	87.1 fL	71.0-92
MCH	30.3 pg	27.6-31
MCHC	34.7 g/dL	30.8-35.2
HbsAg	Non Reaktif	Non Reaktif
GDS		74-121
Ureum	28 mg/dL	7-50
Creatinin	0.7 mg/dL	
SGOT	15 u/L	31
SGPT	9 u/L	32

2. Hasil Radiologi

Hasil pemeriksaan :

APEKs kedua pulmo Bersih

Corakan vasculer meningkat

Sinus CF Ranap idiomagma lch

CTR lebih dari 0.5

Keran :

Corakan pulmo normal

3. Pemeriksaan EKG

Tanggal Pemeriksaan : 11 Desember 2023

Hasil : Sinus rythm

Terapi

- Obat-obatan

Tgl Penggal	Nama Obat	Cara pemberian	Dosis	Fungsi
Senin, 11 Des 2023	Ketorolac	IV	1x1	Mengurangi nyeri
	Ceftriaxon	IV	1x1	Antibiotik
	Novorapid	SC	15.15.15	Insulin
	Furosemid	IV	2x1	Pengikat air
Selasa, 12 Des 2023	Ketorolac	IV	1x1	
	Ceftriaxon	IV	1x1	
	Novorapid	SC	15.15.15	
	Furosemid	W	2x1	
Rabu, 13 Des 2023	Ketorolac	W	1x1	
	Ceftriaxon	IV	1x1	
	Novorapid	SC	10.10.10	

Analisa Data

Data DS/DO	Etiologi	Problem
DS:		
- Pasien mengatakan bahwa ia merasa bingung, khawatir, dengan ada ^{ada} dari kondisi yang dihadapinya yang tak kunjung sembuh dan segera dioperasi	Krisis situasional	Anxietas
- Pasien mengeluh pusing & sakit beresent-pasi		
DO:		
- Pasien tampak gelisah		
- Pasien tampak tegang		
- Wajah pasien tampak pucat		
- Pasien tampak tremor		
- Kontak mata pasien kurang		
TD : 138/98 mm Hg		
N : 96 x/m		
Suor MAP : 28		
DS:		
- Pasien menyatakan lelah/lelu	Dysfungsi pankreas	Ketidakstabilan kadar Glucose
- Pasien mengeluh lepas ^{lepas} bibir kering		Darah



Data	DS/DO	Etiologi	Problem
DO:	<ul style="list-style-type: none"> - GDS 406 mg/dL - Pasien tampak lemah - mulut pasien tampak kering 		
DS:	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bisingnya nyeri dan terdapat luka bernanah dan sulit sembuh 	Perubahan sirkulasi	Gangguan integritas kulit/jaringan
DO:	<ul style="list-style-type: none"> - Luka pasien terlihat nanah diketi-ketannya - Luka tampak kemerahan - Pasien tampak nyeri saat jalan - Panjang luka 7cm lebar 4cm 		

Prognosa Keperawatan

- Angetar 6-d kritis situasional
- Ketidakstabilan kadar glukosa darah 6d disfungsi pankreas
- Gangguan integritas kulit/jaringan 6d Perubahan sirkulasi

Intervensi Keperawatan

Tgl/waktu	SLK	SLK
11/12/23	Setelah dilakukan tindakan kepe-rawatan selama 3x pertemuan diharapkan masalah keperawatan teratasi SLK: Tingkat Angetar (L.09033) Euspektasi: Merawat 1. Verbainan luka/luka diketi-ketannya yang dirawat 2 → 5 2. Perilaku gelisah 2 → 5 3. Perilaku tegang 2 → 5 4. Pucat 2 → 5 5. Tremor 2 → 5	Reduksi Angetar (L.09314) O: - monitor tanda angetar T: - Ciptakan suasana terapeutik - Gubahan pendekatan yg terarah E: - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien - Jelaskan tujuan, manfaat, tujuan & jenis relasi yg tersedia - Jelaskan intervensi - Anjurkan mengganti posisi yg nyaman



Tgl/waktu	SLK	SLK
11/12/23		<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan rileks dan melakukan gerak relaksasi - Demonstrasi gerak relaksasi - Kolaborasi pemberian obat angetar
	Setelah dilakukan tindakan kepe-rawatan selama 3x pertemuan diharapkan masalah keperawatan teratasi dg tingkat hasil SLK: Kestabilan kadar glukosa darah Euspektasi: membaik 1. Kadar glukosa darah 2 → 5 2. Rasa haus 2 → 5 3. Lelah/lelu 2 → 5 4. Mulut kering 2 → 5	SLK: Manajemen Hiperglukemi O: - Identifikasi kemampuan penyesuaian hiperglukemi - monitor kadar glukosa darah - monitor tanda gejala hiperglukemi T: - Berikan asupan Cairan oral E: - Anjurkan pengelolaan diabetes K: - Kolaborasi pemberian insulin - Kolaborasi pemberian cairan IV
	Setelah dilakukan tindakan kepe-rawatan selama 3x pertemuan diharapkan masalah keperawatan teratasi dg tingkat hasil SLK: Integritas kulit & jaringan Euspektasi: meningkat 1. Kemerahan 2 → 5 2. Nyeri 2 → 5 3. Kemerahan jaringan 2 → 5 4. Nekrosis 2 → 5	SLK: Perawatan Luka O: - Monitor karuensi luka - monitor tanda infeksi T: - Lepaskan balutan secara perlahan - Berikan dg NaCl - Keringkan luka dg kasa steril - Ganti balutan sesuai keadaan





Tgl/waktu	SKK	SKK
		<ul style="list-style-type: none"> - Parang Gairuan Serval (Luka) - pertolongan teunir sten)
		E:
		<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda gejala infeksi - Anjurkan konsumsi makanan T KTP - Ajarkan prosedur luka secara mandiri
		K:
		<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi prosedur debridemen

Implementasi Keperawatan

Dx/waktu	Implementasi	Perpon / SO	Paraf
Ansiator 11/12/24 14.40	-memonitor tanda ansiator	S: pasien mengatakan khawatir, bingung, cemas dengan kondisi lesatan yg dramanya e mengerub pusing O: - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak pucat - Pasien tampak tegang - Pasien tampak tremor - Skor RARS : 28 TD: 138/98mmHg N: 96x/m RR: 24x/m SPO2: 98% S: 36.8C	
14.50	- merapiatkan sarana tera- petik	S: pasien mengatakan nyaman dengan pendekatan perawat pada dirinya. O: Pasien tampak nyaman	
15.30	- menjelaskan tujuan, manfaat kawat, jenis relaksi yang tersedia terap murotal al-quran)	S: pasien mengatakan sudah paham apa yang dijelaskan oleh perawat O: Pasien tampak puas ada pertanyaan.	
16.30	- menganjurkan mengambil posisi yg nyaman	S: pasien mengatakan ingin posisi setengah duduk O: pasien tampak posisi 1/2 duduk	

Dx/waktu	Implementasi	Perpon / SO	Paraf
18.35	- menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi	S: pasien mengatakan beres- dic O: pasien tampak rileks	
18.40	- melatih teunir relas- sasi terapi murotal al-quran	S: pasien mengatakan beres- dibantu terapi murotal al-quran O: pasien tampak kooperatif (mendengarkan audio murotal al-quran)	
21.30	- mengkolaborasi pemberian obat batenolac, ceftriaxon, nabuprid, furosemid	S: pasien mengatakan beres- diberi obat O: Obat oral diberikan / masuk	
Ansiator 12/12/24 16.00	- memonitor tanda- tanda ansiator	S: pasien mengatakan mulai merasa lebih tenang dan mene- lmo kondisi yang dialami, mengatakan cemas, khawatir dengan kondisi yang dihadapi. pi bertubang. Pusing bertubang O: pasien tampak gelisah bertu- rang, cemas, tegang, pucat, tremor bertubang. Skor RARS: 22 TD: 141/98mmHg RR: 22x/m G3t, 3? N: 86x/m SPO2: 98%	
16.10	- merapiatkan sarana terapeutik	S: pasien mengatakan merasa nyaman dg pendekatan perawat ke diri nya O: pasien tampak kooperatif	
16.30	- menganjurkan mengam- bil posisi yang nyaman	S: pasien mengatakan ingin posisi terentang O: pasien tampak posisi terentang dan nyaman.	
16.35	- menganjurkan rileks dan merasakan terapi murotal al-quran	S: pasien mengatakan beres- dibantu terapi murotal al- quran O: pasien tampak rileks dan mendengarkan terapi murotal lewat audio	



Dx/waktu	Implementasi	Respon s/o	Paraf
19.00	- mengajurkan sering mengikuti tesun muratal al-quran	S: pasien mengatakan bersedia mengikuti / melakukan tesun muratal al-quran M: mengikuti caranya jika caranya mudah O: pasien tampak kooperatif	\$
20.00	- mengulaborasi pemberian pemberian obat oral ketorolac, ceftri, novorapid, & furosemid	S: pasien mengatakan bersedia diberi obat oral O: obat oral diberikan.	\$
Anesetor 13/12/24 07.30	- memonitor tanda-tanda anesetor	S: pasien mengatakan sudah nyaman dan merasa kondisi kesehatan yg dialami & mengatakan khawatir dengan kondisi yg dihadapi setelah jauh berkurang. O: Pasien juga sudah tidak mengeluh lagi O: - Pasien tampak lebih tenang, tenang, gelisah, pucat, tremor sudah jauh berkurang suor HART: 18 TD: 120/83 mmHg N: 85x/m RR: 20x/m S: 36.5°C PO2: 99%	\$
07.40	- mengajurkan keluarga agar tetap berada pasien	S: pasien mengatakan keluarga pasien sudah menemani pasien O: - pasien tampak tenang setelah ditemani keluarga	\$
07.45	- menciptakan suasana terapi	S: pasien mengatakan merasa nyaman dg pendewatan perawat berpola dringc. O: pasien tampak nyaman.	\$
07.50	- mengajurkan mengambil posisi yang nyaman	S: pasien mengatakan ingin posisi 1/2 duduk. O: pasien tampak nyaman & "duduk"	\$

Dx/waktu	Implementasi	Respon s/o	Paraf
09.55	- mengajurkan tiilek & melakukan terapi muratal al-quran	S: pasien mengatakan bersedia O: pasien tampak tenang & mendengarkan terapi muratal al-quran lewat audio	\$
08.15	- mengulaborasi tesun / terapi muratal al-quran yg sudah diajarkan	S: pasien mengatakan sudah paham tentang cara mendengarkan terapi muratal al-quran O: pasien tampak kooperatif	\$
08.20	- mengulaborasi pemberian obat oral ketorolac, ceftri, novo rapid, & furosemid	S: pasien mengatakan bersedia diberi obat oral O: Obat masuk.	\$
Kendaraan lar uadur Gluco G Parah 14.40 11/12/23 15.30	- mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglukemi	S: pasien mengatakan bahwa dirinya suka minum kopi & minum yang manis O: pasien tampak gula darahnya 348mg/dL pasien tampak lesu S: pasien mengatakan merasa lelah & lesu O: pasien tampak lesu & mulut pasien tampak kering	\$
16.00	- memberikan asupan cairan oral	S: pasien mengatakan bersedia diberi cairan oral O: pasien tampak minum	\$
18.30	- mengajurkan pengeloaan diabetes	S: pasien mengatakan bersedia diajarkan cara pengelolaan diabetes O: pasien tampak kooperatif	\$
18.35 21.30	- mengulaborasi pemberian insulin	S: pasien mengatakan bersedia diberikan obat insulin O: Novorapid 15 Unit	\$



Dx/waktu	Implementasi	Perjanjian S/O	Ref
09.55	- mengajarkan teknik melakukan terapi muratal al-quran	S: pasien mengatakan berbedah O: pasien tampak rileks & mendengarkan terapi muratal al-quran lewat audio	\$
08.15	- mengajarkan teknik terapi muratal al-quran yg sudah diajarkan	S: pasien mengatakan sudah paham tentang cara mendengarkan terapi muratal al-quran O: pasien tampak kooperatif	\$
08.20	- mengkolaborasi pemberian obat-obatan: metoprolol, amlipri, novorapid, L-furosemid	S: pasien mengatakan berbedah O: obat-obatan	\$
Kendatrab lar kadar glukosa darah 14.40 11/12/23	- mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi	S: pasien mengatakan bahwa dirinya sudah minum kopi dan minum yang manis O: pasien tampak baik darahnya 348 mg/dL pasien tampak lesu	\$
15.30	- memonitor tanda & gejala hiperglikemi	S: pasien mengatakan merasa haus & lelah O: pasien tampak lesu & mulut pasien tampak kering	\$
16.00	- memberikan asupan cairan oral	S: pasien mengatakan berbedah diberi cairan oral O: pasien tampak minum	\$
18.30	- mengajarkan pengelolaan diabetes	S: pasien mengatakan berbedah diajarkan cara pengelolaan diabetes O: pasien tampak kooperatif	\$
18.35 21.30	- mengkolaborasi pemberian insulin	S: pasien mengatakan berbedah diberikan obat insulin O: novorapid 15 unit	\$

Dx/waktu	Implementasi	Perjanjian S/O	Ref
21.40	- mengkolaborasi pemberian cairan IV	S: pasien mengatakan berbedah O: pasien diberi cairan IV PL 20 tpm	\$
Kendatrab kadar glukosa darah 12/12/23 15.00 15.30	- memonitor kadar glukosa darah	S: pasien mengatakan berbedah diperiksa kadar glukosa darah O: kadar glukosa darah pasien 317 mg/dL	\$
16.30	- memonitor tanda & gejala hiperglikemi	S: pasien mengatakan merasa haus & lelah & berakut dan mulut pasien tampak kering & bibir kering O: pasien tampak lesu & berakut mulut pasien tampak kering & bibir kering	\$
16.00	- memberikan cairan oral	S: pasien mengatakan berbedah O: pasien tampak minum	\$
20.00 20.35	- mengkolaborasi pemberian insulin	S: pasien mengatakan berbedah O: novorapid 15 unit	\$
21.00	- mengkolaborasi pemberian cairan IV	S: pasien mengatakan berbedah O: pasien tampak diberi cairan IV 20 tpm	\$
Kendatrab kadar glu- kosa darah 12/12/24 07.30	- memonitor kadar glukosa darah	S: pasien mengatakan berbedah O: kadar glukosa darahnya GDS: 286 mg/dL	\$
07.35	- mengkolaborasi pemberian insulin	S: pasien mengatakan berbedah O: novorapid 10 unit	\$
07.40	- memonitor tanda & gejala hiperglikemi	S: pasien mengatakan merasa haus & lelah & berakut O: tampak lesu & berakut & mulut pasien tampak kering & bibir kering	\$






Dx/waktu	Implementasi	Respon S/O	Paraf
17:00	- menjelaskan tanda & gejala infeksi	S: pasien mengatakan bersedia paham terkait penjelasan yang diberikan perawat O: pasien tampak mendengarkan penjelasan perawat	
17:10	- mengizinkan mengonsumsi makanan TKTP	S: pasien mengatakan bersedia mengonsumsi makanan TKTP O: tampak makanan yg disediakan di PS habis	
17:25	- mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	S: pasien mengetahui bersedia diajarkan prosedur perawatan luka O: pasien tampak kooperatif	
12/12/24 15:00	- memonitor karakteristik luka	S: pasien mengatakan lukanya nyeri, terdapat luka kemerahan, dan sulit sembuh. O: pasien luka tampak kemerahan, dan ada nanahnya dan panjang luka 3cm lebar 4cm	
15:30	- Memonitor tanda-tanda infeksi	S: pasien mengatakan bersedia O: luka pasien tampak masih kemerahan	
16:00	- mengizinkan mengonsumsi makanan TKTP	S: pasien mengatakan bersedia mengonsumsi makanan TKTP O: tampak makanan yg disediakan di PS habis	
21:30	- mengulaborasi prosedur operasi debridement	S: pasien mengatakan bersedia dropesin betis pagi O: pasien akan berpuasa tidak makan & tidak minum selama 8 jam 1/2 op betis	
13/12/24 07:30	- memonitor karakteristik luka	S: pasien mengatakan lukanya masih nyeri, tetapi sudah berkurang O: luka pasien tampak masih kemerahan berkurang Panjang 3cm lebar 4cm	


Dx/waktu	Implementasi	Respon S/O	Paraf
08:00	- mengulaborasi prosedur operasi debridemen	S: pasien mengatakan siap menjalani operasi debridemen O: persiapan op jam 09:00	

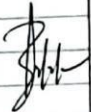
Dx/waktu	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Ansietas 11/12/24 21:00	<p>Evaluasi SOAP</p> <p>S: pasien mengatakan khawatir, bingung, cemas dengan kondisi keadaannya yg dididomi dan mengeluh pusing</p> <p>- pasien merasa nyaman dengan pendekatan perawat kepatut dirang</p> <p>- pasien mengatakan sudah paham yang dijelaskan perawat</p> <p>- pasien mengatakan ingin posisi 1/2 duduk</p> <p>- pasien mengatakan bersedia diberikan terapi mual atur'an</p> <p>- pasien mengatakan bersedia diberi obat</p> <p>O: pasien tampak gelisah, pucat tremor, & tegang.</p> <p>- Skor HARS: 28</p> <p>- TD: 138/78 mmHg N: 96 x/m C: 36,8°C</p> <p>RR: 24 x/m SPO2: 98%</p> <p>- pasien tampak 1/2 duduk nyaman</p> <p>- pasien tampak tidak ada penyangs</p> <p>- pasien kooperatif (mendengarkan audio mual atur'an)</p> <p>- Obat oral diberikan.</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>SLK: 1. Verbalisasi keluhan akibat kondisi yang dididomi 2 → 5</p> <p>2. Perilaku gelisah 2 → 5</p> <p>3. Perilaku tegang 2 → 2</p> <p>4. Pucat 2 → 5</p> <p>5. Tremor 2 → 5</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>- monitor tanda-tanda ansietas</p>	




Dx/waktu	Implementasi	Respon S/O	Paraf
08:00	- mengulangi prosedur operasi debridemen	- pasien mengatakan ngap mengalami operasi debridemen 0. penutup op jam 09:00	

Evaluasi Keperawatan

Dx/waktu	Evaluasi SOAP	Paraf
Anxietas 11/12/24 21:00	<p>S: - pasien mengatakan khawatir, gugur, cemas dengan kondisi keastatan yg didiami dan mengeluh pusing</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien merasa nyaman dengan pendekatan perawat seperti dirangsang - pasien mengatakan sudah paham yang dijelaskan perawat - pasien mengatakan ingin posisi 1/2 duduk - pasien mengatakan bersedia diberikan terapi murotal al-quran - pasien mengatakan bersedia diberi obat <p>O: - pasien tampak gelisah, pucat, tremor, & tegang.</p> <p>- Skor HARS: 28</p> <p>- TD: 138/78 mmHg N: 96 x/m C: 36.8°C</p> <p>- RR: 24 x/m SpO2: 98%</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak 1/2 duduk nyaman - pasien tampak tidak ada penanyoan - pasien kooperatif (mendengarkan audio murotal al-quran) - Obat oral diberikan. <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>SLKI: 1. Verbalisasi keawahir akibat kondisi yang dihadapi 2 → 5</p> <p>2. Perilaku gelisah 2 → 5</p> <p>3. Perilaku tegang 2 → 5</p> <p>4. Pucat 2 → 5</p> <p>5. Tremor 2 → 5</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor tanda-tanda anxietas 	



Dx/waktu	Evaluasi SOAP	Paraf
	<ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan suasana terapeutik yg menumbuhkan kepercayaan - mengajurkan posisi yg nyaman - mengajurkan mers & merasakan terapi murotal al-quran - mengajurkan sering mengulang teunih murotal al-quran - ulabaraan pemberian beatoral 	
Anxietas 12/12/23 21:00	<p>S: - pasien mengatakan mulai merasa rukar & menerima kondisi keastatan yang didiami dan mengatakan cemas, khawatir dengan kondisi yang dihadapi berurung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengeluh pusing berurung. - pasien ingin posisi terentang - pasien mengatakan bersedia merasakan terapi murotal al-quran - pasien mengatakan bersedia mengulangi / merasakan teunih murotal al-quran 4 mengulangi cemas jika timbul. - pasien mengatakan bersedia diberi obat oral <p>O: - pasien tampak gelisah, pucat, tremor, tegang berurung</p> <p>- Skor HARS: 22</p> <p>- TD: 141/78 mmHg N: 86 x/m RR: 22 x/m</p> <p>- S: 36.3°C SpO2: 98%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kooperatif - Pasien tampak posisi terentang & nyaman - pasien tampak rileks dan mendengarkan terapi murotal al-quran lewat audio. - Obat oral diberikan. <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi</p> <p>SLKI: 1. Verbalisasi keawahir akibat kondisi yang dihadapi 3 → 5</p> <p>2. Perilaku gelisah 3 → 5</p> <p>3. Perilaku tegang 3 → 5</p> <p>4. Pucat 3 → 5</p> <p>5. Tremor 3 → 5</p>	



Dx/ruam	Anamnesis (SOAP)	Page
	<p>P: Lanjutan riwayat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda amiotik - anjurkan agar keluarga tetap bersama klien - Menetapkan sarana terapeutik - mengayuh pasien yg nyaman - mengayuh pasien rileks dan merasakan terapi muratal-al-quran. - mengevaluasi teknik (terapi muratal al-quran yang rutin dilakukan) - kolaborasi pemberian obat oral 	
<p>Anamnesis 3/12/24 15:00</p>	<p>S: - pasien mengatakan susah tidur & merasa udom bergetar yg dialami dan mengatakan cemas dg kondisi penyakit yg diderita sudah berulang</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak merasa pusing lagi - pasien merasa nyaman dengan pendengaran perawat - pasien mengatakan ingin posisi 1/2 duduk - pasien mengatakan sudah pernah latihan rang mengatensi cemas dg cara mendengarkan terapi muratal al-quran. - pasien mengatakan benedict diberikan obat oral <p>O: - pasien tampak lebih tenang</p> <p>Geor I:APRS : 18</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 129/87 mmHg, N: 85 x/m RR: 20 x/m - S: 36.5°C SPO₂: 98% - pasien terlihat ditemani keluarga - pasien tampak kooperatif - pasien tampak posisi 1/2 duduk - pasien tampak rileks dan mendengarkan terapi muratal al-quran lebih audio - Obat oral diberikan. <p>A: - masalah teratasi</p> <p>SLKI: 1. Verbalisasi keluhan 4→5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku gelisah 4→5 2. Perilaku pegang 4→5 3. Pucok 4→5 4. Tremor 4→5 	

Dx (waktu)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
<p>Gangguan Integritas kulit / Jaringan</p> <p>11/12/23</p> <p>21:00</p>	<p>S:- pasien mengatakan hal yang nyeri, terdapat luka bernanah dan sulit sembuh</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan balutan dan plester dilepas - pasien mengatakan bereside di lingkungan rumah - pasien mengatakan bereside di lingkungan rumah - pasien mengatakan bereside di rumah - pasien mengatakan perawatan pengasutan yang diberikan di rumah - pasien mengatakan bereside mengonsumsi makanan TKT - pasien mengatakan bereside di rumah prosedur perawatan luka <p>O:- pasien tampak luka terinfeksi nanah di bagian bawahnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak kemerahan sepanjang luka 7cm lebar 4cm - tampak mengis ke dalam - balutan pasien tampak lembab putr berwarna kuning, bau menyengat - luka pasien tampak dibersihkan dengan menggunakan disinfektan - balutan tampak diganti - perawat tetap memperhatikan teknik steni - pasien tampak kooperatif & mendengarkan penjelasan perawat - tampak makanan yg disediakan di RS habis <p>A:- Masalah Bereside</p> <p>SLKI: kemerahan 2 → 5</p> <p>nyeri 2 → 5</p> <p>kelelahan jaringan 2 → 5</p> <p>neuros 2 → 5</p> <p>P: Lanjutan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor keadaannya luka - monitor tanda infeksi - anjurkan mengonsumsi makanan TKT - kolaborasi pemberian antibiotik 	<p>2</p>
<p>12/12/23</p> <p>21:00</p>	<p>S:- pasien mengatakan hal yang masih nyeri nanah berbau menyengat</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan bereside mengonsumsi 	









Dx/waktu	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	<p>mauanan TKRP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bersedia menjalani operasi berok <p>O: - luka pasien tampak kemerahan</p> <ul style="list-style-type: none"> - panjang luka 7cm lebar 4cm - tampak mauanan yang disediakan drs kuter - pasien tampak sedang berpuasa 8jam untuk operasi berok <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi;</p> <p>SLKI: 1. kemerahan 3 → 5</p> <p>2. Nyeri 3 → 5</p> <p>3. Kerusakan jaringan 2 → 5</p> <p>4. Neurosis 2 → 5</p> <p>P: lanjut intervensi</p>	
<p>13/12/24</p> <p>15.00</p>	<p>S: - pasien mengatakan uaring masih nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan siap menjalani operasi debridemen <p>O: - pasien luka masih sudah berumurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - kemerahan berumurang - jaringan rusak sudah berumurang - neurosis berumurang - pasien sudah menjalani operasi debridemen <p>A: Masalah keperawatan sudah teratasi</p> <p>SLKI: 1. kemerahan 4 → 5</p> <p>2. nyeri 4 → 5</p> <p>3. kerusakan jaringan 5 → 5</p> <p>4. Neurosis 5 → 5</p> <p>P: Intervensi selesai</p>	



LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Zulfita Adha Devayani
 NIM : 41121231057
 Judul KIAN :

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	23/5/23	- Konsul judul KIAN - Konsul jurnal KIAN	
2.	2/5/23	- Konsul BAB I	
3.	6/5/23	- Revisi BAB I - Lanjut penyusunan BAB II	
4.	14/5/23	- Konsul BAB II - Penyusunan BAB I, II, III, IV dan V	
5.	26/5/23	- Revisi BAB II, III, dan IV	
6.	11/6/23	- Konsul BAB II, III dan IV	

Pembimbing,







(_____)



LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Zakkia Zahra Deraani
 NIM : 41121231059
 Judul KIAN :

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
7.	21/6/24	-Review BAB <u>i</u> , <u>ii</u> , dan <u>iv</u>	
8.	22/6/24	-Konsul BAB <u>i</u> , <u>iii</u> dan <u>iv</u>	
9.	23/6/24	-feedback BAB <u>i</u> , <u>iii</u> dan <u>iv</u> - Lanjut konsul lengkap	
10.	1/7/24	-Konsul lengkap KIAN	

Pembimbing,



ejakulasi praecoeks, ereksi hilang,
impotensi

13. Gejala Otonom

0 1 2 3 4

Mulut kering, muka merah, mudah

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

berkeringat, pusing, sakit kepala, bulu-

bulu berdiri.

14. Perilaku pada saat wawancara

Gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

kening, muka tegang, tonus otot

meningkat, napas pendek dan cepat, muka

merah.



- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Perasaan tertekan | | | | | |
| Hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah- ubah sepanjang hari. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Gangguan fisik otot | | | | | |
| Sakit dan nyeri di otot-otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gangguan fisik sensor | | | | | |
| Telinga berdenging, penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Gejala Kardiovaskular | | | | | |
| Jantung berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan, detak jantung menghilang (berhenti sekejap). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Gejala Pernapasan | | | | | |
| Rasa tertekan atau sempit di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas, napas pendek/sesak. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Gejala pencernaan | | | | | |
| Sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, rasa penuh atau kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, kehilangan berat badan, sukar buang air besar (konstipasi). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Gejala kelamin dan perkemihan | | | | | |
| Sering buang air kecil, tidak dapat menahan air seni, <i>amenorrhoe</i> , <i>menorrhagia</i> , menjadi dingin (<i>frigid</i>), | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ansietas/Kecemasan (*Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS))

Kuesioner ini berisi gejala-gejala yang akan timbul saat terjadinya kecemasan. Silahkan anda memberi tanda (V) pada kolom isi sesuai dengan apa yang anda rasakan saat ini. Skala penilaian berupa:

Nilai 0: Tidak Ada Gejala

Nilai 1: Gejala Ringan

Nilai 2: Gejala Sedang

Nilai 3: Gejala Berat

Nilai 4: Gejala Sangat Berat

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Perasaan cemas
Kekhawatiran, takut mengantisipasi yang
terburuk, lekas marah. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ketegangan
Perasaan tegang, respon kejut, mudah
meneteskan air mata, gemetar, perasaan
gelisah, ketidakmampuan untuk bersantai. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Rasa Takut
Takut pada gelap (kegelapan), pada orang
asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar,
pada keramaian lalu lintas, pada kerumunan
orang banyak. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gangguan tidur
Sulit tidur, tidur tidak memuaskan dan
kelelahan pada saat bangun, mimpi buruk. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gangguan kecerdasan
Sukar konsentrasi, daya ingat buruk. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |