



LAMPIRAN

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI MUROTTAL**AI-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 Mp3 surah Ar-Rahman ayat 1-78 dan terjemahannya.2. Earphone
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 dilukannya tindakan5. Menutup privasi selama tindakan dilakukan6. Memberikan posisi yang nyaman pada responden (bisa dengan duduk rileks).7. Memberikan dan menggunakan <i>earphone</i> agar tidak mengganggu klien lain8. 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. Memutarkan 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon klien 2. Berikan reinforcement positif 3. Mengucapkan salam terapeutik

FORMAT PENEKAJIAN
KEPERAWATAN MEDICAL BEDAH

Nama Mahasiswa : Zakkia Zahira Devaani
Tempat Praktik : RUD Premban
Tanggal : 11 Desember 2023

I Identitas

A Identitas Klien

1. Nama : Tn-T
2. Tempat/Tanggal Lahir : Pesaken RT 02/RW 04 Amtal. Ketumen
3. Golongan Darah : A
4. Pendidikan terakhir : SD
5. Agama : Islam
6. Suku : Jawa
7. Strata pertawiran : Kawin
8. Pekerjaan : Tani
9. Alamat : Pesaken RT 02/RW 04 Amtal. Ketumen
10. Diagnosis Madiis : Diabetes melitus (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 : Pesaken RT 02/RW 04 Amtal. Ketumen

II. Status Kelelahan

A. Status Kelelahan Saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit / Keluhan Utama :
7 kerutan utama

Pasien mengeluhkan luka dicuci wanita. Pasien juga mengeluh badan terasa lemas, pusing, merasa gugup dan khawatir dengan akibat dan kondisi yang dihadapinya yang tak kunjung sembuh dan akan degresi d'operasi.

> Alasan masuk rumah sakit sekarang :

Pasien datang ke RS dengan kondisi luka luas, nyeri, badan terasa lemas. Setelumnya, pasien datang dari puskesmas diliputnya lukaor GDS dan didapati urin 420 mg/dL. Pasien datang ke RS setelah setelumnya dipelusuk di puskesmas dan diruuk untuk melakukan pemeriksannya di PS. Pasien juga tampak gelisah, tegang, mulut pucat, mulut kering, luka tampak kemerahan, panjang luka 7 cm dan lebar 4 cm.

3. Faktor pencetus

Pada saat pengujian, pasien mengatakan awal mulai dari luka adalah karena terkena menginjak cangkang becok wajtu dicawat. Namun luaranya tidak kunjung rembul dan mulai meregar dicuci wanita

3. Lama keluhan

Pasien mengatakan keluhan diperlakukan 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 pasien

1. Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan dahulu yg tidak mempunyai penyakit hipertensi, asma, dan jantung. Pasien juga mengatakan ia mempunyai riwayat DM selama 3 tahun < Tidak terdapat riwayat kewarganya 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. Piw-operasi : Tidak Ada



III. Pengkajian Pola fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeriksaan kesehatan

Pasien mengatakan batuk bersifat sangat penting

B. Tanda Objektif

1) Respon terhadap alitigat yang teramat

Pasien mengatakan merentak dan luhas dengan penyakit yang didientanya.

2) Status mental

Mengeluh dan luhas

3) Penampilan umum

a) Tampak lemah : Ya

b) Kerapitan berpatalan : Cukup raph.

4) Pengkajian neuromuscular

Mata kotor

Ketekunan otot

Rentang gerak

Deformitas

5) Bau badan

: Tidak Bau mulut : Tidak

Fondri kulit kepala : Cucup bersih

Kebersihan kuku : Cucup beniz

5. Istirahat

a. Gejala Subyektif

1) Keflasaan tidur & lama tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan istirahat diindram hari

Selama sakit : Pasien mengatakan istirahat lebih sedang dari biasanya.

2) Masalah yang berhubungan dengan tidur

a) Insomnio : Tidak ada

b) Kurang puas setelah bangun tidur : Tidak ada

c) Lain-lain : Cemas, tress, lalu yg tak

b. Tanda Objektif

1) Tampak mengantuk (mata sayu) : Tidak ada

2) Mata merah : Tidak ada

3) Sedang mengap : Tidak ada

4) Kurang konsentrasi : Tidak ada

6. Sirkulatori

a. Gejala Subyektif

1) Riwauhat HT dan macalah jantung : Tidak ada

2) Riwauhat edema kaki : -

3) Fremitus : -

4) Para keremutan : -

5) Palpitasi : -

b. Tanda Objektif

1) Tekanan darah : 138/78 mmHg

2) MAP : $(1/3 \times 138) + (2/3 \times 78) =$

3) Nadi : 96 x/m

a) Karotir : Teraba

b) Femoralis : Teraba

c) Popliteal : Teraba

d) Jugularis : Teraba

e) Radicular : Teraba

f) Dorsal pedis : Teraba

g) Bunyi jantung: Lup dup frekuensi -

Irma jantung : Normal SI > SO kualitas -

h) Murmur : - Gallop -

i) Penglihan tapiler: -

Varices : tidak ada

j) Warna membrane mukosa : putih pucat

Konjungtiva : anamene Bitis : pucat

Punggung kuku Sklero : rufetili

7. Eliminasi

a. Gejala Subyektif

1) Pola BAB

Setelah sauh : Pasien mengatakan BAB 1x sehari dpgi

hari dg konsistensi, lunau cuamo luning khar

dan tidak adanya saat BAB

Saat sauh : Pasien mengatakan belum pernah BAB

2) Perubahan dalam kelaasan BAB : Tidak ada

3) Kesulitan BAB : Tidak ada Diare : Tidak ada

4) Penggunaan latasatif : Tidak ada

5) Waktu BAB terakhir : Pagi

6) Piawaian perdarahan

Hemoroid : Tidak ada.



- 7) Riwatal muntinensio Alji : Tidak ada
 8) Riwatal penggunaan alat (urine) : Tidak ada
 9) Riwatal penggunaan alat retentif : Tidak ada
 10) Karo nyeri fertakor saat BAK : Tidak ada
 11) Konsilian BAK :
 BAK sebelum sakit : Sehat & tidak dengan wama kuning jernih, tidak berdarah, tidak nyeri
 BAK setelah sakit : Sehat 3-4 kali dengan wama kuning agak tua, tidak berdarah, tidak nyeri

b. Tanda obyektif

1) Abdomen

- a) Inspersi : Simetris, tidak ada muco / jejas
 b) Auskultasi : Bising usus $12 \times 1\text{m}$ Bunyi abnormal : Tidak ada
 c) Perkusii :

Bunyi timpani : Ada

Kembung : Tidak ada

Bunyi abnormal : Tidak ada

d) Palpari

Nyeri tekan : Tidak ada

Nyeri lepas : Tidak ada

Konsistensi : Tidak ada

Masa : Tidak ada

Polo BAB : Konsisteni lubang warna: kuning / coklat
Abnormal : Tidak ada

Polo BAK : Dolorgan : Tidak ada frequensi : 3-4 x

: Perensi : Tidak ada

Ditemui kandungan kembung

e) Karakteristik urine

Jumlah : $\approx 400\text{ cc}$ Bau : khas

f) Bisa terpantang (colostomy / ileostomi) : Tidak ada

8. Neuronsensori & kognitif

a. Gejala subjektif

- 1) Adanya nyeri : Nyeri pada luar karang karera (luar uterus DM)
- 2) Karang pinggang : Tidak
- 3) Sakit kepala : Tidak
- 4) Kerepotan (kelelahan / lemas)
- 5) Kejang : Tidak

- 6) Mata
 7) Pendengaran
 8) Epitaxis
 b. Tanda obyektif
 1) Status mental : Cm
 2) GCS : E:4 M:6 V:5
 3) Terorientasi / disorientasi : Waktu, Tempat, Orang : Baik
 Tempat : Baik
 4) Perapsi senon : Tidak mengalami terti, halusinasi & delusi
 5) Memori : Baik
 6) Akut Gainu pendengaran : Tidak
 7) Reaksi pupil trtl cataract : +/+
 8) Facial drop : Tidak ada
 9) Perampaunan umum tampak normal
Respon emosional

9. Koamaran

a. Gejala subjektif

- ##### 1) Allergi
- Otot-ototan : Tidak ada
Makanan : Tidak ada
- 2) Riw. perigaitit hub. sex : Tidak ada
 - 3) Riw. transfusi darah : Tidak ada
 - 4) Riw. cedera : Tidak ada
 - 5) Riw. kejeng : Tidak ada

b. Tanda obyektif

- 1) Suhu : 36.4°C
- 2) Integrasi jaringan :
- 3) Jaringan parut :
- 4) Komerasian : Ada, ditutupi luka
- 5) Adanya luka : Ada, diukur ukuran ilivas / paripung $9cm \times 7cm$
- 6) Eluksasi / tanda perdarahan : -
- 7) Gangguan keterimbangan : -
- 8) Kekuatian umum : -

10. Seksual dan Reproduksi

a. Gejala subjektif

- 1) Pemahaman trd fungsi seksual : Paham



- 2) Gangguan hub. seksual karena berbagai bordini
Pasien mengalihkan tidak ada gangguan ktbl. resusilnya.
- 3). Permasalahan selama aktivitas sekuat
Tidak ada
- 4) Pengukuran pada laki-laki : nglc penis :-
Gangguan priaat : Tidak ada
- 5) Pengukuran pada perempuan :-
- b. Tanda Objektif
- Pemeriksaan payudara / penis / testis
Tidak ada gangguan / kelainan
 - Kutil genital
Tidak ada lesi
- II. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme coping
- a. Gejala Subyektif
- Faktor stres : Pasien mengatakan merasa tensi dengan kondisinya saat ini
 - Bogalmanc pasien mengambil keputusan : Dibantu oleh keluarga
 - Yang dilakukan jika menghadapi masalah : Disulut dg istri
 - Upaya pasien dalam menghadapi masalah sekeliling : Berdoa dan berobat ke ps
 - Perasaan cemas tajam : ada ; cemas terkait bordinya saat ini dan akan segera dilakukan operasi.
 - Perasaan lemah dan lembut : Tidak ada
 - Perasaan kelelahan : Tidak ada.
 - Konsep diri
 - Citra diri : Ps. mengatakan bahwa ia benar-benar utuh seimbang dari penyakitnya serta tidak membantingkan hidupnya dg orang lain.
 - Ideas diri : Bisa beraktivitas verbal seperti bicaranya, menjalankan peran yg sebagaimana naminya bagi (stri) dan ayah bagi anaknya.
 - Margodir : Ps. mengatakan hallo dirinya tidak tergantgu walaupun ps sedang sakit.
 - Ada / tidak perasaan akan perubahan identitas : Tidak
 - Konflik dalam peran : Tidak ada
- b. Tanda Objektif
- Status emosional : Cemas, cemas, tawur
 - Respon fisiolog yg terobservasi : Ekspresi wajah : Tegang

12. Interaksi sosial
- a. Gejala Subyektif
- Otang terdapat s2 losin berpengaruh : Istri dan keluarga
 - Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah keluarga
 - Adalah kesulitan dalam keluarga : Tidak ada
 - Konsultasi berhubungan dg Terapis keseratan, pasien lain : Tidak ada.
- b. Tanda Objektif
- Kemampuan berbicara : Jelas, dapat dimengerti
 - Pola bicara tidak biasa / kentut dan : Tidak ada
 - Penggunaan alat bantu bicara : Tidak ada
 - Adeneys tracheostomi : Tidak ada
 - Kommunikasi verbal nonverbal dg keluarga / orang lain : Verbal
 - Penilaian memori diri : Tidak ada.
- c. Pola nilai kepercayaan > spiritual
- a. Gejala Subyektif
- Sumber ketakutan bagi diri : Allah SWT & keluarga
 - Pelaruan menjalankan turun - Tidak
 - Bogalmanc pasien menjalankan agamanya : Ps mengatakan solat dibedakan untuk waktu pelaksanaannya dengan fayumum.
 - Marahlar beruaitan dg aktivitasnya tsb secara dirawat : Tidak ada
 - Perubahar diri
 - Adalah keyakinan / kebutuhan / keyakinan thd pengobatan : Tidak ada .
- b. Tanda Objektif
- Perubahar penikah
 - Merobek pergaclar : Tidak
 - Berhenti menjalankan aktivitas agama : Tidak
 - Menunjukkan rupa permusuhan dg terapis beretaran : Tidak ada.



Dato penunjang

1. Laboratorium

Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Natrium	139 mmol/L	135-147
Kalsium	4.0 mmol/L	3,1-5
Chloride	103 mmol/L	85-105
Hb	13,1 g/dL	10,0-14,9
Leukosit	74,5 / μ L	4,8-11,3
Trombosit	27.800/ μ L	150.000-450.000
Eritrosit	4.3.10 ¹² / μ L	3.8-5.2
Hemoglobin	38%	34-45
Eosinofil	1,6%	1-5
Basofil	0,13%	0-1
Neutrofil	63,6%	43-71
Limfosit	25,0%	20-45
Mondosit	5,5%	4-10
MCV	87,1 fL	71,0-92
mCH	30,3 pg	22,6-31
mCHC	34,7 g/dL	30,8-35,2
HbSAg	Non Reaktif	Non Reaktif
GDS	74-121	
Ureum	28 mg/dL	70-50
Creatinin	0,7 mg/dL	
SGOT	15 U/L	31
SGPT	9 U/L	32

2. Hasil Radiologi

Hasil pemeriksaan :

APEKS kedua pulmo bersih

Corakkan vaskuler meningkat

Sinus CT ranap (diagramma lichen)

CTR lemah dari 0,5

Kesan :

Corakkan pulmo normal

3. Pemeriksaan EKG

Tanggal Pemeriksaan : 11 Desember 2023

Hasil : Sinus rhythm

Terapi

- Obat-obatan

Tanggal	Nama Obat	Cara pemberian	Dosis	Fungsi
Senin, 11 Des 2023	Ketorolac	IV	1x1	mereduksi nyeri
Selasa, 12 Des 2023	Ceftriaxon	IV	1x1	Antibiotik
	Novorapid	SC	1s, 1s, n	Insulin
	Furosemid	IV	2x1	Bergantung
Rabu, 13 Des 2023	Ketorolac	IV	1x1	
	Ceftriaxon	IV	1x1	
	Novorapid	SC	1s, 1s, n	
	Furosemid	IV	2x1	
	Ketorolac	IV	1x1	
	Ceftriaxon	IV	1x1	
	Novorapid	SC	1s, 1s, n	

Analisa Data

Data DS / DO

DS:

- Pasien mengatakan bahwa ia merasa dingin, khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi yang tak kuat lagi membuang buang segera dilakukan
- pasien mengeluh pusing & sulit berkonsentrasi

Etiologi

Problem

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

Skor MAPS: 28

Dr:

- Pasien mengatakan lelah/lesu
- Pasien mengeluh terasa tertiup & bibir kering

Disturbin Pancreas

Kefidabilitas kadar Glukosa Darah



Data DS/DD	Etiologi	Problem
DD:		
- GDS 406 mg/dl		
- Pasienn tampat lemah		
- Mulut pasien tampat lembut		
DS:		
- Pasien mengatakan nyeri nyeri dan terdapat luka Gerrard dan ruit sembuh	Perletakan Sirkulasi	Gangguan Integrasi Kulit/Jaringan
-		
DO:		
- Luka pasien terikat noda diketahui		
- Luka tampat kemerahan		
- Pasien tampat nyeri beratitan		
- Panjang luka 7cm lebar 4cm		

Diagnosa Keperawatan

- Anjelar 6-d kritis situasional
- Ketidakstabilan kadar glukosa darah 6d dirugii pankreas
- Gangguan integrasi kulit/jaringan 6d perletakan sirkulasi

Intervensi Keperawatan

Tgl/Waktu	SLKI	SIKI
11/12/23	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan di harapkan pasien keperawatan terikat dg kriteria hasil</p> <p>SLKI: Tingkat Anjelar (L.09314)</p> <p>Euspektasi: - Merusak</p> <ol style="list-style-type: none"> Verbalisasi ketika tiba tiba Wardiri yang dirodaP 2→5 Perilaku gerah 2→r Perilaku tegang 2→r Pucat 2→5 Tremor 2→5 <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angsuran becaga untuk tetap berlama-lama - Jelaskan tujuan, rangkap, faktor & sifat relasi yg terjadi - Jelaskan Intervensi - Angsuran mengambil posisi yg nyaman 	<p>Reduksi Anjelar (L.09314)</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor tanda anjelar <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lipatan aurora terang - Gerakan penderita yg terang <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angsuran becaga untuk tetap berlama-lama - Jelaskan tujuan, rangkap, faktor & sifat relasi yg terjadi - Jelaskan Intervensi - Angsuran mengambil posisi yg nyaman

Tgl/Waktu	SLKI	SIKI
11/12/23		<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan di harapkan makalah keperawatan terikat dg kriteria hasil</p> <p>SLKI: Integrasi kulit & jaringan</p> <p>Euspektasi: - meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemeratan 2→5 Nyeri 2→5 Kerukuan ar jaringan 2→5 Neurosis 2→5 <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (lepaskan batulan secara perlahan) - Berikan dg NaCl - Keriguan luka dg wasi benj - Gunakan gelutan resmi lusut



Tgl/waktu	SLKI	S/KI
		<ul style="list-style-type: none"> - Parang batutur peralat lute - pertahanan teknis sten <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda & gejala infeksi - Anjungan konsumsi makanan T KTP - Ajarkan procedur luka secara mandiri <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi prosedur defensif

Implementasi Keperawatan

Dx /wkt	Implementasi	Respon / SO	Paraf
Ansietas 11/12/24 14.40	- memonitor tanda ansietas	S: pasien mengatakan utuhawati, bergugur, cemas dengan kondisi kelelahan yg drastisnya & mengeluh punya	J
	O: - Pasien tampak gerah - Pasien tampak pucat - Pasien tampak tegang - Pasien tampak tremor - Skor PEARS = 28		
		TD: 138/78 mmHg N: 96x/m PR: 24x/m SpO ₂ : 98%. S: 36.8°C	
14.50	- meredakan suasana terapetik	S: pasien mengatakan nyaman dengan pendekatan perawat pada dirinya.	J
	O: Pasien tampak nyaman		
15.30	- menjelaskan fungsional, manfaat baktoran, jenis relaksasi yang tersedia (terapi murotal al-qur'an)	S: pasien mengatakan sudah paham apa yang dijelaskan oleh perawat	
	O: Pasien tampak tidak ada pertanyaan.		
16.30	- mengajukan posisi	S: pasien mengatakan ingin posisi referang duduk	
	O: pasien tampak posisi 1/2 duduk		

Dx /wkt	Implementasi	Respon / SO	Paraf
18.35	- mengajukan rileks dan merasakan sensasi rileksasi	S: pasien mengatakan bersenang-senang	J
18.40	- melatih teknik relaksasi terapi murotal al-qur'an	O: pasien tampak rileks S: pasien mengatakan bermeditation terapi murotal al-qur'an	J
21.30	- menghukumkan pemberian obat bakteriologi, leftrinokor, novocain, furosemid	O: pasien tampak kooperatif (mendengarkan audiot murotal al-qur'an) S: pasien mengatakan bermeditation terapi murotal al-qur'an	J
Ansietas 12/12/24 16.00	- memonitor tanda-tanda ansietas	S: pasien mengatakan mulai merasa lelah dan menimbulkan rasa kendor yang diingini, mengatakan demas, lelah dan rasa kendor yang diingini	J
	O: pasien tampak gelisah, tertarik, cemas, tegang, pucat, tremor berkebang. Skor HADS: 22		
	TD: 131/78 mmHg RR: 22x/m G: 36.3°C N: 86x/m SpO ₂ : 98%		
16.10	- meredakan suasana terapetik	S: pasien mengatakan merasakan nyaman dg pendekatan perawat yg diberinya	J
	O: pasien tampak kooperatif		
18.30	- mengajukan mengambil posisi yg nyaman	S: pasien mengatakan ingin perpanjang referang	J
	O: pasien tampak posisi referang dan nyaman.		
18.35	- mengajukan rileks dgn merasakan terapi murotal al-qur'an	S: pasien mengatakan bermeditation merasakan terapi murotal al-qur'an	J
	O: pasien tampak rileks dan mendengarkan terapi murotal lewat audio		



Dx/walut	Implementasi	Perso s/0	Perso
19.00	- mengajukan rencng mengelangi laju mu. rotat al-qur'an	S: pasien mengatakan beredite mengulangi / melatih laju mu. rotat al-qur'an "mengurangi rasa nyeri" Juga rasa nyeri di kantung O: pasien tampak kooperatif	J
20.00	- Menguloborasiakan kembali pemberian obat oral metformin, novorapid, & furosemid	S: pasien mengatakan beredite diberi obat oral Orifat oral dibenarkan.	J
Angka	- memonitor tanda-tanda akut	S: pasien mengatakan sudah cukup dan menenangkan kondisi akutnya yg dialami & mengatakan khawatir dengan kondisinya d'podap' sedah sauh berkurang.	J
13/12/24	07.30	O: Pasien juga sudah tidak mengeluh posisi lagi. O: - Pasien tampak lesu terang, cemas, tegang, gerisik, pekat, tremor sedah jauh berkurang. suar HART: 18 TD: 120/83 mmHg N: 83x1m RF: 20x1m S: 36,5°C SpO2: 99%.	J
07.40	- mengajukan keluarga agar tetap berikan pasien	S: pasien mengatakan keluarga pasien selalu menemani pasien O: - pasien tampak fertifikat selalu ditemani keluarga	J
07.45	- menciptakan suasana terapeutik	S: pasien mengatakan merasa nyaman dg pendekatan perawat lebih ramah. O: pasien tampak nyaman.	J
07.50	- Mengajukan mengambil pasi yang nyaman	S: pasien mengatakan ingin posisi 1/2 duduk. O: pasien tampak nyaman & "duduk."	J

Dx/walut	Implementasi	Perso s/0	Biof
09.55	- mengajukan teknik metoda terapi murotal al-qur'an	S: pasien mengatakan beredite O: pasien tampak lesu & mengajukan terapi murotal al-qur'an lewat audio	J
08.15	- Mengelakkan teknik terapi murotal al-qur'an yg tidak diajarkan	S: pasien mengatakan tidak paham tentang cara mendengarkan terapi murotal al-qur'an O: pasien tampak kooperatif	J
08.20	- Menguloborasiakan pemberian obat oral metformin, ceftri, novorapid, & furosemid	S: pasien mengatakan bersale diberi obat oral O: Obat marah.	J
Kendala/tujuan	- mengidentifikasi dan hadir kemungkinan penyebab glucosuria hiperglukemi	S: pasien mengatakan banwo dirinya rutin minum kopi dan minum yang manis O: pasien tampak Gula daratnya 368 mg /dL pasien tampak lesu	J
14.40		S: pasien mengatakan merasa khawatir & lemah	
11/12/23		O: pasien tampak lesu & mulut pasien tampak kering	J
15.30	- memonitor tanda-tanda gejala hiperglukemi	S: pasien mengatakan merasa khawatir & lemah O: pasien tampak lesu & mulut pasien tampak kering	J
16.00	- memberikan asupan cairan oral	S: pasien mengatakan beredite diberi cairan oral O: pasien tampak minum S: pasien mengatakan beredite diajarkan cara pengelolaan diabetes	J
18.30	- Mengajukan pengelolaan diabetes	O: pasien tampak kooperatif S: pasien mengatakan beredite diajarkan cara pengelolaan diabetes	J
18.35	- Menguloborasiakan pemberian insulin	S: pasien mengatakan beredite dibentangkan insulin O: novorapid ls Unit	J
21.30			



Dx/waktu	Implementasi	Persyaratan I/O	Batal
09.55	- mengajukan tifluk meminta terapi murotal alqur'an	S: pasien mengatakan bersejuta O: pasien tampak lemah & mendengarkan terapi murotal al-qur'an lewat audio	∅
08.15	- mengajukan teknik terapi murotal al-qur'an yg mudah diajarkan	S: pasien mengatakan tidak paham tentang cara mendengarkan terapi murotal al-qur'an	∅
08.20	- Mengkooperasikan pembenturan cairan oral ketotol, ceftri, novo rapid, L furosemid	O: pasien tampak kooperatif S: pasien mengatakan bersejuta diberi obat oral	∅
Ketidakstabilitas	- mengidentifikasi lar kudar kemungkinan penyebab	S: pasien mengatakan bahwa dirinya suka minum kopi dan minum yang manis	∅
Glukosa	hiperglukemi	O: pasien tampak Gula daratnya 348 mg/dL	
Darah		pasien tampak lesu	
(14.40)			
11/12/23			
15.30	- memonitor tanda gejala hiperglikemi	S: pasien mengatakan merasa panas haus & lelah	∅
		O: pasien tampak lesu & mulut pasien tampak kering	∅
16.00	- memberikan asupan cairan oral	S: pasien mengatakan bersejuta diberi cairan oral	∅
		O: pasien tampak minum	
18.30	- Mengajukan pengelolaan diabetes	S: pasien mengatakan bersejuta diajarkan cara pengelolaan diabetes	∅
		O: pasien tampak kooperatif	
18.35	- mengkooperasikan pembenturan insulin	S: pasien mengatakan bersejuta diberikan obat insulin	∅
21.30		O: novorapid 10 unit	

Dx/waktu	Implementasi	Persyaratan I/O	Batal
21.40	- mengkooperasikan pembenturan cairan IV	S: pasien mengatakan bersejuta O: pasien diberi cairan IV PL so rpm	∅
Ketidakstabilitas	- Memonitor kudar	S: pasien mengatakan bersejuta diajarkan kudar glukosa darah	∅
Kadar	glukosa	D: Kadar glukosa darah nyg.	∅
Darah		D: Kadar glukosa darah pasien 317 mg/dL	
15.30	- memonitor tanda. dangejala hiperglikemi	S: pasien mengatakan merasa haus sesaat berkurang tetapi segera dan pasien tampak lesu & lelah	∅
		O: pasien tampak lesu & mulut pasien tampak alkup kerabat	∅
16.00	- memberikan cairan oral	C: pasien mengatakan bersejuta diberikan asupan cairan oral	∅
		O: pasien tampak minum	
20.00	- mengkooperasikan pembenturan insulin	S: pasien mengatakan bersejuta diberikan insulin	∅
		O: novorapid 10 unit	
20.00	- Mengkooperasikan pembenturan cairan IV	S: pasien mengatakan bersejuta diberi cairan IV	∅
		O: pasien tampak diberi cairan IV so rpm	
Ketidakstabilitas	- Memonitor kudar	S: pasien mengatakan bersejuta bersejuta kudar glukosa darah nyg	∅
Kadar Glu-	ckar	O: GDS: 286 mg/dL	
15/12/24			
07.30			
07.35	- mengkooperasikan pembenturan insulin	S: pasien mengatakan bersejuta O: novorapid 10 unit	∅
07.40	- memonitor tanda & gejala hiperglikemi	S: pasien mengatakan haus lesu & lelah	∅
		O: tampak lesu berkurang & mulut pasien alkup tembus	∅



Dx/wakt	Implementasi	Pasien SI/O	Paraf
21.40	- menguolaborasiikan pemberian cairan IV	S: pasien mengatakan bersedia O: pasien diberi cairan IV PL so rpm	✓
Ketodoklat Kadar Glukosa Darah 17/12/23 15.00	- memonitor kadar glukosa darah	S: pasien mengatakan bersedia di periksa Kadar glukosa darah nyg. O: Kadar glukosa darah pasien 317 mg/dL	✓
15.30	- memonitor tanda-tanda gejala hiperglikemis	S: pasien mengatakan merasa haus sekitar jamur dan pasien tampak lemah, lemah berkurang O: pasien tampak lesu berkurang mulut pasien tampak alkup kembab	✓
16.00	- memberikan cairan oral	C: pasien mengatakan bersedia diberikan asupan cairan oral	✓
20.00 20.00	- menguolaborasiikan pemberian insulin	S: pasien mengatakan bersedia diberi insulin O: novrapid 15 unit	✓
21.00	- menguolaborasiikan pemberian cairan IV	S: pasien mengatakan bersedia diberi cairan IV O: pasien tampak abies cairan IV so rpm	✓
Ketodoklat Kadar glu- kosa darah 13/12/24 07.30	- memonitor kadar glukosa darah nyg.	S: pasien mengatakan bersedia di periksa kadar glukosa darah nyg. O: GDS: 286 mg/dL	✓
07.35	- menguolaborasiikan pemberian insulin	S: pasien mengatakan bersedia O: novrapid 10 UNIT	✓
07.40	- memonitor tanda & gejala hiperglikemis	S: pasien mengatakan haus lelah berkurang O: tampak lesu berkurang & mulut pasien cukup tembus	✓

Dx/wakt	Implementasi	Pasien SI/O	Paraf
09.00	- menguolaborasiikan pemberian cairan IV	S: pasien mengatakan bersedia O: tampak diberi cairan IV so rpm	✓
Bangunan Integritas Kuit/ Jaringan 11/12/23 14.40	- memonitor kadar teristik luka	S: pasien mengatakan luka nya nyeri, terdapat luka bernanah dan kulit tembus O: luka pasien terikat ranah diluap barannya, kerempahan & tampak merenggut uerautan, bagian 7cm lebar 4cm	✓
14.50	- memonitor tanda & infeksi	S: pasien mengatakan bersedia O: luka pasien tampak keremahan, nyeri, adl	✓
15.30	- Melepasan salutan & plester secara perlahan	S: pasien mengatakan bersedia dilepasan salutan plester O: salutan pasien tampak rembasan, terikat putih bewarna ketuningan & bau menyengat	✓
16.00	- memberikan luka dan reseptanya menggunakan NaCl	S: pasien mengatakan bersedia diberikan luka O: pasien luka tampak diberi benih ben	✓
16.10	- Mengeringkan luka dengan varasten	S: pasien mengatakan bersedia dikenakan luka ny	✓
16.15	- mengganti salutan sejauh jumat arus dat	S: pasien mengatakan bersedia diganti salutan O: salutan luka pasien tampak diganti	✓
16.25	- Memperbaikan teunis sten	S: - O: perawat tampak memperbaiki teunis sten	✓



Dx/warni	Implementasi	Rapor S/I	Paraf
17.00	- menjelaskan tanda & gejala infeksi	S: pasien mengatakan bersedig paham terhadap penjelasan yang diberikan perawat O: pasien tampak mendengarkan penjelasan perawat	✓
17.10	- menganjuruan mengonsumsi makanan TKTP	S: pasien mengatakan bersedig mengonsumsi makanan TKTP O: tampan makanan yg disediakan dipraktik habis	✓
17.25	- mengajarkan prosedur perawatan luka recent mandiri	S: pasien mengatakan bersedig diajaran prosedur perawatan luka O: pasien tampak kooperatif	✓
12/12/24 15.00	- memonitor kardiotens lku luka	S: pasien mengatakan kardio nyeri, tidak dapat luka berontak, dan luka rembut. O: luka pasien tampak lemah, dilaukan bauannya, dan panjang luka 3cm lebar 4cm	✓
15.30	- memonitor tanda- tanda infeksi	S: pasien mengatakan bersedig O: luka pasien tampak masih berontakan	✓
16.00	- menganjuruan metga- rumsi makanan TKTP	S: pasien mengatakan bersedig mengonsumsi makanan TKTP O: tampak makanan yg disediakan di praktik habis	✓
21.30	- mengklaborasi prosedur operasi debridement	S: pasien mengatakan berredig disoperasi berok pagi O: pasien akan berpuasa tidak makan & tidak minum selama 8jam yg op berok -	✓
13/12/24 07.30	- memonitor kardiotens lku luka	S: pasien mengatakan kardio masih nyeri, tetapi sudah berkurang O: luka pasien tampak nahan, berontakan berkurang Panjang luka 3cm lebar 4cm	✓

Dx/tunika	Implementasi	Rapor S/I	Paraf
08.00	- mengklaborasi prosedur Operasi debridement	S: pasien mengatakan ntp mengalami operasi debridement O: pelajaran op jam 09.00	✓
Evaluasi Keperawatan			Evaluasi DAP
Dx/tunika Ansietar 11/12/24 21.00	<p>S: pasien mengatakan khawatir, enggur, cemas dengan kondisi kelelahan yg dididomi dan merasa pusing</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien Merasa nyaman dengan perdoratan perawat kepadanya dirinya - pasien mengatakan sudah paham yang di jelaskan perawat - pasien mengatakan ingin posisi 1/2 duduk - Pasien mengatakan bersedia dibentangkan terapi muratal al-qur'an - pasien mengatakan bersedia ditemui obat <p>O: - pasien tampak gelisah, pucat, tremor, & tegang.</p> <p>- Suar MARS: 28</p> <p>- PD: 138/78 mmHg N: 86x/m t: 36,8°C RR: 24x/m SP02 = 98%</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak 1/2 duduk enyaman - pasien tampak tidak ada penanyaman - pasien kooperatif (mendengarkan audio muratal alqur'an) - Obat oral diberikan. <p>A: mandan belum fokus</p> <p>SLKI: 1- Mengalirai urinadik akibat kondisi yang dihadapi 2 → 5</p> <ol style="list-style-type: none"> Perdaku gelisah 2 → 5 Perjatu tegang 2 → 2 Pucat 2 → 5 Tremor 2 → 5 <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor tanda-tanda ansietar 		



Dxl/wanu	Implementasi	Pasien s/I	Paraf
08.00	- mengudahatkan prancis Oprasi defridemen	s/pasien mengatakan nipp mengalami operasi defridemen o. penarik op jam 09.00	<i>f/f</i> <i>f/f</i>

Evaluasi Keprawatan

Dxl/wanu	Evaluasi (DAP)	Paraf
Arsietaor 11/12/24 21.00	S: pasien mengatakan khawatir, tegang, cemas dengan kondisi kerapatan yg didalam dan mengeluh pusing - pasien merasa nyaman dengan penderitaan perawat yg ada dirinya - pasien mengatakan sudah paham yang dilakukan perawat - pasien mengatakan ingin posisi 1/2 duduk - pasien mengatakan bersamaan diberikan terapi murotal al-qur'an - pasien mengatakan bersamaan diberikan obat O: - pasien tampak gelisah, pucat/tremor, & tegang. - Skor HADS: 28 - PD: 138/78 mmHg N: 86x/m t: 36,8°C RR: 24 x/m SpO2: 98% - pasien tampak 1/2 duduk nyaman - pasien tampak tidak ada penanyaman - pasien kooperatif (mendengarkan audio murotal al-qur'an) - Obat oral diberikan.	<i>f/f</i> <i>f/f</i>
A: masakan belum tercatat	SLKI : 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi 2 → 5 2. Penitaku gelisah 2 → 5 3. Penitaku tegang 2 → 2 4. Pucat 2 → 5 5. Tremor 2 → 5	
P: Lanjutkan Intervensi	- monitor tanda-tanda arsietor	

Dxl/wanu	Evaluasi (DAP)	Paraf
Arsietaor 12/12/23 21.00	- Crptilau suara terapeutik yg menumbuhkan kepercayaan - mengajukan posisi yg nyaman - mengajukan nipp & meraikan terapi murotal al-qur'an, - mengajukan senang mengulang teks murotal al-qur'an - kolaborasi pemberian obat oral	
Arsietaor 12/12/23 21.00	S: - pasien mengatakan mulai merasa rileks & menerima kondisi kerapatan yang didalam dan mengatakan cemas, khawatir dengan kondisi yang dihadapi berkurang. - pasien mengeluh pusing berkurang. - pasien ingin posisi terentang - pasien mengatakan bersamaan merasakan terapi murotal al-qur'an - pasien mengatakan bersamaan mengulangi / merawat fikiran murotal al-qur'an & mengulangi cemas juga kompah. - pasien mengatakan bersamaan diberikan obat oral O: - pasien tampak gelisah, pucat, tremor, tegang berkurang - Skor HADS = 22 TD = 141/78 mmHg N: 86x/m RR = 22x/m S: 36,3°C SpO2: 98% - Pasien tampak kooperatif - Pasien tampak para terentang & nyaman - pasien tampak rileks dan mendengarkan terapi murotal al-qur'an lewat audio. - Obat oral diberikan.	<i>f/f</i>
A: Masalah keperawatan belum tercatat	SLKI : 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yg dihadapi 3 → 5 2. Penitaku gelisah 3 → 5 3. Penitaku tegang 3 → 2 4. Pucat 3 → 5 5. Tremor 3 → 5	



Dx/waun	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	<p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor tanda-tanda akutitas - aktifitas agar keluaran tetap berada klien - Mekriptuan suarana terapeutik - mengajukan posisi yg nyaman - menyajikan rancangan dan menerapkan terapi muratal-al-qur'an. <p>meng evaluasi teknik terapi muratal al-qur'an yang tidak diinginkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi pemberian obat oral 	
Arsitrat 13/12/24 15:00	<p>S: - pasien mengatakan rasa sakit & meremehkan kerutan kerapatan yg disaksikan dan mengatakan cenderung kerutan penyusut yg diketahui sudah beruntung</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak mengeluh pusing lagi - pasien merasakan aman dengan penderitaan perawat - pasien mengatakan ingin pasi $\frac{1}{2}$ duduk - pasien mengatakan rasa sakit parah kuting canggih mengatakan cari dg cara mendengarkan terapi muratal al-qur'an. - pasien mengatakan bersedia dibawa obat oral <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak rileks tenang - TGR: 140 mmHg, N: 85x1 m RR: 20x1/m - S: 36.5°C, SpO₂: 98%. - pasien terlihat ditemani bocangga - pasien tampak kooperatif - pasien tampak pdri n $\frac{1}{2}$ duduk - pasien tampak rileks dan mendengarkan terapi muratal- al-qur'an lewat audio - Obat oral dibenarkan. <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - manfaat tercatat <p>SLKI: 1. Verbalisasi ukurannya $4 \rightarrow 5$</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pindah gelirat $4 \rightarrow 5$ 3. Pindah tegang $4 \rightarrow 5$ 4. Pucat $4 \rightarrow 5$ 5. Tremor $4 \rightarrow 5$ 	<p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor tanda-tanda klien - anjuran mengonsumsi makanan TKTP - kolaborasi pemberian obat-obatan

Dx/waun	Evaluasi (SOAP)	Paraf
Gangguan Integrator	<p>S: pasien mengatakan kelingking nyeri, terdapat luka beruntung dan suntik sembuh</p> <p>Kulit / Jantung 13/12/23 21:00</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan batutan dan plester dilepas - pasien mengatakan berbeda dibandingkan luka nyeri - pasien mengatakan tersedi & ditengkor luka nyeri - pasien mengatakan tersedi diganti batutan - pasien mengatakan parameter yg akhirnya % perawat - pasien mengatakan berbeda mengurangi makaran TKTP - pasien mengatakan tersedi diajarkan procedur perawatan luka <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak lucenthat narasi dilakukan koroniya. - tampak kerapatan rambut panjang luka 7cm lebar 4cm - tampak merangsang kerutan - batutan pasien tampak rembes air bening - luka pasien tampak dibersihkan - dikenakan obat-obatan - batutan tampak diganti - perawat tetap mempertahankan teknik stent - pasien tampak kooperatif & mendengarkan penjelasan perawat - tampak makaran yg disediakan di PS habis <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Gagulintegrator <p>SLKI: hemerahan $2 \rightarrow 5$</p> <p>nyeri $2 \rightarrow 5$</p> <p>kerusakan jaringan $2 \rightarrow 5$</p> <p>neurosis $2 \rightarrow 5$</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor tanda-tanda klien - anjuran mengonsumsi makanan TKTP - kolaborasi pemberian obat-obatan 	<p>J</p>
	<p>S: - pasien mengatakan kelingking masih nyeri narasi beruntung</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan berbeda mengurangi 	
13/12/23 21:00		



Dx (wana)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	<p>mualan + KTP</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan beredok menjalankan operasi berok 	
O:	<ul style="list-style-type: none"> - luka pasien tampak kemerahan - panjang luka 7cm lebar 4cm - tampak mualan yang disediakan di RS tidak - pasien tampak sedang berpura-pura sakit untuk operasi berok 	P
A:	<p>Masalah keperawatan belum teratasi;</p> <p>SLK1:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. kemerahan $3 \rightarrow 7$ 2. Nyeri $3 \rightarrow 5$ 3. kerusakan jaringan $2 \rightarrow 5$ 4. Neurosis $2 \rightarrow 5$ 	
P:	<p>Lanjut Intervensi</p>	
13/12/24	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ukurannya masih nyeri - pasien mengatakan siap menjalani operasi debridemen 	
15.00		
O:	<ul style="list-style-type: none"> - pasien luka parah sudah berkurang - kemerahan berkurang - Jaringan rusak sudah berkurang - neurosis berkurang - pasien tidak menjalani operasi debridemen 	J
A:	<p>Masalah keperawatan sudah teratasi</p> <p>SLK1:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. kemerahan $4 \rightarrow 5$ 2. nyeri $4 \rightarrow 5$ 3. kerusakan jaringan $5 \rightarrow 5$ 4. Neurosis $5 \rightarrow 5$ 	J
P:	<p>Intervensi selesai</p>	





LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Zaffira Adra Devaani
 NIM : A1121231057
 Judul KIAN :

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	23/4/23	<ul style="list-style-type: none"> - Konseil judul KIAN - Konseil jurnal KIAN 	Zaffira
2.	2/5/23	<ul style="list-style-type: none"> - Konseil BAB I 	Zaffira
3	6/5/23	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi BAB I - Lanjut penyusunan BAB II 	Zaffira
4.	14/5/23	<ul style="list-style-type: none"> - Konseil BAB II - Penyusunan BAB I, II, III, IV dan V 	Zaffira
5.	26/5/23	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi BAB II, III, dan IV 	Zaffira
6.	11/6/23	<ul style="list-style-type: none"> - Konseil BAB II, III dan IV 	Zaffira

Pembimbing,

Zaffira



LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Zakkia Zahra Deroani
 NIM : 41121231057
 Judul KIAN :

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
7.	21/6/24	- Review BAB II, III, dan IV	Akt.
8.	22/6/24	- Konsul BAB I, II, III dan IV	Akt.
9.	23/6/24	- feedback BAB II, III dan IV	Akt.
10.	1/7/24	- Lanjut Konsul lengkap	Akt.
		- Konsul lengkap KIAN	Akt.

Pembimbing,

(Zakir)

ejakulasi praecocks, ereksi hilang,
impotensi

13. Gejala Otonom

0 1 2 3 4

Mulut kering, muka merah, mudah
berkeringat, pusing, sakit kepala, bulu-
bulu berdiri.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

14. Perilaku pada saat wawancara

Gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut
kening, muka tegang, tonus otot
meningkat, napas pendek dan cepat, muka
merah.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Perasaan tertekan	0 1 2 3 4
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sering buang air kecil, tidak dapat menahan air seni, <i>amenorrhoea</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

1. Perasaan cemas

Kekhawatiran, takut mengantisipasi yang terburuk, lekas marah.

0 1 2 3 4

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Ketegangan

Perasaan tegang, respon kejut, mudah meneteskan air mata, gemetar, perasaan gelisah, ketidakmampuan untuk bersantai.

3. Rasa Takut

Takut pada gelap (kegelapan), pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, pada kerumunan orang banyak.

4. Gangguan tidur

Sulit tidur, tidur tidak memuaskan dan kelelahan pada saat bangun, mimpi buruk.

5. Gangguan kecerdasan

Sukar konsentrasi, daya ingat buruk.