



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKES KEMENKES RIAU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
DILUAR KAMPUS UTAMA



JL. M. TAHAR NO. 1- PEMATANG REBA
 TELP.(0769) 341584 Fax. (0769) 341584

Lampiran

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :.....

Tempat Praktik :.....

Waktu Praktik :.....

3.1.1 Identitas Diri Klien

Nama :..... Suku :

Umur :..... Pendidikan :

Jenis Kelamin : Pekerjaan :

Alamat : Lama Bekerja :

..... Tanggal MRS :

..... Tanggal Pengkajian awal :

Status perkawinan : Sumber Informasi :

Agama :

.....

3.1.2 Riwayat Pengkajian

(a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(b) Riwayat Penyakit Sekarang

.....

.....

.....

.....

.....

(c) Riwayat Penyakit Dahulu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- (d) Diagnosa medik pada saat MRS, Pemeriksaan penunjang dan tindakan yang telah dilakukan, mulai dari pasien MRS (UGD/Poli), sampai diambil kasus kelolaan.

Masalah atau diagnosa medis pada saat MRS :

.....
.....

Tindakan yang telah dilakukan di Poliklinik atau UGD

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Catatan penanganan kasus (dimulai saat pasien dirawat diruang rawat sampai pengamilan kasus pegelolaan)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.1.3 Pengkajian Keperawatan

(a) Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pengetahuan tentang penyakit/perawatan :

.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

.....
.....
.....
.....
.....

(b) Pola nutrisi/metabolik

Program Diit RS :

.....
.....

Intake makanan (Sehat/sakit) :

.....
.....
.....
.....
.....

Masalah keperawatan

.....
.....

Intake Cairan (sehat/sakit)

.....
.....
.....
.....

Masalah keperawatan

.....
.....

(c) Pola Eliminasi

1. Buang Air Besar (Sehat/sakit) :

.....
.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

2. Buang Air Kecil (sakit/Sehat)

.....

Masalah Keperawatan :

.....

3. Pola Aktivitas dan latihan

Kemampuan Perawatan Diri	0	1	2	3	4
Makan/Minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Mobilitas ditempat tidur					
Berpindah					
Ambulasi/ROM					

0=mandiri,1=alat bantu,2=dibantuorang lain,3=dibantu orang lain dan alat, 4=tergantung total

Oksigenasi.....

.....

4. Pola tidur dan Istirahat

.....

Masalah Keperawatan :

.....
.....

5. Pola perceptual (penglihatan, pendengaran, pengecap, sensasi) :

.....
.....
.....
.....

Masalah keperawatan:

.....
.....

6. Pola persepsi diri

(pandangan klien tentang sakitnya, kecemasan, konsep diri)

.....
.....
.....
.....

Masalah keperawatan:

.....
.....

7. Pola Seksualitas dan reproduksi

(Fertilitas, libido, menstruasi, kontrasepsi, dll)

.....
.....

.....
.....

Masalah keperawatan:

.....
.....

8. Pola peran-hubungan

(komunikasi, hubungan dengan orang lain, kemampuan keuangan)

.....
.....
.....
.....

Masalah keperawatan:

.....
.....

9. Pola manajemen koping-stress

.....
.....
.....
.....

Masalah keperawatan:

.....
.....

10. Sistem nilai dan keyakinan

(pandangan klien tentang agama, kegiatan keagamaan, dll)

.....
.....
.....
.....

Masalah keperawatan:

.....
.....

3.1.4 Pemeriksaan Fisik (Cephalocaudal)

(a) Keluhan yang dirasakan saat ini

.....
.....
.....
.....

TD :

P :

N :

S :

BB/TB :

(b) Kepala (meliputi : rambut, mata, telinga, hidung/sinus, mulut)

.....
.....
.....

.....
.....
.....

(c) Leher (meliputi : getah bening, kelenjar tyroid, deviasi trakea, JVP)

.....
.....
.....
.....

(d) Thorak

Paru (Inspeksi,palpasi,perkusi,auskultasi)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Jantung (inspeksi, palpasi,perkusi,auskultasi)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(e) Abdomen (inspeksi,auskultasi,palpasi,perkusi)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(f) Inguinal

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(g) Ekstremitas (musculoskeletal, termasuk keadaan kulit, kekuatan)

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(h) Neorologis (tingkat kesadaran kuantitatif/kualitatis,neorologis terkait)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PENANGANAN KASUS

(dimulai saat anda mengambil sebagai kasus kelolaan, sampai akhir praktik)

ANALISA DATA

Tgl/jam	DATAN SENJANG	MASALAH	PENYEBAB

Diagnosa Keperawatan (NANDA Toxonomi-II)

1.
.....
2.
.....

3.
.....
4.
.....
5.
.....

RENCANA KEPERAWATAN (NURSING CARE PLAN)

NO. DX	Tanggal /jam	Tujuan/Kriteria Hasil (Nursing Outcome Classification,NOC)	Intervensi (Nursing Intervention Classification, NIC)	RASIONAL
-----------	-----------------	--	---	----------

BIODATA PENULIS



Nama Lengkap : Era Meizela

NIM : 18905

Tempat tanggal lahir : Pematang, 11 Mei 1999

Agama : Islam

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Jalan Pendidikan,Sukamaju,Batang Peranap

Riwayat Pendidikan : 1. SD Negeri 004 Sukamaju
2. SMP Negeri 01 Batang Peranap
3. SMK Negeri 01 Batang Peranap

Kegiatan Yang Pernah Diikuti : 1. Olimpiade SAINS Nasional Kab.Inhu 2010
2. Olimpiade SAINS Nasional Kab. Inhu 2013
3. Sekretaris OSIS tahun 2013/2014
4. Anggota OSIS tahun 2015/2016
5. Konselor PIK-R Anti Narkoba
6. Sekretaris 2 IKM Periode 2018
7. Sekretaris 1 Himakep Periode 2019/2020

**RINGKASAN
DOKUMENTASI**





STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)
PERAWATAN INFUS

PENGERTIAN	Proses melakukan perawatan pada tempat pemasangan infus
TUJUAN	Mencegah terjadinya infeksi
INDIKASI	Perawatan infus diindikasikan setiap 48-96 jam atau ketika kondisi pasien terdapat rembesan darah, atau rusaknya kasa yang melindungi area penusukan
KONTRAINDIKASI	-
ALAT DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none">1. Sarung tangan 1 pasang2. Pinset anatomis steril 2 buah3. Perlahan pengalas4. Penunjuk waktu5. Kassa steril, gunting plester6. Plester / hipavik7. Lidikapas8. Alkohol 70 %9. Iodine povidon solution 10 %10. Na Cl 0,9 %11. Bengkok 2 buah
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra-Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Melakukan verifikasi kebutuhan klien2. Mencucitangan3. Menyiapkan peralatan di dekat klien dengan sistematis dan rapi <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Melakukan salam sebagai pendekatan terapeutik2. Menjelaskan tujuan, kontrak waktu dan prosedur tindakan pada klien / keluarga3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien sebelum prosedur dilakukan
	<p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengatur posisi klien (tempat tusukan infus terlihat jelas)2. Memakai sarung tangan3. Membasahi plester dengan alkohol dan bukalut dengan menggunakan4. Membersihkan bekas plester5. Membersihkan daerah tusukan dengan iodine povidon6. Menutup dengan kassa steril7. Memasang plester penutup8. Mengatur tetesan infus

	<p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengevaluasi hasil tindakan dan respon klien2. Menjelaskan bahwa tindakan sudah selesai dilakukan pada klien/keluarga3. Mendokumentasikan
--	---

LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM)

1. DEFINISI

Latihan range of motion adalah kegiatan latihan yang bertujuan untuk memelihara fleksibilitas dan mobilitas sendi

2. TUJUAN

Tujuan latihan ROM adalah sebagai berikut :

- a. Mempertahankan fleksibilitas dan mobilitas sendi
- b. Mengembalikan kontrol motorik
- c. Meningkatkan/mempertahankan integritas ROM sendi dan jaringan lunak
- d. Membantu sirkulasi dan nutrisi sinovial
- e. Menurunkan pembentuk kontraktur terutama pada ekstremitas yang mengalami paralisis.
- f. Memaksimalkan fungsi ADL
- g. Mengurangi atau menghambat nyeri
- h. Mencegah bertambah buruknya *system neuromuscular*
- i. Mengurangi gejala depresi dan kecemasan
- j. Meningkatkan harga diri
- k. Meningkatkan citra tubuh dan memberikan kesenangan

3. JENIS

- a. Latihan ROM aktif.

Gerakan aktif adalah gerak yang dihasilkan oleh kontraksi otot sendiri.

Latihan yang dilakukan oleh klien sendiri. Hal ini dapat meningkatkan kemandirian dan kepercayaan diri klien.

- b. Latihan aktif dengan pendampingan (*active-assisted*).

Latihan tetap dilakukan oleh klien secara mandiri dengan didampingi oleh perawat.

Peran perawat dalam hal ini adalah memberikan dukungan dan membantu untuk mencapai gerakan ROM yang diinginkan.

- c. Latihan ROM pasif

Padap pasien yang sedang melakukan bedrest atau mengalami keterbatasan dalam pergerakan latihan ROM pasif sangat tepat dilakukan dan akan mendapatkan manfaat seperti terhindar nyadari kemungkinan kontraktur pada sendi. Setiap gerakan yang dilakukan dengan range yang penuh, maka akan meningkatkan kemampuan bergerak dan dapat mencegah keterbatasan dalam beraktivitas. Ketika pasien tidak dapat melakukan latihan ROM secara aktif maka perawat bisa membantunya untuk melakukan latihan. Latihan dapat dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan lain.

SOP LATIHAN ROM

I. FASE ORIENTASI

1. Memberi salam
2. Perkenalan diri
3. Cocokkan identitas pasien
4. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan

II. FASE KERJA

1. Perawat mencuci tangan
2. Tanyakan keluhan pasien
3. Lakukan prosedur tindakan :
 - a. Latihan Sendi Leher
 - Pasien dalam posisi telentang
 - Satu tangan perawat berada di bawah kepala pasien, tangan lainnya di dada.
 - Bantu angkat kepala pasien, bantu tekuk leher dengan cara arahkan dagu ke arah dada pasien (fleksion), dan kembalikan kepala ke posisi semula (ekstensi)
 - b. Latihan Sendi Bahu
 - Satu tangan perawat memegang lengan atas pasien dan tangan lain memegang pergelangan tangan. Angkat lengan ke arah atas (fleksion bahu), kemudian kembalikan ke posisi semula (ekstensi)
 - Satu tangan perawat memegang siku, tangan lainnya memegang pergelangan tangan.

- Luruskan siku pasien,
 gerakkan lengan pasien menjauhi tubuhnya ke arah perawat
 (Abduksi),
 kemudian gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya
 (Adduksi)
- Miringkan pasien kesalah satu sisi,
 satu tangan perawat memegang bahu, tangan lain
 memegang pergelangan tangan.
 Gerakkan lengan pasien/luruskan lengan pasien ke arah belakang
 (Hiperekstensi bahu)
 - Kemudian putar lengan pasien ke arah luar (Rotasi eksternal),
 dan ke arah dalam (Rotasi internal)
- c. Latihan Sendi Siku
- Pasien posisi telentang,
 satu tangan perawat memegang pergelangan tangan pasien,
 tangan lainnya menahan lengan bagian atas.
 Lakukan gerakkan menekuk siku (fleksi) dan meluruskan siku
 (ekstensi)
- d. Latihan Lengan Bawah
- Satu tangan perawat memegang lengan bawah pasien,
 tangan lainnya memegang tangan. Balikkan lengan ke arah atas
 (Supinasi) dan ke bawah (Pronasi)
- e. Latihan Sendi Pergelangan Tangan
- Satu tangan perawat memegang lengan bawah pasien, tangan
 lain memegang jari pasien.
 Tekuk pergelangan tangan pasien ke arah atas (ekstensi),
 dan ke arah bawah (fleksi)
 - Satu tangan perawat memegang lengan bawah,
 satu tangan memegang jari.
 Gerakkan pergelangan tangan ke arah pasien (Adduksi)
 dan menjauhi pasien (Abduksi)
- f. Latihan Sendi Jari-Jari Tangan
- Satu tangan perawat memegang pergelangan tangan,
 dan perawat memasukkan jari tangannya yang lain ke sela jari-
 jari pasien (Abduksi) dan kemudian rapatkan jari-jari pasien
 (Adduksi)
 - Satu tangan perawat memegang pergelangan tangan pasien,
 tangan yang lain
 membantup pasien menyentuhkan ibu jari pasien dg jari-
 jari pasien yang lainnya (Oposisi jaritangan)
 - Satu tangan perawat memegang pergelangan tangan pasien,
 tangan lain membantup pasien memutar ibu jari (Sirkumduksi)

g. Latihan Sendi Panggul

- Satutanganperawatmemegangpahaatas, tangan lain dibawahpergelangan kaki. Angkat kaki perlahan-lahankearahatasmembentuk sudut90% (fleksipanggul), kemudianturunkankebawah (ekstensipanggul).
- Satutanganperawatdibawahlutut ,tanganlainnyamemegangtumit. Gerakkan kaki pasienmenjauhibadanpasien(Abduksi) dankembalikankeposisi semula (Adduksi).
- Satutanganperawatdibawahlutut, tangan lain memegangtumit. Putar kaki pasien (Sirkumduksi)
- Satutanganperawatdiataslutut, tangan lain memegangpergelangan kaki. Putar kaki pasienkearahluar (Rotasi eksternal), kemudianputarkearahdalam(Rotasi internal)
- Bantu miringkanpasien. Satutanganperawatmemegangpahaatas, tangan lain memegang kaki. Luruskanpahan kaki pasienkebelakang (Hiperekstensipanggul).

h. Latihan Sendi Lutut

- Pasientidur telentang. Satutanganperawatdibawahlututdantanganlainmemegangpergelangan kaki. Angkatlututdanbengkokkanlututpasien (fleksi) danluruskanembali (ekstensi).

i. Latihan Sendi Pergelangan Kaki

- Satutanganperawatberadadiataspergelangan kaki, tangan lain di telapak kaki pasien. Tekukkanpergelangan kaki, arahkanjari-jari kaki kearah dada pasien (Dorsofleksi), kemudiantekukpergelangan kaki menjauhi dada pasien (Plantar fleksi).

J. Latihan Sendi Jari-jari Kaki

- Satutanganperawatmemegangpergelangan kaki pasiendantanganlainnyamembantupasienmenekukjari-jari kaki kedepan (Fleksi) danmenekukkankearahbelakang (Ekstensi)
- Satutanganperawatmemegangpergelangan kaki dantangan lain merapatkanjari-jari kaki pasien (Adduksi), kemudianperawatmemasukkanjari-jaritanganya di selajari-jari kaki pasien (Abduksi)
- Satutanganperawatmemegangseparuhbagianatas kaki pasiendantanganlainmemegangpergelangan kaki. Putar kaki kearahdalamsehinggatelapak kaki menghadapke kaki lainnya (Inferensi), kemudianputar kaki

keluar sehingga bagian telapak kaki pasien menjauhi kaki yang lain (Efersi).

4. Perawat mencuci tangan

III. FASE TERMINASI

- a. Jelaskan tindakan sudah selesai
- b. Tanya respon pasien setelah dilakukan tindakan