



Dharma Nugraha

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37**

LABEL IDENTITAS PASIEN

PERIOPERATIF NURSING CARE PLAN

PRE OPERASI

[illegible]

	KEPERAWATAN			I
Jam masuk RR :	<input type="checkbox"/> Kecemasan	<input type="checkbox"/> Observasi TTV	<input type="checkbox"/> Melakukan observasi TTV	<input type="checkbox"/> Ya
1. Pernafasan	<input type="checkbox"/> Gangguan pertukaran gas	<input type="checkbox"/> Berikan posisi yang sesuai seperti yang diinstruksikan oleh spesialis (Dokter)	<input type="checkbox"/> Memberikan posisi yang sesuai seperti yang diinstruksikan oleh spesialis (Dokter)	<input type="checkbox"/> Tdk
Alat bantu nafas <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Baging	<input type="checkbox"/> Gangguan mobilitas fisik	<input type="checkbox"/> Berikan selimut penghangat	<input type="checkbox"/> Memberikan selimut penghangat	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> Tdk
Oksigen : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Gangguan integritas kulit	<input type="checkbox"/> Berikan terapi oksigen	<input type="checkbox"/> Memberikan terapi oksigen	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk
<input type="checkbox"/> Nasal ltr/ mnt	<input type="checkbox"/> Gangguan komunikasi verbal	<input type="checkbox"/> Operkan dengan perawat ruang pemulihan	<input type="checkbox"/> Melakukan operan dengan perawat ruang pemulihan	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Sungkup ltr/ mnt <input type="checkbox"/> lain-lain		<input type="checkbox"/> Terapi nyeri sesuai dengan instruksi dokter	<input type="checkbox"/> Pemberian terapi nyeri sesuai instruksi dokter	
RR : x/ mnt, SPO2 : %		<input type="checkbox"/> Observasi luka operasi	<input type="checkbox"/> Menghitung balance cairan	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> Tidak
2. Darah	<input type="checkbox"/> Gangguan pertukaran gas	<input type="checkbox"/> hitung balance cairan	<input type="checkbox"/> Melakukan asmen dan manajemen risiko jatuh	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> Tidak
Capillary refill : <input type="checkbox"/> < 2 detik <input type="checkbox"/> > 2 detik	<input type="checkbox"/> Koping individu tidak efektif	<input type="checkbox"/> Asesmen & manajemen risiko jatuh		<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> Tidak
Kulit : <input type="checkbox"/> hangat <input type="checkbox"/> dingin <input type="checkbox"/> lembab <input type="checkbox"/> basah	<input type="checkbox"/> Resiko terjadi infeksi			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Perdarahan : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, ml	<input type="checkbox"/> Resiko injury/ jatuh			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3. TTV	<input type="checkbox"/> Resiko kurang volume cairan			
TD : mmHg RR : x/ mnt, Sh : °C	<input type="checkbox"/> Gangguan rasa nyeri			
4. Kesadaran / Otak				
<input type="checkbox"/> Compos mentis <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Stupor				
<input type="checkbox"/> Apati <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Koma				
GCS: <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Mototrik				
5. Skala nyeri				
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
6. Kandungan kemih				
<input type="checkbox"/> Pasang kateter: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jml urin : ml				
warna: <input type="checkbox"/> Jernih <input type="checkbox"/> Keruh <input type="checkbox"/> Pekat <input type="checkbox"/> Merah/ darah				
7. Pencernaan				
<input type="checkbox"/> Puas <input type="checkbox"/> Kembung <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Muntah				
<input type="checkbox"/> Terpasang NGT				
8. Ekstremitas				
Kulit: <input type="checkbox"/> Utuh <input type="checkbox"/> Terdapat luka <input type="checkbox"/> diverban				
Patah tulang : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				
9. Lain-lain				
.....				
.....				

Perawat Sirkulasi

Perawat RR

Verifikasi DPJP

(.....)

Nama & TTD

(.....)

Nama & TTD

(.....)

Nama & TTD