



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14100285095
Nama Lengkap : Ira Junitawati
Unit/Divisi/Komite : Kanan operasi
No. Telepon/Ext : 1201
E-mail : irajunitawati2512@gmail.com

Tanggal : 20-09-2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : Revisi Buat Baru
No/Kode Formulir : 096/F/RSI/RSIH/XII/2021 (Rev. 01)
No/Kode RM : 9.10 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 01

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	5
Proses PO :	segera
Waktu :	
Paraf :	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir (pengalaman keperawatan perioperatif)
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

penambahan Rm

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Kertas fq

Tanda Tangan
Pemohon:

Tanda Tangan
Penerima:

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik

F4 1 ply Bolak Balik

Tanda Tangan

Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

Lampiran Dokter , Ace

Tanda Tangan

Unit/Divisi/Komite

ACC Revi

Tanda Tangan

Rekam Medik

Persantian no RM

Tanda Tangan

Kesekretariatan

No. Form ditgesuaikan

Tanda Tangan

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan

ACC

Tanda Tangan

Direktur

Tanda Tangan

dr. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 2111018868

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSI/RSIH/XII/2021(Rev.00)



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama :
 Tanggal Lahir : (L/W)
 No. RM :
 Ruangan/Kelas :
 DPJP :
 Penjamin :

Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

Dokter Bedah : Tindakan :
 Dokter Anestesi : Tanggal Tindakan :
 Diagnosa : Jam Datang :
 Jenis Operasi : Elektif/ Cito/ ODS/ Paket

A. DOKUMEN KEPERAWATAN PRA OPERASI (diisi oleh perawat ruangan)

- | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|--------------------------------|
| 1. Keadaan Umum GCS | <input type="checkbox"/> CM
E = | <input type="checkbox"/> Apatis
M = | <input type="checkbox"/> Somnolen
V = | <input type="checkbox"/> Sopor | <input type="checkbox"/> Koma
Total : | |
| 2. Pernafasan | <input type="checkbox"/> Spontan | | <input type="checkbox"/> O ₂ = | L/Menit | <input type="checkbox"/> Alat bantu : | |
| 3. Tanda-tanda Vital | Nadi : x/mnt | TD : mmHg | Suhu : °C | SpO ₂ : % | | |
| 4. Visite dokter | dr. Operator sebelum operasi | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak | dr. Anestesi sebelum | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 5. Riwayat Penyakit | <input type="checkbox"/> Jantung | <input type="checkbox"/> DM | <input type="checkbox"/> Hipertensi | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lain-lain | |
| 6. Pengobatan Sekarang /Pemedikasi | | | Dosis : | Jam : | | |
| | | | Dosis : | Jam : | | |
| | | | Dosis : | Jam : | | |
| 7. Riwayat Operasi | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak | RS : | Tahun : | | |
| | Jenis Tindakan : | | RS : | Tahun : | | |
| 8. Pemeriksaan Lab | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak | | | | |
| 9. Persiapan Darah | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak | | | | |
| | <input type="checkbox"/> WB, Jumlah : | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> PRC, Jumlah : | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Lain – lain, Jumlah : | | | | | |
| 10. Alat invasive terpasang | <input type="checkbox"/> IV Line | <input type="checkbox"/> NGT | <input type="checkbox"/> CVC | <input type="checkbox"/> Urine Catheter | | |
| 11. Riwayat minum jamu/ obat tradisional | <input type="checkbox"/> Jenis : | | Jumlah : | Lembar | | |
| | <input type="checkbox"/> Jenis : | | Jumlah : | Lembar | | |
| 12. Hasil Radiologi | <input type="checkbox"/> Ada | <input type="checkbox"/> Tidak | Pemeriksaan : | | | |
| 13. Status Emosional | <input type="checkbox"/> Tenang | <input type="checkbox"/> Gelisah | <input type="checkbox"/> Tremor | <input type="checkbox"/> Banyak Bicara | | |
| 14. Persiapan ICU | <input type="checkbox"/> YA (Bila YA, surat persetujuan sudah/belum) | | | | | |
| 15. Surat ijin operasi | <input type="checkbox"/> Ada | <input type="checkbox"/> Tidak | | | | |
| 16. Surat ijin anestesi | <input type="checkbox"/> Ada | <input type="checkbox"/> Tidak | | | | |

B. DOKUMENTASI KEPERAWATAN PRA OPERASI (diisi oleh perawat ruangan dan kamar operasi)

Tiba dikamar bedah jam :

- | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Keadaan Umum | <input type="checkbox"/> CM | <input type="checkbox"/> Apatis | <input type="checkbox"/> Somnolen | <input type="checkbox"/> Sopor | <input type="checkbox"/> Koma |
| 2. Pernafasan | <input type="checkbox"/> Spontan | | <input type="checkbox"/> O ₂ = | L/Menit | <input type="checkbox"/> Alat bantu : |
| 3. Tanda tanda Vital | Nadi : x/mnt | TD : mmHg, | Suhu : °C | | |
| | RR : x/mnt | TB : cm | BB : kg | | |
| 4. IV Catheter | <input type="checkbox"/> Line 1, lokasi : | Kondisi : | <input type="checkbox"/> Lancar | <input type="checkbox"/> Trombosis | |
| IV Catheter | <input type="checkbox"/> Line 2, lokasi : | Kondisi : | <input type="checkbox"/> Lancar | <input type="checkbox"/> Trombosis | |
| | Diruangan | | | | |
| 5. Identitas pasien sesuai gelang dan status pasien | <input type="checkbox"/> Ya | | <input type="checkbox"/> Tidak | | |
| 6. Alergi yang diderita | <input type="checkbox"/> Ya | | <input type="checkbox"/> Tidak | | |
| 8. Surat ijin operasi sudah di tanda tangan | <input type="checkbox"/> Ya | | <input type="checkbox"/> Tidak | | |
| 9. Surat ijin anestesi sudah di tanda tangan | <input type="checkbox"/> Ya | | <input type="checkbox"/> Tidak | | |
| 10. Premedikasi diberikan | <input type="checkbox"/> Ya | | <input type="checkbox"/> Tidak | | |
| 11. Puasa | <input type="checkbox"/> Ya | | <input type="checkbox"/> Tidak | | |
| 12. Protease dilepas (gigi palsu, lensa kontak, pace jantung) | <input type="checkbox"/> Ya | | <input type="checkbox"/> Tidak | | |
| 13. Penjepit rambut, cat kuku, perhiasan dilepas | <input type="checkbox"/> Ya | | <input type="checkbox"/> Tidak | | |
| 14. Status pasien dan daftar obat | <input type="checkbox"/> Ya | | <input type="checkbox"/> Tidak | | |
| 15. Persiapan kulit (cukur, desinfeksi) | <input type="checkbox"/> Ya | | <input type="checkbox"/> Tidak | | |
| 16. Pengosongan Kandung kemih | <input type="checkbox"/> Ya | | <input type="checkbox"/> Tidak | | |
| 17. Pendidikan Kesehatan | <input type="checkbox"/> Ya | | <input type="checkbox"/> Tidak | | |

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN PRA OPERATIF

SDKI:Diagnosa Keperawatan

Nyeri Akut

Penyebab :

- Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma).
- Agen pencedera fisik (abses, amputasi, prosedur operasi, trauma,dll).

SLKI : Tujuan Dan Kriteria Hasil

Tingkat Nyeri (L.08066)

1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,

4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Keluhan nyeri					
<input type="checkbox"/> Meringis					
<input type="checkbox"/> Sikap protektif					
<input type="checkbox"/> Gelisah					
<input type="checkbox"/> Kesulitan tidur					
<input type="checkbox"/> Menarik diri					
<input type="checkbox"/> Berfokus pada diri sendiri					
<input type="checkbox"/> Perasaan depresi (tertekan)					
<input type="checkbox"/> Anoreksia					
<input type="checkbox"/> Muntah					
<input type="checkbox"/> Mual					
<input type="checkbox"/> Diaforesis					

1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang,

4=Cukup Membaik 5=Membai

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Frekuensi nadi					
<input type="checkbox"/> Pola nafas					
<input type="checkbox"/> Tekanan darah					
<input type="checkbox"/> Proses berpikir					
<input type="checkbox"/> Fokus					
<input type="checkbox"/> Fungsi berkemih					
<input type="checkbox"/> Perilaku					
<input type="checkbox"/> Nafsu makan					
<input type="checkbox"/> Pola tidur					

*1= Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang,

4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Kemampuan menuntaskan aktivitas					

SIKI : Intervensi Keperawatan

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

Identifikasi skala nyeri.

Monitor efek samping penggunaan analgetik.

Edukasi

Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.

Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Pemberian Analgetik (I.08243)

Observasi

Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, frekuensi,durasi)

Identifikasi riwayat alergi obat

Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotik, non-narkotik, NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri

Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik

Terapeutik

Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum

Tetapkan target efektivitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien

Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan

Edukasi

Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian dosis dan jenis

Garut,

TTD PPJA

(.....)

Nama Jelas dan Tandatangan analgesik, sesuai indikasi

Ansietas

Penyebab

- Krisis situasional
- Ancaman terhadap konsep diri
- Ancaman terhadap kematian
- Kekhawatiran mengalami kegagalan
- Disfungsi sistem keluarga
- Kurang terpapar informasi

Tingkat Ansietas (L.09093)

*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,

4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
Verbalisasi kebingungan					
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi					
Perilaku gelisah					
Perilaku tegang					
Anoreksia					
Keluhan pusing					

Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)

Identifikasi kemampuan mengambil keputusan

Monitor tanda-tanda ansietas.

Terapeutik

Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan

Pahami situasi yang membuat ansietas

Dengarkan dengan penuh perhatian

Frekuensi nafas				
Palpitasi				
Frekuensi nadi				
Tekanan darah				
Diafoesis				
Tremor				
Pucat				

*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang

4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Pola tidur					
<input type="checkbox"/> Konsentrasi					
<input type="checkbox"/> Perasaan keberdayaan					
<input type="checkbox"/> Kontak mata					
<input type="checkbox"/> Pola berkemih					
<input type="checkbox"/> Orientasi					

- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- Anjurkan keluarga untuk selalu disamping pasien dan mendukung pasien
- Latih kegiatan pengalihan untuk mngurangi ketegangan
- Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat Latih teknik relaksasi.

Garut,/...../.....

TTD PPJA

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

Gangguan Citra Tubuh Penyebab

- Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. Amputasi, luka bakar)
- Perubahan fungsi tubuh (mis. Kehamilan kelumpuhan)
- Ketidaksesuaian budaya, keyakinan atau sistem nilai
- Gangguan psikososial
- Efek tindakan/pengobatan (mis. Pembedahan, kemoterapi)
- penolakan/reaksi orang lain

Citra Tubuh (L.09067)

*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,
4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh					
<input type="checkbox"/> Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain					
<input type="checkbox"/> Verbalisasi perubahan gaya hidup					
<input type="checkbox"/> Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan					
<input type="checkbox"/> Menunjukan bagian tubuh berlebihan					
<input type="checkbox"/> Fokus pada bagian tubuh					
<input type="checkbox"/> Fokus pada penampilan masa lalu					
<input type="checkbox"/> Fokus pada kekuatan masa lalu					

Promosi Citra Tubuh (I.09305)

Observasi

- Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan
- Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin dan umur terkait citra tubuh
- Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial
- Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah

Edukasi

- Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan dan perubahan citra tubuh.
- Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. pakaian, wig, kosmetik)
- Latih fungsi tubuh yang dimiliki
- Latih peningkatan penampilan diri.
- Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok.

Garut,/...../.....

TTD PPJA

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

D. PENYEBAB PEMBALAN TINDAKAN / PENUNDAAN OPERASI

Dokter yang Menjelaskan :

.....
Dokter Spesialis

(.....)
Tandatangan dan Nama Jelas

046/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)

E. SERAH TERIMA BARANG PRIBADI PASIEN DIBERIKAN KEPADA

Nama :
 Hubungan dengan Pasien :
 Jenis Barang yang diberikan :
 Jumlah Barang yang diberikan :

Perawat Kamar Operasi

Keluarga Pasien

(.....)
 Nama Jelas dan Tandatangan

(.....)
 Nama Jelas dan Tandatangan

F. DOKUMENTASI KEPERAWATAN INTRA OPERATIF (diisi oleh perawat kamar bedah)

1. Waktu Tindakan

Jam Mulai :	Anestesi :	WIB	Pembedahan :	WIB
Jam Selesai :	Anestesi :	WIB	Pembedahan :	WIB

2. Penatalaksanaan Tindakan

- a. Tipe Operasi Elektif Darurat ODC ODS
- b. Jenis Pembiusan Umum Lokal Regional
- c. Kesadaran Terjaga Mudah dibangunkan Lain-lain :
- d. Status emosi Rileks Gelisah Tidak ada respon
- e. Posisi Canul intravena Tangan Ka/Ki Kaki Ka/Ki Arteri Line CVP
 Lain – Lain :

- f. Jenis Operasi Bersih Terkontaminasi Bersih Terkontaminasi
 Kotor dengan Infeksi

- g. Posisi Operasi Supine Prone Lithotom Kidney Posision
 Lateral ka/ki Lain-lain :

- h. Posisi lengan tangan Adduksi Abduksi Lain-lain :

- i. Urine Catheter Ruangan Ya Tidak OK Ruangan No: Balon : cc

- j. Disinfektan Kulit Yodium Povidone Iodoine Chlorhexidin
 Alkohol 90 %

- k. Insisi Kulit Mediana Panenstil Mideline Mc.Burney

- l. Posisi alat bantu yang digunakan Hand rest Lithotomi support Lateral support
 Heat frame Chest Support Lain-lain :

- m. Pemakaian diatermi Lokasi netral electrode Dipasang Ya Tidak Monopolar Bipolar
 Bokong ka/ki Tungkai atas ka/ki Punggung
 Tungkai bawah ka/ki Bahu

- Pemeriksaan kulit sebelum operasi Utuh Bulosa Eritema Luka Bakar

- Pemeriksaan kulit setelah operasi Utuh Bulosa Eritema Luka Bakar

- n. Pemasangan warm blanket Jenis Ya Tidak Jam mulai: WIB, Jam selesai: Wib

- o. Pemasangan tourniquet Lokasi Dipasang oleh Ya Tidak
 Lengan ka/ki, Jam mulai: WIB, Jam Selesai: WIB

- Dipasang oleh Tekanan : mmHg
 Kaki ka/ki, Jam mulai : WIB, Jam Selesai : WIB
 Tekanan : mmHg

- Pernakaaian Implant Ya Tidak Jenis : Lokasi :

- p. Pernakaaian drain Ya Tidak Jenis : Lokasi :

- q. Irrigasi Luka Ya Tidak NaCl H₂O₂ antibiotik :
 Lain-lain:

- r. Tampon Ya Tidak Lokasi : Jumlah :

- s. Pernakaaian Cairan Infus Input Jumlah Output Jumlah
 cc cc cc cc
 cc cc cc cc

Keseimbangan cairan input dan output

- t. Spesimen Histologi (Jenis.....) Kultur (Jenis.....)
 Cytologi (Jenis.....) Frozen section (Jenis.....)

- u. Jumlah Kassa sebelum operasi : Penambahan selama operasi :
 Jumlah setelah operasi :

- v. Jumlah roll kassa sebelum operasi : Penambahan selama operasi :
 Jumlah setelah operasi :

- w. Jumlah jarum sebelum operasi : Penambahan selama operasi :
 Jumlah setelah operasi :

- x. Jumlah bisturi sebelum operasi : Penambahan selama operasi :
 Jumlah setelah operasi :

- y. Jumlah Depper sebelum operasi : Penambahan selama operasi :
 Jumlah setelah operasi :

G. DIAGNOSA KEPERAWATAN INTRA OPERATIF

No	SDKI: Diagnosa Keperawatan	SLKI : Tujuan Dan Kriteria Hasil	SIKI : Intervensi Keperawatan																																																																																																												
1	<p>Resiko Perdarahan</p> <p>Faktor Resiko</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Gangguan gastrointestinal <input type="checkbox"/> Gangguan fungsi hati <input type="checkbox"/> Komplikasi kehamilan <input type="checkbox"/> Komplikasi pasca partum <input type="checkbox"/> Gangguan koagulasi <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis <input type="checkbox"/> Tindakan pembedahan <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Proses keganasan 	<p>Tingkat Perdarahan (L.02017)</p> <p>*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang, 4=Cukup menurun 5=Menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hematemesis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hemoptisis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hematuria</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perdarahan anus</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Distensi abdomen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perdarahan vagina</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perdarahan pasca operasi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang 4= Cukup Membaik 5=Membaik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hemoglobin</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hematokrit</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Denyut nadi apikal</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tekanan darah</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suhu tubuh</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>*1=Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang, 4= Cukup Meningkat, 5= Meningkat</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kelembapan kulit</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kelembapan membran mukosa</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kognitif</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Hematemesis						<input type="checkbox"/> Hemoptisis						<input type="checkbox"/> Hematuria						<input type="checkbox"/> Perdarahan anus						<input type="checkbox"/> Distensi abdomen						<input type="checkbox"/> Perdarahan vagina						<input type="checkbox"/> Perdarahan pasca operasi						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Hemoglobin						<input type="checkbox"/> Hematokrit						<input type="checkbox"/> Denyut nadi apikal						<input type="checkbox"/> Tekanan darah						<input type="checkbox"/> Suhu tubuh						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Kelembapan kulit						<input type="checkbox"/> Kelembapan membran mukosa						<input type="checkbox"/> Kognitif						<p>Pencegahan Perdarahan (I.02026)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor tanda dan gejala perdarahan <input type="checkbox"/> Monitor nilai hemoglobin/hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah. <input type="checkbox"/> Monitor TTV <input type="checkbox"/> Monitor kogulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pertahankan bed rest selama perdarahan <input type="checkbox"/> Batasi tindakan invasif, jika perlu <input type="checkbox"/> Gunakan kasur pencegah dekubitus <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan tanda dan gejala perdarahan <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan kaos kaki saat ambulasi <input type="checkbox"/> Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi <input type="checkbox"/> Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan <input type="checkbox"/> Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K <input type="checkbox"/> Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu. <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu. <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu.
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Hematemesis																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Hemoptisis																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Hematuria																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Perdarahan anus																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Distensi abdomen																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Perdarahan vagina																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Perdarahan pasca operasi																																																																																																															
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Hemoglobin																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Hematokrit																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Denyut nadi apikal																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Tekanan darah																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Suhu tubuh																																																																																																															
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Kelembapan kulit																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Kelembapan membran mukosa																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Kognitif																																																																																																															
2	<p>Risiko Hipotermia Perioperatif</p> <p>Faktor Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prosedur pembedahan <input type="checkbox"/> Kombinasi anastesi regional dan umum <input type="checkbox"/> Suhu pra-operasi rendah (<36°C) <input type="checkbox"/> Berat badan rendah <input type="checkbox"/> Neuropati diabetik <input type="checkbox"/> Komplikasi kardiovaskuler <input type="checkbox"/> Suhu lingkungan rendah <input type="checkbox"/> Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi >2 liter yang tidak dihangatkan) 	<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>*1=Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang, 4=Cukup Meningkat 5=Meningkat</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Menggigil</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kulit tampak merah</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kejang</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Akrosianosis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Konsumsi oksigen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Piloreksi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vasokonstriksi perifer</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pucat</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Takikardi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Takipneia</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradikardi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desar kuku sianosis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hipoksia</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Menggigil						<input type="checkbox"/> Kulit tampak merah						<input type="checkbox"/> Kejang						<input type="checkbox"/> Akrosianosis						<input type="checkbox"/> Konsumsi oksigen						<input type="checkbox"/> Piloreksi						<input type="checkbox"/> Vasokonstriksi perifer						<input type="checkbox"/> Pucat						<input type="checkbox"/> Takikardi						<input type="checkbox"/> Takipneia						<input type="checkbox"/> Bradikardi						<input type="checkbox"/> Desar kuku sianosis						<input type="checkbox"/> Hipoksia						<p>Manajemen Hipotermia (I.14507)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor suhu tubuh <input type="checkbox"/> Monitor nadi dan pernafasan <input type="checkbox"/> Identifikasi penyebab hipotermia <input type="checkbox"/> Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sediakan lingkungan yang hangat <input type="checkbox"/> Pertahankan suhu tubuh bayi <input type="checkbox"/> Selimuti bayi segera setelah lahir <input type="checkbox"/> Tempatkan bayi baru lahir dalam inkubator dibawah penghangat sesuai kebutuhan <input type="checkbox"/> Lakukan penghangatan pasif (mis. selimut) <input type="checkbox"/> Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. botol hangat) <input type="checkbox"/> Lakukan penghangatan aktif internal (mis. cairan infus hangat) <p>Pemantauan Hemodinamik Invasif (I.02058)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor frekuensi dan irama jantung 																								
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Menggigil																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Kulit tampak merah																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Kejang																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Akrosianosis																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Konsumsi oksigen																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Piloreksi																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Vasokonstriksi perifer																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Pucat																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Takikardi																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Takipneia																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Bradikardi																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Desar kuku sianosis																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Hipoksia																																																																																																															

	<p>*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang 4= Cukup Membaik 5=Membai</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suhu tubuh</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suhu kulit</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kadar glukosa darah</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pengisian kapiler</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ventilasi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tekanan darah</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Suhu tubuh						<input type="checkbox"/> Suhu kulit						<input type="checkbox"/> Kadar glukosa darah						<input type="checkbox"/> Pengisian kapiler						<input type="checkbox"/> Ventilasi						<input type="checkbox"/> Tekanan darah						<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor TDS, TTD, MAP, tekanan vena sentral, tekanan arteri pulmonal, tekanan baji arteri paru <input type="checkbox"/> Monitor curah jantung dan indeks jantung <input type="checkbox"/> Monitor perfusi perifer distal pada sisi insersi setiap 4 jam <input type="checkbox"/> Monitor tanda-tanda infeksi dan perdarahan pada sisi insersi <input type="checkbox"/> Monitor tanda-tanda komplikasi akibat pemasangan selang <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dampingi pasien saat pemasangan dan pelepasan kateter jalur hemodinamik <input type="checkbox"/> Lakukan tes <i>Allen</i> untuk menilai kolateral ulnaris sebelum kanulasi pada arteri radialis <input type="checkbox"/> Konfirmasi ketepatan posisi selang dengan pemeriksaan x-ray, jika perlu <input type="checkbox"/> Posisikan transduser pada atrium kanan setiap 4-12 jam untuk mengkalibrasi dan mentiknor kan perangkat <input type="checkbox"/> Ganti selang dan cairan infus setiap 24-72 jam, sesuai protokol <input type="checkbox"/> Ganti balutan pada area insersi dengan teknik steril <input type="checkbox"/> Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien <input type="checkbox"/> Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan <input type="checkbox"/> Informasikan hasil pemantauan, jika perlu <p>Anjurkan membatasi gerak/aktivitas selama kateter terpasang</p> <table border="1"> <tr> <td>Garut, / /</td></tr> <tr> <td>TTD PPJA</td></tr> </table> <p>(.....) Nama Jelas dan Tandatangan</p>	Garut, / /	TTD PPJA																												
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																					
<input type="checkbox"/> Suhu tubuh																																																																										
<input type="checkbox"/> Suhu kulit																																																																										
<input type="checkbox"/> Kadar glukosa darah																																																																										
<input type="checkbox"/> Pengisian kapiler																																																																										
<input type="checkbox"/> Ventilasi																																																																										
<input type="checkbox"/> Tekanan darah																																																																										
Garut, / /																																																																										
TTD PPJA																																																																										
3	<p>Risiko Ketidakseimbangan Cairan</p> <p>Faktor Resiko</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prosedur pembedahan mayor <input type="checkbox"/> Trauma / perdarahan <input type="checkbox"/> Luka bakar <input type="checkbox"/> Asites <input type="checkbox"/> Peradangan pankreas <p>Penyakit ginjal dan kelenjar</p>	<p>Keseimbangan Cairan (L.05020)</p> <p>*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang, 4=Cukup menurun 5=Menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dehidrasi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Edema</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asites</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Konfusi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang 4= Cukup Membaik 5=Membai</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Denyut nadi radial</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Membran mukosa</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Berat badan</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tekanan darah</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Turgor kulit</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mata cekung</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Manajemen Cairan (I.03098)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi, nadi, kekuatan nadi, akral, turgor kulit, tekanan darah) <input type="checkbox"/> Monitor berat badan harian <input type="checkbox"/> Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis <input type="checkbox"/> Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <input type="checkbox"/> Monitor status hemodinamik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Catat intake output dan hitung balance cairan / 24 jam <input type="checkbox"/> Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan <input type="checkbox"/> Berikan cairan intravena, jika perlu <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu <p>Pemantauan Cairan (I.03121)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor TTV <input type="checkbox"/> Monitor berat badan 	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Dehidrasi						<input type="checkbox"/> Edema						<input type="checkbox"/> Asites						<input type="checkbox"/> Konfusi						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Denyut nadi radial						<input type="checkbox"/> Membran mukosa						<input type="checkbox"/> Berat badan						<input type="checkbox"/> Tekanan darah						<input type="checkbox"/> Turgor kulit						<input type="checkbox"/> Mata cekung					
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																					
<input type="checkbox"/> Dehidrasi																																																																										
<input type="checkbox"/> Edema																																																																										
<input type="checkbox"/> Asites																																																																										
<input type="checkbox"/> Konfusi																																																																										
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																					
<input type="checkbox"/> Denyut nadi radial																																																																										
<input type="checkbox"/> Membran mukosa																																																																										
<input type="checkbox"/> Berat badan																																																																										
<input type="checkbox"/> Tekanan darah																																																																										
<input type="checkbox"/> Turgor kulit																																																																										
<input type="checkbox"/> Mata cekung																																																																										

*1=Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang, 4=Cukup Meningkat, 5=Meningkat	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Keluaran urine						
<input type="checkbox"/> Asupan cairan						
<input type="checkbox"/> Kelembaban membrane mukosa						
<input type="checkbox"/> Asupan makanan						

- Monitor jumlah, warna dan berasal jenis urine
 - Monitor pemeriksaan laboratorium
 - Monitor intake output cairan
 - Identifikasi tanda-tanda hipovolemia
 - Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan
- Terapeutik**
- Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
 - Dokumentasikan hasil pemantauan, jika perlu
- Edukasi**
- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Garut, /
TTD PPJA
(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

H. KONSULTASI INTRA OPERASI / JOIN OPERASI

KSM / SUB Bagian :

Dokter :

Alasan :

Tindakan :

I. CATATAN KHUSUS (JIKA TERJADI MASALAH PADA SAAT PASIEN BERADA DI OK)

.....
Dokter Operator

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

Perawat Asisten / Instrumen (.....) Nama Jelas dan Tandatangan	Perawat Sirkuler (.....) Nama Jelas dan Tandatangan	Perawat Anestesi (.....) Nama Jelas dan Tandatangan
--	---	---

J. DOKUMENTASI KEPERAWATAN PASCA OPERASI (diisi oleh perawat ruang pemulihian)

Ruang pemulihian Ya, Masuk Jam : WIB, Keluar Jam : WIB
 Tidak, Kembali ke : Ruang ICU Lainnya :

1. Keadaan Umum	<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Sedang	<input type="checkbox"/> Buruk		
2. Kesadaran GCS	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> Apatis	<input type="checkbox"/> Somnolen	<input type="checkbox"/> Sopor	<input type="checkbox"/> Koma
	E =	M =	V =	Total :	

3. Keadaan kulit waktu datang	<input type="checkbox"/> Kering/Lembab	<input type="checkbox"/> Merah muda/kebiruan	<input type="checkbox"/> Hangat/lain
4. Keadan kulit waktu keluar	<input type="checkbox"/> Kering/Lembab	<input type="checkbox"/> Merah muda/kebiruan	<input type="checkbox"/> Hangat/lain

5. Sirkulasi anggota badan	<input type="checkbox"/> Merah muda	<input type="checkbox"/> Kebiruan		
6. Posisi pasien	<input type="checkbox"/> Lateral ka/ki	<input type="checkbox"/> Datar	<input type="checkbox"/> Head up 3	<input type="checkbox"/> Semifowler

7. Perdarahan	<input type="checkbox"/> Ya, cc	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Lokasi
8. Muntah	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	

9. Mukosa mulut	<input type="checkbox"/> Lembab	<input type="checkbox"/> Kering			
10. Jaringan PA dan formulir	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Dikirim dari: <input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Ruangan	<input type="checkbox"/> Jumlah:

11. Skrining Nyeri	<input type="checkbox"/> Ya (bila ya, dilanjutkan dengan pengkajian nyeri)	<input type="checkbox"/> Tidak
--------------------	--	--------------------------------

12. Resiko Jatuh	<input type="checkbox"/> Rิงgan	<input type="checkbox"/> Sedang	<input type="checkbox"/> Tinggi
------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Nadi	Waktu Masuk	Waktu Keluar	Pernafasan	Waktu Masuk	Waktu Keluar
Teratur			Teratur		
Tidak Teratur			Tidak Teratur		
Lemah			Dangkal		
Tachikardi			Dalam		
Normal			Sukar dibantu		

Isi kolom dengan tanda (v)

K. DIAGNOSA KEPERAWATAN PASCA OPERASI

No	SDKI:Diagnosa Keperawatan	SLKI : Tujuan Dan Kriteria Hasil	SIKI : Intervensi Keperawatan																																																																																										
1.	<p>Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif</p> <p>Penyebab Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spasme jalan nafas <input type="checkbox"/> Hipereksresi jalan nafas <input type="checkbox"/> Disfungsi neuromuskuler <input type="checkbox"/> Benda asing dalam jalan nafas <input type="checkbox"/> Adanya jalan nafas buatan <input type="checkbox"/> Proses infeksi <input type="checkbox"/> Respon alergi <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis (mis. anastesi) <p>Ortopnea</p>	<p>Bersihan Jalan Nafas (L.01001)</p> <p>*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang, 4=Cukup menurun 5=Menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Produksi sputum</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mengi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wheezing</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mekonium (pada neonatus)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dispnea</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ortopnea</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sulit bicara</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sianosis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gelisah</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang 4=Cukup Membuat 5=Memburuk</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Frekuensi nafas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pola nafas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>*1=Menurun, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang 4=Cukup Membuat, 5=Memburuk</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Batuk efektif</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Produksi sputum						<input type="checkbox"/> Mengi						<input type="checkbox"/> Wheezing						<input type="checkbox"/> Mekonium (pada neonatus)						<input type="checkbox"/> Dispnea						<input type="checkbox"/> Ortopnea						<input type="checkbox"/> Sulit bicara						<input type="checkbox"/> Sianosis						<input type="checkbox"/> Gelisah						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Frekuensi nafas						<input type="checkbox"/> Pola nafas						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Batuk efektif						<p>Latihan Batuk Efektif (I.01006)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi kemampuan batuk. <input type="checkbox"/> Monitor adanya retensi sputum. <input type="checkbox"/> Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas. <input type="checkbox"/> Monitor input dan output cairan (jumlah dan karakteristik) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atur posisi semi fowler atau fowler. <input type="checkbox"/> Pasang perlak dan bengkok di pangkuhan pasien. <input type="checkbox"/> Buang sekret pada tempat sputum. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif. <p>Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4detik ditahan selama 2detik kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik.</p> <p>Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali.</p> <p>Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3.</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran jika perlu. <p>Manajemen Jalan Nafas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas). <input type="checkbox"/> Monitor bunyi nafas tambahan (<i>gurgling, wheezing, mengi, ronkhi</i>) <input type="checkbox"/> Monitor sputum (jumlah,warna) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan <i>head tilt</i> dan <i>chin lift</i> (<i>jaw thrust</i> jika curiga ada trauma cervical) <input type="checkbox"/> Posisikan semi fowler atau fowler. <input type="checkbox"/> Berikan minuman hangat <input type="checkbox"/> Lakukan fisioterapi dada, jika perlu <input type="checkbox"/> Lakukan penghisapan lendir (suction) kurang dari 15 detik. <input type="checkbox"/> Lakukan hiperoksidasi sebelum penghisapan endotrakeal. <input type="checkbox"/> Keluarkan sumbatan benda padat dengan <i>forcep McGill</i> <input type="checkbox"/> Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari jika tidak kontraindikasi <input type="checkbox"/> Ajarkan teknik batuk efektif. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu <p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas <input type="checkbox"/> Monitor pola nafas (mis. bradipneia, takipneia, hiperventilasi, <i>Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot</i>, ataksik) <input type="checkbox"/> Monitor kemampuan batuk efektif
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																								
<input type="checkbox"/> Produksi sputum																																																																																													
<input type="checkbox"/> Mengi																																																																																													
<input type="checkbox"/> Wheezing																																																																																													
<input type="checkbox"/> Mekonium (pada neonatus)																																																																																													
<input type="checkbox"/> Dispnea																																																																																													
<input type="checkbox"/> Ortopnea																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sulit bicara																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sianosis																																																																																													
<input type="checkbox"/> Gelisah																																																																																													
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																								
<input type="checkbox"/> Frekuensi nafas																																																																																													
<input type="checkbox"/> Pola nafas																																																																																													
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																								
<input type="checkbox"/> Batuk efektif																																																																																													

- Monitor adanya produksi sputum
- Monitor adanya sumbatan jalan nafas
- Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- Monitor saturasi oksigen
- Monitor nilai AGD
- Monitor hasil X-Ray thoraks

Garut, / /

TTD PPJA

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

2. **Nausea**
Penyebab
- Gangguan biokimawi
 - Distensi lambung
 - Iritasi lambung
 - Gangguan Pankreas
 - Mabuk perjalanan
 - Kehamilan
 - Efek agen farmakologis
 - Faktor psikologis

Tingkat Nausea (L.12111)

*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,
4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Perasaan ingin muntah					
<input type="checkbox"/> Keluhan mual					
<input type="checkbox"/> Perasaan asam di mulut					
<input type="checkbox"/> Diaforesis					
<input type="checkbox"/> Jumlah saliva					
<input type="checkbox"/> Sensasi panas					
<input type="checkbox"/> Sensasi dingin					
<input type="checkbox"/> Frekuensi menelan					

1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk,

3=Sedang, 4=Cukup Membaik

5=Membalik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Takikardi					
<input type="checkbox"/> Dilatasi pupil					
<input type="checkbox"/> Pucat					

*1= Menurun, 2=Cukup Menurun,

3=Sedang, 4=Cukup Meningkat,

5= Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Nafsu makan					

Manajemen Mual (I.03117)

Observasi

- Identifikasi pengalaman mual
- Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan
- Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis.nafsu makan, aktifitas,kinerja)
- Identifikasi faktor penyebab mual
- Monitor mual

Terapeutik

- Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual
- Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual
- Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik
- Berikan makanan dingin, cairan bening, tida berbau dan tida berwarna, jika perlu

Edukasi

- Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
- Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual
- Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak
- Ajarkan penggunaan teknik nonfarmalogis untuk mengatasi mual

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu

Manajemen Muntah (I.03118)

Observasi

- Identifikasi karakteristik muntah (mis. warna, kosistensi, adanya darah, waktu, frekuensi dan durasi)
- Periksa volume muntah
- Identifikasi riwayat diet
- Identifikasi faktor penyebab muntah (mis. pengobatan dan prosedur)
- Identifikasi kerusakan esofagus dan faring posterior jika muntah terlalu lama
- Monitor efek manajemen muntah secara menyeluruh
- Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit

Terapeutik

- Kontrol faktor lingkungan penyebab muntah (mis. bau tak sedap, suara dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan)

- Kurangi atau hilangkan keadaaan penyebab muntah (mis. kecemasan, ketakutan)
 - Atur posisi untuk mencegah aspirasi
 - Pertahankan kepatenan jalan nafas
 - Bersihkan mulut dan hidung
 - Berikan dukungan fisik saat muntah (mis. membantu membungkuk atau menundukkan kepala)
 - Berikan kenyamanan selama muntah (mis. kompres dingin di dahi atau sediakan pakaian kering dan bersih)
 - Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah
- Edukasi**
- Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah
 - Anjurkan memperbanyak istirahat
 - Anjarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah (mis. biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik akupresure)
- Kolaborasi**
Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu

Garut,/...../.....

TTD PPJA

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

3.	Resiko Infeksi Faktor Resiko <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Penyakit kronis (mis. DM) <input type="checkbox"/> Efek prosedur invasif <input type="checkbox"/> Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : <input type="checkbox"/> Gangguan peristaltik <input type="checkbox"/> Kerusakan integritas kulit <input type="checkbox"/> Status cairan tubuh <input type="checkbox"/> Ketuban pecah lama <input type="checkbox"/> Ketuban pecah sebelum waktunya. <input type="checkbox"/> Merokok <input type="checkbox"/> Statis cairan tubuh <input type="checkbox"/> Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : <input type="checkbox"/> Penurunan hemoglobin <input type="checkbox"/> Leukopenia <input type="checkbox"/> Vaksinasi tidak adekuat <input type="checkbox"/> Imunosupresi <input type="checkbox"/> Supresi respon inflamasi 																																																																																																																																																
	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang, 4=Cukup menurun 5=Menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Demam</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bengkak</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vesikel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cairan berbau busuk</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sputum berwarna hijau</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Drainase purulen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Periode malaise</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Periode menggigil</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Letargi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gangguan kognitif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang, 4=Cukup Membaik, 5=Membalik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kadar sel darah putih</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kultur darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kultur urine</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kultur sputum</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kultur area luka</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kultur feses</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>1= Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang, 4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kebersihan tangan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kebersihan badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nafsu makan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Demam						<input type="checkbox"/> Kemerahan						<input type="checkbox"/> Nyeri						<input type="checkbox"/> Bengkak						<input type="checkbox"/> Vesikel						<input type="checkbox"/> Cairan berbau busuk						<input type="checkbox"/> Sputum berwarna hijau						<input type="checkbox"/> Drainase purulen						<input type="checkbox"/> Periode malaise						<input type="checkbox"/> Periode menggigil						<input type="checkbox"/> Letargi						<input type="checkbox"/> Gangguan kognitif						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Kadar sel darah putih						<input type="checkbox"/> Kultur darah						<input type="checkbox"/> Kultur urine						<input type="checkbox"/> Kultur sputum						<input type="checkbox"/> Kultur area luka						<input type="checkbox"/> Kultur feses						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Kebersihan tangan						<input type="checkbox"/> Kebersihan badan						<input type="checkbox"/> Nafsu makan					
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Demam																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Kemerahan																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Nyeri																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Bengkak																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Vesikel																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Cairan berbau busuk																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Sputum berwarna hijau																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Drainase purulen																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Periode malaise																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Periode menggigil																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Letargi																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Gangguan kognitif																																																																																																																																																	
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Kadar sel darah putih																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Kultur darah																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Kultur urine																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Kultur sputum																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Kultur area luka																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Kultur feses																																																																																																																																																	
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Kebersihan tangan																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Kebersihan badan																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Nafsu makan																																																																																																																																																	

Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi

- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Teraputik

- Batasi jumlah pengunjung
- Berika perawatan kulit pada area edema
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Ajarkan cara cuci tangan dengan benar
- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan dan nutrisi

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu

Garut,/...../.....

TTD PPJA

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

- Ajarkan pasien dan keluarga memonitor asupan kalori dan makanan.

- Ajarkan pasien dan keluarga memantau kondisi kekurangan nutrisi.

Manajemen Nutrisi (I.03119)

Observasi

- Identifikasi status nutrisi
- Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- Identifikasi makanan yang disukai
- Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
- Monitor asupan makanan
- Monitor berat badan

Terapeutik

- Lakukan oral hygien sebelum makan, jika perlu
- Fasilitasi menentukan pedoman diet
- Sajikan makanan secara menarik dan susu sesuai
- Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Edukasi

- Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

Pencegahan Perdarahan (I.02087)

Observasi

- Monitor tanda dan gejala perdarahan
- Monitor nilai hemoglobin/hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah.
- Monitor TTV
- Pertahankan bedrest selama perdarahan

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- Anjurkan menghindari aspirin atau

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu.
- Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu.

Garut,/...../.....

TTD PPJA

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

4. Risiko Perlambatan Pemulihan Pasca Bedah Faktor Risiko <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hiperglikemia <input type="checkbox"/> Edema di lokasi pembedahan <input type="checkbox"/> Prosedur pembedahanan ekstensif (luas) <input type="checkbox"/> Usia ekstrem <input type="checkbox"/> Gangguan mobilitas <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input type="checkbox"/> Obesitas <input type="checkbox"/> Infeksi luka perioperatif <input type="checkbox"/> Mual/muntah persisten <input type="checkbox"/> Respon emosional pasca operasi <input type="checkbox"/> Pemanjangan proses operasi <input type="checkbox"/> Gangguan psikologis pasca operasi <input type="checkbox"/> Kontaminasi bedah <input type="checkbox"/> Trauma luka operasi 	<p>Pemulihan Pascabedah (L.14129) Penyembuhan Luka (L.14130)</p> <p>*1=Meningkat, 2=Cukup Meningkat, 3=Sedang, 4=Cukup Menurun 5=Menurun</p> <table border="1" data-bbox="572 232 984 681"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Waktu penyembuhan</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Edema pada sisi luka</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Peradangan luka</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nyeri</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nekrosis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infeksi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bau tidak sedap pada luka</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Peningkatan suhu kulit</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eritema pada kulit sekitar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>*1= Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang 4=Cukup Meningkat 5= Meningkat</p> <table border="1" data-bbox="572 681 984 1302"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kenyamanan</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Selera makan</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mobilitas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kemampuan melanjutkan pekerjaan</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kemampuan bekerja</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kemampuan perawatan diri</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Penyatuan tepi luka</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Penyatuan kulit</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pembentukan jaringan parut</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jaringan granulasi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Waktu penyembuhan						<input type="checkbox"/> Edema pada sisi luka						<input type="checkbox"/> Peradangan luka						<input type="checkbox"/> Nyeri						<input type="checkbox"/> Nekrosis						<input type="checkbox"/> Infeksi						<input type="checkbox"/> Bau tidak sedap pada luka						<input type="checkbox"/> Peningkatan suhu kulit						<input type="checkbox"/> Eritema pada kulit sekitar						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Kenyamanan						<input type="checkbox"/> Selera makan						<input type="checkbox"/> Mobilitas						<input type="checkbox"/> Kemampuan melanjutkan pekerjaan						<input type="checkbox"/> Kemampuan bekerja						<input type="checkbox"/> Kemampuan perawatan diri						<input type="checkbox"/> Penyatuan tepi luka						<input type="checkbox"/> Penyatuan kulit						<input type="checkbox"/> Pembentukan jaringan parut						<input type="checkbox"/> Jaringan granulasi						<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <input type="checkbox"/> Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <input type="checkbox"/> Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu <input type="checkbox"/> Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu <input type="checkbox"/> Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <input type="checkbox"/> Anjurkan melakukan mobilisasi diri <input type="checkbox"/> Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur) <p>Edukasi Manajemen Nyeri (I.12391)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan <input type="checkbox"/> Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <input type="checkbox"/> Berikan kesempatan bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan penyebab, periode dan strategi meredakan nyeri <input type="checkbox"/> Anjurkan memonitor nyeri secara pribadi <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <input type="checkbox"/> Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi Nutrisi (I.12395)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Periksa status gizi, status alergi, program diet, kebutuhan dan kemampuan pemenuhan kebutuhan gizi. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Persiapkan materi dan media seperti jenis-jenis nutrisi, label makanan, tabel makanan penukar, cara mengelola, cara menakar makanan. <input type="checkbox"/> Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ajarkan cara melaksanakan diet sesuai program. <input type="checkbox"/> Jelaskan hal-hal yang dilakukan sebelum memberikan makan. <input type="checkbox"/> Demonstrasikan cara membersihkan mulut <input type="checkbox"/> Demonstrasikan cara mengatur posisi saat makan
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Waktu penyembuhan																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Edema pada sisi luka																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Peradangan luka																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Nyeri																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Nekrosis																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Infeksi																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Bau tidak sedap pada luka																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Peningkatan suhu kulit																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Eritema pada kulit sekitar																																																																																																																																
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Kenyamanan																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Selera makan																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Mobilitas																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Kemampuan melanjutkan pekerjaan																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Kemampuan bekerja																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Kemampuan perawatan diri																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Penyatuan tepi luka																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Penyatuan kulit																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Pembentukan jaringan parut																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Jaringan granulasi																																																																																																																																

G. CEKLIS KEGIATAN PERAWAT OK

No	Uraian Kegiatan	Ya	Tidak
1	Menyiapkan Set instrument / Unit endolaparascopy, untuk penunjang operasi dan BMHP		
2	Serah terima pasien dan kelengkapannya dari RN		
3	Pemasangan Katete Urine		
4	Menyiapkan asesoris meja operasi dan melakukan pengaturan posisi		
5	Menyiapkan/melakukan preparasi area operasi		
6	SN melakukan cuci tangan bedah dan menggunakan sarung tangan teknik tertutup		
7	Memeriksa kelengkapan instrument/unit endolaparascopy sebelum tindakan (ceklis)		
8	Memenuhi kebutuhan tim selama prosedur tindakan / operasi		
9	Mengawasi dan menjaga prinsip aseptic selama prosedur operasi berlangsung		
10	Memilah dan menempatkan limbah medis, non medis, dan limbah benda tajam		
11	Menyiapkan specimen / jaringan untuk pemeriksaan PA dan lain-lain		
12	Menutup luka operasi dan drain, serta melakukan fiksasi yang diperlukan		
13	Menganti gaun OK dan membersihkan pasien dari sisa darah/kotoran/iodin dan lain-lain		
14	Memeriksa kelengkapan intrumen/Unit endolaparascopy pasca tindakan (ceklis)		
15	Melakukan serah terima pasien serta status kepada petugas RR		
16	Dekontaminasi dan membersihkan alat penunjang dikamar operasi		
17	Membersihkan dan merapihkan sikat/ tempat cuci tangan		
18	Mengawasi cara kerja dan hasil kerja petugas kebersihan ? Cleaning service		
19	Mengembalikan dan serah terima sisa BMHP ke depo Farmasi		
20	Melengkapi lembar dokumentasi pelayanan Kamar Operasi		
21	Mendokumentasi kegiatan intra operasi dalam catatan perkembangan pasien		
22	Meninggalkan OK dalam keadaan bersih dan rapih		

Perawat Kamar Operasi

Perawat Recover Room (RR)

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF
046/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)

1. PENGERTIAN

Perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata "perioperatif" adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan, yaitu praoperatif, intraoperatif, dan pascaoperatif. Dalam setiap fase tersebut dimulai dan diakhiri dalam waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah, dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standart keperawatan (brunner & suddarth, 2010).

2. TUJUAN

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013)

3. KEGUNAAN

Formulir ini digunakan untuk fungsi utama menuliskan hasil laporan kegiatan selama pembedahan di Kamar Operasi Rumah Sakit Intan Husada.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Unit Kamar Operasi
- b. Rawat Inap
- c. ~~POLIKLINIK~~

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Petugas Unit UGD/Rawat Jalan/Ruangan mengambil formulir pengkajian keperawatan pasca operasi
- b. Petugas Mengisi Dokumen Pra Operasi
- c. Petugas Mengisi Diagnosa Keperawatan Pra Operatif
- d. Dokter Mengisi Penyebab Pembatalan Tindakan
- e. Petugas Sarah Terima Bantuan Pribadi Pasien
- f. Petugas Mengisis Diagnosa Keperawatan Intra Operatif
- g. Dokter Operator Mengisi Konsultasi Intra Operasi
- h. Dokter Operator Mengisi Catatan Khusus
- i. Petugas Mengisi Dokumentasi Keperawatan Pasca Operasi
- j. Petugas Mengisi Diagnosa Keperawatan Pasca Operasi
- k. Petugas Mengisi Ceklis Kegiatan Perawatan OK

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)		
Nama	Diisi nama pasien dengan lengkap dan benar	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
Tanggal Lahir : (L / W)*	Diisi Tanggal lahir pasien dengan lengkap dan benar kemudian pilihlah jenis kelamin pasien dengan dilengkapi salah satu hurup (L / W)	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
No. RM :	Diisi nomor rekam medis pasien dengan lengkap dan benar	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
Ruangan/Kelas	Diisi Ruangan/Kelas pasien dengan lengkap dan benar	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
Cara Bayar	Diisi Cara Bayar pasien dengan lengkap dan benar	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
DRJP	Diisi Dokter yang merawat pasien dengan lengkap beserta gelarnya dengan benar	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
Dokter Anestesi	Diisi Dokter Anestesi yang melakukan tindakan pembiusan dengan lengkap beserta gelarnya dengan benar	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
Diagnosa	Diisi dan tulis Diagnosa dengan lengkap dan benar sesuai hasil pengkajian yang dilakukan oleh Dokter penanggung jawab	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
Tindakan Bedah	Diisi dan tulis Tindakan Bedah dengan jelas dan benar	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)

Jam datang	Diisi Jam datang pasien pada saat pasien masuk ke ruang persiapan atau transit sesuaikan dengan jam masuk kemudian lingkari salah satu klasifikasi pada pasien tersebut (Elektif / Cito / ODS / Paket)	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
A. DOKUMENTASI KEPERAWATAN PRA OPERASI		
1. Keadaan Umum <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Komia GCS E = M = V = Total =	Diisi Keadaan umum dengan ceklis pilihlah salah satu sesuai dengan hasil pemeriksaan Diisi nilai GCS dan tulis nilai Pupil pasien sesuai dengan hasil pemeriksaan	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
2. Pernafasan <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> O ₂ = L/mnt <input type="checkbox"/> Alat bantu	Diisi Pernafasan pasien dengan ceklis salah satu nilai sesuai dengan hasil pemeriksaan, bila ceklis O ₂ tulis nilai yang di berikan	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
3. Tanda – tanda Vital Jam : Nadi : x/mnt TD : mmHg Suhu : °C SpO ₂ : %	Diisi nilai Tanda tanda vital pasien sesuai dengan hasil pemeriksaan	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
4. Visite Dokter Dr. Operator sebelum operasi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Dr. Anestesi sebelum operasi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Diisi Visite dokter operator kepada pasien dengan ceklis salah satu tindakan yang dilakukan Diisi Visite dokter Anestesi kepada pasien dengan ceklis salah satu tindakan yang dilakukan	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
5. Riwayat Penyakit <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Lain lain	Diisi Riwayat penyakit pasien dengan ceklis salah satu hasil dari pemeriksaan	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
6. Pengobatan Sekarang/Premedikasi <input type="checkbox"/> Dosis Jam <input type="checkbox"/> Dosis Jantung <input type="checkbox"/> Dosis Tahun	Diisi Pengobatan sekarang/premedikasi pasien dengan ceklis sesuaikan dengan intruksi dokter obat yang di berikan tuliskan dosis nya dan diisi jam pemberian premedikasi tersebut	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
7. Riwayat Operasi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <small>Untuk pasien yang belum operasi:</small> RC: Tahun	Diisi Riwayat Operasi pasien dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil inform consent bila ceklis Ya, isi jenis tindakan , Rumah sakit , dan Tahun operasi sebelumnya	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
8. Pemeriksaan Lab <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Diisi pemeriksaan Lab pasien dengan ceklis salah satu hasil dari pemeriksaan terebut	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
9. Persiapan Darah <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> WB, Jumlah : <input type="checkbox"/> FFP, Jumlah : <input type="checkbox"/> Lain – lain, Jumlah :	Diisi Persiapan darah pasien Ya atau Tidak dengan ceklis salah satu hasil dari pemeriksaan terebut dan ceklis jenisnya WB, FFP, atau Lain-lain sesuai kan dengan intruksi dokter	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
10. Alat invasive terpasang <input type="checkbox"/> IV Line <input type="checkbox"/> NGT <input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> Urine Catheter	Diisi alat invasive yang terpasang pada pasien dengan ceklis sesuaikan dengan hasil dari tindakan terebut	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
11. Riwayat Minum Jamu/Obat tradisional Jenis : Jumlah: Lembar	Diisi Riwayat minum jamu/obat tradisional pada pasien dengan Jenis dan jumlah yang di konsumsi pasien	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)

13. Status pasien dan daftar obat <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Diisi Status pasien dan daftar obat ceklis salah satu Ya atau Tidak	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
14. Persiapan kulit (cukur,desinfektan) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Diisi Persiapan kulit (cukur,desinfektan) pasien ceklis salah satu Ya atau Tidak	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
15. Pengosongan Kandung Kemih <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Diisi Pengosongan kandung kemih pada pasien ceklis salah satu Ya atau Tidak	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
16. Pendidikan Kesehatan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Diisi Pendidikan Kesehatan pasien ceklis salah satu Ya atau Tidak	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN PRA OPERATIF

SDKI: Diagnosa Keperawatan a. Nyeri Akut : Penyebab <input type="checkbox"/> Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma). <input type="checkbox"/> Agen pencedera fisik (abses, amputasi, prosedur operasi, trauma,dll). SIKI : Intervensi Keperawatan Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi <input type="checkbox"/> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. <input type="checkbox"/> Identifikasi skala nyeri. <input type="checkbox"/> Monitor efek samping penggunaan analgetik. Edukasi <input type="checkbox"/> Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. <input type="checkbox"/> Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Pemberian Analgetik (I.08243) Observasi <input type="checkbox"/> Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, frekuensi,durasi) <input type="checkbox"/> Identifikasi riwayat alergi obat <input type="checkbox"/> Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotik, non-narkotik, NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri <input type="checkbox"/> Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic Terapeutik <input type="checkbox"/> Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum <input type="checkbox"/> Tetapkan target efektivitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien <input type="checkbox"/> Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan Edukasi	Diisi Diagnosa Keperawatan dengan keluhan atau sesuaikan dengan kondisi pasien tersebut dan ceklis penyebab dari diagnoa tersebut kemudian diisi SIKI : Intervensi Keperawatan Manajemen nyeri dengan <u>Observasi</u> , <u>Edukasi</u> , Kolaborasi, Pemberian Analgetik, Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi dengan ceklis tiap kategori tersebut sesuaikan dengan kondisi atau keluhan pasien tersebut, kemudian langkah ketiga diisi SIKI Tujuan Dan Kriteria Hasil dengan ceklis dalam bagan sesuaikan dengan hasil atau nilai dari tindakan pada pasien tersebut	Perawat / Bidan (Petugas Pengirim)
---	---	--------------------------------------

- Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi

SDKI : Tujuan Dan Kriteria Hasil

Tingkat Nyeri (L.08066)

*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,
4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Keluhan nyeri					
<input type="checkbox"/> Meringis					
<input type="checkbox"/> Sikap protektif					
<input type="checkbox"/> Gelisah					
<input type="checkbox"/> Kesulitan tidur					
<input type="checkbox"/> Menarik diri					
<input type="checkbox"/> Berfokus pada diri sendiri					
<input type="checkbox"/> Perasaan depresi (tertekan)					
<input type="checkbox"/> Anoreksia					
<input type="checkbox"/> Muntah					
<input type="checkbox"/> Mual					
<input type="checkbox"/> Diaforesis					

1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk,

3=Sedang

4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Frekuensi nadi					
<input type="checkbox"/> Pola nafas					
<input type="checkbox"/> Tekanan darah					
<input type="checkbox"/> Proses berpikir					
<input type="checkbox"/> Fokus					
<input type="checkbox"/> Fungsi berkemih					
<input type="checkbox"/> Perilaku					
<input type="checkbox"/> Nafsu makan					
<input type="checkbox"/> Pola tidur					

*1= Menurun, 2=Cukup Menurun.

3=Sedang,

4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Kemampuan menuntaskan aktivitas					

Garut, / /

TTD PPJA

()

U. Akibetas

SDKI:DiagnosaKeperawatan

Penyebab

- Krisis situasional
- Ancaman terhadap konsep diri
- Ancaman terhadap kematian
- Kekhawatiran mengalami kegagalan
- Disfungsi sistem keluarga

- Kurang terpapar informasi

SIKI : Intervensi Keperawatan

Tingkat Ansietas (L.09093)

Reduksi Ansietas (I.09314)

Observasi

- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- Monitor tanda-tanda ansietas.

Terapeutik

- Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- Pahami situasi yang membuat ansietas
- Dengarkan dengan penuh perhatian
- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Tempatkan barang pribadi yang ~~memperkuat kecemasan~~
- Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
 - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 - Anjurkan keluarga untuk selalu disamping pasien dan mendukung pasien
 - Latih kegiatan pengalihan untuk mngurangi ketegangan
 - Latih penggunaan teknik pertahanan diri yang tepat
- Latih teknik relaksasi.

SLKI : Tujuan Dan Kriteria Hasil

Tingkat Ansietas (L.09093)

*1=Menyudut 2=Cukup 3=Sedang

4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
Verbalisasi kebingungan					
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi					
Perilaku gelisah					
Perilaku tegang					
Anoreksia					
Kelelahan pusling					
Frekuensi nafas					
Palpitasi					
Frekuensi nadi					
Tekanan darah					
Diafoesis					

Termor				
Pucat				

*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk,

3=Sedang

4=Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Pola tidur					
<input type="checkbox"/> Konsentrasi					
<input type="checkbox"/> Perasaan keberdayaan					
<input type="checkbox"/> Kontak mata					
<input type="checkbox"/> Pola berkemih					
<input type="checkbox"/> Orientasi					

Garut, /..... /.....

TTD PPJA

()

c. Gangguan Citra Tubuh

SDKI: Diagnosa Keperawatan

Penyebab

- Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. Amputasi, luka bakar)
- Perubahan fungsi tubuh (mis. Kehamilan kelumpuhan)
- Ketidaksesuaian budaya, keyakinan atau sistem nilai
- Gangguan psikososial
- Efek tindakan/pengobatan (mis. Pemoedanan, kemoterapi)

SIKI : Intervensi Keperawatan

Promosi Citra Tubuh (I.09305)

Observasi

- Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan
- Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin dan umur terkait citra tubuh
- Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial
- Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah

Edukasi

- Jelaskan kepada keluaraga tentang perawatan dan perubahan citra tubuh.
- Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. pakaian, wig, kosmetik)
- Latih fungsi tubuh yang dimiliki
- Latih peningkatan penampilan diri.
- Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok

SLKI : Tujuan Dan Kriteria Hasil

Citra Tubuh (L.09067)

*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,

4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
----------------	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/> Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh
<input type="checkbox"/> Verbalisasi kekhawatiran pada periakarireaksi orang lain
<input type="checkbox"/> Verbalisasi perubahan gaya hidup
<input type="checkbox"/> Menyembunyikan bagian berlebihan
<input type="checkbox"/> Menunjukan bagian tubuh berlebihan
<input type="checkbox"/> Fokus pada bagian tubuh
<input type="checkbox"/> Fokus pada penampilan masa lalu
<input type="checkbox"/> Fokus pada kekuatan masa lalu

Garut,/...../.....

TTD PPJA

(.....)

D. PENYEBAB PEMBATALAN /PENUNDAAN OPERASI

1. Dokter yang menjelaskan	Diisi penyebab pembatalan atau penundaan operasi	Dr Operator / DPJP
2. Dokter Spesialis (.....) Nama Jelas dan paraf	Diisi nama jelas dan Tandatangan	Dr Operator / DPJP

E. SERAH TERIMA BARANG PRIBADI PASIEN DIBERIKAN KEPADA

Nama : Hubungan dengan pasien : Jenis Barang yang diberikan : Jumlah barang yang diberikan :	Diisi nama penerima barang dari pihak keluarga, hubungan dengan pasienya apa, Jenis barang yang diberikan dan jumlah barang yang diberikannya berapa	Perawat Kamar Bedah
Perawat Kamar Operasi (.....) Nama jelas & Tandatangan	Diisi Nama jelas dan Tandatangan Perawat kamar operasi yang memebrikan barang tersebut	Perawat Kamar Bedah
Keluarga Pasien (.....) Nama jelas & Tandatangan	Diisi Nama jelas dan Tandatangan Keluarga pasien yang menerima barang tersebut	Keluarga pasien

F. DOKUMENTASI KEPERAWATAN INTRA OPERATIF

1. Waktu Tindakan Jam Mulai : WIB Anestesi : WIB Pembedahan : WIB jam Selesai : vvi8 Anestesi : WIB Pembedahan : WIB	Diisi waktu tindakan pasien dengan lengkap dan benar	Perawat Kamar Bedah
2. Penatalaksanaan Tindakan a.Tipe operasi <input type="checkbox"/> Elektif <input type="checkbox"/> Darurat <input type="checkbox"/> ODC <input type="checkbox"/> ODS	Diisi Tipe operasi dengan ceklis salah satu sesuai intruksi dokter	Perawat Kamar Bedah
b.Jenis Pembiusan <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Lokal <input type="checkbox"/> Regional	Diisi Jenis pembiusan dengan ceklis salah satu sesuai hasil tindakan	Perawat Kamar Bedah

c. Kesadaran <input type="checkbox"/> Terjaga <input type="checkbox"/> Lain lain : <input type="checkbox"/> Mudah di bangunkan	Diisi Kesadaran dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil pemeriksaan	Perawat Kamar Bedah
d. Status emosi <input type="checkbox"/> Rilkes <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Tidak ada respon Posisi	Diisi Status emosi dengan ceklis saian satu sesuai dengan hasil pemeriksaan	Perawat Kamar Bedah
e. Posisi canul intravena <input type="checkbox"/> Tangan Ka/Ki <input type="checkbox"/> Kaki Ka/Ki <input type="checkbox"/> Arteri Line <input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> Lain-lain :	Diisi Posisi canul intravena dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan	Perawat Kamar Bedah
f. Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Terkontaminasi <input type="checkbox"/> Bersih Terkontaminasi Kotor dengan infeksi g. Posisi Operasi <input type="checkbox"/> Sunine <input type="checkbox"/> Prone <input type="checkbox"/> Lithotomie <input type="checkbox"/> Kidney Position <input type="checkbox"/> Lain-lain	Diisi Jenis operasi dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan Diisi Posisi operasi dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan	Perawat Kamar Bedah
h. Posisi lengan tangan <input type="checkbox"/> Adduksi <input type="checkbox"/> Abduksi <input type="checkbox"/> Lain - lain	Diisi Posisi lengan tangan dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan	Perawat Kamar Bedah
i. Urine catheter ruangan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Ruangan <input type="checkbox"/> No : <input type="checkbox"/> Balon :	Diisi Urine catheter ruangan dengan ceklis salah satu Ya atau Tidak, kemudian ceklis salah satu di ruangan atau OK, dan ceklis beserta tulis No dan Balon sesuai dengan hasil tindakan	Perawat Kamar Bedah
j. Disinfektan kulit <input type="checkbox"/> Yodium <input type="checkbox"/> Providone Iodine <input type="checkbox"/> Chlorhexidin <input type="checkbox"/> Alkohol 90 %	Diisi Posisi lengan tangan dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan	Perawat Kamar Bedah
k. Insisi kulit <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Panenstil <input type="checkbox"/> Mideline <input type="checkbox"/> Mc. Burney	Diisi Insisi kulit dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan	Perawat Kamar Bedah
l. Posisi alat bantu yang digunakan Hand rest <input type="checkbox"/> Lithotomie support <input type="checkbox"/> Lateral Support <input type="checkbox"/> Heat Frame <input type="checkbox"/> Chest Support <input type="checkbox"/> Lain – lain	Diisi posisi alat bantu yang digunakan dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan	Perawat Kamar Bedah
m. Pemakaian diatermi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Monopolar/Bipolar	Diisi pemakaian diatermi dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan bila Ya, ceklis dan lingkari Monopolar/bipolar	Perawat Kamar Bedah
Lokasi netral electroda <input type="checkbox"/> Bokong Ka/Ki <input type="checkbox"/> Tungkal atas Ka/Ki <input type="checkbox"/> Tungkal bawah Ka/Ki <input type="checkbox"/> Punggung <input type="checkbox"/> Bahu Pemasangan kulit sebelum operasi <input type="checkbox"/> Utuh <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Bulosa <input type="checkbox"/> Luka Bakar	Diisi Lokasi netral electroda dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan Diisi Pemasangan kulit sebelum operasi dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan	Perawat Kamar Bedah
Pemeriksaan kulit setelah operasi <input type="checkbox"/> Utuh <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Bulosa <input type="checkbox"/> Luka Bakar	Diisi Pemeriksaan kulit setelah operasi dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan	Perawat Kamar Bedah
n. Pemasangan warm blanket <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jenis :	Diisi Pemasangan warm blanket dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan tulis jenis, jam	Perawat Kamar Bedah

Jam mulai : Jam Selesai :	mulai tindakan, dan jam selesai tindakan	
Pemasangan tourniquet <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Lokasi di pasang <input type="checkbox"/> Lengan ka/kki Jam mulai : Jam seselai : Tekanan : mmHg <input type="checkbox"/> Kaki ka/kki Jam mulai : Jam seselai : Tekanan : mmHg	Dilisi Pemasangan tourniquet intra operasi dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan kemudian ceklis salah satu lokasi pemasangan tourniquet bila pemasangan tourniquet di lakukan dilis juga jam mulai pemasangan, jam seselai dan Tekanan darah	Perawat Kamar Bedah
o. Pemakaian Implant <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jenis <input type="checkbox"/> Lokasi	Dilisi Pemakaian implant dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang di lakukan tulis jenis, dan lokasi pemakaian	Perawat Kamar Bedah
p. Pemakaian drain <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jenis <input type="checkbox"/> Lokasi	Dilisi Pemakaian drain dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang di lakukan, ceklis dan tulis jenis drain, dan lokasi pemakaian drain	Perawat Kamar Bedah
q. Irrigasi Luka <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> NaCl <input type="checkbox"/> H ₂ O ₂ <input type="checkbox"/> Antibiotik <input type="checkbox"/> Lain – lain	Dilisi Irrigasi Luka dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang di lakukan	Perawat Kamar Bedah
r. Tampon <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Lokasi <input type="checkbox"/> Jumlah	Dilisi Tampon dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang di lakukan bila Ya ceklis dan tulis lokasi serta ceklis dan tulis jumlah yang di pasangkan	Perawat Kamar Bedah
s. Pemakaian cairan infus Infut Jumlah Output Jumlah <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cc <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cc <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cc <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cc	Dilisi Pemakaian cairan infus dengan ceklis Infut, jumlah dan output serta jumlah dengan hasil tindakan yang di lakukan	Perawat Kamar Bedah
t. Spesimen <input type="checkbox"/> Histology (jenis.....) <input type="checkbox"/> Cytologi (jenis.....) <input type="checkbox"/> Kultur (jenis.....) <input type="checkbox"/> Frozen section (jenis.....)	Dilisi Spesimen dengan ceklis salah satu dengan hasil tindakan yang di lakukan kemudian tulis jenis spesimennya	Perawat Kamar Bedah
u. Jumlah Kassa sebelum operasi : <input type="checkbox"/> Penambahan Selama Operasi : <input type="checkbox"/> Jumlah Selesai Operasi :	Dilisi dan tulis Jumlah kassa sebelum operasi kemudian ceklis dan tulis penambahan selama operasi, ceklis dan tulis juga jumlah setelah selesai operasi	Perawat Kamar Bedah
v. Jumlah roll kassa sebelum operasi <input type="checkbox"/> Penambahan Selama Operasi : <input type="checkbox"/> Jumlah Selesai Operasi :	Dilisi dan tulis Jumlah Roll kassa sebelum operasi kemudian ceklis dan tulis penambahan selama operasi, ceklis dan tulis juga jumlah setelah selesai operasi	Perawat Kamar Bedah
w. Jumlah jarum sebelum operasi : <input type="checkbox"/> Penambahan Selama Operasi : <input type="checkbox"/> Jumlah Selesai Operasi :	Dilisi dan tulis Jumlah jarum sebelum operasi kemudian ceklis dan tulis penambahan selama operasi, ceklis dan tulis juga jumlah setelah selesai operasi	Perawat Kamar Bedah
x. Jumlah bisturi sebelum operasi : <input type="checkbox"/> Penambahan Selama Operasi : <input type="checkbox"/> Jumlah Selesai Operasi :	Dilisi dan tulis Jumlah bisturi sebelum operasi kemudian ceklis dan tulis penambahan selama operasi, ceklis dan tulis juga jumlah setelah selesai operasi	Perawat Kamar Bedah
y. Jumlah depper sebelum operasi <input type="checkbox"/> Penambahan Selama Operasi :	Dilisi dan tulis Jumlah depper sebelum operasi kemudian ceklis dan tulis penambahan selama	Perawat Kamar Bedah

<input type="checkbox"/> Jumlah Selesai Operasi :	operasi, ceklis dan tulis juga jumlah setelah selesai operasi
G.DIAGNOSA KEPERAWATAN INTRA OPERTIF	
SDKI:Diagnosa Keperawatan 1.Resiko Perdarahan : Faktor Resiko <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Gangguan gastrointestinal <input type="checkbox"/> Gangguan fungsi hati <input type="checkbox"/> Komplikasi kehamilan <input type="checkbox"/> Komplikasi pasca partum <input type="checkbox"/> Gangguan koagulasi <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis <input type="checkbox"/> Tindakan pembedahan <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Proses keganasan SIKI : Intervensi Keperawatan Pencegahan Perdarahan (I.02026) Observasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor tanda dan gejala perdarahan <input type="checkbox"/> Monitor nilai hemoglobin/hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah. <input type="checkbox"/> Monitor TTV <input type="checkbox"/> Monitor kogulasi Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pertahankan bed rest selama perdarahan <input type="checkbox"/> Batasi tindakan invasif, jika perlu <input type="checkbox"/> Gunakan kasur pencegah dekubitus Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan tanda dan gejala perdarahan <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan kaos kaki saat ambulasi <input type="checkbox"/> Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi <input type="checkbox"/> Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan <input type="checkbox"/> Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K <input type="checkbox"/> Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu. <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu. <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu. SLKI : Tujuan dan Kriteria Hasil Tingkat Perdarahan (L.02017) *1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang. 4=Cukup Meningkat, 5=Menurun	Dilisi Diagnosa Keperawatan pasien sesuai dengan keluhan atau sesuaikan dengan kondisi pasien tersebut kemudian dilisi SIKI : Intervensi Keperawatan dengan Tingkat Nyeri, Edukasi, Kolaborasi, Pemberian Analgetik, Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi dengan ceklis tiap kategori tersebut sesuai dengan kriteria atau keluhan pasien tersebut, kemudian langkah ke tiga dilisi SLKI : Tujuan Dan Kriteria Hasil dengan ceklis dalam bagan sesuaikan dengan hasil tindakan pada pasien tersebut Parawat Kamar Redah

<input type="checkbox"/> Distensi abdomen				
<input type="checkbox"/> Perdarahan vagina				
<input type="checkbox"/> Perdarahan pasca operasi				

*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk,

3=Sedang

4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Hemoglobin					
<input type="checkbox"/> Hematokrit					
<input type="checkbox"/> Denyut nadi apical					
<input type="checkbox"/> Tekanan darah					
<input type="checkbox"/> Suhu tubuh					

*1=Menurun, 2=Cukup Menurun,

3=Sedang,

4= Cukup Meningkat, 5= Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Kelembapan kulit					
<input type="checkbox"/> Kelembapan membran mukosa					
<input type="checkbox"/> Kognitif					

Garut,/...../.....

TTD PPJA

()

b. Risiko Hipotermia Perioperatif

Faktor Risiko

- Prosedur pembedahan
- Kombinasi anestesi regional dan umum
- Suhu pra-operasi rendah (<36°C)
- Berat badan rendah
- Neuropati diaferik
- Komplikasi karddiovaskuler
- Suhu lingkungan rendah
- Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi >2 liter yang tidak dihangatkan)

SIKI: Intervensi Keperawatan

Manajemen Hipotermia (I.14507)

Observasi

- Monitor suhu tubuh
- Monitor nadi dan pernafasan
- Identifikasi penyebab hipotermia
- Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia

Terapeutik

- Sediakan lingkungan yang hangat
- Pertanamkan sunu ibu dan bayi
- Selimuti bayi segera setelah lahir

Tempatkan bayi baru lahir dalam inkubator dibawah penghangat sesuai kebutuhan

Lakukan penghangatan pasif (mis. selimut)

Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. botol hangat)

Lakukan penghangatan aktif internal (mis. cairan infus hangat)

SLKI : Tujuan dan Kriteria Hasil

Pemantauan Hemodinamik Invasif (I.02058)

Observasi

Monitor frekuensi dan irama jantung

Monitor TDS, TTD, MAP, tekanan vena sentral, tekanan arteri pulmonal, tekanan baji arteri paru

Monitor curah jantung dan indeks jantung

Monitor perfusi perifer distal pada sisi insersi setiap 4 jam

Monitor tanda-tanda infeksi dan perdarahan pada sisi insersi

Monitor tanda-tanda komplikasi akibat pemasangan selang

Terapeutik

Dampingi pasien saat pemasangan dan pelepasan kateter jalur hemodinamik

Lakukan tes Allen untuk menilai kolateral ulnaris sebelum kanulasi pada arteri radialis

Pastikan set selang terangkai dan terpasang dengan tepat

Konfirmasi ketepatan posisi selang dengan pemeriksaan x-ray, jika perlu

Posisikan transduser pada atrium kanan setiap 4-12 jam untuk mengkalibrasi dan mentitiknol kan perangkat

Pastikan balon deflasi dan kembali ke posisi normal setelah pengukuran tekanan baji arteri paru

Ganti selang dan cairan infus setiap 24-72 jam, sesuai protokol

Ganti balutan pada area insersi dengan teknik steril

Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien

Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Anjurkan membatasi gerak/aktivitas selama kateter terpasang

SLKI:Tujuan dan Kriteria Hasil

Termoregulasi (I.14134)

*1=Menurun, 2=Cukup Menurun,

3=Sedang,

4=Cukup Meningkat 5=Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Menggigil					
<input type="checkbox"/> Kulit tampak merah					
<input type="checkbox"/> Kejang					
<input type="checkbox"/> Akrosianosis					
<input type="checkbox"/> Konsumsi oksigen					
<input type="checkbox"/> Piloreksi					
<input type="checkbox"/> Vasokonstriksi perifer					
<input type="checkbox"/> Pucat					
<input type="checkbox"/> Takikardi					
<input type="checkbox"/> Takipneia					
<input type="checkbox"/> Bradikardi					
<input type="checkbox"/> Dasar kuku sianosis					
<input type="checkbox"/> Hipoksia					

*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk,

3=Sedang

4=Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Suhu tubuh					
<input type="checkbox"/> Suhu kulit					
<input type="checkbox"/> Kadar glukosa darah					
<input type="checkbox"/> Pengisian kapiler					
<input type="checkbox"/> Ventilasi					
<input type="checkbox"/> Tekanan darah					

Garut,/...../.....

TTD PPJA

()

SDKI:DiagnosaKeperawatan
c.Risiko Ketidakseimbangan Cairan
Faktor Resiko

- Prosedur pembedahan mayor
 - Trauma / perdarahan
 - Luka bakar
 - Asites
 - Peradangan pankreas
- Penyakit ginjal dan kelenjar
- SIKI:IntervensiKeperawatan
Manajemen Cairan (I.03098)
- Observasi
- Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi, nadi, kekuatan nadi, akral, turgor kulit, tekanan darah)
 - Monitor berat badan harian
 - Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis

- Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- Monitor status hemodinamik

Terapeutik

- Catat intake output dan hitung balance cairan / 24 jam
- Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan
- Berikan cairan intravena, jika perlu

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu

Pemantauan Cairan (I.03121)

Observasi

- Monitor TTV
- Monitor berat badan
- Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine
- Monitor pemeriksaan laboratorium
- Monitor intake output cairan
- Identifikasi tanda-tanda hipovolemia
- Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan

Terapeutik

- Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
- Dokumentasikan hasil pemantauan, jika perlu

Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

**SLKI: Tujuan dan Kriteria Hasil
Keseimbangan Cairan (L.05020)**

*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,

4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Dehidrasi					
<input type="checkbox"/> Edema					
<input type="checkbox"/> Asites					
<input type="checkbox"/> Konfusi					

*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk,

3=Sedang

4=Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Dennyut nadi radial					
<input type="checkbox"/> Membran mukosa					
<input type="checkbox"/> Berat badan					
<input type="checkbox"/> Tekanan darah					
<input type="checkbox"/> Turgor kulit					
<input type="checkbox"/> Mata cekung					

*1=Menurun, 2=Cukup Menurun,

3=Sedang

4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Keluaran urine					
<input type="checkbox"/> Asupan cairan					

<input type="checkbox"/> Kelembaban membrane mukosa			
<input type="checkbox"/> Asupan makanan			

Garut, /
TTD PPJA
()

d. KONSULTASI INTRA OPERASI / JOINT OPERASI

KSM/SUB bagian : Dokter : Alasan : Tindakan :	Diisi Sub bagian joint tersebut Diisi joint dengan dokter tersebut nama jelas dan gelarnya Diisi Alasan joint operasi tersebut Diisi jenis tindakan joint tersebut	Dokter Operator / DPJP
e. CATATAN KHUSUS	Diis Catatan Khusus apabila terjadi masalah pada saat pasien berada di OK	Dokter Operator / DPJP
Perawat Asisten / Instrumen () Nama jelas & TTD	Diisi nama jelas dan Tandatangan Perawat Asisten / Instrumen	Perawat Kamar Operasi
Perawat Sirkuler () Nama jelas & TTD Perawat anestesi	Diisi nama jelas dan Tandatangan Perawat Sirkuler Diisi nama jelas dan Tandatangan Perawat Anestesi	Perawat Kamar Operasi Perawat Anestesi
() Nama jelas & TTD		

f. DOKUMENTASI KEPERAWATAN PASCA OPERASI

Ruang Pemulihan <input type="checkbox"/> Ya, Masuk jam : Keluar jam : <input type="checkbox"/> Tidak, kembali ke ? <input type="checkbox"/> Ruang <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> Lainnya	Diisi Ruang pemulihan dengan ceklis salah satu Ya atau Tidak, bila Ya ceklis salah satu apakah masuk ruang, ICU dan Lainnya	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
1. Keadaan Umum <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Buruk	Diisi Keadaan umum dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang dilakukan	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
2. Kesadaran <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Koma GCS E - Mi - Vi - Total -	Diisi Kesadaran dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang dilakukan kemudian tuliskan hasil GCS dan diisi total nilai GCS tersebut	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
3. Keadaan kulit waktu datang <input type="checkbox"/> Kering / Lembab <input type="checkbox"/> Merah muda / Kebiruan <input type="checkbox"/> Hangat / Lain	Diisi Keadaan kulit waktu datang dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang dilakukan kemudian lingkari salah satu hasil dari ceklis tersebut	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
4. Keadaan kulit waktu keluar <input type="checkbox"/> Kering / Lembab <input type="checkbox"/> Merah muda / Kebiruan <input type="checkbox"/> Hangat / Lain	Diisi Keadaan kulit waktu keluar dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang dilakukan kemudian lingkari salah satu hasil dari ceklis tersebut	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
5. Sirkulasi anggota badan <input type="checkbox"/> Merah muda <input type="checkbox"/> Kebiruan	Diisi Sirkulasi anggota badan dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang dilakukan	Petugas Ruang Pemulihan (RR)

6. Posisi Pasien <input type="checkbox"/> Lateral Ka/Ki <input type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Head Up 30° <input type="checkbox"/> Semi Fowler	Diisi Posisi pasien dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang dilakukan *bila lateral Ka/Ki lingkari salah satu nya	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
7. Perdarahan <input type="checkbox"/> Ya.....cc <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Lokasi	Diisi Perdarahan dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang dilakukan bila Ya tulis berapa cc perdarahan dan lokasi perdarahan tersebut	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
8. Muntah <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Diisi Muntah dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang dilakukan	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
9. Mukosa mulut <input type="checkbox"/> Lembab <input type="checkbox"/> Kering	Diisi Mukosa mulut dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang dilakukan	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
10. Jaringan PA dan formulir <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Dikirim dari <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Ruangan <input type="checkbox"/> Jumlah :	Diisi Jaringan PA dan Formulir dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang dilakukan bila Ya ceklis dari ruangan dan jumlah serta tulis	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
11. Skrining Nyeri <input type="checkbox"/> Ya(bila dilanjutkan pengkajian nyeri) <input type="checkbox"/> Tidak	Diisi Skrining Nyeri dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang dilakukan	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
12. Resiko Jatuh <input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tinggi Nadi Waktu Masuk	Diisi Resiko jatuh dengan ceklis salah satu sesuai dengan hasil tindakan yang dilakukan	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
Waktu Keluar	Diisi waktu keluar keadaan nadi pasien Teratur, Tidak teratur, Tachikardi, atau Normal dengan ceklis	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
Pernafasan Waktu Masuk	Diisi waktu masuk keadaan pernafasan pasien Teratur, Tidak teratur, Dangkal, Dalam atau sukar dbantu dengan ceklis sesuai dengan yang di kolom	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
Waktu Keluar	Diisi waktu keluar keadaan pernafasan pasien Teratur, Tidak teratur, Dangkal, Dalam atau sukar dbantu dengan ceklis sesuai dengan yang di kolom	Petugas Ruang Pemulihan (RR)

g. DIAGNOSA KEPERAWATAN PASCA OPERASI

SDKI: Diagnosa Keperawatan 1. Bersihkan jalan nafas tidak efektif : Penyebab Fisiologis <input type="checkbox"/> Spasme jalan nafas <input type="checkbox"/> Hiperekresri jalan nafas <input type="checkbox"/> Disfungsi neuromuskuler <input type="checkbox"/> Benda asing dalam jalan nafas <input type="checkbox"/> Adanya jalan nafas buatan <input type="checkbox"/> Proses infeksi <input type="checkbox"/> Respon alergi <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis (mis. anastesi) SIKI: Intervensi Keperawatan Latihan Batuk Efektif (I.01006) Observasi <input type="checkbox"/> Identifikasi komponen batuk. <input type="checkbox"/> Monitor adanya retensi sputum.	Diisi Diagnosa Keperawatan pasien sesuai dengan keluhan atau sesuaikan dengan kondisi pasien tersebut kemudian diisi SIKI : Intervensi Keperawatan dengan <u>Treatment Nyeri</u> , Edukasi, Kolaborasi, Pemberian Analgetik, Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi dengan ceklis tiap kategori tersebut sesuaikan dengan kondisi atau keluhan pasien tersebut, kemudian lanjutkan ke bagian SIKI - Treatment Dan Kriteria Hasil dengan ceklis dalam bagian sesuaikan dengan hasil tindakan pada pasien tersebut	Petugas Ruang Pemulihan (RR)
--	--	------------------------------

- Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas.
- Monitor input dan output cairan (jumlah dan karakteristik)

Terapeutik

- Atur posisi semi Fowler atau Fowler.
- Pasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien.
- Buang sekret pada tempat sputum.

Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif.*
- Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4detik ditahan selama 2detik kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik.
- Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali.
- Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3.

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran jika perlu.

Manajemen Jalan Nafas (I.01011)

Observasi

- Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas).
- Monitor bunyi nafas tambahan (*gurgling, wheezing, mengi, ronchi*)
- Monitor sputum (jumlah, warna)

Terapeutik

- Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan *head tilt* dan *chin lift (jaw thrust)* jika curiga ada trauma cervical)
- Posisikan semi Fowler atau Fowler.
- Berikan minuman hangat
- Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- Lakukan penghisapan lendir (suction) kurang dari 15 detik.
- Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal.
- Keluarkan sumbatan benda padat dengan *forceps McGill*
- Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

- Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari jika tidak kontraindikasi
- Ajarkan teknik batuk efektif.

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

Pemantauan Respirasi (I.01014)

Observasi

- Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas

- Monitor pola nafas (mis. bradipneia, takipneia, hiperventilasi, *Kussmaul*, *Cheyne-Stokes*, *Biot*, ataksik)
- Monitor kemampuan batuk efektif
- Monitor adanya produksi sputum
- monitor adanya sumbatan jalan nafas
- Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- Monitor saturasi oksigen
- Monitor nilai AGD
- Monitor hasil X-Ray thorax

SLKI: Tujuan dan Kriteria Hasil

Bersihkan Jalan Nafas (L.01001)

*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,
4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Produksi sputum					
<input type="checkbox"/> Mengi					
<input type="checkbox"/> Wheezing					
<input type="checkbox"/> Mekonium (pada neonatus)					
<input type="checkbox"/> Dispnea					
<input type="checkbox"/> Ortopnea					
<input type="checkbox"/> Sulit bicara					
<input type="checkbox"/> Sianosis					
<input type="checkbox"/> Gelisah					

*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk,
3=Sedang

4=Cukup Membaik 5=Mebaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Frekuensi nafas					
<input type="checkbox"/> Pola nafas					

*1=Menurun, 2=Cukup Memburuk,
3=Sedang 4=Cukup Membaik,
5=Mebaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Batuk efektif					

Garut..... /
TTD PPJA
(.....)

SDKI: Diagnosa Keperawatan

2. Nausea

Penyebab

- Gangguan biokimawi
- Distensi lambung
- Irritasi lambung
- Gangguan Pancreas
- Mabuk perjalanan

Diisi Diagnosa Keperawatan pasien sesuai dengan keluhan atau sesuaikan dengan kondisi pasien tersebut kemudian diisi SIKI : Intervensi Keperawatan dengan Tingkat Nyeri, Edukasi, Kolaborasi, Pemberian Analgetik, Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi dengan ceklis tiap kategori tersebut sesuaikan dengan kondisi atau

Petugas Ruang Pemulihan (RR)

<input type="checkbox"/> Kehamilan <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis <input type="checkbox"/> Faktor psikologis SIKI: Intervensi Keperawatan Manajemen Mual (I.03117)	keluhan pasien tersebut, kemudian langkah ke tiga diisi SIKI : Tujuan Dan Kriteria Hasil dengan ceklis dalam bagan sesuaikan dengan hasil tindakan pada pasien tersebut
Observasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi pengalaman mual <input type="checkbox"/> Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan <input type="checkbox"/> Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis.nafsu makan, aktifitas,kinerja) <input type="checkbox"/> Identifikasi faktor penyebab mual <input type="checkbox"/> Monitor mual <input type="checkbox"/> Monitor asupan nutrisi dan kaori 	
Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual <input type="checkbox"/> Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual <input type="checkbox"/> Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik <input type="checkbox"/> Berikan makanan dingin, cairan bening, tida berbau dan tida berwarna, jika perlu 	
Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup <input type="checkbox"/> Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual <input type="checkbox"/> Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak <input type="checkbox"/> Ajarkan penggunaan teknik nonfarmalogis untuk mengatasi mual 	
Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu Manajemen Muntah (I.03118)	Observasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi karakteristik muntah (mis. warna, kosistensi, adanya darah, waktu, frekuensi dan durasi) <input type="checkbox"/> Periksa volume muntah <input type="checkbox"/> Identifikasi riwayat diet <input type="checkbox"/> Identifikasi faktor penyebab muntah (mis. pengobatan dan prosedur) <input type="checkbox"/> Identifikasi kerusakan esofagus dan faring posterior jika muntah terlalu lama <input type="checkbox"/> Monitor efek manajemen muntah secara menyeluruh <input type="checkbox"/> Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kontrol faktor lingkungan penyebab muntah (mis. bau tak sedap, suara dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan) <input type="checkbox"/> Kurangi atau hilangkan keadaaan penyebab muntah (mis. kecemasan, ketakutan)

- Atur posisi untuk mencegah aspirasi
- Pertahankan kepatenan jalan nafas
- Bersihkan mulut dan hidung
- Berikan dukungan fisik saat muntah (mis. membantu membungkuk atau menundukkan kepala)
- Berikan kenyamanan selama muntah (mis, kompres dingin di dahi atau sediakan pakaian kering dan bersih)
- Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah

Edukasi

- Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah
- Anjurkan memperbanyak istirahat
- Anjarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah (mis. biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik akupresure)

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu

SLKI: Tujuan dan Kriteria hasil

Tingkat Hasil (L.12111)

*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,
4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Perasaan ingin muntah					
<input type="checkbox"/> Keluhan mual					
<input type="checkbox"/> Perasaan asam di mulut					
<input type="checkbox"/> Diaforesis					
<input type="checkbox"/> Jumlah saliva					
<input type="checkbox"/> Sensasi panas					
<input type="checkbox"/> Sensasi dingin					
<input type="checkbox"/> Frekuensi menelan					

*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk,
3=Sedang

4=Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Takikardi					
<input type="checkbox"/> Dilatasi pupil					
<input type="checkbox"/> Pucat					

*1= Menurun, 2=Cukup Menurun,
3=Sedang

4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Nafsu makan					

Garut, / /
TTD PPJA
()

SDKI: Diagnosa Keperawatan

3. Risiko Infeksi

Faktor Resiko

Penyakit kronis (mis. DM)

Diisi Diagnosa Keperawatan pasien sesuai dengan keluhan atau sesuaikan dengan kondisi pasien tersebut kemudian diisi SIKI :

Petugas Ruang Pemulihan (RR)

- Efek prosedur invasif
- Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
 - Gangguan peristaltik
 - Kerusakan integritas kulit
 - Status cairan tubuh
 - Ketuban pecah lama
 - Ketuban pecah sebelum waktunya.
 - Merokok
 - Stasis cairan tubuh
- Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :
 - Penurunan hemoglobin
 - Leukopenia
 - Vaksinasi tidak adekuat
 - Immunosupresi
 - Supresi respon inflamasi

SIKI: Intervensi Keperawatan Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi

- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Teraputik

- Batasi jumlah pengunjung
- Berikan perawatan kulit pada area edema
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Ajarkan cara cuci tangan dengan benar
- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan dan nutrisi

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu

SLKI: Tujuan dan Kriteria hasil

Tingkat Infeksi (L.14137)

*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,

4=Cukup menurun 5=Menurun

Intervensi Keperawatan dengan Tingkat Nyeri, Edukasi, Kolaborasi, Pemberian Analgetik, Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi dengan ceklis tiap kategori tersebut sesuaikan dengan kondisi atau keadaan pasien tersebut, kemudian langkah ke tiga diisi SLKI : Tujuan Dan Kriteria Hasil dengan ceklis dalam bagan sesuaikan dengan hasil tindakan pada pasien tersebut

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Demam					
<input type="checkbox"/> Kemerahan					
<input type="checkbox"/> Nyeri					
<input type="checkbox"/> Bengkak					
<input type="checkbox"/> Vesikel					
<input type="checkbox"/> Cairan berbau busuk					
<input type="checkbox"/> Sputum berwarna hijau					
<input type="checkbox"/> Drainase purulen					

<input type="checkbox"/> Perioda malaise				
<input type="checkbox"/> Perioda menggigil				
<input type="checkbox"/> Letargi				
<input type="checkbox"/> Gangguan kognitif				

*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk,

3=Sedang

4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Kadar sel darah putih					
<input type="checkbox"/> Kultur darah					
<input type="checkbox"/> Kultur urine					
<input type="checkbox"/> Kultur sputum					
<input type="checkbox"/> Kultur area luka					
<input type="checkbox"/> Kultur feses					

*1= Menurun, 2=Cukup Menurun,

3=Sedang

4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Kebersihan tangan					
<input type="checkbox"/> Kebersihan badan					
<input type="checkbox"/> Nafsu makan					

Garut,/...../.....
TTD PPJA
()

SDKI:DiagnosaKeperawatan

4. Risiko Perambatan Pemulihan

Faktor Risiko

- Hiperglikemia
- Edema di lokasi pembedahan
- Prosedur pembedahaan ekstensif (luka)
- Usia ekstrem
- Gangguan mobilitas
- Malnutrisi
- Obesitas
- Infeksi luka peroperatif
- Mual/muntah persisten
- Respon emosional pasca operasi
- Pemanjangan proses operasi
- Gangguan psikologis pasca operasi
- Kontaminasi bedah
- Trauma luka operasi

Kondisi Klinis Terkait

- Tindakan operasi besar
- Trauma yang memerlukan intervensi bedah

SIKI:IntervensiKeperawatan
Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Pelugas Ruang Pemulihian
(RR)

<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <input type="checkbox"/> Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <input type="checkbox"/> Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <input type="checkbox"/> Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu <input type="checkbox"/> Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu <input type="checkbox"/> Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <input type="checkbox"/> Anjurkan melakukan mobilisasi diri <input type="checkbox"/> Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur) <p>Edukasi Manajemen Nyeri (I.12391)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan <input type="checkbox"/> Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <input type="checkbox"/> Berikan kesempatan bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan penyebab, periode dan strategi mereduakan nyeri <input type="checkbox"/> Anjurkan memonitor nyeri secara pribadi <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <input type="checkbox"/> Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi Nutrisi (I.12395)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Periksa status gizi, status alergi, program diet, kebutuhan dan kemampuan pemenuhan kebutuhan gizi. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Persiapkan materi dan media seperti jenis-jenis nutrisi, label makanan, tabel makanan penukar, cara mengelola, cara menakar makanan. <input type="checkbox"/> Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ajarkan cara melaksanakan diet sesuai program. 	
--	--

- Jelaskan hal-hal yang dilakukan sebelum memberikan makan.
- Demonstrasikan cara membersihkan mulut
- Demonstrasikan cara mengatur posisi saat makan
- Ajarkan pasien dan keluarga memonitor asupan kalori dan makanan.
- Ajarkan pasien dan keluarga memantau kondisi kekurangan nutrisi.

Manajemen Nutrisi (I.03119)

Observasi

- Identifikasi status nutrisi
- Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- Identifikasi makanan yang disukai
- Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- Monitor asupan makanan
- Monitor berat badan
- Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapkan

- Lakukan oral hygien sebelum makan, jika perlu
- Fasilitasi menentukan pedoman diet
- Sajikan makanan secara menarik dan susu sesuai
- Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- Berikan suplemen makanan, jika perlu

Edukasi

- Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

Pencegahan Perdarahan (I.02067)

Observasi

- Monitor tanda dan gejala perdarahan
- Monitor nilai hemoglobin/hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah.
- Monitor TTV
- Pertahankan bedrest selama perdarahan
- Batasi tindakan invasif, jika perlu

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konsistensi
- Anjurkan menghindari aspirin atau

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu.

Kolaborasi pemberian produk darah jika perlu.

SLKI:Tujuan dan Kriteria hasil

Pemulihan Pascabedah (L.14129)

Penyembuhan Luka (L.14130)

*1=Meningkat, 2=Cukup Meningkat,

3=Sedang,

4=Cukup Menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Waktu penyembuhan					
<input type="checkbox"/> Eritema pada sisi luka					
<input type="checkbox"/> Peradangan luka					
<input type="checkbox"/> Nyeri					
<input type="checkbox"/> Nekrosis					
<input type="checkbox"/> Infeksi					
<input type="checkbox"/> Bau tidak sedap pada luka					
<input type="checkbox"/> Peningkatan suhu kulit					
<input type="checkbox"/> Eritema pada kulit sekitar					

*1= Menurun, 2=Cukup Menurun,

3=Sedang

4=Cukup Meningkat 5= Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Kenyamanan					
<input type="checkbox"/> Selera makan					
<input type="checkbox"/> Mobilitas					
<input type="checkbox"/> Kemampuan melanjutkan pekerjaan					
<input type="checkbox"/> Kemampuan bekerja					
<input type="checkbox"/> Kemampuan perawatan diri					
<input type="checkbox"/> Penyatuan tepi luka					
<input type="checkbox"/> Penyatuan kulit					
<input type="checkbox"/> Perluasi luka/jaringan parut					
<input type="checkbox"/> Jaringan granulasi					

Garut, / /		
TTD PPJA		
()		
II. CEKLIS KEGIATAN PERAWAT OK		
Menyiapkan Set instrument / Unit endolaparascopy, untuk penunjang operasi dan BMHP	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Serah terima pasien dan kelengkapannya dari RN	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Pemasangan Katete Urine	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Menyiapkan asesoris meja operasi dan melakukan pengaturan posisi	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Menyiapkan/melakukan preparasi area operasi	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
SN melakukan cuci tangan bedah dan menggunakan sarung tangan teknik tertutup	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Memeriksa kelengkapan instrument/unit endolaparascopy sebelum tindakan (ceklis)	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Memenuhi kebutuhan tim selama prosedur tindakan / operasi	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Mengawasi dan menjaga prinsip aseptic selama prosedur operasi berlangsung	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Memilah dan menempatkan limbah medis, non medis, dan limbah benda tajam Menyiapkan specimen / jaringan untuk pemeriksaan PA dan lain-lain	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi Perawat Kamar Operasi
Menutup luka operasi dan drain, serta melakukan fiksasi yang diperlukan	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Mengganti gaun OK dan membersihkan pasien dari sisa darah/kotoran/iodin dan lain-lain	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Memeriksa kelengkapan intrumen/Unit endolaparascopy pasca tindakan (ceklis)	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Melakukan seran teman pasien serta status kepada petugas RR	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Dekontaminasi dan membersihkan alat penunjang dikamar operasi	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Membersihkan dan merapihkan sikat/ tempat cuci tangan	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Mengawasi cara kerja dan hasil kerja petugas kebersihan ? Cleaning service	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Mengembalikan dan serah terima sisa BMHP ke depo Farmasi	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Melengkapi lembar dokumentasi pelayanan Kamar Operasi	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Mendokumentasi kegiatan intra operasi dalam catatan perkembangan pasien	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi

Meninggalkan OK dalam keadaan bersih dan rapih	Diisi dengan ceklis salah dibagian Ya atau Tidak sesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Perawat Kamar Operasi
Perawat Kamar Operasi Nama jelas dan Tandatangan	Diisi dengan nama jelas dang Tandatangan	Petugas Kamar Operasi
Perawat Recover Room (RR) Nama jelas dan Tandatangan	Diisi dengan nama jelas dang Tandatangan	Petugas Ruang Pemulihan



FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF

Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)	
Nama	:
Tanggal Lahir	:
No. RM	:
Ruangan/Kelas	:
Cara Bayar	:
Dokter Bedah	:
Dokter Anestesi	:
Diagnosa	:
Tindakan	:
Tanggal Tindakan	:
Jam datang	: ... : ... WIB, Elektif / Cito / ODS / Paket
<i>Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini</i>	

A. DOKUMEN KEPERAWATAN PRA OPERASI (diisi oleh perawat ruangan)

1. Keadaan Umum GCS	<input type="checkbox"/> CM E =	<input type="checkbox"/> Apatis M =	<input type="checkbox"/> Somnolen V =	<input type="checkbox"/> Sopor	<input type="checkbox"/> Koma
2. Pernafasan	<input type="checkbox"/> Spontan		<input type="checkbox"/> O ₂ =	L/Menit	<input type="checkbox"/> Alat bantu :
3. Tanda-tanda Vital	Nadi : x/mnt, TD :		mmHg, Suhu :	°C, SpO ₂ :	%
4. Visite dokter	dr. Operator sebelum operasi : <input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak	dr. Anestesi sebelum	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5. Riwayat Penyakit	<input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> DM		<input type="checkbox"/> Hipertensi	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Lain-lain :
6. Pengobatan Sekarang /Pemedikasi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Dosis :	Jam :	
			Dosis :	Jam :	
			Dosis :	Jam :	
7. Riwayat Operasi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		RS :	Tahun :	
	Jenis Tindakan :		RS :	Tahun :	
8. Pemeriksaan Lab	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				
9. Persiapan Darah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				
	<input type="checkbox"/> WB, Jumlah :				
	<input type="checkbox"/> PRC, Jumlah :				
	<input type="checkbox"/> Lain – lain, Jumlah :				
10. Alat invasive terpasang	<input type="checkbox"/> IV Line <input type="checkbox"/> NGT		<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> Urine Catheter	
11. Riwayat minum jamu/ obat tradisional	<input type="checkbox"/> Jenis : <input type="checkbox"/> Jenis :		Jumlah :	Lembar	
12. Hasil Radiologi	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak,		Pemeriksaan :		
13. Status Emosional	<input type="checkbox"/> Tenang <input type="checkbox"/> Gelisah		<input type="checkbox"/> Tremor	<input type="checkbox"/> Banyak Bicara	
14. Persiapan ICU	<input type="checkbox"/> YA (Bila YA, surat persetujuan sudah/belum)				
15. Surat ijin operasi	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak				
16. Surat ijin anestesi	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak				

B. DOKUMENTASI KEPERAWATAN PRA OPERASI (diisi oleh perawat ruangan dan kamar operasi)
Tiba dikamar bedah jam :

1. Keadaan Umum	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> Apatis	<input type="checkbox"/> Somnolen	<input type="checkbox"/> Sopor	<input type="checkbox"/> Koma
2. Pernafasan	<input type="checkbox"/> Spontan		<input type="checkbox"/> O ₂ =	L/Menit	<input type="checkbox"/> Alat bantu :
3. Tanda tanda Vital	Nadi : x/mnt, RR : x/mnt	TD : TB : cm	mmHg, cm	Suhu : BB : kg	°C
4. IV Catheter	<input type="checkbox"/> Line 1, lokasi : <input type="checkbox"/> Line 2, lokasi :		Kondisi : Kondisi :	<input type="checkbox"/> Lancar	<input type="checkbox"/> Trombosis
				<input type="checkbox"/> Lancar	<input type="checkbox"/> Trombosis
Diruangan					
5. Identitas pasien sesuai gelang dan status pasien :	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak		
6. Alergi yang diderita	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak		
7. Surat ijin operasi sudah di tanda tangan	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak		
8. Surat ijin anestesi sudah di tanda tangan	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak		
9. Premedikasi diberikan	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak		
10. Puasa	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak		
11. Protease dilepas (gigi palsu, lensa kontak, pace jantung)	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak		
12. Penjepit rambut, cat kuku, perhiasan dilepas	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak		
13. Status pasien dan daftar obat	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak		
14. Persiapan kulit (cukur, desinfektasi)	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak		
15. Pengosongan Kandung kemih	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak		
16. Pendidikan Kesehatan	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak		

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN PRA OPERATIF

SDKI: Diagnosa Keperawatan

Nyeri Akut

Penyebab :

- Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma).
- Agen pencedera fisik (abses, amputasi, prosedur operasi, trauma.dll).

SIKI : Intervensi Keperawatan

Tingkat Nyeri (L.08066)

- *1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang, 4=Cukup menurun 5=Menurun
- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
 - Identifikasi skala nyeri.
 - Monitor efek samping penggunaan analgetik.

Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.
- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Pemberian Analgetik (I.08243)

Observasi

- Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, frekuensi,durasi)
- Identifikasi riwayat alergi obat
- Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotik, non-narkotik, NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri
- Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik

Terapeutik

- Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
- Tetapkan target efektivitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien
- Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan

Edukasi

- Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai Indikasi

SLKI : Tujuan Dan Kriteria Hasil

Kriteria Hasil

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Keluhan nyeri
- Meringis
- Sikap protektif
- Gelisah
- Kesulitan tidur
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Perasaan depresi (tertekan)
- Anoreksia
- Muntah
- Mual
- Diaforesis

1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang

4=Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Frekuensi nadi
- Pola nafas
- Tekanan darah
- Proses berpikir
- Fokus
- Fungsi berkemih
- Perilaku
- Nafsu makan
- Pola tidur

*1= Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang,

4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat

Kriteria Hasil

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Kemampuan menuntaskan aktivitas

Garut, / /

TTD PPJA

(.....)

Nama Jelas dan Tandatangan

Ansietas

Penyebab

- Krisis situasional
- Ancaman terhadap konsep diri
- Ancaman terhadap kematian
- Kekhawatiran mengalami kegagalan
- Disfungsi sistem keluarga
- Kurang terpapar informasi

Tingkat Ansietas (L.09093)

- *1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang, 4=Cukup menurun 5=Menurun

- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- Monitor tanda-tanda ansietas.

Terapeutik

- Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- Pahami situasi yang membuat ansietas
- Dengarkan dengan penuh perhatian

Tingkat Ansietas (L.09093)

- *1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang, 4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
Verbalisasi kebingungan					
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi					
Perilaku gelisah					
Perilaku tegang					
Anoreksia					
Keluhan pusing					
Frekuensi nafas					
Palpitasi					
Frekuensi nadi					
Tekanan darah					
Diafoesis					
Termor					
Pucat					

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan <input type="checkbox"/> Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan <input type="checkbox"/> Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan <input type="checkbox"/> Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis <input type="checkbox"/> Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi <input type="checkbox"/> Anjurkan keluarga untuk selalu disamping pasien dan mendukung pasien <input type="checkbox"/> Latih kegiatan pengalihan untuk mngurangi ketegangan <input type="checkbox"/> Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat <input type="checkbox"/> Latih teknik relaksasi. 	<p>*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang 4= Cukup Membaik 5=Membaik</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pola tidur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Konsentrasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perasaan keberdayaan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kontak mata</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pola berkemih</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Orientasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Garut, / /</p> <p style="text-align: right;">TTD PPJA</p> <p>(.....) Nama Jelas dan Tandatangan</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Pola tidur						<input type="checkbox"/> Konsentrasi						<input type="checkbox"/> Perasaan keberdayaan						<input type="checkbox"/> Kontak mata						<input type="checkbox"/> Pola berkemih						<input type="checkbox"/> Orientasi																	
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																			
<input type="checkbox"/> Pola tidur																																																								
<input type="checkbox"/> Konsentrasi																																																								
<input type="checkbox"/> Perasaan keberdayaan																																																								
<input type="checkbox"/> Kontak mata																																																								
<input type="checkbox"/> Pola berkemih																																																								
<input type="checkbox"/> Orientasi																																																								
Gangguan Citra Tubuh Penyebab	<p>Promosi Citra Tubuh (I.09305)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan <input type="checkbox"/> Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin dan umur terkait citra tubuh <input type="checkbox"/> Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial <input type="checkbox"/> Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan dan perubahan citra tubuh. <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. pakaian, wig, kosmetik) <input type="checkbox"/> Latih fungsi tubuh yang dimiliki <input type="checkbox"/> Latih peningkatan penampilan diri. <input type="checkbox"/> Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok. 	<p>Citra Tubuh (L.09067)</p> <p>*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang, 4=Cukup menurun 5=Menurun</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verbalisasi perubahan gaya hidup</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Menunjukkan bagian tubuh berlebihan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fokus pada bagian tubuh</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fokus pada penampilan masa lalu</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fokus pada kekuatan masa lalu</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Garut, / /</p> <p style="text-align: right;">TTD PPJA</p> <p>(.....) Nama Jelas dan Tandatangan</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh						<input type="checkbox"/> Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain						<input type="checkbox"/> Verbalisasi perubahan gaya hidup						<input type="checkbox"/> Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan						<input type="checkbox"/> Menunjukkan bagian tubuh berlebihan						<input type="checkbox"/> Fokus pada bagian tubuh						<input type="checkbox"/> Fokus pada penampilan masa lalu						<input type="checkbox"/> Fokus pada kekuatan masa lalu					
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																			
<input type="checkbox"/> Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh																																																								
<input type="checkbox"/> Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain																																																								
<input type="checkbox"/> Verbalisasi perubahan gaya hidup																																																								
<input type="checkbox"/> Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan																																																								
<input type="checkbox"/> Menunjukkan bagian tubuh berlebihan																																																								
<input type="checkbox"/> Fokus pada bagian tubuh																																																								
<input type="checkbox"/> Fokus pada penampilan masa lalu																																																								
<input type="checkbox"/> Fokus pada kekuatan masa lalu																																																								
<p>D. PENYEBAB PEMBALAN TINDAKAN / PENUNDAAN OPERASI</p> <p>Dokter yang Menjelaskan :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">Dokter Spesialis</p> <p>(.....) Nama Jelas dan Tandatangan</p>																																																								

E. SERAH TERIMA BARANG PRIBADI PASIEN DIBERIKAN KEPADA

Nama :
 Hubungan dengan Pasien :
 Jenis Barang yang diberikan :
 Jumlah Barang yang diberikan :

Perawat Kamar Operasi

Keluarga Pasien

(.....)
 Nama Jelas dan Tandatangan

(.....)
 Nama Jelas dan Tandatangan

F. DOKUMENTASI KEPERAWATAN INTRA OPERATIF (diisi oleh perawat kamar bedah)

1. Waktu Tindakan

Jam Mulai :	Anestesi :	WIB	Pembedahan :	WIB
Jam Selesai :	Anestesi :	WIB	Pembedahan :	WIB

2. Penatalaksanaan Tindakan

a. Tipe Operasi	<input type="checkbox"/> Elektif	<input type="checkbox"/> Darurat	<input type="checkbox"/> ODC	<input type="checkbox"/> ODS
b. Jenis Pembiusan	<input type="checkbox"/> Umum	<input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Regional	
c. Kesadaran	<input type="checkbox"/> Terjaga	<input type="checkbox"/> Mudah dibangunkan	<input type="checkbox"/> Lain-lain :	
d. Status emosi	<input type="checkbox"/> Rileks	<input type="checkbox"/> Gelisah	<input type="checkbox"/> Tidak ada respon	
e. Posisi Canul intravena	<input type="checkbox"/> Tangan Ka/Ki	<input type="checkbox"/> Kaki Ka/Ki	<input type="checkbox"/> Arteri Line	<input type="checkbox"/> CVP
	<input type="checkbox"/> Lain - Lain :			

f. Jenis Operasi	<input type="checkbox"/> Bersih	<input type="checkbox"/> Terkontaminasi	<input type="checkbox"/> Bersih Terkontaminasi	
	<input type="checkbox"/> Kotor dengan Infeksi			

g. Posisi Operasi	<input type="checkbox"/> Supine	<input type="checkbox"/> Prone	<input type="checkbox"/> Lithotom	<input type="checkbox"/> Kidney Posision
	<input type="checkbox"/> Lateral ka/ki			
	<input type="checkbox"/> Lain-lain :			

h. Posisi lengan tangan	<input type="checkbox"/> Adduksi	<input type="checkbox"/> Abduksi	<input type="checkbox"/> Lain-lain :	
-------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

i. Urine Catheter Ruangan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Ruangan	<input type="checkbox"/> No:	<input type="checkbox"/> Balon :	cc
---------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	------------------------------	----------------------------------	----

j. Disinfektan Kulit	<input type="checkbox"/> Yodium	<input type="checkbox"/> Povidone Iodoine	<input type="checkbox"/> Chlorhexidin	
	<input type="checkbox"/> Alkohol 90 %			

k. Insisi Kulit	<input type="checkbox"/> Mediana	<input type="checkbox"/> Panenstil	<input type="checkbox"/> Mideline	<input type="checkbox"/> Mc.Burney
-----------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

l. Posisi alat bantu yang digunakan	<input type="checkbox"/> Hand rest	<input type="checkbox"/> Lithotomi support	<input type="checkbox"/> Lateral support	
	<input type="checkbox"/> Heat frame			
	<input type="checkbox"/> Chest Support			
	<input type="checkbox"/> Lain-lain :			

m. Pemakaian diatermi	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Monopolar	<input type="checkbox"/> Bipolar
Lokasi netral electrode Dipasang	<input type="checkbox"/> Bokong ka/ki			
	<input type="checkbox"/> Tungkai atas ka/ki			
	<input type="checkbox"/> Punggung			

Pemeriksaan kulit sebelum operasi	<input type="checkbox"/> Utuh	<input type="checkbox"/> Bulosa	<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Luka Bakar
-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Pemeriksaan kulit setelah operasi	<input type="checkbox"/> Utuh	<input type="checkbox"/> Bulosa	<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Luka Bakar
-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

n. Pemasangan warm blanket Jenis	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	Jam mulai:	WIB, Jam selesai :	Wib
----------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	------------	--------------------	-----

o. Pemasangan tourniquet	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
Lokasi Dipasang oleh	<input type="checkbox"/> Lengan ka/ki, Jam mulai :				WIB, Jam Selesai :

Dipasang oleh	<input type="checkbox"/> Tekanan :	mmHg	<input type="checkbox"/> Kaki ka/ki, Jam mulai :	WIB, Jam Selesai :	WIB
	<input type="checkbox"/> Tekanan :				mmHg

Pemakaian Implant	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Jenis :	<input type="checkbox"/> Lokasi :
-------------------	-----------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

p. Pemakaian drain	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Jenis :	<input type="checkbox"/> Lokasi :
--------------------	-----------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

q. Irrigasi Luka	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> NaCl	<input type="checkbox"/> H ₂ O ₂	<input type="checkbox"/> antibiotik :
	<input type="checkbox"/> Lain-lain:				

r. Tampon	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Lokasi :	<input type="checkbox"/> Jumlah :
-----------	-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

s. Pemakaian Cairan Infus	Input:	Jumlah	Output:	Jumlah
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cc
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cc
	Keseimbangan cairan input dan output			

t. Spesimen	<input type="checkbox"/> Histologi (Jenis.....)	<input type="checkbox"/> Kultur (Jenis.....)
	<input type="checkbox"/> Cytologi (Jenis.....)	
	<input type="checkbox"/> Frozen section (Jenis.....)	

u. Jumlah Kassa sebelum operasi :	<input type="checkbox"/> Penambahan selama operasi :
-----------------------------------	--

	<input type="checkbox"/> Jumlah setelah operasi :
--	---

v. Jumlah roll kassa sebelum operasi :	<input type="checkbox"/> Penambahan selama operasi :
--	--

	<input type="checkbox"/> Jumlah setelah operasi :
--	---

w. Jumlah jarum sebelum operasi :	<input type="checkbox"/> Penambahan selama operasi :
-----------------------------------	--

	<input type="checkbox"/> Jumlah setelah operasi :
--	---

x. Jumlah bisturi sebelum operasi :	<input type="checkbox"/> Penambahan selama operasi :
-------------------------------------	--

	<input type="checkbox"/> Jumlah setelah operasi :
--	---

y. Jumlah Depper sebelum operasi :	<input type="checkbox"/> Penambahan selama operasi :
------------------------------------	--

	<input type="checkbox"/> Jumlah setelah operasi :
--	---

G. DIAGNOSA KEPERAWATAN INTRA OPERATIF

No.	SDKI: Diagnosa Keperawatan	SIKI : Intervensi Keperawatan	SLKI : Tujuan Dan Kriteria Hasil																																																																																																												
1	<p>Resiko Perdarahan</p> <p>Faktor Resiko</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Gangguan gastrointestinal <input type="checkbox"/> Gangguan fungsi hati <input type="checkbox"/> Komplikasi kehamilan <input type="checkbox"/> Komplikasi pasca partum <input type="checkbox"/> Gangguan koagulasi <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis <input type="checkbox"/> Tindakan pembedahan <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Proses keganasan 	<p>Pencegahan Perdarahan (I.02026)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor tanda dan gejala perdarahan <input type="checkbox"/> Monitor nilai hemoglobin/hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah. <input type="checkbox"/> Monitor TTV <input type="checkbox"/> Monitor kogulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pertahankan bed rest selama perdarahan <input type="checkbox"/> Batasi tindakan invasif, jika perlu <input type="checkbox"/> Gunakan kasur pencegah dekubitus <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan tanda dan gejala perdarahan <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan kaos kaki saat ambulasi <input type="checkbox"/> Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi <input type="checkbox"/> Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan <input type="checkbox"/> Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K <input type="checkbox"/> Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu. <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu. <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu. 	<p>Tingkat Perdarahan (L.02017)</p> <p>*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang, 4=Cukup menurun 5=Menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hematemesis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hemoptisis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hematuria</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perdarahan anus</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Distensi abdomen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perdarahan vagina</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perdarahan pasca operasi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang 4= Cukup Membaik 5=Membalik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hemoglobin</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hematokrit</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Denyut nadi apikal</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tekanan darah</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suhu tubuh</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>*1=Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang, 4= Cukup Meningkat, 5= Meningkat</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kelembapan kulit</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kelembapan membran mukosa</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kognitif</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Garut,/.....</p> <p>TTD PPJA</p> <p>(.....) Nama Jelas dan Tandatangan</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Hematemesis						<input type="checkbox"/> Hemoptisis						<input type="checkbox"/> Hematuria						<input type="checkbox"/> Perdarahan anus						<input type="checkbox"/> Distensi abdomen						<input type="checkbox"/> Perdarahan vagina						<input type="checkbox"/> Perdarahan pasca operasi						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Hemoglobin						<input type="checkbox"/> Hematokrit						<input type="checkbox"/> Denyut nadi apikal						<input type="checkbox"/> Tekanan darah						<input type="checkbox"/> Suhu tubuh						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Kelembapan kulit						<input type="checkbox"/> Kelembapan membran mukosa						<input type="checkbox"/> Kognitif					
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Hematemesis																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Hemoptisis																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Hematuria																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Perdarahan anus																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Distensi abdomen																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Perdarahan vagina																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Perdarahan pasca operasi																																																																																																															
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Hemoglobin																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Hematokrit																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Denyut nadi apikal																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Tekanan darah																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Suhu tubuh																																																																																																															
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Kelembapan kulit																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Kelembapan membran mukosa																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Kognitif																																																																																																															
2	<p>Risiko Hipotermia Perioperatif</p> <p>Faktor Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prosedur pembedahan <input type="checkbox"/> Kombinasi anastesi regional dan umum <input type="checkbox"/> Suhu pra-operasi rendah (<36°C) <input type="checkbox"/> Berat badan rendah <input type="checkbox"/> Neuropati diabetik <input type="checkbox"/> Komplikasi kardiovaskuler <input type="checkbox"/> Suhu lingkungan rendah <input type="checkbox"/> Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi >2 liter yang tidak dihangatkan) 	<p>Manajemen Hipotermia (I.14507)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor suhu tubuh <input type="checkbox"/> Monitor nadi dan pernafasan <input type="checkbox"/> Identifikasi penyebab hipotermia <input type="checkbox"/> Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sediakan lingkungan yang hangat <input type="checkbox"/> Pertahankan suhu tubuh bayi <input type="checkbox"/> Selimuti bayi segera setelah lahir <input type="checkbox"/> Tempatkan bayi baru lahir dalam inkubator dibawah penghangat sesuai kebutuhan <input type="checkbox"/> Lakukan penghangatan pasif (mis. selimut) <input type="checkbox"/> Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. botol hangat) 	<p>Termoregulasi (I.14134)</p> <p>*1=Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang, 4=Cukup Meningkat 5=Meningkat</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Menggigil</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kulit tampak merah</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kejang</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Akrosianosis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Konsumsi oksigen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Piloreksi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vasokonstriksi perifer</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pucat</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Takikardi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Menggigil						<input type="checkbox"/> Kulit tampak merah						<input type="checkbox"/> Kejang						<input type="checkbox"/> Akrosianosis						<input type="checkbox"/> Konsumsi oksigen						<input type="checkbox"/> Piloreksi						<input type="checkbox"/> Vasokonstriksi perifer						<input type="checkbox"/> Pucat						<input type="checkbox"/> Takikardi																																																					
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Menggigil																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Kulit tampak merah																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Kejang																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Akrosianosis																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Konsumsi oksigen																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Piloreksi																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Vasokonstriksi perifer																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Pucat																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Takikardi																																																																																																															

<p>Pemantauan Cairan (I.03121)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor TTV <input type="checkbox"/> Monitor berat badan <input type="checkbox"/> Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine <input type="checkbox"/> Monitor pemeriksaan laboratorium <input type="checkbox"/> Monitor intake output cairan <input type="checkbox"/> Identifikasi tanda-tanda hipovolemia <input type="checkbox"/> Identifikasi faktor resiko kelidakselimbangan cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien <input type="checkbox"/> Dokumentasikan hasil pemantauan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan <input type="checkbox"/> Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Tekanan darah</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Turgor kulit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Mata cekung</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>*1=Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang, 4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Kriteria Hasil</th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> <th style="text-align: center;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Keluaran urine</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asupan cairan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kelembaban membrane mukosa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asupan makanan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Garut, / /</p> <p style="text-align: right;">TTD PPJA</p> <p style="text-align: right;">(.....)</p> <p style="text-align: right;">Nama Jelas dan Tandatangan</p> </div>	<input type="checkbox"/>	Tekanan darah					<input type="checkbox"/>	Turgor kulit					<input type="checkbox"/>	Mata cekung					Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Keluaran urine						<input type="checkbox"/> Asupan cairan						<input type="checkbox"/> Kelembaban membrane mukosa						<input type="checkbox"/> Asupan makanan					
<input type="checkbox"/>	Tekanan darah																																																
<input type="checkbox"/>	Turgor kulit																																																
<input type="checkbox"/>	Mata cekung																																																
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																												
<input type="checkbox"/> Keluaran urine																																																	
<input type="checkbox"/> Asupan cairan																																																	
<input type="checkbox"/> Kelembaban membrane mukosa																																																	
<input type="checkbox"/> Asupan makanan																																																	

H. KONSULTASI INTRA OPERASI / JOINT OPERASI

KSM / SUB Bagian :

Dokter : _____

Alasan :

Tindakan :

I. CATATAN KHUSUS (JIKA TERJADI MASALAH PADA SAAT PASIEN BERADA DI OK)

Boiler Operator

Dokter Operator

Perawat Asisten / Instrumen

Perawat Sirkuler

Perawat Anestesi

(.....)

(.....)

(.....)

J. DOKUMENTASI KEPERAWATAN PASCA OPERASI (diisi oleh perawat ruang pemulihian)

Ruang pemulihan	<input type="checkbox"/> Ya, Masuk Jam : WIB, Keluar Jam : WIB <input type="checkbox"/> Tidak, Kembali ke <input type="checkbox"/> Ruang <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> Lainnya :
1. Keadaan Umum	<input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Buruk
2. Kesadaran GCS	<input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Koma E = <input type="checkbox"/> M = <input type="checkbox"/> V = <input type="checkbox"/> Total :
3. Keadaan kulit waktu datang	<input type="checkbox"/> Kering/Lembab <input type="checkbox"/> Merah muda/kebiruan <input type="checkbox"/> Hangat/lain
4. Keadan kulit waktu keluar	<input type="checkbox"/> Kering/Lembab <input type="checkbox"/> Merah muda/kebiruan <input type="checkbox"/> Hangat/lain
5. Sirkulasi anggota badan	<input type="checkbox"/> Merah muda <input type="checkbox"/> Kebiruan
6. Posisi paises	<input type="checkbox"/> Lateral ka/ki <input type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Head up 3 <input type="checkbox"/> Semifowler
7. Perdarahan	<input type="checkbox"/> Ya,cc <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Lokasi
8. Muntah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
9. Mukosa mulut	<input type="checkbox"/> Lembab <input type="checkbox"/> Kering
10. Jaringan PA dan formulir	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Dikirim dari: <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Ruangan <input type="checkbox"/> Jumlah:
11. Skrining Nyeri	<input type="checkbox"/> Ya (bila ya, dilanjutkan dengan pengkajian nyeri) <input type="checkbox"/> Tidak
12. Resiko Jatuh	<input type="checkbox"/> Rิง <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tinggi

- Lakukan penghanggaan aktif internal (mis. cairan infus hangat)
Pemantauan Hemodinamik Invasif (I.02058)
Observasi
 Monitor frekuensi dan irama jantung
 Monitor TDS, TTD, MAP, tekanan vena sentral, tekanan arteri pulmonal, tekanan baji arteri paru
 Monitor curah jantung dan Indeks jantung
 Monitor perfusi perifer distal pada sisi insersi setiap 4 jam
 Monitor tanda-tanda infeksi dan perdarahan pada sisi insersi
 Monitor tanda-tanda komplikasi akibat pemasangan selang
Terapeutik
 Dampingi pasien saat pemasangan dan pelepasan kateter jalur hemodinamik
 Lakukan tes Allen untuk menilai kolateral ulnaris sebelumkanulasi pada arteri radialis
 Pastikan set selang terangkai dan terpasang dengan tepat
 Konfirmasi ketepatan posisi selang dengan pemeriksaan x-ray, jika perlu
 Posisikan transduser pada atrium kanan setiap 4-12 jam untuk mengkalibrasi dan mentitiknol kan perangkat
 Pastikan balon deflasi dan kembali ke posisi normal setelah pengukuran tekanan baji arteri paru
 Ganti selang dan cairan infus setiap 24-72 jam, sesuai protokol
 Ganti balutan pada area insersi dengan teknik steril
 Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
 Dokumentasikan hasil pemantauan
Edukasi
 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
 Anjurkan membatasi gerak/aktivitas selama kateter terpasang

<input type="checkbox"/> Takipneia				
<input type="checkbox"/> Bradikardi				
<input type="checkbox"/> Dasar kuku sianosis				
<input type="checkbox"/> Hipoksia				

*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang

4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Suhu tubuh					
<input type="checkbox"/> Suhu kulit					
<input type="checkbox"/> Kadar glukosa darah					
<input type="checkbox"/> Pengisian kapiler					
<input type="checkbox"/> Ventilasi					
<input type="checkbox"/> Tekanan darah					

Garut,/...../.....

TTD PPJA

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

Manajemen Cairan (I.03098)

Observasi

- Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi, nadi, kekuatan nadi, akral, turgor kulit, tekanan darah)
 Monitor berat badan harian
 Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis
 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
 Monitor status hemodinamik

Terapeutik

- Catat intake output dan hitung balance cairan / 24 jam
 Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan
 Berikan cairan intravena, jika perlu
Kolaborasi
 Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu

Keseimbangan Cairan (L.05020)

*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang, 4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Dehidrasi					
<input type="checkbox"/> Edema					
<input type="checkbox"/> Asites					
<input type="checkbox"/> Konfusi					

*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang

4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Denyut nadi radial					
<input type="checkbox"/> Membran mukosa					
<input type="checkbox"/> Berat badan					

3

Risiko Ketidakseimbangan Cairan Faktor Resiko

Prosedur pembedahan mayor
Trauma / perdarahan
Luka bakar
Asites
Peradangan pankreas
Penyakit ginjal dan kelenjar

Manajemen Cairan (I.03098)

Observasi

- Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi, nadi, kekuatan nadi, akral, turgor kulit, tekanan darah)
 Monitor berat badan harian
 Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis
 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
 Monitor status hemodinamik

Terapeutik

- Catat intake output dan hitung balance cairan / 24 jam
 Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan
 Berikan cairan intravena, jika perlu
Kolaborasi
 Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu

Nadi	Waktu Masuk	Waktu Keluar	Pernafasan	Waktu Masuk	Waktu Keluar
Teratur			Teratur		
Tidak Teratur			Tidak Teratur		
Lemah			Dangkal		
Tachikardi			Dalam		
Normal			Sukar dibantu		

Isi kolom dengan tanda (/)

K. DIAGNOSA KEPERAWATAN PASCA OPERASI

No	SDKI:Diagnosa Keperawatan	SIKI : Intervensi Keperawatan	SLKI : Tujuan Dan Kriteria Hasil																																																																																										
1.	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Penyebab Fisiologis <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spasme jalan nafas <input type="checkbox"/> Hipereksresi jalan nafas <input type="checkbox"/> Disfungsi neuromuskuler <input type="checkbox"/> Benda asing dalam jalan nafas <input type="checkbox"/> Adanya jalan nafas buatan <input type="checkbox"/> Proses infeksi <input type="checkbox"/> Respon alergi <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis (mis. anastesi) Ortopnea	Latihan Batuk Efektif (I.01006) Observasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi kemampuan batuk. <input type="checkbox"/> Monitor adanya retensi sputum. <input type="checkbox"/> Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas. <input type="checkbox"/> Monitor input dan output cairan (jumlah dan karakteristik) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atur posisi semi fowler atau fowler. <input type="checkbox"/> Pasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien. <input type="checkbox"/> Buang sekret pada tempat sputum. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif. <input type="checkbox"/> Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4detik ditahan selama 2detik kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencuci (dibulatkan) selama 8 detik. <input type="checkbox"/> Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali. <input type="checkbox"/> Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran jika perlu. Manajemen Jalan Nafas (I.01011) Observasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas). <input type="checkbox"/> Monitor bunyi nafas tambahan (<i>gurgling, wheezing, mengi, ronchi</i>) <input type="checkbox"/> Monitor sputum (jumlah,warna) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan <i>head tilt</i> dan <i>chin lift</i> (<i>jaw thrust</i> jika curiga ada trauma cervical) <input type="checkbox"/> Posisikan semi fowler atau fowler. <input type="checkbox"/> Berikan minuman hangat <input type="checkbox"/> Lakukan fisioterapi dada, jika perlu <input type="checkbox"/> Lakukan penghisapan lendir (suction) kurang dari 15 detik. <input type="checkbox"/> Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal. <input type="checkbox"/> Keluarkan sumbatan benda padat dengan <i>forceps McGill</i> <input type="checkbox"/> Berikan oksigen, jika perlu 	Bersihan Jalan Nafas (L.01001) *1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang, 4=Cukup menurun 5=Menurun <table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 5px;"> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Produksi sputum</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mengi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wheezing</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mekonium (pada neonatus)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dispnea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ortopnea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sulit bicara</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sianosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gellsah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> *1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang 4=Cukup Membaik 5=Membaiik <table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 5px;"> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Frekuensi nafas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pola nafas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> *1=Menurun, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang 4=Cukup Membaik, 5=Membaiik <table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 5px;"> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Batuk efektif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Produksi sputum						<input type="checkbox"/> Mengi						<input type="checkbox"/> Wheezing						<input type="checkbox"/> Mekonium (pada neonatus)						<input type="checkbox"/> Dispnea						<input type="checkbox"/> Ortopnea						<input type="checkbox"/> Sulit bicara						<input type="checkbox"/> Sianosis						<input type="checkbox"/> Gellsah						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Frekuensi nafas						<input type="checkbox"/> Pola nafas						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Batuk efektif					
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																								
<input type="checkbox"/> Produksi sputum																																																																																													
<input type="checkbox"/> Mengi																																																																																													
<input type="checkbox"/> Wheezing																																																																																													
<input type="checkbox"/> Mekonium (pada neonatus)																																																																																													
<input type="checkbox"/> Dispnea																																																																																													
<input type="checkbox"/> Ortopnea																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sulit bicara																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sianosis																																																																																													
<input type="checkbox"/> Gellsah																																																																																													
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																								
<input type="checkbox"/> Frekuensi nafas																																																																																													
<input type="checkbox"/> Pola nafas																																																																																													
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																								
<input type="checkbox"/> Batuk efektif																																																																																													

Garut,/...../.....
TTD PPJA
(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari jika tidak kontraindikasi <input type="checkbox"/> Ajarkan teknik batuk efektif. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian broncodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu <p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas <input type="checkbox"/> Monitor pola nafas (mis. bradipnea, tachypnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik) <input type="checkbox"/> Monitor kemampuan batuk efektif <input type="checkbox"/> Monitor adanya produksi sputum <input type="checkbox"/> Monitor adanya sumbatan jalan nafas <input type="checkbox"/> Palpasi kesimetrisan ekspansi paru <input type="checkbox"/> Monitor saturasi oksigen <input type="checkbox"/> Monitor nilai AGD <input type="checkbox"/> Monitor hasil X-Ray thoraks 																																																																																											
2. Nausea	<p>Penyebab</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gangguan biokimiawi <input type="checkbox"/> Distensi lambung <input type="checkbox"/> Iritasi lambung <input type="checkbox"/> Gangguan Pankreas <input type="checkbox"/> Mabuk perjalanan <input type="checkbox"/> Kehamilan <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis <input type="checkbox"/> Faktor psikologis <p>Manajemen Mual (I.03117)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi pengalaman mual <input type="checkbox"/> Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan <input type="checkbox"/> Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan, aktifitas, kinerja) <input type="checkbox"/> Identifikasi faktor penyebab mual <input type="checkbox"/> Monitor mual <input type="checkbox"/> Monitor asupan nutrisi dan kaon <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual <input type="checkbox"/> Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual <input type="checkbox"/> Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik <input type="checkbox"/> Berikan makanan dingin, cairan bening, tida berbau dan tida berwarna, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup <input type="checkbox"/> Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual <input type="checkbox"/> Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak <input type="checkbox"/> Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu <p>Manajemen Muntah (I.03118)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi karakteristik muntah (mis. warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi dan durasi) 	<p>Tingkat Nausea (L.12111)</p> <p>*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang, 4=Cukup menurun 5=Menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perasaan ingin muntah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Keluhan mual</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perasaan asam di mulut</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diaforesis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jumlah saliva</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sensasi panas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sensasi dingin</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Frekuensi menelan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang</p> <p>4=Cukup Membaik 5=Membaik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tachikardi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dilatasi pupil</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pucat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>*1= Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang</p> <p>4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nafsu makan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Garut,/...../.....</p> <p>TTD PPJA</p> <p>(.....) Nama Jelas dan Tandatangan</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Perasaan ingin muntah						<input type="checkbox"/> Keluhan mual						<input type="checkbox"/> Perasaan asam di mulut						<input type="checkbox"/> Diaforesis						<input type="checkbox"/> Jumlah saliva						<input type="checkbox"/> Sensasi panas						<input type="checkbox"/> Sensasi dingin						<input type="checkbox"/> Frekuensi menelan						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Tachikardi						<input type="checkbox"/> Dilatasi pupil						<input type="checkbox"/> Pucat						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Nafsu makan					
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																							
<input type="checkbox"/> Perasaan ingin muntah																																																																																												
<input type="checkbox"/> Keluhan mual																																																																																												
<input type="checkbox"/> Perasaan asam di mulut																																																																																												
<input type="checkbox"/> Diaforesis																																																																																												
<input type="checkbox"/> Jumlah saliva																																																																																												
<input type="checkbox"/> Sensasi panas																																																																																												
<input type="checkbox"/> Sensasi dingin																																																																																												
<input type="checkbox"/> Frekuensi menelan																																																																																												
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																							
<input type="checkbox"/> Tachikardi																																																																																												
<input type="checkbox"/> Dilatasi pupil																																																																																												
<input type="checkbox"/> Pucat																																																																																												
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																							
<input type="checkbox"/> Nafsu makan																																																																																												

<input type="checkbox"/> Kultur urine				
<input type="checkbox"/> Kultur sputum				
<input type="checkbox"/> Kultur area luka				
<input type="checkbox"/> Kultur feses				

*1=Menurun, 2=Cukup Menurun,

3=Sedang

4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Kebersihan tangan					
<input type="checkbox"/> Kebersihan badan					
<input type="checkbox"/> Nafsu makan					

Garut,/...../.....

TTD PPJA

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

4. Risiko Perlambatan Pemulihan Pasca Bedah Faktor Risiko <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hiperglikemia <input type="checkbox"/> Edema di lokasi pembedahan <input type="checkbox"/> Prosedur pembedahanan ekstensif (luas) <input type="checkbox"/> Usia ekstrem <input type="checkbox"/> Gangguan mobilitas <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input type="checkbox"/> Obesitas <input type="checkbox"/> Infeksi luka perioperatif <input type="checkbox"/> Mual/muntah persisten <input type="checkbox"/> Respon emosional pasca operasi <input type="checkbox"/> Pemanjangan proses operasi <input type="checkbox"/> Gangguan psikologis pasca operasi <input type="checkbox"/> Kontaminasi bedah <input type="checkbox"/> Trauma luka operasi 	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <input type="checkbox"/> Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <input type="checkbox"/> Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <input type="checkbox"/> Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu <input type="checkbox"/> Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu <input type="checkbox"/> Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <input type="checkbox"/> Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <input type="checkbox"/> Anjurkan melakukan mobilisasi diri <input type="checkbox"/> Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis:duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur) Edukasi Manajemen Nyeri (I.12391) Observasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan <input type="checkbox"/> Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <input type="checkbox"/> Berikan kesempatan bertanya Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan penyebab, periode dan strategi meredakan nyeri <input type="checkbox"/> Anjurkan memonitor nyeri secara pribadi <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <input type="checkbox"/> Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 	Pemulihan Pascabedah (L.14129) Penyembuhan Luka (L.14130) <ul style="list-style-type: none"> *1=Meningkat, 2=Cukup Meningkat, 3=Sedang, 4=Cukup Menurun 5=Menurun <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Waktu penyembuhan</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Edema pada sisi luka</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Peradangan luka</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nyeri</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nekrosis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infeksi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bau tidak sedap pada luka</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Peningkatan suhu kulit</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eritema pada kulit sekitar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>*1= Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang, 4=Cukup Meningkat 5= Meningkat</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kenyamanan</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Selera makan</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mobilitas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kemampuan melanjutkan pekerjaan</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kemampuan bekerja</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kemampuan perawatan diri</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Penyatuan tepi luka</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Penyatuan kulit</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pembentukan jaringan parut</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jaringan granulesi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Garut,/...../.....</p> <p>TTD PPJA</p> <p>(.....) Nama Jelas dan Tandatangan</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Waktu penyembuhan						<input type="checkbox"/> Edema pada sisi luka						Peradangan luka						<input type="checkbox"/> Nyeri						<input type="checkbox"/> Nekrosis						<input type="checkbox"/> Infeksi						<input type="checkbox"/> Bau tidak sedap pada luka						<input type="checkbox"/> Peningkatan suhu kulit						<input type="checkbox"/> Eritema pada kulit sekitar						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Kenyamanan						<input type="checkbox"/> Selera makan						<input type="checkbox"/> Mobilitas						<input type="checkbox"/> Kemampuan melanjutkan pekerjaan						<input type="checkbox"/> Kemampuan bekerja						<input type="checkbox"/> Kemampuan perawatan diri						<input type="checkbox"/> Penyatuan tepi luka						<input type="checkbox"/> Penyatuan kulit						<input type="checkbox"/> Pembentukan jaringan parut						<input type="checkbox"/> Jaringan granulesi					
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Waktu penyembuhan																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Edema pada sisi luka																																																																																																																																
Peradangan luka																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Nyeri																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Nekrosis																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Infeksi																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Bau tidak sedap pada luka																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Peningkatan suhu kulit																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Eritema pada kulit sekitar																																																																																																																																
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Kenyamanan																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Selera makan																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Mobilitas																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Kemampuan melanjutkan pekerjaan																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Kemampuan bekerja																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Kemampuan perawatan diri																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Penyatuan tepi luka																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Penyatuan kulit																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Pembentukan jaringan parut																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Jaringan granulesi																																																																																																																																

	<p>Edukasi Nutrisi (I.12395)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Periksa status gizi, status alergi, program diet, kebutuhan dan kemampuan pemenuhan kebutuhan gizi. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Persiapkan materi dan media seperti jenis-jenis nutrisi, label makanan, tabel makanan penukar, cara mengelola, cara menakar makanan. <input type="checkbox"/> Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ajarkan cara melaksanakan diet sesuai program. <input type="checkbox"/> Jelaskan hal-hal yang dilakukan sebelum memberikan makan. <input type="checkbox"/> Demonstrasikan cara membersihkan mulut <input type="checkbox"/> Demonstrasikan cara mengatur posisi saat makan <input type="checkbox"/> Ajarkan pasien dan keluarga memonitor asupan kalori dan makanan. <input type="checkbox"/> Ajarkan pasien dan keluarga memantau kondisi kekurangan nutrisi. <p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi status nutrisi <input type="checkbox"/> Identifikasi alergi dan intoleransi makanan <input type="checkbox"/> Identifikasi makanan yang disukai <input type="checkbox"/> Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien <input type="checkbox"/> Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik <input type="checkbox"/> Monitor asupan makanan <input type="checkbox"/> Monitor berat badan <input type="checkbox"/> Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lakukan oral hygien sebelum makan, jika perlu <input type="checkbox"/> Fasilitasi menentukan pedoman diet <input type="checkbox"/> Sajikan makanan secara menarik dan sushu sesuai <input type="checkbox"/> Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi <input type="checkbox"/> Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <input type="checkbox"/> Berikan suplemen makanan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anjurkan posisi duduk, jika mampu <input type="checkbox"/> Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan 	
--	--	--

	<p>Pencegahan Perdarahan (I.02067)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor tanda dan gejala perdarahan <input type="checkbox"/> Monitor nilai hemoglobin/hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah. <input type="checkbox"/> Monitor TTV <input type="checkbox"/> Pertahankan bedrest selama perdarahan <input type="checkbox"/> Batasi tindakan invasif, jika perlu. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan tanda dan gejala perdarahan <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan kaos kaki saat ambulasi <input type="checkbox"/> Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi <input type="checkbox"/> Anjurkan menghindari aspirin atau <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu. <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu. 	
--	---	--

G. CEKLIS KEGIATAN PERAWAT OK

No	Uraian Kegiatan	Ya	Tidak
1	Menyiapkan Set instrument / Unit endolaparascopy, untuk penunjang operasi dan BMHP		
2	Serah terima pasien dan kelengkapannya dari RN		
3	Pemasangan Katete Urine		
4	Menyiapkan asesoris meja operasi dan melakukan pengaturan posisi		
5	Menyiapkan/melakukan preparasi area operasi		
6	SN melakukan cuci tangan bedah dan mengguakan sarung tangan teknik tertutup		
7	Memeriksa kelengkapan instrument/unit endolaparascopy sebelum tindakan (ceklis)		
8	Memenuhi kebutuhan tim selama prosedur tindakan / operasi		
9	Mengawasi dan menjaga prinsip aseptic selama prosedur operasi berlangsung		
10	Memilah dan menempatkan limbah medis, non medis, dan limbah benda tajam		
11	Menyiapkan specimen / jaringan untuk pemeriksaan PA dan lain-lain		
12	Menutup luka operasi dan drain, serta melakukan fiksasi yang diperlukan		
13	Mengganti gaun OK dan membersihkan pasien dari sisa darah/kotoran/iodin dan lain-lain		
14	Memeriksa kelengkapan intrumen/Unit endolaparascopy pasca tindakan (ceklis)		
15	Melakukan serah terima pasien serta status kepada petugas RR		
16	Dekontaminasi dan membersihkan alat penunjang dikamar operasi		
17	Membersihkan dan merapihkan sikat/ tempat cuci tangan		
18	Mengawasi cara kerja dan hasil kerja petugas kebersihan ? Cleaning service		
19	Mengembalikan dan serah terima sisa BMHP ke depo Farmasi		
20	Melengkapi lembar dokumentasi pelayanan Kamar Operasi		
21	Mendokumentasi kegiatan intra operasi dalam catatan perkembangan pasien		
22	Meninggalkan OK dalam keadaan bersih dan rapih		

Perawat Kamar Operasi

Perawat Recover Room (RR)

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan