

## **Lampiran 1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)**

### **LEMBAR PENJELASAN STUDI KASUS**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Azmi Najmiyanti

NIM : P17320120012

Saya adalah mahasiswa D-III Jurusan Keperawatan Bandung di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Bandung. Saat ini sedang melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Citra Tubuh Akibat Kanker Payudara di RSUD Al-Ihsan Prov. Jabar”

Studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui gambaran respon pasien dengan halusinasi pendengaran terhadap pemberian asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif. Manfaat untuk pasien akan memperoleh perawatan dan tindakan sesuai standar serta mendapatkan tambahan pengetahuan dalam perawatan dirinya, selama mendapatkan perawatan tidak adahal yang membahayakan bagi pasien.

Selama mendapatkan perawatan informasi yang sebenar-benarnya sangat membantu kelancaran dan pemulihan dalam perawatan. Adapun semua data dan informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya penulis yang mengetahuinya.

Demikian atas kerjasama dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.  
Apabila ada hal yang menghambat pelaksanaan, dipersilahkan menghubungi saya  
Azmi Najmiyanti dengan No.Telp. 0898307582

Bandung, April 2023

Hormat saya,

Azmi Najmiyanti

**Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (Inisial) :

Jenis Kelamin :

Usia :

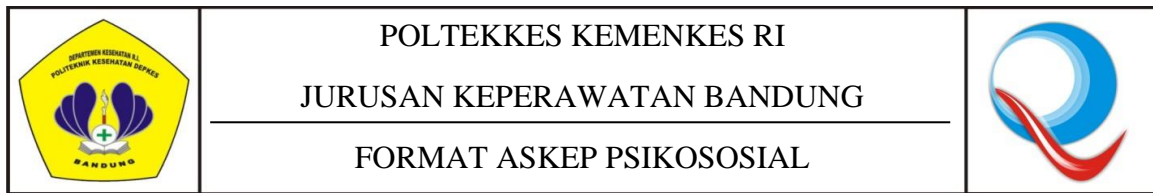
Setelah saya membaca dan mendapatkan penjelasan tentang studi kasus ini, saya memahami tujuan dan manfaat dari studi kasus ini. Dengan sukarela dan tanpa paksaan saya bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden dalam studi kasus ini.

Bandung, April 2023

Responden,

.....

### Lampiran 3 Format Asuhan Keperawatan



**RUANG RAWAT** :

**TANGGAL PENGKAJIAN** :

#### I. PENGKAJIAN

##### A. Pengumpulan Data

##### 1. Biodata

##### a. IDENTITAS PASIEN

**Inisial** : (L/P)

**Umur** : **Tanggal masuk RS** :

**Tanggal Pengkajian** :

**Pendidikan** : **No. Med. Rec** :

**Pekerjaan** :

**Agama** : **Suku** :

**Status marital** :

**Alamat** : **Diagnosa medis** :

##### b. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

**Initial** : (L/P), Hub dg pasien :

**Umur** : **Pendidikan** :

**Status marital** : **Agama** :

**Pekerjaa** : **Alamat** :

**2. KELUHAN UTAMA**

(Yang paling pasien keluhkan secara fisik)

**3. DAMPAK KELUHAN UTAMA TERHADAP MASALAH**

**PSIKOSOSIAL** (Apakah akibat dari keluhan utama menyebabkan pasien merasa khawatir, tidak menerima keadaan, merasa bersalah, tidak percaya diri, tidak sempurna lagi , dll sesuai kondisi)

**4. FAKTOR PREDISPOSISI**

**a. Riwayat kesehatan yang lalu**, (Apa penyakit yang pernah pasien alami sebelumnya?)

**b. Riwayat Penggunaan Alkohol, Obat-obatan dan rokok**  
(Apakah pasien pernah menggunakan alcohol, obat-obat terlarang, atau rokok)

**c. Situasi kehidupan yang sering menimbulkan stres**  
( Mis. Datang waktu haid, berbicara di depan umum, dikritik orang, dll)

**d. Riwayat trauma fisik selama tumbuh kembang**  
(Apakah pernah jatuh, kecelakaan dll)

**e. Riwayat kehilangan**  
(pernah mengalami kehilangan yang sampai saat ini masih mengganggu pikiran)

**f. Riwayat kegagalan**  
(Apakah pernah mengalami kegagalan?)

**g. Riwayat anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengan pasien.**  
(Adakah anggota keluarga ada yang menderita penyakit yang sama dengan pasien?)

**h. Genogram (tiga generasi).**

**5. PEMERIKSAAN FISIK ( Sesuai kondisi fisik yang terganggu)**

**a. Tinggi Badan :      cm, Berat badan sebelumnya:      Kg, saat ini :**

**b. Pemeriksaan system tubuh:**

**1) System integument**

**2) Sistem Kardiovaskuler**

**3) Sistem pernafasan**

**4) Sistem persyarafan**

**5) Sistem penginderaan**

**6) Sisten mukuloskeletal**

**7) Sistem endokrin (spt tremor akibat pembesaran kelenjar tiroid)**

**8) Sistem perkemihan**

**9) Sistem reproduksi (termasuk fungsi organ seks)**

**10) Sistem pencernaan**

## 11) Kebiasaan sehari-hari

NO	KEGIATAN	DI Rumah	Di RS
	a. Makan		
	b. Minum		
	c. BAB		
	d. BAK		
	e. Perawatan diri (mandi, ganti pakaian dll)		
	f. Istirahat- tidur		
	g. Olah Raga		
	h. Hobby dan pemanfaatan waktu luang		

## 6. STATUS MENTAL DAN EMOSI

## a. Orientasi terhadap

## 1) Orang/ diri

(apakah kllien mengenal orang di sekitarnya? Dll)

## 2) Tempat

(apakah pasien mengetahui di mana ia berada sekarang)

## 3) Waktu.

(Apakah pasien mampu menyebut saat ini pagi, siang, sore atau malam ?)



**b. Memori**

1) Memori saat ini (kejadian yang baru saja terjadi)

2) Jangka pendek (kejadian dalam minggu terakhir)

3) Jangka panjang (lebih dari satu bulan)

**c. Tingkat konsentrasi** (kemampuan pasien menjawab pertanyaan dengan spontan dan benar)

**d. Pengetahuan pasien tentang penyakitnya**

(Apa yang pasien ketahui tentang penyakit yang ia alami?)

**7. PSIKOSOSIAL DAN HUBUNGAN SOSIAL**

**a. Konsep diri**

**1) Gambaran diri**

a. Persepsi/pandangan pasien terhadap tubuhnya,

b. Bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

**2) Identitas diri**

- a. Status/ posisi pasien sebelum dirawat
- b. Kepuasan pasien terhadap status dan posisinya (di sekolah, tempat kerja, kelompok)
- c. Kepuasan pasien sebagai laki-laki/ perempuan

**3) Peran**

- a. Tugas/ peran yang di emban dalam keluarga /kelompok/masyarakat.

- b. Kemampuan pasien dalam melaksanakan tugas/ peran tsb.

**4) Harga diri**

- d. Hubungan pasien dengan orang lain

- e. Penilaian/ penghargaan orang lain terhadap diri pasien dan kehidupannya

**5) Ideal diri**

- a. Harapan pasien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/peran
- b. Harapan pasien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat)

**b. Perasaan pasien terhadap kondisi saat ini**

(Apakah merasa belum bisa menerima kondisi saat ini, marah, menyesal dan merasa bersalah, murung sedih, putus asa bahkan ingin bunuh diri atau sudah bisa menerima keadaan)

**c. Tahap kehilangan pasien saat ini**

(Ditentukan berdasarkan jawaban pasien pada point b)

**d. Koping**

1) Apa yang pasien lakukan dalam menghadapi kondisi sakit saat ini

2) Hasilnya setelah melakukan hal tersebut? Apakah membuat lega?, masalahnya teratasi?

**3) Sumber koping (aspek positif yang dapat mendukung penggunaan koping yang efektif)**

a) Secara Individu apakah yang memudahkan pasien menyelesaikan masalah? (pendidikan, pekerjaan, kebiasaan positif → disimpulkan oleh perawat)

**b) Dukungan Keluarga kepada pasien selama sakit**

(Support/ dukungan apa yang keluarga lakukan selama pasien sakit?)

**c) Dukungan Lingkungan (tetangga, teman, kerabat dll) pada pasien selama sakit**

(Support/ dukungan apa yang tetangga, teman lakukan selama pasien sakit?)

**8. Hubungan Sosial pasien (sebelum dan saat sakit)**

- a. **Orang yang dekat/ dijadikan tempat curhat bagi pasien.**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- b. **Peran serta atau keterlibatan pasien dalam kegiatan kelompok/ masyarakat**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- c. **Hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain**

**9. SEKSUALITAS**

**Kondisi seksualitas dikaitkan dengan kondisi sakit saat ini (khusus bagi pasangan suami istri)**

- a. **Pengaruh sakit terhadap hubungannya dengan pasangan (sesuai kebutuhan)**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- b. **Adakah masalah seksual/ reproduksi (sesuai kebutuhan)**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- c. **Jika ada, bagaimana cara mengatasinya**

## **10. SPIRITUAL**

- a. Pandangan pasien terhadap kehidupannya**  
(Apa arti kehidupan ini bagi pasien?)
  
- b. Keyakinan pasien akan penyakit yang dialami**  
(Apa yang pasien yakini tentang penyakitnya?)
  
- c. Keyakinan pasien akan kesembuhan penyakitnya**  
(Apakah pasien yakin bahwa penyakitnya akan sembuh?)
  
- d. Kegiatan keagamaan yang pasien lakukan selama sakit.**

## **11. TERAPI MEDIK**

**Tanggal:**

- a. Obat-obat Farmakologis:**

- b. Lain-lain**

**12. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Tanggal pemeriksaan:

a. Hasil Laboratoriuma

b. Hasil pemeriksaan diagnostik

**13. PERENCANAAN PULANG**

a. Rencana Tinggal setelah pulang

b. Orang yang akan merawat pasien di rumah

c. Ketersediaan fasilitas yang dapat memenuhi kegiatan sehari-hari pasien di rumah

(Apakah rumah pasien dekat dengan pasar, supermarket, apotik dll?)

d. Ketersediaan informasi/ fasilitas kesehatan yang dapat dicapai (protesa, apotik, fisioterapi dan tempat rujukan)

**e. Rencana kontrol**

**1) Kemana akan kontrol?**

**2) Siapa yang menemani?**

**3) Ketersediaan transportasi?**

**f. Yang akan pasien lakukan setelah di rumah?**

## II. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

### a. ALISIS DATA

NO	DATA	MASALAH KEPERAWATAN
1.	DS :  DO :	

**Ctt:** Data yang di tulis adalah data Mayor dan minor (jika ada) yang terkait atau mendukung masalah keperawatan

### b. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

## III. PERENCANAAN, IMPLEMENTASI DAN EVALUASI FORMATIF

PERENCANAAN					IMPLEMENTASI DAN EVALUASI FORMATIF
NO	DX KEP	TUJUAN	INTERVENSI	RASIONAL	
1		Jangka Panjang (TUM)  .....  .....  Jangka Pendek (TUK)			



		<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kriteria Evaluasi</p> <p>Setelah 2 atau 3 kali pertemuan pasien dapat:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
--	--	---	--	--	--

**Catatan:**

Tg:        Jam:

Pertemuan ke;

.....

.....

( tt dan nama jelas)

Respon pasien

Jam:

S:

O:

( tt dan nama jelas)

#### IV. EVALUASI SUMATIF (Catatan perkembangan)



TANGGAL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUK No.	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF DAN NAMA JELAS
			S:  O:  A:  P:  I :  E:  R:	

**Catatan:**

**Evaluasi Sumatif dilakukan apabila**

1. Kriteria waktu pada tujuan khusus telah tercapai
2. Terjadi penurunan kondisi pasien
3. Masalah teratasi sebelum waktunya
4. Ditemukannya masalah baru

## Lampiran 4 SPO Gangguan Gambaran Diri

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI BANDUNG JURUSAN KEPERAWATAN BANDUNG		
	Standar Prosedur Operasional (SPO)		
FORMULIR	PR.Jiwa-2018.V4.005	Versi 4	Tgl 06 November 2018

### TINDAKAN MENGATASI GANGGUAN GAMBARAN DIRI

#### A. TUJUAN

- a. Membantu pasien mengganti pikiran negative akibat perubahan struktur atau fungsi tubuh (mengatakan tubuhnya cacat, tidak sempurna) dengan pikiran positif ( bahwa bagian tubuh lain masih ada dan berfungsi)

#### B. RUANG LINGKUP

Indikasi dilakukan pada pasien yang mengalami gangguan gambaran diri

#### C. ACUAN

1. Gorman Linda N & Anwar Robynn.2014. Neeb's Fundamentals of Mental Health Nursing. . Ed.4. F.A. Davis Company.Philadelphia
2. Budi Anna Keliat. 2006. Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa.Ed2.Jkt:EGC
3. Diklat RSCM Bogor. 2007. Standar Proses Keperawatan Jiwa
4. PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta.
5. Townsend, Mary C. 2008. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Ed.4.By F.A. Davis Company. Philadelphia

#### D. DEFINISI

Gambaran diri adalah sikap,pendapat atau persepsi pasien tentang tubuhnya.

## E. PROSEDUR

1. Tanggung jawab dan wewenang
  - a. Bagian akademik sebagai penanggung jawab pembelajaran
  - b. Koordinator mata ajaran keperawatan Jiwa yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur pengkajian sampai dengan perencanaan pasien dengan gangguan kesehatan jiwa (psikiatrik)
  - c. Pembimbing praktek pendidikan dan lahan yang bertanggung jawab dalam membimbing dan menilai ketercapaian pelaksanaan prosedur tindakan setiap peserta didik secara objektif baik di laboratorium maupun di lahan praktek
2. Pelaksanaan
  - a. Pastikan bahwa pasien mengalami gangguan gambaran diri
  - b. Cuci tangan ( sesuai SPO)
  - c. Persiapan alat
    - 1) SPO gangguan gambaran diri
    - 2) pedoman penilaian tindakan mengatasi gangguan gambaran diri
  - d. Persiapan lingkungan
    - 1) Mengatur posisi berhadapan/sedikit menyamping (sesuai kebutuhan)
    - 2) Minimalkan stimulus bagi pasien & menjaga privacy dengan menutup gordin/pintu.
    - 3) Menjaga jarak terapeutik (45cm-120cm)
  - e. Persiapan pasien (Orientasi)
    - 1) Mengidentifikasi identitas pasien dengan benar
    - 2) Mengucapkan salam, tersenyum
    - 3) Memperkenalkan diri (status, nama dan nama panggilan)
    - 4) Menanyakan nama pasien dan nama panggilan yang disukai
    - 5) Mengevaluasi tindakan /interaksi sebelumnya yang terkait dengan tindakan yang akan dilakukan
    - 6) Menjelaskan rencana tindakan dan tujuannya
    - 7) Menyepakati kontrak (waktu, tempat dan topik)
    - 8) Membicarakan topik netral : menanyakan aktivitas yang sudah dilakukan dan perasaan pasien setelah melakukan aktivitas tersebut
    - 9) Menunjukkan respon verbal dan non verbal yang sesuai dengan kebutuhan pasien

Pelaksanaan :

### **Strategi Pelaksanaan:**

#### **I. Untuk perubahan struktur dan fungsi tubuh (post colostomy , amputasi,mastectomy dan luka bakar) :**

1. Melakukan validasi pandangan pasien terhadap perubahan struktur dan fungsi tubuh
2. Membantu pasien mengungkapkan perasaan takut akibat perubahan struktur dan fungsi tubuh
3. Mendengarkan dengan empati dan memberi dukungan atas pernyataan pasien yang positif
4. Menanyakan pada pasien pentingnya melakukan tindakan amputasi/mastectomy/colostomy (jika pasien memberi respon negatif)
5. Melakukan Penkes pada pasien dan keluarga, tentang:
  - a. phenomena/gejala phantom limb (pada post amputasi dan mastectomy)/sesuai kebutuhan :
    - 1) Menjelaskan bahwa segera setelah operasi , normal apabila muncul perasaan kebal, rasa terbakar dan perasaan seolah-olah anggota tubuh yang diamputasi/dimastectomy masih ada
    - 2) Fenomena/ gejala phantom pain (pada post amputasi dan mastectomy) /sesuai kebutuhan :
      - a) Menjelaskan bahwa akan muncul rasa nyeri pada bagian ujung yang diamputasi/mastectomy apabila tersentuh
      - b) Menjelaskan bahwa nyeri lebih banyak diakibatkan oleh adanya stres, marah, atau pada saat membicarakan amputasi/mastectomy
      - c) Menjelaskan bahwa fenomena/gejala tersebut dapat terjadi pada daerah yang diamputasi dalam jangka waktu 6 bulan sampai 2 tahun
  6. Memberi penkes tentang fenomena sakit lainnya:
    - a. Perawatan luka (sesuai kebutuhan)
    - b. Cara memodifikasi pebampilan akibat luka bakar /colostomy
    - c. Menjelaskan tentang cara melatih fungsi tubuh/anggota gerak yang terganggu
  7. Menanyakan kepada pasien tentang rencana tindak lanjut setelah amputasi/mastectomy terkait dengan penggunaan protesa
  8. Menjelaskan tentang penggunaan protesa/alat bantu (sesuai kebutuhan)
  9. Menyarankan kepada pasien agar mengganti pikiran negatif dengan pikiran positif

10. Menjelaskan bahwa pikiran dan perasaan negatif dapat mengganggu pasien dalam kehidupan sehari-hari

**II. Untuk perubahan struktur atau fungsi tubuh akibat tindakan /penyakit tertentu**

1. Menanyakan kepada klien dan keluarga pentingnya tindakan operasi
2. Menjelaskan kepada pasien pentingnya tindakan operasi (jika pasien memberikan respon negative)
3. Membantu pasien mengungkapkan perasaan takut akibat perubahan struktur /fungsi tubuh setelah tindakan operasi/penyakit tertentu
4. Mendengarkan dengan empati dan memberi dukungan atas pernyataan pasien yang positif
5. 5. Menyarankan kepada pasien agar mengganti pikiran negative akibat tindakan operasi dengan pikiran positif
6. Menjelaskan bahwa pikiran dan perasaan negative dapat mengganggu aktivitas pasien dalam kehidupan sehari-hari

**III. Untuk Perubahan Fungsi Tubuh akibat gagal ginjal kronis chemoterpi/ radiotherapy**

1. Menjelaskan pada pasien bahwa perubahan warna kulit bagian dari proses penyakit ( pada gagal ginjal)
2. Menjelaskan bahwa rambut yang rontok akibat chemo/radiotherapy akan tumbuh lagi
3. Menganjurkan untuk menghindari pakaian yang membuat perubahan warna kulit semakin terlihat jelas

**Fase Terminasi**

1. Mengingatkan waktu interaksi akan segera berakhir
2. Menanyakan perasaan pasien tentang berakhirnya interaksi
3. Meminta pasien menceritakan apa yang telah di diskusikan
4. Membuat rencana tindak lanjut
5. Menyepakati kontrak baru untuk pertemuan berikutnya
6. Mengucapkan salam dengan ramah, sopan dan bersahabat

## F. PENGENDALIAN/PEMANTAUAN

1. Absensi mahasiswa dan dosen yang telah ditanda tangani
2. Dokumentasi laporan asuhan keperawatan
3. Format penilaian tindakan pengkajian keperawatan gangguan jiwa yang telah di tanda-tangani dan diberi nama jelas instruktur yang menilai dan peserta didik yang bersangkutan

### 1. DOKUMEN

SPO No : tentang cuci tangan



SPO No : tentang komunikasi terapeutik

SPO No : tentang etika


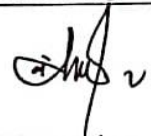

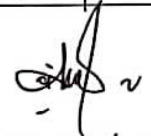

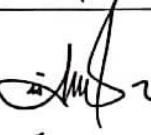




### 2. PENGESAHAN

<p>Disusun oleh: a.n. Tim Kep Jiwa</p> <p>Nani Avianti,SKp.,MSi</p>	<p>Diperiksa oleh: Ka Prodi D III Keperawatan</p> <p>Hj.Sri Ramdaniati.,SKp.,M.Kep</p>	<p>Disetujui dan disahkan oleh: Ketua Jurusan Keperawatan Bandung</p> <p>Dr.H.Asep Setiawan,SKp.,M.Kes</p>
---	--	--



## Lampiran 5 Lembar Bimbingan

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	











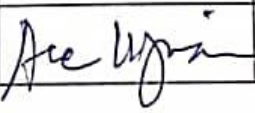
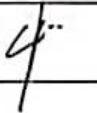

Nama Mahasiswa : Azmi Najmyanti  
 NIM : P17320120012  
 Nama Pembimbing Utama : Hj. Desmanarti .2.1 SKe., Msi  
 Nama Pembimbing Pendamping : Drs. H. Ruman . S.Ke., Ners., M.A. Kes.  
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada pasien Gangguan Citra tubuh Dengan kanker payudara

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	Kamis 25 Mei 2023	Konsul ASKEP	- Perhatikan Pengelompokan Keluhan pasien		
2	Selasa 30 Mei 2023	Revisi ASkep Konsul Bab 4 dan 5	- Perhatikan Penulisan		
3	Rabu 31 Mei 2023	Revisi BAB 4 dan 5	Intervensi dan implementasi muat di lampiran		
4	Senin 05 Juni 2023	Konsul ABSTRAK	tidak boleh lebih dari 200 kata		
5	Selasa 06 Juni 2023	ACC BAB 4 dan 5			
6					



	<b>POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES</b>	
	<b>LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH</b>	

Nama Mahasiswa : Azmi Naimiyanti  
 NIM : P17320120012  
 Nama Pembimbing : Drs. H. Ruzman, S.Kep., Ners., M.A. Kes  
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada pasien Gangguan Citra Tubuh dengan konter payudara

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	17 mei 2023	Konsul Askep	Perhatikan Pengelompokan data		
2	Jum'at 26 mei 2023	Revisi Askep	semua diagnosa masuk		
3	Selasa 30 mei 2023	Konsul Baby	Pertuat pengelasan Para ahli		
4	Rabu 31 mei 2023	Revisi BABU dan S	Perhatikan Penulisan		
5	Senin 05 Juni 2023	ABSTRAK	tidak lebih dari 200 kata		
6	06 Juni 2023				

## Lampiran 6 Intervensi dan Implementasi

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi dan Evaluasi Formatif
			Intervensi	Rasional	
1	Nyeri Akut	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 5 x 8 jam, Nyeri Akut dapat terkontrol sesuai dengan dengan kriteria hasil: 1. Skala nyeri menurun 2. Frekuensi dan durasi nyeri berkurang, tidak sepanjang hari 3. Mampu mengontrol nyeri 4. Ekspresi meringis dapat berkurang dan terkendali	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memper berat rasa nyeri (mis. Suhu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri</li> <li>2. Untuk mengetahui seberapa parah rasa nyeri yang dialami oleh pasien</li> <li>3. Untuk mengetahui apa saja yang memperburuk dan memperingan keadaan nyerinya</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Agar pasien mengetahui kondisinya dan mempermudah perawatan</li> <li>3. Agar dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien</li> </ol>	<p><b>Tanggal 13 April 2023</b> <b>Jam 15.00</b></p> <p><b>Implementasi Ke-1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pengkajian nyeri</li> <li>- Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Menjelaskan penyebab dari rasa nyeri yang dialami pasien</li> <li>- Mengajarkan pasien teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p><b>Evaluasi formatif</b> <b>Jam 15.20</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada bagian payudara sebelah kannya</li> <li>- Nyeri dirasakan seperti payudaranya ditarik dan terasa kaku</li> <li>- Nyeri dirasakan ketika pasien bergerak dan</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Perencanaan Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
			<p>rungan,pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyer</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgesik</li> </ol>	<p>dengn menggunakan teknik nonfarmakologis</p> <p>4. Agar kebutuhan tidur pasien terpenuhi</p>	<p>berkurang ketika pasien terlentang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 5</li> <li>- Pasien mengatakan sudah mengetahui bahwasannya nyeri yang dialaminya merupakan gejala normal setelah dilakukan tindakan operasi</li> <li>- Pasien mengatakan ia mengetahui bagaimana teknik non farmakoogi untuk mengurangi rasa nyeri yang dialaminya</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sedikit meringis ketika bergerak</li> </ul> <p><b>Tanggal 14 April 2023</b> <b>Jam 08.00</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pengkajian skala nyeri</li> <li>- Mengontrol lingkungan sekitar pasien</li> <li>- Menanyakan pasien terkait</li> </ul>

			Perencanaan		
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
					<p>dengan teknik non farmakologi yang telah diajarkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berkolaborasi dengan dokter pemberian analgesik</li> </ul> <p><b>Evaluasi formatif</b>  <b>Jam 08.30</b>  <b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada bagian payudaranya sebelah kiri</li> <li>- Nyeri dirasakan seperti payudaranya ditarik dan merasa kaku</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri dirasakan ketika pasien bergerak dan berkurang ketika pasien terlentang</li> <li>- Skala nyeri 5</li> <li>- Pasien mengatakan ia mengetahui bagaimana cara manajemen nyeri</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis ketika bergerak</li> </ul>

			Perencanaan		
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan obat analgesik ( Rativol) melalui intravena</li> <li>- Lingkungan pasien terjaga</li> </ul> <p><b>Tanggal 15 April 2023</b> <b>Jam 08.30</b> <b>Implementasi ke-3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pengkajian skala nyeri</li> <li>- Mengontrol lingkungan sekitar pasie</li> <li>- Menanyakan pasien terkait dengan teknik non farmakologi atau manajemen nyeri yang telah diajarkan</li> <li>- Berkoaborasi dengan dokter terkait pemberian analgesik</li> </ul> <p><b>Evaluasi Formatif</b> <b>Jam 09.00</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada bagian payudaranya sebelah kiri</li> <li>- Nyeri dirasakan seperti payudaranya ditarik dan merasa kaku</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi dan Evaluasi Formatif
			Intervensi	Rasional	
2.	Defisit pengetahuan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2 x 8 jam, maka Defisit pengetahuan dapat teratasi sesuai dengan dengan kriteria hasil:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Jelaskan bagaimana melakukan perawatan luka post operasi dirumah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dengan melihat kesiapan pasien dapat mempermudah pasien dan keluarga dalam memahami penjelasan yang diberikan</li> <li>2. Pasien dapat mengetahui bagaimana cara meakukan perawatan luka pasca operasi di rumah</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri dirasakan ketika pasien bergerak dan berkurang ketika pasien terlentang</li> <li>- Skala nyeri 4</li> <li>- Pasien mengatakan ia mengetahui bagaimana cara memajemen nyeri</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sedikit meringis ketika bergerak</li> <li>- Memberikan obat analgesik ( Rativol) melalui intravena</li> <li>- Lingkungan pasien terjaga</li> </ul> <p><b>Tanggal 16 April 2023</b> <b>Jam 16.00</b> <b>Implementasi Ke-4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pengkajian skala nyeri</li> <li>- Mengontrol lingkungan sekitar pasien</li> <li>- Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien beserta keluarga untuk menerima informasi</li> </ul>

			Perencanaan		
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
		1. Pasien dan keluarga mampu memahami bagaimana cara perawatan luka di rumah			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan edukasi mengenai perawatan luka post op di rumah</li> </ul> <p><b>Evaluasi Formatif</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan skala nyerinya berkurang menjadi 3</li> <li>- Pasien mengatakan ia tidak terlalu mengerti bagaimana cara perawatan luka karena tidak dipraktikkan secara langsung</li> </ul> <p><b>Tanggal 17 April 2023</b>  <b>Jam 08.00</b>  <b>Implementasi Ke-5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pengkajian skala nyeri</li> <li>- Mengontrol lingkungan sekitar pasien</li> <li>- Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien beserta keluarga untuk menerima informasi</li> <li>- Memberikan edukasi dan</li> </ul>

			Perencanaan		
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
					<p>memberikan contoh bagaimana cara perawatan luka post op di rumah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan obat analgesik sesuai indikasi dokter</li> <li>- Melibatkan keluarga dalam memberikan edukasi mengenai perawatan luka di rumah</li> </ul> <p><b>Evaluasi Formatif</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan skala nyeri nya 2</li> <li>- Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti bagaimana cara melakukan perawatan luka di rumah</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lingkungan pasien terjaga</li> <li>- Pasien sudah tidak meringis lagi</li> <li>- Pasien dan keluarga dapat menjawab pertanyaan mengenai perawatan luka</li> </ul>



**EVALUASI SUMATIF (catatan perkembangan)**

<b>Tanggal/jam</b>	<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>TUK No.</b>	<b>Catatan perkembangan</b>	<b>Paraf dan nama jelas</b>
17 April 2023 08.00	Nyeri Akut	1	S : Pasien mengatakan skala nyeri nya 2 O : Pasien tampak tenang tidak meringis ketika bergerak atau beraktifitas A : Masalah teratasi P : Intervensi dilanjutkan di rumah	
17 April 2023 08.20	Defisit Pengetahuan	2	S : Pasien mengatakan ia sudah mengetahui bagaimana cara perawatan luka post operasi di rumah O : Pasien dan keluarga dapat menjawab pertanyaan mengenai cara perawatan luka di rumah A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	

## Lampiran 7 Daftar Riwayat Hidup

### BIODATA PENULIS



Nama : Azmi Najmiyanti

Tempat, Tanggal Lahir : Bandung, 18 Februari 2002

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Kp. Gombong 01/02, Ds. Cipicung, Kec.  
Banyuresmi, Kab. Garut

Riwayat Pendidikan :

1. TK Tadika Antares 2007-2008
2. SDN Cipicung 1 2008-2014
3. Mts. Baiturrahmah M 2014-2017

4. SMA At-Tajdid Boarding            2017-2020  
School
5. Poltekkes Kemenkes RI Bandung 2020-2023