

# **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

**PENJELASAN PENELITIAN**  
*(Informed Consent)*

Pringsewu , Juni 2021

Kepada Yth,  
Calon Responden  
Di tempat  
Dengan hormat

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dwi Triana

Nim : 144012018019

Mahasiswa : Fakultas kesehatan universitas muhammadiyah pringsewu

Assalamualaikum Wr.Wb

Dengan surat penjelasan persetujuan ini diharapkan agar saudara berkenan untuk bersedia menjadi pasien penelitian yang saya ajukan. Saya mahasiswa Universitas Muhammadiyah Pringsewu Program Studi DIII Keperawatan akan melakukan penelitian/Asuhan Keperawatan yang berjudul “Asuhan keperawatan klien demam typhoid dengan masalah keperawatan ketidakefektifan Termoregulasi di RSUD Pringsewu tahun 2021”.

Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi responden, kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga dan dirahasiakan serta hanya digunakan untuk kepentingan peneliti. Jika saudara tidak bersedia menjadi responden, maka tidak menjadi ancaman bagi saudara. Apabila saudara menyetujui maka kami mohon kesediaan saudara untuk menandatangani lembar yang kami sertakan ini.

Atas perhatian dan kesediaan saudara, saya ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum Wr.Wb.

Pringsewu, 2021  
Peneliti

Dwi Triana

## PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Jenis kelamin :

Setelah mendapat penjelasan oleh peneliti tentang penelitian “Asuhan keperawatan klien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan di RSUD Pringsewu Tahun 2021”, Maka dengan ini menyatakan **bersedia** atau **tidak bersedia** untuk menjadi responden dalam penelitian ini, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Saya akan menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan oleh peneliti dengan jujur dan apa adanya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebaik-baiknya.

Pringsewu, 2021

(.....)

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
KOMPRES HANGAT**

<b>KOMPRES HANGAT</b>	
Pengertian	Kompres Hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan
Tujuan	Memperlancar sirkulasi darah Menurunkan suhu tubuh Mengurangi rasa sakit Memberi rasa hangat, nyaman dan teang pada klien
Persiapan alat	Air hangat Washlap Sarung tangan (handscoon) Handuk kering
Persiapan pasien	Berisalam, perkenalkan diri anda, dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien Atur posisi pasien sehingga merasakan aman nyaman
Cara Kerja	Beritahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai Tinggikan tempat tidur sampai pasien nyaman Cek alat-alat yang akan digunakan Dekatkan alat-alat ketempat tidur Atur posisi senyaman pasien Cuci tangan dan pakai handscoon Periksa TTV pasien sebelum mulai backrup (terutama nadi dan tekanan darah) Kebersihan alat diperhatikan (kompres hangat diletakkan dibagian yang diperlukan (dahi, aksila. Lipat paha) Minta pasien untuk mengungkapkan ketidaknyamanan saat dilakukan kompres

	<p>Kaji kembali kondisi kulit sekitar pengompresan, hentikan pengompresan jika ditemukan kemerahan pada kulit</p> <p>Jika sudah keringkan bagian yang dikompres</p> <p>Rapihkan pasien keposisi semula</p> <p>Beritahu bahwa tindakan sudah selesai</p> <p>Bereskan ala-alat dan lepas handscoon</p>
Evaluasi	<p>Kaji respon pasien (respon subjek dan objek)</p> <p>Berikan reinforcement positif pada pasien</p> <p>Buat kontrak pertemuan selanjutnya</p> <p>Akhiri kegiatan dengan baik</p> <p>Dokumentasikan prosedur dan hasil observasi</p>

## SOP PENGUKURAN SUHU TUBUH

<b>PENGUKURAN SUHU TUBUH</b>	
Pengertian	Mengukur suhu tubuh adalah kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui suhu tubuh pasien dengan menggunakan alat thermometer digital
Tujuan	Pengukuran suhu tubuh ini bertujuan untuk mengetahui suhu tubuh pasien dengan menggunakan alat thermometer digital
Alat	Termometer Lap bersih / tissue
Prosedur Pelaksanaan	<p>Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada</li><li>Membawa alat di dekat pasien dengan benar</li></ul> <p>Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Memberikan salam terapeutik</li><li>Validasi</li><li>Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga</li><li>Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan</li></ul> <p>Tahap Kerja</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Cuci tangan</li><li>Bersihkan thermometer dengan lap bersih</li><li>Pegang ermometer pada puncak batangnya, dan pegang ujung thermometer yang tumpul dengan ibu jari dan jari kedua</li><li>Tekan tombol on/off pada thermometer sampai muncul "lo" di layar 4 petugas membuka baju yang menutupi ketiak pasien, lalu petugas menempelkan ujung thermometer ke ketiak pasien, turunkan lengan dan silangkan lengan bawah pasien keatas dada.</li><li>Tunggu sampai terdengar bunyi "tit" pertanda suhu telah terukur</li><li>Ambil thermometer dan bersihkan dengan lap bersih dengan gerakan memutar</li><li>Baca angka pada layar yang menunjukkan suhu badan</li></ul>

	pasien Tekan tombol on/off untuk mematikan termometer Catat hasil pemeriksaan pada kartu status pasien		
Diagram alir	<p style="text-align: center;">Membersihkan Termometer</p> <p style="text-align: center;">Memegang termometer pada puncak batangnya</p> <p style="text-align: center;">Menekankan tombol on/off</p> <p style="text-align: center;">Membuka baju yang menutupi ketiak pasien</p> <p style="text-align: center;">Menunggu sampai terdengar bunyi "SIT"</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Mengambil termometer dan membersihkannya</p> <p style="text-align: center;">Membaca angka pada layar termometer</p> <p style="text-align: center;">Menekan tombol on/off</p> <p style="text-align: center;">Mencatat hasil pemeriksaan</p>		
Rekam Histori	No	Isi Perubahan	Tanggal Pengukuran Suhu

Perubahan			
-----------	--	--	--

**FORMAT PENGAJIAN  
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Ruang : .....  
No. *Medical Record* : .....  
Tanggal Pengkajian : .....  
Pukul : .....

**A. DATA DASAR**

**1. DATA DEMOGRAFI**

---

---

---

---

---

---

---

Sumber informasi

---

---

---

---

---

---

---

**2. RIWAYAT KESEHATAN**

a. Riwayat kesehatan masuk RS (UGD/Poliklinik)

---

---

---

---

---

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian/Riwayat Penyakit Sekarang

1). Keluhan Utama : (PQRST)

---

---

---

---

---

2). Keluhan penyerta

---

---

---

c. Riwayat Kesehatan Lalu

---

---

---

d. Riwayat Kesehatan Keluarga :

---

---

---

e. Riwayat Psikososial – spiritual:

---

---

---

---

f. Pengetahuan Pasien & Keluarga

---

---

---

---

g. Lingkungan

---

---

---

---

h. Kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit:

No	Pola Kebiasaan	Sebelum Sakit	Saat sakit
1)	Pola Nutrisi & Cairan	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
2)	Pola Eliminasi	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

3)	Pola Personal Hygiene	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
4)	Pola Istirahat & Tidur	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
5)	Pola Aktivitas & Latihan	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
6)	Pola Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

### 3. PENGKAJIAN FISIK

#### a. Pemeriksaan umum

---



---



---



---

#### b. Pemeriksaan fisik per system

1). Sistem Penglihatan

---

---

---

---

2). Sistem Pendengaran

---

---

---

---

3). Sistem Wicara

---

---

---

---

4). Sistem Pernafasan

---

---

---

---

5). Sistem Kardiovaskuler

---

---

---

---

6). Sistem Neurologi

---

---

---

---

7). Sistem Pencernaan

---

---

---

---

---

8). Sistem Immunology

---

---

---

---

---

9).Sistem Endokrin

---

---

---

---

10). Sistem Urogenital

---

---

---

11).SistemIntegumen

---

---

---

---

12).SistemMuskuloskeletal

---

---

---

---

**4. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Pemeriksaan Diagnostik

---

---

---

Pemeriksaan Laboratorium

---

---

---

**5. PENATALAKSANAAN**

a. Penatalaksanaan Medis (Therapi obat, Operatif dan lain-lain)

---

---

---

---

b. Penatalaksanaan Keperawatan (Saat pengkajian)

---

---

---

---

**6. RESUME KONDISI KLIEN (Saat di IGD sampai saat pengkajian)**

---

---

---

---

---

**B. DATA FOKUS**

Data Subjektif

---

---

---

Data Objektif

---

---

---

**C. ANALISA DATA**

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : _____ _____ DO : _____ _____		
2.	DS : _____ _____ DO : _____ _____		
3.	DS : _____ _____ DO : _____ _____		
Dst..			

**D. DIAGNOSA KEPERAWATAN SESUAI DENGAN PRIORITAS**

**E. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama Klien : .....

Dx. Medis : .....

Ruang : .....

No. MR : .....

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan(SMART)	RencanaTindakan	Rasional

**F. CATATAN PERKEMBANGAN**

NamaKlien : .....  
Dx. Medis : .....  
Ruang : .....  
No. MR : .....

No	Tanggal	Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Paraf	Evaluasi ( SOAP )