

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian dan Surat Keterangan Selesai Penelitian

KESEHATAN DAERAH MILITER V/ BRAWIJAYA  
RUMAH SAKIT Tk. II dr. SOEPRAOEN

Malang, 10 Februari 2020

Nomor : B/ RS / II / 2020  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : 1 lembar  
Perihal : Jawaban Permohonan Ijin Penelitian  
Mahasiswa an. Maya Rusita Dewi dkk.  
2 orang.

Kepada  
Yth. Ketua Jurusan DIII Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Malang  
di  
Malang


1. Berdasarkan Surat Ketua Jurusan DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang Nomor LB.02.03/3/3830/2019 tanggal 18 Desember 2019, LB.02.03/3/3952/2020 tanggal 02 Januari 2020 dan LB.02.03/3/3844/2019 tanggal 18 Desember 2019 tentang Permohonan Ijin Penelitian.

2. Sehubungan hal tersebut di atas, dengan ini Karumkit Tk.II dr. Soepraoen memberikan Ijin kepada Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang sesuai daftar terlampir untuk melaksanakan Penelitian dengan ketentuan sebagai berikut:

- Peneliti/Enumerator wajib menaati ketentuan Etik Penelitian Kesehatan yang berlaku dan Protokol Penelitian yang sudah disetujui.
- Peneliti/Enumerator wajib menggunakan pakaian/atribut resmi selama melaksanakan kegiatan penelitian.
- Peneliti/Enumerator wajib lapor kepada supervisi area penelitian yang ditunjuk sebelum dan setelah kegiatan penelitian.
- Peneliti wajib mempresentasikan hasil penelitian di hadapan tim penelaah hasil penelitian Rumkit Tk.II dr. Soepraoen sebelum laporannya dipublikasikan.
- Peneliti wajib menyerahkan laporan resmi hasil penelitian ke Seksi Litbangkes Rumit Tk.II dr. Soepraoen (dalam bentuk Hardcopy dan Data digital/CD).
- Hal yang bersifat teknis dan administrasi agar dikoordinasikan dengan Seksi Litbangkes Rumkit Tk.II dr. Soepraoen.

3. Demikian mohon dimaklumi.

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen  
Wakil/Kepala,

  
Zainal Alim, Sp. OG.  
Letnan Kolonel Ckm NRP 11930096830469

Tembusan :

- Direktur Poltekkes Kemenkes Malang
- Kabid. Diklat dan Litbangkes RS Tk.II dr. Soepraoen
- Kainstalwatnap Rumkit Tk.II dr. Soepraoen



**KESEHATAN DAERAH MILITER V/ BRAWIJAYA**  
**RUMAH SAKIT TK. II dr. SOEPROAEN**

Jalan Sodanco Supriadi No. 22 Malang 65147 Telp. (0341) 325111/325112



**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 240/VI/2020

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **dr. Zainal Alim, Sp. OG**  
Pangkat / NIP : **Letkol Ckm NRP. 11930096830469**  
Jabatan : **Wakil Kepala**  
Kesatuan : **Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen**

Menerangkan bahwa:

Nama : **Trisna Dwi Hapsari**  
NIM : **P17210173036**  
Nama Institusi : **Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**  
Fakultas : **-**  
Jurusan/Prodi : **Keperawatan/Prodi D-III Keperawatan Malang**

Telah melaksanakan penelitian pada tanggal 23 Februari s.d. 15 Maret 2020 di Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen untuk tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Efusi Pleura dengan Gangguan Kebutuhan Oksigen di Ruang Cempaka Rs. Tk. II dr Soepraoen Malang" dan hasilnya telah dipresentasikan di hadapan tim penelaah hasil penelitian.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 19 Juni 2020

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen  
Wakil Kepala,



dr. Zainal Alim, Sp. OG.  
Letnan Kolonel Ckm NRP 11930096830469

Lampiran 2 *Informed Consent*

**Lembar Informasi dan Kesediaan  
(Information and Consent Form)  
Subjek Penelitian Kesehatan di Rumkit Tk.II dr. Soepraoen**

Kami menyarankan agar Anda menggunakan format berikut dalam menyusun Lembar Informasi dan Kesediaan. Beberapa hal yang tercantum dalam format ini mungkin tidak relevan dengan penelitian Anda, sehingga Anda diharapkan dapat memilih dan menambahkan hal-hal yang sesuai untuk penelitian Anda. Tuliskan semua informasi dengan bahasa yang singkat, jelas dan disesuaikan dengan tingkat pendidikan partisipan penelitian. ..

Saya, Trisna Dwi Hapsari mahasiswi Diploma III Keperawatan Malang Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Saya ingin mengajak Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian saya yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Klien Efusi Pleura Dengan Gangguan Kebutuhan Oksigenasi di Ruang Cempaka RS. Tk. II dr. Soepraoen Malang".

Untuk itu, saya akan menjelaskan beberapa hal yang berhubungan dengan penelitian ini:

1. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah melakukan asuhan keperawatan pada pasien efusi pleura dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi di ruang cempaka RS. Tk. II dr. Soepraoen Kota Malang.

2. Keikutsertaan Sukarela

Partisipasi Anda dalam penelitian ini adalah sukarela tanpa paksaan. Anda berhak untuk menolak keikutsertaan dan berhak pula untuk mengundurkan diri dari penelitian ini, meskipun Anda sudah menyatakan kesediaan untuk berpartisipasi. Tidak akan ada kerugian atau sanksi apa pun (termasuk kehilangan perawatan kesehatan maupun terapi yang seharusnya Anda terima) yang akan Anda alami akibat penolakan atau pengunduran diri Anda. Jika Anda memutuskan untuk tidak berpartisipasi atau mengundurkan diri dari penelitian ini, Anda dapat melakukannya kapan pun.

3. Durasi (lama) Penelitian, Prosedur Penelitian, dan Tanggungjawab Partisipan

Pada penelitian ini, akan diberikan asuhan keperawatan yang terdiri dari dua orang klien. Pemberian asuhan keperawatan ini akan dilakukan minimal 7 hari perawatan sampai pasien pulang pada masing-masing klien. Bahan penelitian berupa



standar operasional prosedur, dan format asuhan keperawatan medikal bedah. Prosedur pengambilan data dilakukan dengan cara meminta persetujuan terlebih dahulu kepada Bapak/Ibu bahwa Bapak/Ibu bersedia menjadi responden dalam penelitian saya.

4. Manfaat Penelitian

Partisipasi Anda dalam penelitian ini dapat memberikan manfaat untuk Anda/orang lain berupa memberikan penanganan lebih lanjut di rumah (rehabilitasi) yang dapat membantu kesembuhan klien dan mencegah kekambuhan penyakit Efusi Pleura. Selain itu juga dapat digunakan sebagai masukan pemberian asuhan keperawatan pada klien gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi dengan Efusi Pleura.

5. Risiko dan Ketidakyamanan

Risiko yang mungkin terjadi dalam penelitian ini yaitu pemberian terapi oksigen yang berlebihan dan tidak sesuai dosis serta kondisi pasien yang menyebabkan keracunan oksigen, iritasi saluran napas, keringnya mukosa hidung dan saluran napas, depresi napas, kerusakan jaringan paru.

6. Kompensasi

Sebagai *reward/reinforcement* hadiah karena bersedia menjadi responden peneliti akan memberi barang berupa masker. Apabila selama dilakukan penelitian terdapat risiko lebih dari minimal atau kondisi pasien menjadi lebih buruk, peneliti akan membiayai fasilitas pengobatan dan kompensasi jika terjadi kematian.

7. Kerahasiaan

Dalam penelitian ini identitas anda akan dirahasiakan sepenuhnya. Apabila di kemudian hari anda merasa keberatan meneruskan penelitian ini, anda dapat menghentikan peran sebagai responden dalam penelitian ini.

8. Klarifikasi


Demikian permohonan menjadi responden ini saya buat, untuk informasi atau hasil penelitian yang akan didapatkan nanti, peneliti akan bertanggungjawab sepenuhnya agar tidak disalahgunakan. Bila dibutuhkan kontak peneliti dapat menghubungi nomor 085749201151 atas nama Trisna Dwi Hapsari.

## 9. Kesiadaan

Jika Anda bersedia untuk berpartisipasi maka Anda akan mendapatkan satu salinan dari lembar informasi dan kesiadaan ini. Tandatangan Anda pada lembar ini menunjukkan kesiadaan Anda untuk menjadi partisipan dalam penelitian.

Tanggal: 16 - 3 - 2020

Tandatangan Partisipan atau Wali \*),

  
 ..... (Trisna Dwi Hapsari) .....

\*) Yang bertandatangan adalah orangtua atau wali dari partisipan:

Nama : Tp. A.Z (Cdr. I)


Usia : 54 thn

Alamat : Belimbong

Alamat orangtua/wali : Belimbong

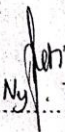
No. telp orangtua/wali :

Yang menyampaikan informasi:

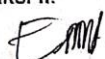
  
 .....  
 (TRISNA DWI HAPSARI)



Saksi I:

  
.....  
Ny. T. ....

Saksi II:

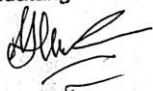
  
.....  
EVA APRILYA SUTYONO

## 9. Kesiediaan

Jika Anda bersedia untuk berpartisipasi maka Anda akan mendapatkan satu salinan dari lembar informasi dan kesiediaan ini. Tandatangan Anda pada lembar ini menunjukkan kesiediaan Anda untuk menjadi partisipan dalam penelitian.

Tanggal: 14-2-2020

Tandatangan Partisipan atau Wali \*),



\*) Yang bertandatangan adalah orangtua atau wali dari partisipan:

Nama : Tn. A.K. (Ny. I)

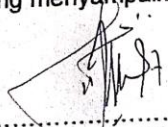
Usia : 34 thn

Alamat : Malang

Alamat orangtua/wali : Malang

No. telp orangtua/wali :

Yang menyampaikan informasi:



(TRISNA DWI HAPSARI)



Saksi I:

*Ymwen*  
.....  
*My. I.*

Saksi II:

*[Signature]*  
.....

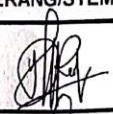







## Lampiran 3 Absensi Penelitian

RUMAH SAKIT TK. II dr. SOEPRAOEN  
SEKSI PENELITIAN & PENGEMBANGAN KESEHATAN

## ABSENSI PENELITIAN

Nama Peneliti : TRICHA DWI HARSARI NIM : P17210193036  
Judul Penelitian : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN EFUSI TEUKA DENGAN  
PANGGULAN KEBUTUHAN OKSIGENASI DI RUANG CEMPAKA RS. TK II. dr. SOEPRAOEN  
MAKANG  
Asal Institusi : POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MAKANG  
Area Penelitian : \_\_\_\_\_

NO	HARI/TANGGAL	NAMA UNIT	TTD KA UNIT/NAMA TERANG/STEMPEL
1.	Jum'at / 14 Februari 20	Rawat map. Ruang Cempaka	
2.	Kamis / 27 Februari 20	Rawat map. Ruang Cempaka	
3.	Jum'at / 28 Februari 20	Rawat map Ruang Cempaka	
4.	Sabtu / 20 Februari 20	Rawat map Ruang Cempaka	
5.	Rabu / 11 Maret 20	Rawat map Ruang Cempaka	
6.	Kamis / 12 Maret 20	Rawat map Ruang Cempaka	

Catatan: Absensi ini harap dikembalikan ke Si Litbangkes Rumkit Tk.II dr. Soepraoen sebagai syarat Presentasi Hasil dan pengurusan Surat Keterangan selesai Penelitian.

## Lampiran 4 Format Pengkajian

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN****FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

Tanggal MRS	:	Jam Masuk	:
Tanggal Pengkajian	:	No. RM	:
Jam Pengkajian	:	Diagnosa Masuk	:
Hari rawat ke	:		

**IDENTITAS KLIEN**

1. Nama :
2. Jenis Kelamin :
3. Umur :
4. Status Kawin :
5. Suku/ Bangsa :
6. Agama :
7. Pendidikan :
8. Pekerjaan :
9. Alamat :
10. Sumber Biaya :

**IDENTITAS KELUARGA PASIEN (Yang dapat Dihubungi)**

1. Nama :
2. Jenis Kelamin :
3. Umur :
4. Agama :
5. Pendidikan :
6. Pekerjaan :
7. Alamat :
8. Hubungan dengan klien:

**KELUHAN UTAMA**

Keluhan utama:.....

.....

.....

.....



**RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

1. Riwayat Penyakit Sekarang:

.....

.....

.....

**RIWAYAT PENYAKIT DAHULU**

1. Pernah dirawat : ya  tidak  kapan :..... diagnosa :.....

2. Riwayat penyakit kronik dan menular ya  tidak  jenis.....  
 Riwayat kontrol : .....

Riwayat penggunaan obat :.....

3. Riwayat alergi:

Obat ya  tidak  jenis.....

Makanan ya  tidak  jenis.....

Lain-lain ya  tidak  jenis.....

4. Riwayat operasi: ya  tidak

- Kapan : .....

- Jenis operasi : .....

5. Lain-lain:

.....

.....

.....

.....

.....

**RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA**

Ya  tidak

- Jenis : .....

.....

- Genogram

**PERILAKU YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN**

Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan:

Alkohol    ya  tidak     keterangan.....

Merokok    ya  tidak

keterangan.....

Obat    ya  tidak

keterangan.....

Olah raga    ya  tidak

keterangan.....

**OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK**

**1. Tanda tanda vital**

S:                    N:                    T:                    RR:

Kesadaran    Compos Mentis     Apatis     Somnolen     Sopor     Koma

**2. Sistem Pernafasan (B1)**

a. RR:.....

b. Keluhan:                     sesak                     nyeri waktu nafas                     orthopnea  
                   Batuk                     produktif                     tidak produktif

Sekret:.....                    Konsistensi :.....

Warna:.....                    Bau :.....

c. Penggunaan otot bantu nafas:

.....  
 .....

d. PCH                     ya                     tidak

e. Irama nafas                     teratur                     tidak teratur

f. Pleural Friction

rub:.....

g. Pola nafas                     Dispnoe                     Kusmaul                     Cheyne Stokes                     Biot

h. Suara nafas                     Cracles                     Ronki                     Wheezing

i. Alat bantu napas                     ya                     tidak

Jenis.....                    Flow.....lpm

j. Penggunaan WSD:

- Jenis  
                   : .....

- Jumlah cairan  
                   : .....

**Masalah Keperawatan :**



- Undulasi  
:.....
- Tekanan  
:.....

k. Tracheostomy: ya  tidak

.....

.....

l. Lain-lain:

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Sistem Kardio vaskuler (B2)**

- a. TD :
- b. N :
- c. Keluhan nyeri dada:  ya  tidak
- P :.....
- Q :.....
- R :.....
- S :.....
- T :.....

**Masalah Keperawatan :**

- d. Irama jantung:  reguler  ireguler
- e. Suara jantung:  normal (S1/S2 tunggal)  murmur
- gallop  lain-lain.....

f. Ictus  
Cordis: .....

- g. CRT :.....detik
- h. Akral:  hangat  kering  merah  basah  pucat
- panas  dingin

i. Sikulasi perifer:  normal  menurun

- j. JVP :.....
- k. CVP :.....
- l. CTR :.....

m. ECG & Interpretasinya:

.....

.....

.....

.....

.....

n. Lain-lain :





**5. Sistem perkemihan (B4)**

- a. Kebersihan genetalia:  Bersih  Kotor
- b. Sekret:  Ada  Tidak
- c. Ulkus:  Ada  Tidak
- d. Kebersihan meatus uretra:  Bersih  Kotor
- e. Keluhan kencing:  Ada  Tidak

**Masalah Keperawatan**

Bila ada, jelaskan:

.....

.....

.....

.....

.....

..... Kemampuan

berkemih:

- Spontan  Alat bantu,

sebutkan: .....

Jenis :.....

Ukuran :.....

Hari ke :.....

- f. Produksi urine : ..... ml/jam

Warna :.....

Bau :.....

- g. Kandung kemih :  Membesar  ya  tidak

- h. Nyeri tekan  ya  tidak

- i. Intake cairan oral : ..... cc/hari parenteral : ..... cc/hari

- j. Balance cairan:

.....

.....

.....

.....

- k. Lain-lain:

.....

.....

.....

.....

**6. Sistem pencernaan (B5)**

- a. TB :..... BB :.....

- b. IMT :..... Interpretasi :.....

- c. Mulut:  bersih  kotor  berbau

- d. Membran mukosa:  lembab  kering  stomatitis

- e. Tenggorokan:

- sakit menelan  kesulitan menelan

- pembesaran tonsil  nyeri tekan

- f. Abdomen:  tegang  kembung  ascites

- g. Nyeri tekan:  ya  tidak

- h. Luka operasi:  ada  tidak

Tanggal operasi :.....

Jenis operasi :.....

Lokasi :.....

Kadaan :.....

**Masalah Keperawatan :**

- Drain :  ada  tidak
- Jumlah :.....
  - Warna :.....
  - Kondisi area sekitar insersi :.....
- i. Peristaltik:..... x/menit
- j. BAB: .....x/hari Terakhir tanggal :  
.....
- k. Konsistensi:  keras  lunak  cair  lendir/darah
- l. Diet: padat  lunak  cair
- m. Diet Khusus:  
.....  
.....  
.....
- n. Nafsu makan:  baik  menurun Frekuensi:.....x/hari
- o. Porsi makan:  habis  tidak Keterangan:.....
- p. Lain-lain:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Sistem Penglihatan**

- a. Pengkajian segmen anterior dan posterior

**OD**

Visus  
Palpebra  
Conjunctiva  
Kornea  
BMD  
Pupil  
Iris  
Lensa  
TIO

**OS**

Masalah Keperawatan :
-----------------------

- b. Keluhan nyeri  ya  tidak
- P :.....
- Q :.....
- R :.....



S : .....

T : .....

c. Luka operasi:  ada  tidak

Tanggal operasi : .....

Jenis operasi : .....

Lokasi : .....

Keadaan : .....

d. Pemeriksaan penunjang lain : .....

e. Lain-lain :

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

8. Sistem pendengaran

a. Pengkajian segmen anterior dan posterior

**OD**

Aurricula  
MAE  
Membran  
Tymphani  
Rinne  
Weber  
Swabach

**OS**

**Masalah Keperawatan :**

b. Tes Audiometri

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

c. Keluhan nyeri  ya  tidak

P : .....

Q : .....

R : .....

S : .....

T : .....

d. Luka operasi:  ada  tidak


Tanggal operasi : .....

Jenis operasi : .....

- Lokasi : .....
- Keadaan : .....
- e. Alat bantu dengar: .....
- f. Lain-lain :  
 .....  
 .....  
 .....

**7. Sistem muskuloskeletal (B6)**

a. Pergerakan sendi: bebas  terbatas

b. Kekuatan otot: 

c. Kelainan ekstremitas: ya  tidak

d. Kelainan tulang belakang: ya  tidak

Frankel: .....

e. Fraktur: ya  tidak

- Jenis : .....

f. Traksi: ya  tidak

- Jenis : .....

- Beban : .....

- Lama pemasangan : .....

g. Penggunaan spalk/gips: ya  tidak

h. Keluhan nyeri: ya  tidak

P : .....

Q : .....

R : .....

S : .....

T : .....

i. Sirkulasi perifer: .....

j. Kompartemen syndrome ya  tidak

k. Kulit: ikterik  sianosis  kemerahan  hiperpigmentasi

l. Turgor baik  kurang  jelek

m. Luka operasi: ada  tidak

Tanggal operasi : .....

Jenis operasi : .....

Lokasi : .....

Keadaan : .....

Drain :  ada  tidak

- Jumlah : .....

- Warna : .....

- Kondisi area sekitar insersi : .....

n. ROM : .....

o. Cardinal Sign : .....

p. Lain-lain:  
 .....  
 .....  
 .....

**Masalah Keperawatan :**

**10. Sistem Integumen**

a. Penilaian resiko decubitus

Aspek Yang Dinilai	Kriteria Penilaian				Nilai
	1	2	3	4	
Persepsi Sensori	Terbatas Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Gangguan	
Kelembaban	Terus Menerus Basah	Sangat Lembab	Kadang2 Basah	Jarang Basah	
Aktifitas	Bedfast	Chairfast	Kadang2 Jalan	Lebih Sering jalan	
Mobilisasi	Immobile Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Keterbatasan	
Nutrisi	Sangat Buruk	Kemungkinan Tidak Adekuat	Adekuat	Sangat Baik	
Gesekan & Pergeseran	Bermasalah	Potensial Bermasalah	Tidak Menimbulkan Masalah		
NOTE: Pasien dengan nilai total < 16 maka dapat dikatakan bahwa pasien beresiko mengalami dekubitus ( <i>pressure ulcers</i> ) (15 or 16 = low risk, 13 or 14 = moderate risk, 12 or less = high risk)				Total Nilai	

- b. Warna
- c. Pitting edema: +/- grade:.....
- d. Ekskoriasis  ya  tidak
- e. Psoriasis:  ya  tidak
- f. Pruritus:  ya  tidak
- g. Urtikaria:  ya  tidak
- h. Lain-lain:

**Masalah Keperawatan :**

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

**11. Sistem Endokrin**

- a. Pembesaran tyroid:  ya  tidak
- b. Pembesaran kelenjar getah bening:  ya  tidak
- c. Hipoglikemia:  ya  tidak
- d. Hiperglikemia:  ya  tidak
- e. Kondisi kaki DM
  - Luka gangren  ya  tidak
  - Jenis .....
  - Lama luka .....
  - Warna .....
  - Luas luka .....
  - Kedalaman .....
  - Kulit kaki .....
  - Kuku kaki .....
  - Telapak kaki .....
  - Jari kaki .....
  - Infeksi  ya  tidak
  - Riwayat luka sebelumnya  ya  tidak
  - Jika ya:
    - Tahun :
    - Jenis Luka :
    - Lokasi :
  - Riwayat amputasi sebelumnya  ya  tidak
  - Jika ya:
    - Tahun :
    - Lokasi :
- f. ABI : .....

**Masalah Keperawatan :**



g. Lain-lain:

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

PENGAJIAN PSIKOSOSIAL

**Masalah keperawatan :**

a. Persepsi klien terhadap penyakitnya:

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

Ekspresi klien terhadap penyakitnya

Murung/diam  gelisah  tegang  marah/menangis

b. Reaksi saat interaksi  kooperatif  tidak kooperatif  curiga

c. Gangguan konsep diri:

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

d. Lain-lain:

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

PERSONAL HYGIENE & KEBIASAAN

**Masalah Keperawatan :**

Jelaskan :

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

**PENGAJIAN SPIRITUAL**

a. Kebiasaan beribadah

- Sebelum sakit

sering

kadang- kadang

tidak pernah

- Selama sakit

sering

kadang- kadang

tidak pernah

**Masalah Keperawatan :**

b. Bantuan yang diperlukan klien untuk memenuhi kebutuhan beribadah:

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

**PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium,Radiologi, EKG, USG , dll)**

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

**TERAPI MEDIS**

.....  
.....

**DATA TAMBAHAN LAIN :**


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

Malang,

2020

(.....)

## Lampiran 5 Standar Operasional Prosedur

	<b>POLTEKKES KEMENKES MALANG</b>	<b>No. Dokumen : SOP.KDM.032</b>
	STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR	<b>No. Revisi : 00</b>
	<b>MEMBERIKAN OKSIGEN DENGAN MENGGUNAKAN NASAL KANUL, NASAL KATETER, DAN MASKER</b>	<b>Tanggal Terbit :</b>  <b>Halaman :</b>
<b>Unit : Laboratorium Keperawatan</b>		<b>Petugas / pelaksana: Perawat, dosen, CI, Mhs.</b>
<b>Pengertian</b>	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk memberikan bantuan oksigen sebagai salah satu terapi.	
<b>Indikasi</b>	Pasien yang memiliki gangguan system pernafasan.	
<b>Tujuan</b>	Membantu memenuhi suplai oksigen dalam tubuh	
<b>Persiapan tempat dan alat</b>	<b>Baki berisi :</b> 1. Tabung oksigen lengkap dengan flow meter, humidifier 2. Nasal kateter, nasal kanul, masker 3. Alat pencatat atau alat tulis 4. Vaseline/jelly	
<b>Persiapan pasien</b>	Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan	
<b>Persiapan Lingkungan</b>	Memasang tabir	
<b>Pelaksanaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan</li> <li>2. Mengontrol flow meter dan humidifier</li> <li>3. Mengontrol apakah peralatan berfungsi</li> <li>4. Mengikuti instruksi yang tertulis pada alat tersebut</li> <li>5. Mencuci tangan</li> <li>6. Melakukan pencatatan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah liter oksigen yang diberikan</li> <li>• Cara pemberiannya</li> <li>• Reaksi pasien</li> </ul> </li> <li>7. Mengevaluasi toleransi pasien terhadap prosedur</li> <li>8. Cara pemberian nasal kateter : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengukur jarak dari lubang hidung-telinga dan diberi tanda</li> <li>• Melumasi kateter dengan jelly/vaseline</li> <li>• Memasukkan kateter ke dalam lubang hidung sampai batas tanda</li> <li>• Mengontrol posisi pasien</li> <li>• Mengontrol oksigen</li> <li>• Mengganti kateter tiap 48 jam/kalau perlu</li> </ul> </li> <li>9. Cara pemberian nasal kanul : Memasang kanul secara tepat pada hidung Memberi posisi yang nyaman</li> <li>10. Cara pemberian masker : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memasang selang masker pada perangkat oksigen</li> <li>• Mengatur aliran oksigen dengan instruksi</li> <li>• Memakai masker pada wajah pasien</li> </ul> </li> <li>11. Mengontrol apakah pasien sudah merasa nyaman</li> </ol>	



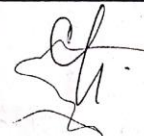
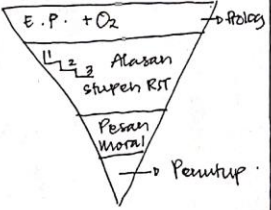
	12. Perawat mencuci tangan
<b>Sikap</b>	<b>Sikap Selama Pelaksanaan :</b> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah 2. Menjamin Privacy pasien 3. Bekerja dengan teliti 4. Memperhatikan body mekanis
<b>Evaluasi</b>	1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Observasi tanda kesulitan bernafas

Lampiran 6 Lembar Bimbingan



**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Trisna Dwi Hapsari  
 NIM : P17210173036  
 Nama Pembimbing : Dr. Tri Johan A Y, M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1.	26-9-19.	Judul acc, lanjut mengerjakan BAB I, II, III.	
2.	19-11-19.	<p>BAB I pendahuluan</p> <p>LBM → </p> <p>BAB II → Konsep Askep.</p> <p>A. PENGKAJIAN                  P.D.                  A.D.</p> <p>B. DIAGNOSA                  prioritas.</p> <p>C. PERENCANAAN</p> <p>D. IMPLEMENTASI</p> <p>E. EVALUASI                  E.F.                  E.S.                  Hasil evaluasi = M.T.                  M.TS.                  M.B.T.</p> <p>BAB III → K.I. subyek                  • ekuip plemia sy. gg. O<sub>2</sub>.</p> <p>BAB II ⇒ Membawa buku, FC, FOTO (PRINT).</p>	



### LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Trisna Dwi Hapsari

NIM : P17210173036

Nama Pembimbing : Dr. Tri Johan A Y, M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
3.	22 - 11 - 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki ucapan terima kasih.</li> <li>- Selesaikan BAB I &amp; II.</li> <li>- Buku sumber maksimal 10 tahun (2009).</li> <li>- Studi Penahuluan.</li> </ul>	
4.	27 - 11 - 19	<p><i>ace. ijin</i></p>	



## Lampiran 7 Pemeriksaan Penunjang

**HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

RM : NAMA : TN. A. K .....  
 Nama : Tgl lahir : .....  
 Tanggal Lahir : NO. RM : .....  
 Status : .....  
 Poli / Ruangan : .....  
 Permintaan foto : .....

TS. Yth  
1918 / 20

**Foto Thorax : AP-VIEW**

- Trachea posisi ditengah
- Cor : Ukuran bentuk dan posisi normal
- Aorta : Kalsifikasi (-), Elongasi (-), Dilatasi (-)
- Pulmo : Corakan bronkhovaskular normal  
 Tampak perselubungan di lapang atas paru kanan
- Sinus costophrenicus kanan tertutup perselubungan; kiri tajam
- Hemidiafragma kanan dome shape; kiri dome shape
- Tulang : normal
- Soft tissue : normal

**Kesan :**

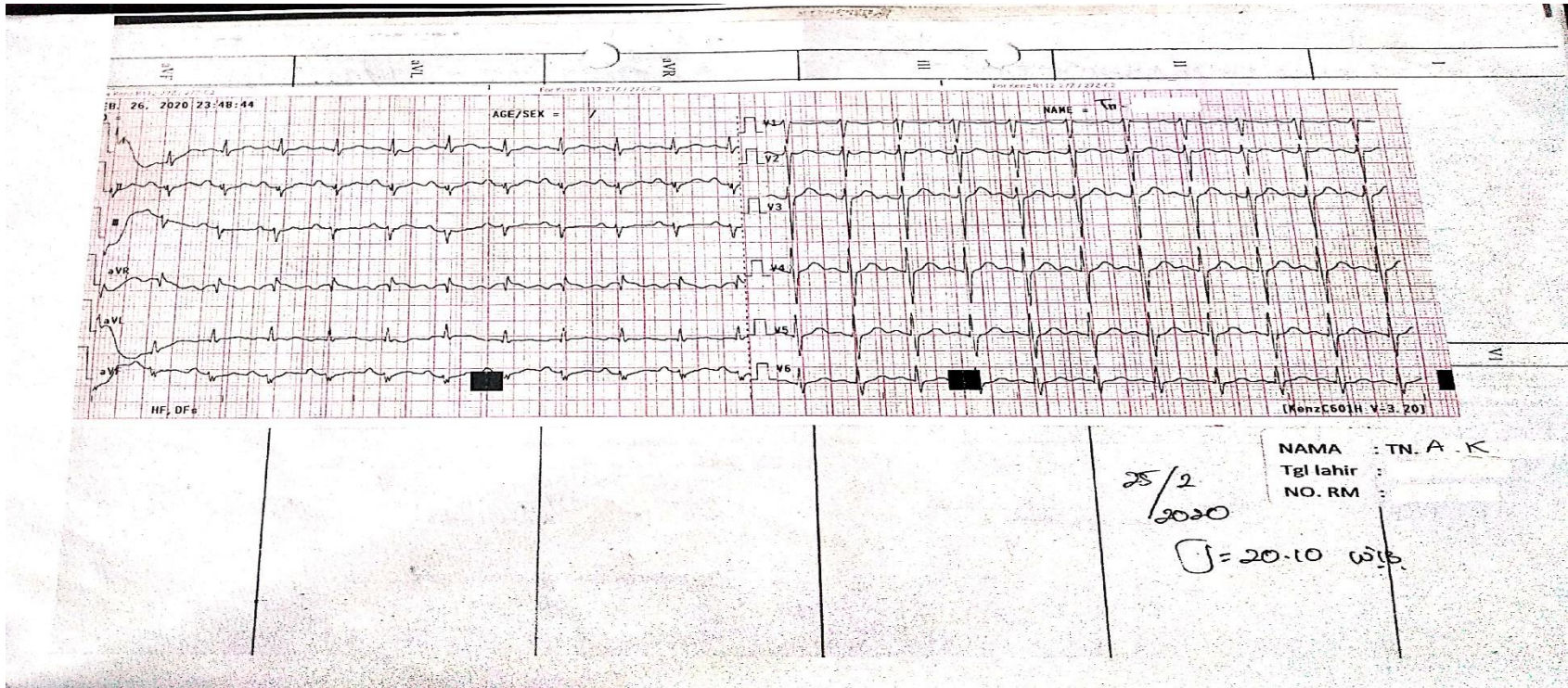
- TB paru
- Efusi pleura kanan

Tanggal : 25 FEB 2020 20.....

Ahli Radiologi  
 dr. J W

**RM/015/RI RADIOLOGI**





KESEHATAN DAERAH MILITER V/BRAWIJAYA  
RUMAH SAKIT TK. II dr. SOEPRAOEN

NO. FOTO 2913

HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI

TS. Yih

2313 / 20

**Foto Thorax:** AP-VIEW

- Trachea posisi ditengah
- Cor : Ukuran bentuk dan posisi normal
- Aorta : Kalsifikasi (-), Elongasi (-), Dilatasi (-)
- Pulmo : Corakan bronkhovaskular normal
- Sinus costophrenicus kanan tertutup perselubungan; kiri tajam
- Hemidiafragma kanan dome shape; kiri dome shape
- Tulang : normal
- Soft tissue : normal

**Kesan:**

- Pneumonia
- Efusi pleura kanan

NAMA : TN. A. Z  
Tgl lahir :  
NO. RM :

Tanggal : 10 MAR 2007, 20

Dokter Radiologi

dr. Jeffrey W. S. SoRad

SIP 446

RM/015 RI RADIOLOGI



