

FORMAT PENGKAJIAN PERIOPERATIF KAMAR BEDAH

Nama Mahasiswa :

NIM :

Tgl & jam pengkajian :

I. PENGKAJIAN

1. IDENTITAS PASIEN

- a. Nama Pasien :
- b. Tgl lahir/ Umur :
- c. Agama :
- d. Pendidikan :
- e. Alamat :
- f. No CM :
- g. Diagnosa Medis :

2. IDENTITAS ORANG TUA/ PENANGGUNG JAWAB

- a. Nama :
- b. Umur :
- c. Agama :
- d. Pendidikan :
- e. Pekerjaan :
- f. Hubungan dengan pasien :

- Asal pasien Rawat Jalan
 Rawat Inap
 Rujukan

A. PRE OPERASI

- 1. Keluhan Utama :
- 2. Riwayat Penyakit : DM Asma Hepatitis Jantung Hipertensi HIV Tidak ada
- 3. Riwayat Operasi/anestesi : Ada Tidak ada
- 4. Riwayat Alergi : Ada, sebutkan..... Tidak ada
- 5. Jenis Operasi :
- 6. TTV : Suhu : _____ °C, Nadi : _____ x/mnt, Respirasi : _____ x/mnt, TD : _____ mmHg
- 7. TB/BB :
- 8. Golongan Darah : _____ Rhesus :

RIWAYAT PSIKOSOSIAL/SPIRITUAL

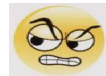
- 9. Status Emosional

- Tenang Bingung Kooperatif Tidak Kooperatif Menangis Menarik diri

10. Tingkat Kecemasan : Tidak Cemas Cemas

11. Skala Cemas :
- 0 = Tidak cemas
 - 1 = Mengungkapkan kerisauan
 - 2 = Tingkat perhatian tinggi
 - 3 = Kerisauan tidak berfokus
 - 4 = Respon simpate-adrenal
 - 5 = Panik

12. **Skala Nyeri menurut VAS (Visual Analog Scale)**



- Tidak nyeri Nyeri ringan Nyeri sedang Nyeri berat Sangat Nyeri Nyeri tak tertahan
- 0-1 2-3 4-5 6-7 8-9 10

13. Survey Sekunder, lakukan secara head to toe secara prioritas:

	Normal		Jika Tidak normal, jelaskan
	YA	TIDAK	
Kepala			
Leher			
Dada			
Abdomen			
Genitalia			
Integumen			
Ekstremitas			

14. Hasil Data Penunjang

15. Laboratorium :

16. EKG

17. Rontgen :

18. USG :

19. Lain-lain :

B. INTRA OPERASI

1. Anastesi dimulai jam :

2. Pembedahan dimulai jam :
3. Jenis anastesi :
 - Spinal Umum/general anastesi Lokal Nervus blok
4. Posisi operasi :
 - terlentang litotomi tengkurap/knee chees lateral : kanan kiri lainnya.....
5. Catatan Anesthesi :
6. Pemasangan alat-alat :
 - Airway : Terpasang ETT no :..... Terpasang LMA no:..... OPA O2 Nasal
7. TTV : Suhu C, Nadi x/mnt, Teraba kuat, Lemah, teratur, tidak teratur, RR x/mnt, TD mmHg, Saturasi O2___%
8. Survey Sekunder, lakukan secara head to toe secara prioritas

	Normal		Keterangan
	YA	TIDAK	
Kepala			
Leher			
Dada			
Abdomen			
Genitalia			
Integumen			
Ekstremitas			

Total cairan masuk

- Infus : _____ cc
- Tranfusi : _____ cc

Total cairan keluar

- Urine : _____ cc
- Perdarahan : _____ cc

_Balance cairan : _____ cc

C. POST OPERASI

1. Pasien pindah ke :

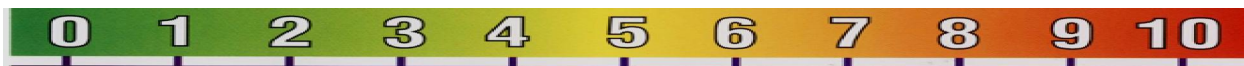
Pindah ke ICU/PICU/NICU, jam _____ Wib

RR , jam _____ Wib

2. Keluhan saat di RR : Mual Muntah pusing Nyeri luka operasi Kaki terasa baal
 Menggigil lainnya.....
3. Keadaan Umum : Baik Sedang Sakit berat
4. TTV :
Suhu _____ oC, Nadi _____ x/mnt, Rr _____ x/mnt, TD _____ mmHg, Sat O2 _____ %
5. Kesadaran : CM Apatis Somnolen Sopor Coma
6. Survey Sekunder, lakukan secara head to toe secara prioritas:

	Normal		Jika Tidak normal, jelaskan
	YA	TIDAK	
Kepala			
Leher			
Dada			
Abdomen			
Genitalia			
Integumen			
Ekstremitas			

Skala Nyeri menurut VAS (Visual Analog Scale)



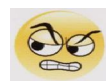
Tidak nyeri
tertahan



Nyeri ringan



Nyeri sedang



Nyeri berat



Sangat Nyeri



Nyeri tak

□ 0-1

□ 2-3

▮ 4-5

□ 6-7

□ 8-9

□ 10

II. ANALISA DATA

Symptom	Problem	Etiologi
Pre Operasi DS DO		
Intra Operasi DS DO		
Post Operasi DS DO		

III. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Pre operasi :

- 1.
- 2.

Intra Operasi :

- 1.
- 2.

Post Operasi :

- 1.
- 2.

IV. RENCANA KEPERAWATAN (meliputi pre, intra dan post operasi)

V. IMPLEMENTASI (meliputi pre, intra dan post operasi)

VI. EVALUASI : (meliputi pre, intra dan post operasi)

S
O
A
P