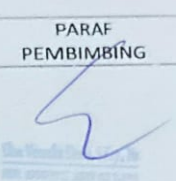
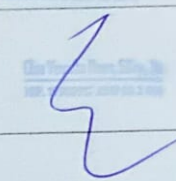


## Lampiran-lampiran

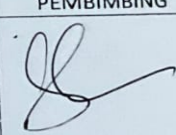
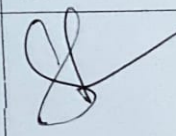
Lampiran 4. Form Bimbingan

DAFTAR TOPIK DISKUSI


RUANGAN : Rajawali  
 LAHAN PRAKTIK : RS-S-K Lenik  
 TANGGAL PRAKTIK : 12-31 Januari 2026

WAKTU (JAM)	TOPIK DISKUSI	TANGGAL	PARAF PEMBIMBING
15/01/2026 14-30	Bimbingan laporan perdahuluan	15/01/26	
	Bimbingan asuhan keperawatan		

RUANGAN :  
 LAHAN PRAKTIK :  
 TANGGAL PRAKTIK :

WAKTU (JAM)	TOPIK DISKUSI	TANGGAL	PARAF PEMBIMBING
22/01/2026 22-10	Bimbingan laporan asuhan keperawatan, laporan perdahuluan dan SAP (Kelompok)	22/01/26	
25/01/2026	Bimbingan IP dan askep dan KTI Bab 1-3	25/01/2026	

RUANGAN :  
 LAHAN PRAKTIK :  
 TANGGAL PRAKTIK :

WAKTU (JAM)	TOPIK DISKUSI	TANGGAL	PARAF PEMBIMBING
28/01/2026	Bimbingan karya tulis ilmiah Bab 3-4	28/01/2026	

### Lampiran 1. Konsultasi bersama CI dan Dosen Pembimbing



Lampiran 2. Pemberian Intervensi Relaksasi Napas Dalam dan Imajinasi  
Terbimbing

Kegiatan	Minggu 1					Minggu 2						Minggu 3					
	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1. Orientasi dan pembukaan																	
2. Kontrak Pasien dan Ujian Laporan Pendahuluan untuk kasus individu, pengkajian, penetapan diagnosa dan Intervensi																	
3. Ujian Askep Individu (Bed Side Teaching)																	
4. Evaluasi Askep Individu																	
5. Bimbingan penulisan Karya tulis akhir																	

Lampiran 3. Jadwal Kegiatan Laporan Kasus

**FORMAT PENGAJIAN KEPERAWATAN**  
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
 Fax (0380) 8800256; Email: [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

Nama Mahasiswa : .....  
 NIM : .....

**FORMAT PENGAJIAN KEPERAWATAN**

Nama Pasien(inisial) : .....  
 Ruang/Kamar : .....  
 Diagnosa Medis : .....  
 No. Medical Record : .....  
 Tanggal Pengkajian : .....  
 Masuk Rumah Sakit : .....

Jam : .....  
 Jam : .....

**Identitas Pasien**  
 Nama Pasien(inisial) : .....  
 Umur/Tanggal Lahir : .....  
 Agama : .....  
 Pendidikan Terakhir : .....  
 Alamat : .....

Jenis Kelamin : .....  
 Status Perkawinan : .....  
 Suku Bangsa : .....  
 Pekerjaan : .....

**Identitas Penanggung**  
 Nama (inisial) : .....  
 Jenis Kelamin : .....  
 Alamat : .....

Pekerjaan : .....  
 Hubungan dengan : .....  
 klien : .....

**Riwayat Kesehatan**

1. Pengkajian Tingkat Kesadaran : .....  
 Verbal:....., Motorik:....., Eye:.....
2. Keluhan Utama : .....  
  - Kapan : .....
  - Lokasi : .....
3. Riwayat Keluhan Utama : .....  
  - Mulai timbulnya keluhan: .....
  - Sifat keluhan : .....
  - Lokasi : .....
  - Keluhan lain yang menyertai : .....
  - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : .....
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) : .....
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : .....
4. Riwayat Penyakit Sebelumnya : .....  
  - Riwayat penyakit yang pernah diderita : .....

o Ya tidak , Sebutkan .....  
 Cara Mengatasi : .....

• Riwayat Alergi : .....  
 o Ya , Jenis ..... Waktu .....  
 Cara Mengatasi : .....

o Tidak  
 • Riwayat Operasi : .....  
 o Ya , Jenis ..... Waktu .....  
 o Tidak

5. Kebiasaan : .....  
  - Merokok : .....  
 o Ya ,Jumlah: ..... waktu .....
  - o Tidak
  - Minum alkohol : .....  
 o Ya , Jumlah: ..... waktu .....
  - o Tidak
  - Minum kopi : ..... Lamanya : .....
  - o Ya , Jumlah: ..... waktu .....
  - o Tidak
  - Minum obat-obatan : .....  
 o Ya , Jenis, ..... Jumlah: ..... waktu .....
  - o Tidak

**Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :**

*Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.*

**Pemeriksaan Fisik**

1. Tanda – Tanda Vital  
 - Tekanan darah : ..... Nad : .....  
 - Pernapasan : ..... Suhu badan : .....

2. Kepala dan leher  
 - Kepala : .....  
 - Sakit kepala : ..... Pusing : .....  
 - Bentuk : ukuran dan posisi : .....  
 - Lesi : ada, Jelaskan : ..... tidak ada  
 - Masa : ada, Jelaskan : ..... tidak ada  
 - Observasi Wajah : simetris / asimetri, Jelaskan .....

- Penglihatan : .....  
 - Konjungtiva : .....  
 - Sklera : .....  
 - Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 - Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 - Nyeri : .....  
 - Peradangan : .....  
 - Operasi : .....  
 - Waktu : .....  
 - Tempat : .....

- Pendengaran  
 - Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 - Nyeri : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 - Peradangan : Ya, Jelaskan : ..... tidak

- Hidung  
 - Alergi Rhinitis : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 - Rinitis Nonalergik : Ya, Jelaskan : .....  
 - Sinusitis : Ya, Jelaskan : .....  
 - Epistaksis : Ya, Jelaskan : .....  
 - Tenggorokan dan mulut  
 - Keadaan gigi : Ya, Jelaskan : .....  
 - Caries : Ya, Jelaskan : .....  
 - Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : .....  
 - Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : .....  
 - Gangguan menelan : Ya, Jelaskan : .....  
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : ..... tidak

3. Sistem Kardiovaskular  
 - Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : .....  
 - Inspeksi  
 - Kesadaran/ GCS : .....  
 - Bentuk dada : abnormal, Jelaskan : .....  
 - Bibir : sianosis / normal  
 - Kuku : sianosis / normal  
 - Capillary Refill : abnormal / normal  
 - Tangan : edema / normal  
 - Kaki : edema / normal  
 - Sendi : edema / normal

Massa : abnormal, Jelaskan : ..... normal

- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba / tidak teraba  
 - Venis jugularis : Teraba / tidak teraba  
 - Perkusi : pembesaran jantung : .....  
 - Auskultasi : BJ I : Abnormal / normal  
 BJ II : Abnormal / normal  
 Murmur : .....

4. Sistem Respirasi  
 - Keluhan : .....  
 - Inspeksi : .....  
 - Jejas : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 - Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : ..... No  
 - Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kusmaul, ....) tidak  
 - Irama Napas : teratur / tidak teratur  
 - Retraksi otot pernapasan : Ya / tidak  
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 - Perkusi : Cairan : Ya / tidak  
 Udara : Ya / tidak  
 Massa : Ya / tidak  
 - Auskultasi : Normal / Abnormal  
 Inspirasi : Normal / Abnormal  
 Ekspirasi : Normal / Abnormal  
 - Ronchi : Ya / tidak  
 - Wheezing : Ya / tidak  
 - Krepitasi : Ya / tidak  
 - Rales : Ya / tidak  
 Clubbing Finger : Normal / Abnormal

5. Sistem Pencernaan  
 a. Keluhan : .....  
 b. Inspeksi : .....  
 - Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : ..... Normal  
 - Keadaan bibir : lembab / kering  
 - Keadaan rongga mulut : .....  
 - Warna Mukosa : .....  
 Luka/perdarahan : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 - Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan : ..... normal  
 - Keadaan abdomen : .....  
 - Warna kulit : .....  
 Luka : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 - Pembesaran : Abnormal, Jelaskan : ..... nor  
 - Keadaan rektal : .....  
 Luka : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 Perdarahan : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 Hemoroid : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 Local tumor/bengkak : Ya, Jelaskan : ..... tidak

c. Auskultasi : Bisung usus/Peristaltik : .....  
 d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan : ..... normal  
 Udara : Abnormal, Jelaskan : ..... nor  
 Massa : Abnormal, Jelaskan : ..... nor  
 e. Palpasi : Tonus otot : Abnormal, Jelaskan : ..... normal  
 Nyeri : Abnormal, Jelaskan : ..... normal

6. Sistem Persyarafan  
 a. Keluhan : .....  
 b. Keluhan Subyektif (Nyeri)

P = palpat/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri)  
 Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan serta deskripsi sifat nyeri yang dirasakan)  
 R = region/tempat (lokasi sumber & penyebarannya)  
 S = severity/tingkat berat nyeri (skala nyeri 1-10)  
 T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya)

c. Tingkat kesadaran : GCS (E/M/V) : .....  
 d. Pupil : isokor / anisokor  
 e. Kejang : Abnormal, Jelaskan : ..... normal  
 f. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 g. Parasthesia : Ya, Jelaskan : ..... tidak  
 h. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan : ..... normal  
 i. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan : ..... normal  
 j. Refleksi : Abnormal, Jelaskan : ..... normal

7. Sistem Muskuloskeletal  
 a. Keluhan : .....  
 b. Keluhan Ekstremitas : ada, Jelaskan : ..... tidak  
 c. Nyeri otot : ada / tidak ada  
 d. Nyeri Sendi : ada / tidak ada  
 e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan : ..... normal  
 f. kekuatan otot : Abropi / hipertropi

8. Sistem Integumentari  
 a. Rash : ada, Jelaskan : ..... tidak ada  
 b. Lesi : ada, Jelaskan : ..... tidak ada  
 c. Turgor : ..... Warna : .....  
 d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan : ..... normal  
 e. Pitecia : ada, Jelaskan : ..... Tidak ada  
 f. Lain-lain : .....

9. Sistem Perkemihan  
 a. Gangguan :encing menetes /ontinensia /retensi  
 gross hematuria /disuria /poliuri  
 oliguri /anuri  
 b. Alat bantu (kateter, dll) : ya / tidak  
 c. Kandung kencing : membesar / ya / tidak  
 nyeri tekan : ya / tidak

**Pola Interaksi Sosial**  
 1. Siapa orang yang penting/terdekat : .....  
 2. Organisasi sosial yang diikuti : .....  
 3. Keadaan rumah dan lingkungan : .....  
 Status rumah : .....  
 Cukup / tidak : .....  
 Bersih / tidak : .....  
 Banjir / tidak : .....  
 4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang terdekat : .....  
 5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : .....  
 6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : .....

**Kegiatan Keagamaan/ Spiritual**  
 1. Keabalan menjalankan ibadah : .....  
 2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : .....

**Keadaan Psikologis Selama Sakit**  
 1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : .....  
 2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : .....  
 3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : .....

**Data Laboratorium & Diagnostik**  
 a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Peme Tangg

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Peme Tangg

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Peme Tangg

Lampiran 4.Format Pengkajian keperawatan



Kementerian Kesehatan  
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liiba, Oebobo,  
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111  
(0380) 8800256  
<https://poltekkeskupang.ac.id>

### PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/> ; e-mail: [perpustakaanterpadu61@gmail.com](mailto:perpustakaanterpadu61@gmail.com)

#### SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Vera Indriani Baok  
Nomor Induk Mahasiswa : PO5303201230811  
Dosen Pembimbing : Fransiskus S.Onggang, S.Kep.,Ns.,M.Sc  
Penguji : Oklan B.T.Liunokas S.KM.,MSc  
Jurusan : D-III Keperawatan Kupang  
Judul Karya Tulis Akhir : Asuhan Keperawatan Pada Tn.T.M Dengan Masalah Nyeri  
Akut Akibat Hemoroid Grade III Di Ruang Rajawali RSUD S.K Lerik Kupang.

Karya Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar 21% Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

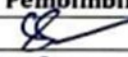




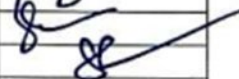

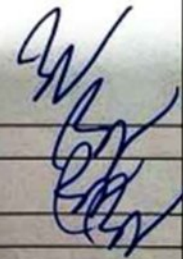
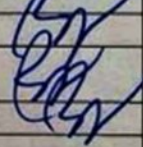
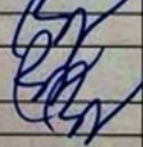
Kupang, 14 April 2026

Admin Strike Plagiarism

Murry Jermias Kale SST

NIP. 198507042010121002

Nama : Vera Indriani Baik  
 NIM : PO530320230811  
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn.T.M Dengan Masalah Nyeri Akut Akibat Hemoroid Grade III di Ruangn Rajawali RSUD S.K Lerik

No.	Materi Bimbingan	Tanggal	Paraf Pembimbing
1.	Pengajuan Judul	16-01-2026	
2.	Bimbingan BAB I Pendahuluan Latar belakang, rumusan masalah, Tujuan dan Manfaat Laporan kasus	20-01-2026	
3.	Bimbingan BAB II Tinjauan Pustaka Konsep Dasar Hemaroid Problem Tree Konsep Asuhan Keperawatan	23-01-2026,	
4.	Bimbingan BAB III Laporan Kasus Hasil Pembahasan Kelemahan Laporan Kasus	30-01-2026	
5.	Bimbingan BAB IV Penutup Kesimpulan Saran	02-02-2026	
7.	Perbaikan Tata Tulisan	10-02-2026	
8.	ACC dari Pembimbing	12-02-2026	
9.	Revisi dari Penguji Perbaikan Pathway Tata Tulis harus rapi menggunakan Spasi 1 dan Margins 4 4 3 3 Cover Depan menggunakan Font 14	13-02-2026	
10.	Perbaikan Ringkasan Laporan Kasus	18-02-2026	
11.	Perbaikan Pathway harus ditambahkan Keterangan	19-02-2026	
12.	ACC dari Penguji	19-02-2026	