

## PENENTUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

---

Nama Mahasiswa : Dina Alifia

NIM : P031814401008

Judul KTI yang diusulkan berdasarkan prioritas:

No.	Bidang/Departemen	Judul
1.	KMB	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan stroke iskemik di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau
2.	KMB	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan stroke iskemik di Wilayah Kerja Puskesmas payung sekaki
3.	KELUARGA	Asuhan Keperawatan Gerontik pada Pasien dengan Osteoporosis di Wilayah Kerja Puskesmas Payung Sekaki Pekanbaru

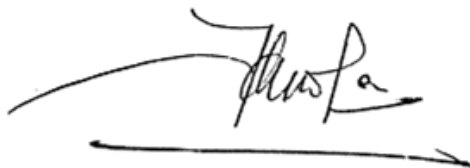
Judul KTI yang disetujui: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan stroke iskemik di RSUD Arifin Achmad Provinsi Ri

Mengetahui,

Pekanbaru, 9 Februari 2021

Kepala Prodi DIII Keperawatan

Koordinator Mata Kuliah KTI



**Idayanti, S.Pd, M.Kes**  
NIP. 196910221994032002



**Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep**  
NIP. 197808042001121002

**FORMULIR**

## **KESEDIAAN PEMBIMBING**

---

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Ns Usraleli, M. Kep
2. NIP : 197407252002122003
3. Pangkat/golongan : Penata/III.d
4. Jabatan : Dosen
5. Asal institusi : Poltekes Kemenkes Riau
6. Pendidikan terakhir : S2 Keperawatan
7. Kontak person
  - a) Alamat rumah : Jl. Srikandi prum wadya graha II blok i No 18
  - b) Telp/Hp : 0852-7802-7818
  - c) Alamat kantor : jl. Melur no 103
  - d) Telp kantor : -

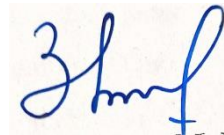
Menyatakan (bersedia/~~tidak bersedia~~\*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa:

Nama : Dina Alifia

NIM : P031814401008

Dengan Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan stroke iskemik di RSUD Arifin Achmad Provinsi Ri

Pekanbaru, 9 Februari 2021



**Ns. Usraleli, S.Kep., M. Kep**  
**NIP.1974072520002122003**

**FORMULIR**

## **KESEDIAAN PEMBIMBING**

---

Yang bertanda tangan di bawah ini :

- 8. Nama : Melly, SST, M.Kes
- 9. NIP : 197401022002122002
- 10. Pangkat/golongan : Penata / III.C
- 11. Jabatan : Dosen
- 12. Asal institusi : Poltekes Kemenkes Riau
- 13. Pendidikan terakhir : S2 Keperawatan
- 14. Kontak person
  - a) Alamat rumah : Jl. Garuda No 104 tangkerang tengah
  - b) Telp/Hp : 0852-5036-830
  - c) Alamat kantor : jl. Melur no 103
  - d) Telp kantor : -

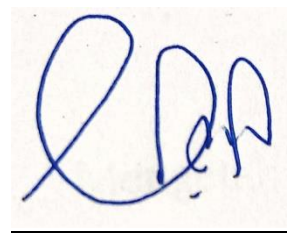
Menyatakan (~~tidak bersedia~~ bersedia\*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa:

Nama : Dina Alifia

NIM : P031814401008

Dengan Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan stroke iskemik di RSUD Arifin Achmad Provinsi Ri

Pekanbaru, 9 Februari 2021



**Melly, SST, M.Kes**  
**NIP. 197401022002122002**



PEMERINTAH PROVINSI RIAU  
**RSUD ARIFIN ACHMAD**

Jl. Diponegoro No. 2 Telp. (0761) - 23418, 21618, 21657, Fax (0761) - 20253  
Pekanbaru



Nomor : 072 / RSUD - DIKLIT / 049  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Hal : Izin Pengambilan Data

Pekanbaru, 29 Maret 2021  
Kepada  
Yth. Kepala Instalasi Rekam Medik  
di -  
Pekanbaru

Menindaklanjuti surat dari Poltekkes Kemenkes Riau Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Nomor : KH.03.01/1.1/453/2021, tanggal 23 Maret 2021, perihal izin pengambilan Data untuk keperluan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yaitu:

Nama : Dina Alifia  
NIM : P031814401008  
Program Studi : DIII. Keperawatan  
Judul : *Asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.*

Dengan ini pihak RSUD Arifin Achmad dapat memberi izin pengambilan data dimaksud dengan ketentuan sbb :

1. Kepada yang bersangkutan tidak melakukan kegiatan yang menyimpang dari ketentuan yang telah ditetapkan.
2. Pengambilan data tidak melakukan tindakan teknis/medis secara langsung kepada responden (pasien).
3. Pengambilan data berlaku selama 1 (satu) bulan terhitung dari tanggal penerbitan surat ini.
4. Pengambilan data ini tidak dibenarkan untuk memfoto, fotocopy dan menscanner.
5. Pengambilan data hanya berlaku untuk data sekunder pasien

Dapat disampaikan bahwa untuk efektif dan efisien kegiatan tersebut, diharapkan kepada Saudara dapat membantu memberikan data / informasi yang diperlukan.

Demikian disampaikan untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya.

**DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD  
PROVINSI RIAU,**

**RSUD ARIFIN ACHMAD  
PEKANBARU**

**dr. H. NUZELLY HUSNEDI, MARS**

**Pembina Utama Muda**

**NIP. 19640202 198912 1 002**

**Tembusan Kepada Yth :**

1. Wakil Direktur Keuangan
2. Wakil Direktur Medik dan Keperawatan
3. Arsip



PEMERINTAH PROVINSI RIAU  
**RSUD ARIFIN ACHMAD**

Jl. Diponegoro No.2 Telp. (0761) 23418, 21618, 21657 Fax. (0761) 20253  
Pekanbaru - 28133



**NOTA - DINAS**

Kepada : 1. Kepala Instalasi IRNA Medikal  
2. Kepala Instalasi IRNA Surgikal  
3. Kepala Instalasi Rawat Jalan  
Dari : Direktur RSUD Arifin Achmad  
Tanggal : 5 April 2021  
Nomor : 010 /RSUD-Diklit/ 063  
Sifat : Penting  
Lampiran : 1 lembar  
Hal : Izin Penggunaan Lahan Pengambilan Data Untuk Laporan Tugas Akhir (LTA)

Menindaklanjuti surat Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau Nomor :KH.03.01/1.1/454/2021 tanggal 23 Maret 2021 tentang Izin Penggunaan Lahan Pengambilan Data Untuk Laporan Tugas Akhir (LTA) Mahasiswa DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau di ruangan Jasmin, Krisan, Dahlia, Edelweis, Kenanga dan Hemodialisa, RSUD Arifin Achmad. Untuk itu diharapkan saudara membantu pelaksanaan praktek tersebut yang dilaksanakan pada :

- Tanggal : 7 s.d 9 April 2021 (3 hari) : 14 Orang

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.





a.n.DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD  
PROVINSI RIAU,  
WAKIL DIREKTUR UMUM, SDM DAN  
PENDIDIKAN










drg. YUSI PRASTININGSIH, MM  
Pembina Tk I /IV B  
NIP : 19720319 200012 2 002

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Elia Reski Naya  
NIM : P031814401009  
Nama Pembimbing : 1. Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep  
2. Melly, SST, M.Kes

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1.	10 Februari 2021	Bimbingan judul KTI, judul yang diterima: "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan <i>Peripheral Artery Disease</i> di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau"	<ul style="list-style-type: none"><li>- Membuat BAB I, latar belakang harus mencakup definisi, etiologi, pemeriksaan penunjang, dll</li><li>- Data prevalensi terbaru 10 tahun terakhir (dunia, indonesia, pekanbaru, RS, dan ruangan rawat inap)</li></ul>	
2.	03 Maret 2021	Revisi BAB 1	<ul style="list-style-type: none"><li>- Menambahkan data terbaru terkait PAD</li></ul>	
3.	05 Maret 2021	Revisi BAB 1	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cara mengukur ABI</li><li>- Total pasien di ruangan, bukan total kunjungan</li><li>- Alasan perkuat latar belakang, kaitkan dengan tanda dan gejala DM</li></ul>	
4.	08 Maret 2021	Revisi BAB 1	<ul style="list-style-type: none"><li>- Menambahkan tentang pemeriksaan penunjang lain selain ABI, jelaskan sedikit di latar belakang</li></ul>	
5.	12 Maret	ACC BAB 1 dan	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tambahkan detail</li></ul>	

	2021	periksa BAB 2	mengenai pengertian, pemeriksaan penunjang selain ABI	
6.	13 Maret 2021	Revisi BAB 2	- Memperbaiki typo - Menyesuaikan posisi paragraf dan spasi sesuai panduan	
7.	14 Maret 2021	Konsultasi dengan Pembimbing II	- Sesuaikan cover dengan panduan - Penambahan kata “Studi Kasus” pada Karya Tulis Ilmiah - Halaman cover dalam jarak spasi 1 pt - Daftar isi spasi 1,5 pt	
8.	16 Maret 2021	ACC ujian proposal		
9.	30 April 2021	Konsultasi BAB 3,4,5	- Data analisa disesuaikan dengan data yang ditemukan saat pengkajian awal - Prioritaskan diagnosa berdasarkan tingkat keparahan	
10.	02 Mei 2021	Konsultasi BAB 3,4,5 dengan Pembimbing II	- Logo diperbesar - Kata “Studi Kasus” dihilangkan - Menambahkan ucapan terimakasih di kata pengantar	
11.	03 Mei 2021	Revisi BAB 3,4,5	- Mendenyut diganti dengan “berdenyut-	

12.	05 Mei 2021	ACC sidang hasil	denyut” - Tambahkan data kecemasan pada BAB 4 pembahasan, alasan kenapa tidak ditegakkan diagnosa kecemasan - Perhatikan spasi pada sub-bab - Kurangi pembahasan dalam kesimpulan	 
-----	----------------	------------------	--	---



## LEMBAR REVISI

Nama : Dina Alifia

NIM : P031814401008

NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
1	BAB 1	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tambahkan data survey prevalensi di RSUD A.A</li><li>- Hambatan aspek yang telah dilakukan tenaga keperawatan</li></ul>
2	BAB 2	<ul style="list-style-type: none"><li>- tolong perbaiki penulisan referensi</li><li>- penulisan referensi secara berurutan seperti apa?</li><li>- Bila jadi KMB maka pemeriksaan fisik tolong lengkapi sesuai head to toe dan tolong hasil secara teori seperti apa?</li></ul>
3	BAB 3	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki penulisan referensi</li></ul>

Sebelum Revisi

Sesudah Revisi



**Ns. Kurniawati, S.Kep., M.Kep**  
NIP. 199011262019032008

**Ns. Kurniawati, S.Kep., M.Kep**  
NIP. 199011262019032008

## LEMBAR REVISI

Nama : Dina Alifia

NIM : P031814401008

NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
1		Pernyataan keaslian tulisan diperbaiki
2	BAB 3	Sinkronkan hasil pengkajian analisa data intervensi dan implementasi
3	BAB 4	Pembahasan apakah ada di antara terori dan kasus itu di bahas

Sebelum Revisi



**Ns. Kurniawati, S.Kep., M.Kep**  
NIP. 199011262019032008

Sesudah Revisi



**Ns. Kurniawati, S.Kep., M.Kep**  
NIP. 199011262019032008

## LEMBAR REVISI

Nama : Dina Alifia

NIM : P031814401008

NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
1	COVER	Perbaiki penulisan COVER
2	BAB 1	Dapus sesuaikan dengan BAB 1 hapus sebagian BAB 1
3	BAB 2	Ganti jadi konsep KMB
4	BAB 3	Perbaiki susunan dapus

Sebelum Revisi



**Ns. Nia Khusniyati, M. Kep**  
NIP. 198903232019022001

Sesudah Revisi



**Ns. Nia Khusniyati, M. Kep**  
NIP. 198903232019022001

## LEMBAR REVISI

Nama : Dina Alifia

NIM : P031814401008

NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
1	BAB 3	Sinkronkan hasil pengkajian analisa data intervensi dan implementasi
2	BAB 4	Pembahasan apakah ada di antara terori dan kasus itu di bahas

Sebelum Revisi



**Ns. Nia Khusniwati, M. Kep**  
NIP. 198903232019022001

Sesudah Revisi



**Ns. Nia Khusniwati, M. Kep**  
NIP. 198903232019022001

Nama Mhs : \_\_\_\_\_  
NIM : \_\_\_\_\_

## ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

### A. PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian :

.....

Tanggal Masuk : .....

Ruang/Kelas : .....

Nomor Register :

.....

Diagnosa Medis :

.....

#### 1. Identitas Klien

Nama Klien : .....

Jenis kelamin : .....

Usia : .....

Status Perkawinan : .....

Agama : .....

Suku bangsa : .....

Pendidikan : .....

Bahasa yg digunakan: .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Sumber biaya (Pribadi, Perusahaan,Lain-lain) : .....

Sumber Informasi (Klien / Keluarga) : .....

#### 2. Resume

(Ditulis sejak klien masuk rumah sakit sampai dengan sebelum pengkajian dilakukan meliputi : data fokus, masalah keperawatan, tindakan keperawatan mandiri serta kolaborasi dan evaluasi secara umum)

.....  
.....

**3. Riwayat Keperawatan :**

a. Riwayat kesehatan sekarang.

- 1) Keluhan utama : .....
- 2) Kronologis keluhan
  - a) Faktor pencetus : .....
  - b) Timbulnya keluhan : ( ) Mendadak ( ) Bertahap
  - c) Lamanya : .....
  - d) Upaya mengatasi : .....

b. Riwayat kesehatan masa lalu.

- 1) Riwayat Penyakit sebelumnya (termasuk kecelakaan) :  
.....
- 2) Riwayat Alergi (Obat, Makanan, Binatang, Lingkungan) :  
.....
- 3) Riwayat pemakaian obat :  
.....

c. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan Keterangan tiga generasi dari klien)

d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi factor risiko

.....

.....

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual.

1) Adakah orang terdekat dengan klien :

.....

2) Interaksi dalam keluarga :

a) Pola Komunikasi :.....

b) Pembuatan Keputusan :.....

c) Kegiatan Kemasyarakatan: .....

3) Dampak penyakit klien terhadap keluarga

:.....

4) Masalah yang mempengaruhi klien

:.....

5) Mekanisme Koping terhadap stress

( ) Pemecahan masalah

( ) Makan

( ) Tidur

( ) Minum obat

( ) Cari pertolongan

( ) Lain-lain (Misal : marah, diam)

6) Persepsi klien terhadap penyakitnya

a) Hal yang sangat dipikirkan saat ini :.....

b) Harapan setelah menjalani perawatan :.....

c) Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit : .....

7) Sistem nilai kepercayaan :

a) Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan :.....

b) Aktivitas Agama/Kepercayaan yang dilakukan : .....

8) Kondisi Lingkungan Rumah

(Lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan saat ini) :

.....

HAL YANG DIKAJI	POLA KEBIASAAN	
	Sebelum Sakit / sebelum di RS	Di Rumah sakit
1. Pola Nutrisi		
a. Frekuensi makan : ..... X / hari	.....	.....
b. Nafsu makan : baik/tidak	.....	.....
Alasan : .....(mual, muntah, sariawan)	.....	.....
c. Porsi makanan yang dihabiskan	.....	.....
d. Makanan yang tidak disukai	.....	.....
e. Makanan yang membuat alergi	.....	.....
f. Makanan pantangan		
g. Makanan diet		
h. Penggunaan obat-obatan sebelum makan		
i. Penggunaan alat bantu (NGT, dll)	.....	.....
2. Pola Eliminasi		
a. B.a.k. :	.....	.....
1) Frekuensi : ..... X / hari	.....	.....
2) Warna : .....	.....	.....
3) Keluhan : .....	.....	.....
4) Penggunaan alat bantu (kateter, dll)	.....	.....
b. B.a.b. :	.....	.....
1) Frekuensi : ..... X / hari	.....	.....
2) Waktu :	.....	.....
(Pagi / Siang / Malam / Tidak tentu)	.....	.....
3) Warna : .....	.....	.....
4) Kosistensi : .....	.....	.....
5) Keluhan : .....	.....	.....
6) Penggunaan Laxatif : .....	.....	.....
3. Pola Personal Hygiene		
a. Mandi	.....	.....
1) Frekuensi : ..... X / hari	.....	.....
2) Waktu : Pagi/ Sore/ Malam		
b. Oral Hygiene		
1) Frekuensi : ..... X / hari		
2) Waktu : Pagi / Siang/ Setelah makan		.....
c. Cuci rambut	.....	.....
1) Frekuensi : ..... X / minggu	.....	.....





9) Pola kebiasaan

**4. Pengkajian Fisik :**

a. Pemeriksaan Fisik Umum :

- 1) Berat badan : .....Kg (Sebelum Sakit : .....Kg)
- 2) Tinggi Badan : .....cm
- 3) Keadaan umum : ( ) Ringan ( ) Sedang ( ) Berat
- 4) Pembesaran kelenjar getah bening : ( ) Tidak  
( ) Ya, Lokasi.....

b. Sistem Penglihatan :

- 1) Posisi mata : ( ) Simetri ( ) Asimetris
- 2) Kelopak mata : ( ) Normal ( ) Ptosis
- 3) Pergerakan bola mata : ( ) Normal ( ) Abnormal
- 4) Konjungtiva : ( ) Merah muda ( ) Anemis
- 5) Kornea : ( ) Normal ( ) Keruh/ berkabut  
( ) Terdapat Perdarahan
- 6) Sklera : ( ) Ikterik ( ) Anikterik
- 7) Pupil : ( ) Isokor ( ) Anisokor  
( ) Midriasis ( ) Miosis
- 8) Otot-otot mata : ( ) Tidak ada kelainan ( ) Juling keluar  
( ) Juling ke dalam ( ) Berada di atas
- 9) Fungsi penglihatan : ( ) Baik ( ) Kabur

( ) Dua bentuk / diplopia

10) Tanda-tanda radang : .....

11) Pemakaian kaca mata : ( ) Tidak ( ) Ya, Jenis.....

12) Pemakaian lensa kontak : ..... 13) Reaksi terhadap cahaya : .....

c. Sistem Pendengaran :

1) Daun telinga : ( ) Normal ( ) Tidak,

2) Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau) : .....

3) Kondisi telinga tengah: ( ) Normal ( ) Kemerahan  
( ) Bengkak ( ) Terdapat lesi

4) Cairan dari telinga : ( ) Tidak ( ) Ada,.....  
( ) Darah, nanah dll.

5) Perasaan penuh di telinga : ( ) Ya ( ) Tidak

6) Tinitus : ( ) Ya ( ) Tidak

7) Fungsi pendengaran : ( ) Normal ( ) Kurang  
( ) Tuli, kanan/kiri .....

8) Gangguan keseimbangan : ( ) Tidak ( ) Ya,.....

9) Pemakaian alat bantu : ( ) Ya ( ) Tidak

d. Sistem Wicara : ( ) Normal ( ) Tidak .....

( ) Aphasia ( ) Aponia

( ) Dysarthria ( ) Dysphasia

( ) Anarthia

e. Sistem Pernafasan :

1) Jalan nafas : ( ) Bersih ( ) Ada sumbatan; .....

2) Pernafasan : ( ) Tidak Sesak ( ) Sesak : .....

3) Menggunakan otot bantu pernafasan : ( ) Ya ( ) Tidak

4) Frekuensi : ..... x / menit

5) Irama : ( ) Teratur ( ) Tidak teratur

6) Jenis pernafasan : .....( Spontan, Kausmaull, Cheynestoke, Biot, dll)

7) Kedalaman : ( ) Dalam ( ) Dangkal

8) Batuk : ( ) Tidak ( ) Ya .....(Produktif/Tidak)

- 9) Sputum : ( ) Tidak ( ) Ya ..(Putih/Kuning/Hijau)
- 10) Konsistensi : ( ) Kental ( ) Encer
- 11) Terdapat darah : ( ) Ya ( ) Tidak
- 12) Palpasi dada : .....
- 13) Perkusi dada : .....
- 14) Suara nafas : ( ) Vesikuler ( ) Ronkhi  
( ) Wheezing ( ) Rales
- 15) Nyeri saat bernafas : ( ) Ya ( ) Tidak
- 16) Penggunaan alat bantu nafas : ( ) Tidak ( ) Ya .....

f. Sistem Kardiovaskuler :

1) Sirkulasi Peripher

- a) Nadi ..... x/ menit : Irama : ( ) Teratur ( ) Tidak teratur  
Denyut : ( ) Lemah ( ) Kuat
- b) Tekanan darah : ..... mm/Hg
- c) Distensi vena jugularis : Kanan : ( ) Ya ( ) Tidak  
Kiri : ( ) Ya ( ) Tidak
- d) Temperatur kulit : ( ) Hangat ( ) Dingin
- e) Warna kulit : ( ) Pucat ( ) Cyanosis ( ) Kemerahan
- f) Pengisian kapiler : ..... detik
- g) Edema : ( ) Ya,..... ( ) Tidak  
( ) Tungkai atas ( ) Tungkai bawah  
( ) Periorbital ( ) muka  
( ) Skrotalis ( ) Anasarka

2) Sirkulasi Jantung

- a) Kecepatan denyut apical : ..... x/menit
- b) Irama : ( ) Teratur ( ) Tidak teratur
- c) Kelainan bunyi jantung : ( ) Murmur ( ) Gallop
- d) Sakit dada : ( ) Ya ( ) Tidak
- 1) Timbulnya : ( ) Saat aktivitas ( ) Tanpa aktivitas
- 2) Karakteristik : ( ) Seperti ditusuk-tusuk  
( ) Seperti terbakar  
( ) Seperti tertimpa benda berat
- 3) Skala nyeri : .....

g. Sistem Hematologi

Gangguan Hematologi :

- 1) Pucat : ( ) Tidak ( ) Ya  
2) Perdarahan : ( ) Tidak ( ) Ya, .....:  
( ) Ptechie ( ) Purpura ( ) Mimosan  
( ) Perdarahan gusi ( ) Echimosis

h. Sistem Syaraf Pusat

- 1) Keluhan sakit kepala :.....(vertigo/migrain, dll)  
2) Tingkat kesadaran : ( ) Compos mentis ( ) Apatis  
( ) Somnolent ( ) Soporokoma  
3) Glasgow coma scale(GCS) E : ....., M : ....., V :  
.....  
4) Tanda-tanda peningkatan TIK : ( ) Tidak ( ) Ya,.....:  
( ) Muntah proyektil  
( ) Nyeri Kepala hebat  
( ) Papil Edema  
5) Gangguan Sistem persyarafan : ( ) Kejang ( ) Pelo  
( ) Mulut mencong ( ) Disorientasi  
( ) Polineuritis/ kesemutan  
( ) Kelumpuhan ekstremitas  
(kanan / kiri / atas / bawah)  
6) Pemeriksaan Reflek :  
a) Reflek fisiologis : ( ) Normal ( ) Tidak .....  
b) Reflek Patologis : ( ) Tidak ( ) Ya .....

i. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut :

- 1) Gigi : ( ) Caries ( ) Tidak  
2) Penggunaan gigi palsu : ( ) Ya ( ) Tidak  
3) Stomatitis : ( ) Ya ( ) Tidak  
4) Lidah kotor : ( ) Ya ( ) Tidak  
5) Saliva : ( ) Normal ( ) Abnormal  
6) Muntah : ( ) Tidak ( ) Ya,.....

- a) Isi : ( ) Makanan ( ) Cairan ( ) Darah
- b) Warna : ( ) Sesuai warna makanan ( ) Kehijauan ( ) Cokelat ( ) Kuning ( ) Hitam
- c) Frekuensi : .....X/ hari
- d) Jumlah : .....ml
- 7) Nyeri daerah perut : ( ) Ya,..... ( ) Tidak
- 8) Skala Nyeri : .....
- 9) Lokasi dan Karakter nyeri : ( ) Seperti ditusuk-tusuk ( ) Melilit-lilit ( ) Cramp ( ) Panas/seperti terbakar ( ) Setempat ( ) Menyebar ( ) Berpindah-pindah ( ) Kanan atas ( ) Kanan bawah ( ) Kiri atas ( ) Kiri bawah
- 10) Bising usus : .....x / menit.
- 11) Diare : ( ) Tidak ( ) Ya,.....
- a) Lamanya : ..... Frekuensi : .....x / hari.
- b) Warna faeces : ( ) Kuning ( ) Putih seperti air cucian beras ( ) Cokelat ( ) Hitam ( ) Dempul
- c) Konsistensi faeces: ( ) Setengah padat ( ) Cair ( ) Berdarah ( ) Terdapat lendir ( ) Tidak ada kelainan
- 12) Konstipasi : ( ) Tidak ( ) Ya,..... lamanya : ..... hari
- 13) Hepar : ( ) Teraba ( ) Tak teraba
- 14) Abdomen : ( ) Lembek ( ) Kembung ( ) Acites ( ) Distensi

j. Sistem Endokrin

- Pembesaran Kelenjar Tiroid : ( ) Tidak ( ) Ya,  
 ( ) Exoptalmus ( ) Tremor  
 ( ) Diaporesis
- Nafas berbau keton : ( ) Ya ( ) Tidak

( ) Poliuri ( ) Polidipsi ( ) Poliphagi

Luka Ganggren : ( ) Tidak ( ) Ya, Lokasi.....  
Kondisi Luka.....

k. Sistem Urogenital

Balance Cairan : Intake.....ml; Output.....ml

Perubahan pola kemih : ( ) Retensi ( ) Urgency ( ) Disuria  
( ) Tidak lampias ( ) Nocturia  
( ) Inkontinensia  
( ) Anuria

B.a.k : Warna : ( ) Kuning jernih ( ) Kuning kental/coklat  
( ) Merah ( ) Putih

Distensi/ketegangan kandung kemih : ( ) Ya ( ) Tidak

Keluhan sakit pinggang : ( ) Ya ( ) Tidak

Skala nyeri : .....

l. Sistem Integumen

Turgor kulit : ( ) Elastis ( ) Tidak elastis

Temperatur kulit : ( ) Hangat ( ) Dingin

Warna kulit : ( ) Pucat ( ) Sianosis ( ) Kemerahan

Keadaan kulit : ( ) Baik ( ) Lesi ( ) Ulkus  
( ) Luka, Lokasi.....

( ) Insisi operasi, Lokasi .....

Kondisi.....

( ) Gatal-gatal ( ) Memar/lebam

( ) Kelainan Pigmen

( ) Luka bakar, Grade... Prosentase.....

( ) Dekubitus, Lokasi.....

Kelainan Kulit : ( ) Tidak ( ) Ya, Jenis.....

Kondisi kulit daerah pemasangan Infus :.....

Keadaan rambut :- Tekstur : ( ) Baik ( ) Tidak ( ) Alopesia

- Kebersihan : ( ) Ya ( ) Tidak, .....

m. Sistem Muskuloskeletal

Kesulitan dalam pergerakan : ( ) Ya ( ) Tidak

Sakit pada tulang, sendi, kulit : ( ) Ya ( ) Tidak

Fraktur : ( ) Ya ( ) Tidak

Lokasi : .....

Kondisi:.....

Kelainan bentuk tulang sendi : ( ) Kontraktur ( ) Bengkak  
( ) Lain-lain, sebutkan : .....

Kelaianan struktur tulang belakang: ( ) Skoliosis ( ) Lordosis  
( ) Kiposis

Kedadaan Tonus otot : ( ) Baik ( ) Hipotoni  
( ) Hipertoni ( ) Atoni

Kekuatan Otot : ... ..  
.....  
.....

**Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit):**

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

**a. Data Penunjang** (Pemeriksaan diagnostik yang menunjang masalah : Lab, Radiologi, Endoskopi dll )

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

**b. Penatalaksanaan** (Therapi / pengobatan termasuk diet )

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



