

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan

Kegiatan	Bulan															
	Februari				Maret				April				Mei			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Penyusunan proposal studi kasus																
Seminar proposal studi kasus																
Revisi proposal studi kasus																
Pelaksanaan kegiatan studi kasus																
Penyusunan hasil studi kasus																
Seminar hasil studi kasus																

Lampiran 2 :Fomulir Kesediaan Pembimbing

Lampiran 1: Contoh Formulir Pemilihan Pembimbing

**FORMULIR
KESEDIAAN PEMBIMBING**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Ns. Yoza Misra Fatmi, M.Kep., Sp.Kep. MB
2. NIP : 198509292010122006
3. Pangkat/golongan : Pennata TK I / III A
4. Jabatan : Dosen
5. Asal institusi : Poltekkes Kemenkes Riau
6. Pendidikan terakhir : S2
7. Kontak person
 - a) Alamat rumah : Jl. Balam Kuansing. Villa yasmin. Blok D. 10
 - b) Telp/Hp : 081379602985
 - c) Alamat kantor : Jl. Meuar no. 103 Pekanbaru
 - d) Telp kantor : (0761) 36581

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

Nama : Putri Andriani Br Galinggih

NIM : P03211901113

Dengan Judul : "Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Wilayah Kerja Puskesmas Garuda Kota Pekanbaru"

*) coret yang tidak dipilih

Pekanbaru, Rabu 07/02/2024

(.....)
Ns. Yoza Misra Fatmi, M.Kep., Sp.Kep. MB

Lampiran 1: Contoh Formulir Pemilihan Pembimbing

**FORMULIR
KESEDIAAN PEMBIMBING**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

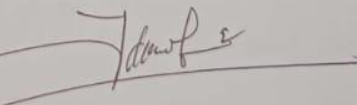
1. Nama : Ns. Idayanti S.Pd., S.Kep., M.Kes
 2. NIP : 1969102219940032007
 3. Pangkat/golongan : Penata TK 1/III
 4. Jabatan : Ka. Pradi DIII
 5. Asal institusi : Puskesmas Kemenkes Riau
 6. Pendidikan terakhir : S2 Kesehatan Masyarakat
 7. Kontak person
 a) Alamat rumah : Jl. Kenanga Gg. Kencana NO 5, Sukajadi Pekanbaru
 b) Telp/Hp : 085255280069
 c) Alamat kantor : Jl. Melur 103 Sukajadi
 d) Telp kantor : 0761-36581

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

- Nama : Pueri Andriani Br Gainggang
 NIM : PD32114401113
 Dengan Judul : Asuhan Keperawatan Pada klien dengan Stroke
 Non Hemoragik di Wilayah Kerja Puskesmas Garudu
 Kota Pekanbaru "

*) coret yang tidak dipilih

Pekanbaru, Jum'at 08 Maret 2024



(Ns. Idayanti, S.Pd., S.Kep., M.Kes

Lampiran 3 : Formulir Pengajuan Judul

Lampiran 1a: Contoh Formulir Penentuan Judul Karya Tulis Ilmiah

**FORMULIR
PENENTUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa: Putri Andriani Br. Gaungging
 NIM : P03211440113

Judul KTI yang diusulkan berdasarkan prioritas:

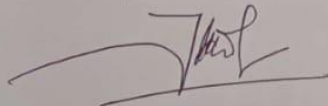
No	Bidang/departemen	Judul
1	KMB	Asuhan Keperawatan Pada klien dengan Stroke Non Hemorogik di wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Pekanbaru 7-2-2024 y.
2	KMB	Asuhan Keperawatan Pada klien dengan Rheumatoid Arthritis di wilayah Puskesmas Meur
3	Gerontik	Asuhan Keperawatan geronik Pada lansia dengan Hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Meur

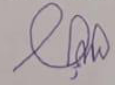
Usulan nama pembimbing:

- Ns. Yoza Misra Fatmi, M.Kep., Sp.Kep. MB
- Idayanti, S.Pd., M.Kes

Hari/Tanggal Pengumpulan: Rabu 07 / february / 2024
 Pukul : 14:00 wib

Judul KTI yang disetujui: Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke Non Hemorogik di wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Pekanbaru

Mengetahui
 Kaprodi D-III Keperawatan

 (Idayanti, S.Pd., S.Kep., M.Kep.)
 NIP. 1969102219940032002

Pekanbaru,
 Koordinator MK KTI
 Program Studi Keperawatan

 (Ns. Melly, SST, S.Kep., M.Kes)
 NIP. 197401022002122002





CS Dipakai dengan CamScanner

Lampiran 4 : Lembar Revisi

Lampiran 2: Contoh Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

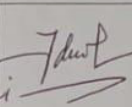

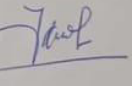
Nama Mahasiswa : Putri Andriani Gr. Gaingging
 NIM : P032111401113
 Nama Pembimbing : Ns. Yozza Miska Fatmi, M.Kep, Sp.Kep. KMB
 Ns. Idayanti S.Pd, S.Kep, M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1.	07/02/2024	Bimbingan Judul KTI yang akan diambil serta tanda tangan Acc Judul	Cari referensi buku, Jurnal KTI Kating dan angsur BAB 1	
2.	10/02/2024	Bimbingan BAB 1 dengan dospem 1	- Di latar belakang harus ada data dari dunia, Indonesia, Pekanbaru, & wilayah tempat penelitian.	
3.	12/02/2024	Bimbingan dan Konsul BAB 1	- Cover sesuai format KTI - Memperbaiki Kalimat - Cari sumber yang jelas	
4.	13/02/2024	Bimbingan dan Konsul BAB 1	- Jabarkan lagi tentang Strouknya - Lanjutkan BAB 2 - BAB nya Angka nomor tidak romawi	
5.	21/02/2024	Bimbingan dan Konsul BAB 1 dan BAB 2	- Memperbaiki Kalimat - Tambahkan sumber - Pathwaynya lebih jelas kan lagi	
6.	01/03/2024	Bimbingan dan konsul BAB 1 dan BAB 2	- Perbaiki Kalimat - lanjut BAB 3	
7.	04/03/2024	Bimbingan BAB 1, BAB 2, BAB 3	- Perbaiki Kalimat - Sudah bisa bimbingan dengan dospem kedua	

Lampiran 2: Contoh Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Puji Andriani Br Gaungging
 NIM : 2032114901113
 Nama Pembimbing : Ns. Yoka Misra Fatmi, M.Kep, S.p.Kep.KMB
 Ns. Idayanti S.pd, S.Kep, M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1.	05/03/2024	Konsul BAB 1-3 dengan dospem 2	1. Cover diperbaiki 2. Penulisan NO bab buku angka Romawi 3. Spasi naskah KTI 2 spasi 4. Manfaat penelitian ditambahkan di paragraf KTI.	
2	08/03/2024	Cover, halaman persetujuan, lembar persetujuan, Daftar Isi, Daftar Gambar, Daftar Pustaka	Perbaiki sesuai arahan	
3.	13/03/2024	BAB 1 sampai BAB 3	Ace V/ Teknik penulisan	

LEMBAR REVISI

Nama : Putri Andriani Br Galingging
 NIM : P032114401113

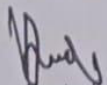
NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
1	BAB 3	Pertanyaan 1. Metode Penelitian 2. Kriteria inklusi & eksklusi 3. Pengumpulan data 4. Instrumen Pengumpulan data 5. Pengolahan data 6. Analisa data dan Penyajian data


Pekanbaru, 21 Maret 2021

Pekanbaru, 27-3-2021

Sebelum direvisi,

Sudah direvisi,


 (Dr. Ibnu Kusdi, S.Kp., M.Kes)


 (Dr. Ibnu Kusdi, S.Kp., M.Kes)

LEMBAR REVISI

Nama : Putri Andriani Br Galingging
NIM : P032114401113

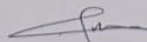
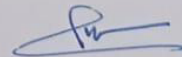
NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
		<ul style="list-style-type: none"> - menurut saudara apa penyebab ↑ kasus stroke. - beda SH dan SHT - apakah sudah pernah merawat ps ini sebelumnya? - ROM. <p>Pahami materi..</p>

Pekanbaru, 21. Maret. 2024

Pekanbaru, 29. Maret 2024

Sebelum direvisi,

Sudah direvisi,







(Ns. Wiwiek Desvira, S.Kep., M.Kep) (Ns. Wiwiek Desvira, S.Kep., M.Kep)

Lampiran 2: Contoh Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

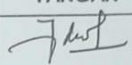
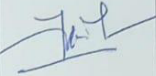
Nama Mahasiswa : Putri Andriani Br. Gaingging
 NIM : 2032114401113
 Nama Pembimbing : Ns. Yoza Misra Fatma M.Kep-Sp.Kep-MB

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1	21/05/2024	- Atur Spasi - Melengkapi Pengkajian - Bimbingan BAB 4	- Perbaiki Spasi - Perbaiki kata	
2.	21/05/2024	- Bimbingan BAB 4 dan 5 - Revisi	- lengkapi Pengkajian - Perbaiki kata	
3.	22/05/2024	- Bimbingan BAB 4-5 - Sem ACC Semhas	- ACC Semhas	

Lampiran 2: Contoh Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Putri Andriani D. Galunggung
 NIM : P032111101113
 Nama Pembimbing : Ns. Yozna Misra Fatm. M. Kep., Sp. Kep. MB
 Ns. Idayanti S. Pd, S. Kep. M. Kes

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1	21/05/2024	- Cover - Tuisan dalam tabel - Tar	} perbaiki urutannya	
2	22/05/2024	Bab 1-5 Cover, lampiran dll.	} kece v/ penulisan	

LEMBAR REVISI

Nama : Putri Andriani Br Galingging

NIM : P032114401113

NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
1.	BAB	Bagaimana cara mendapatkan Subjek
2.	1	Bagaimana memberikan Askep
3.	Sampel	Berapa Diagnosa
4.	5	Bagaimana cara metode anda melakukan ROM

Pekanbaru, 07-06-2024

Sebelum direvisi,



(Dr. Ibnu Rusdi, S.Kep., M.Kes)

Pekanbaru, 07-06-2024

Sudah direvisi,



(Dr. Ibnu Rusdi, S.Kep., M.Kes)

LEMBAR REVISI

Nama : Putri Andriani Br Galingging

NIM : P032114401113

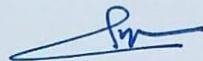
NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
1.	BAB 1	Memperbaiki Abstrak
2.	Sumpe BAB 5	Buat tanggal yang benar di BAB 3 lokasi & waktu studi
3.		Buat jam Pengkajian kedua subjek
4.		Kebutuhan 2021 kedua subjek mengalami stroke keluhan yang sama?
5.		Rapikan penulisan enter kebawah bagian subjek 2 hal 38 & 39, ikuti SOP sebelumnya, Fokus pembahasan

Pekanbaru, 07-06-2019

Pekanbaru, 07-06-2019

Sebelum direvisi,

Sudah direvisi,




(Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep., M.Kep)

(Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep., M.Kep)

Lampiran 5 :Surat izin penelitian



Nomor : PP.03.03/F.LII/432/2024
 Lampiran : 3 (tiga) lembar
 Hal : Izin Pra Penelitian

21 Februari 2024

Yth,

Kepala Dinas Penanaman Modal dan
 Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi
 Riau

di
 Tempat

Bersama ini kami sampaikan kepada Bapak/Ibu bahwa mahasiswa/i Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau Tahun Akademik 2023/2024 diwajibkan untuk membuat Karya Tulis Ilmiah yang merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, kami meminta bantuan Bapak/Ibu agar kiranya dapat memberikan Izin atau memfasilitasi kegiatan mahasiswa/i yang tersebut dalam lampiran surat ini supaya dapat melakukan pengumpulan data Awal di lokasi yang akan menjadi tempat penelitiannya.

Demikianlah disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wakil Direktur I Poltekkes
 Kemenkes Riau,



Alkausyari Aziz

Lampiran 6 :Surat Rekomendasi Dinas Penanaman Modal Satu Pintu



PEMERINTAH PROVINSI RIAU
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
 Gedung Menara Lancang Kuning Lantai I dan II Komp. Kantor Gubernur Riau
 Jl. Jend. Sudirman No. 460 Telp. (0761) 39064 Fax. (0761) 39117 **P E K A N B A R U**
 Email : dpmpstp@riau.go.id

REKOMENDASI

Nomor : 503/DPMPSTP/NON IZIN-RISET/63402
 T E N T A N G



**PELAKSANAAN KEGIATAN RISET/PRA RISET
 DAN PENGUMPULAN DATA UNTUK BAHAN KTI**

1.04.02.01

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Riau, setelah membaca Surat Permohonan Pra Riset dari : **Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau, Nomor : PP.03.03/F.LII/432/2024 Tanggal 21 Februari 2024**, dengan ini memberikan rekomendasi kepada:

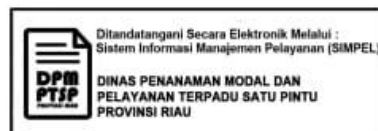
1. Nama	:	PUTRI ANDRIANI BR GALINGGING
2. NIM / KTP	:	032114401113
3. Program Studi	:	KEPERAWATAN
4. Jenjang	:	DIII
5. Alamat	:	JL.TIRTONADI GG.DUYUNG
6. Judul Penelitian	:	ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK
7. Lokasi Penelitian	:	PUSKESMAS

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Tidak melakukan kegiatan yang menyimpang dari ketentuan yang telah ditetapkan.
2. Pelaksanaan Kegiatan Penelitian dan Pengumpulan Data ini berlangsung selama 6 (enam) bulan terhitung mulai tanggal rekomendasi ini diterbitkan.
3. Kepada pihak yang terkait diharapkan dapat memberikan kemudahan serta membantu kelancaran kegiatan Penelitian dan Pengumpulan Data dimaksud.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Dibuat di : Pekanbaru
 Pada Tanggal : 1 Maret 2024



Tembusan :

Disampaikan Kepada Yth :

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Riau di Pekanbaru
2. Walikota Pekanbaru
 Up. Kaban Kesbangpol dan Linmas di Pekanbaru
3. Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau di Pekanbaru
4. Yang Bersangkutan


Lampiran 7 : Surat Keterangan Penelitian



PEMERINTAH KOTA PEKANBARU
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 GEDUNG LIMAS KAJANG LANTAI III KOMP. PERKANTORAN PEMKO. PEKANBARU
 JL. ABDUL RAHMAN HAMID KOTA PEKANBARU



SURAT KETERANGAN PENELITIAN
 Nomor : BL.04.00/Kesbangpol/786/2024



a. Dasar : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008 Tentang Keterbukaan Informasi Publik.
 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik.
 3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah.
 4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 Tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian.
 5. Peraturan Daerah Kota Pekanbaru Nomor 9 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Pekanbaru.

b. Menimbang : Rekomendasi dari Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Riau, nomor 503/DPMPSTP/NON IZIN-RISSET/63402 tanggal 1 Maret 2024, perihal pelaksanaan kegiatan Penelitian Riset/Pra Riset dan pengumpulan data untuk bahan Skripsi.

MEMBERITAHUKAN BAHWA :

1. Nama : **PUTRI ANDRIANI BR GALINGGING**
 2. NIM : P032114401113
 3. Fakultas : **KEPERAWATAN POTEKKES KEMENKES RIAU**
 4. Jurusan : **KEPERAWATAN**
 5. Jenjang : **DIII**
 6. Alamat : **JL. TIRTONADI GG. DUYUNG KEL. SRI MERANTI KEC. RUMBAL-PEKANBARU**
 7. Judul Penelitian : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK**
 8. Lokasi Penelitian : **DINAS KESEHATAN KOTA PEKANBARU**

Untuk Melakukan Penelitian, dengan ketentuan sebagai berikut :

- Tidak melakukan kegiatan yang menyimpang dari ketentuan yang telah ditetapkan yang tidak ada hubungan dengan kegiatan Riset/Pra Riset/ Penelitian dan pengumpulan data ini.
- Pelaksanaan kegiatan Riset ini berlangsung selama 6 (enam) bulan terhitung mulai tanggal Surat Keterangan Penelitian ini diterbitkan.
- Berpakaian sopan, mematuhi etika Kantor/Lokasi Penelitian, bersedia meninggalkan photo copy Kartu Tanda Pengenal.
- Melaporkan hasil Penelitian kepada Walikota Pekanbaru c.q Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Pekanbaru, paling lambat 1 (satu) minggu setelah selesai.

Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pekanbaru, 5 Maret 2024

a.n. **KERJA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KOTA PEKANBARU**
SEKRETARIS

HADI SANJOYO, AP, M.Si
 PEMBINA TINGKAT I
 NIP. 19740410 199311 1 001

Tembusan
 Yth : 1. Wakil Direktur I POLTEKKES KEMENKES Riau di Pekanbaru.
 2. Yang Bersangkutan.


Lampiran 8 : Data Jumlah Kasus Stroke Se Puskesmas Pekanbaru

**JUMLAH KASUS STROKE INFARK (163.9) TAHUN 2023
SE-PUSKESMAS KOTA PEKANBARU**

No	Nama Puskesmas	Stroke Infark
1	Garuda	636
2	Harapan Raya	257
3	Rejosari	244
4	Sail	203
5	Karya Wanita	137
6	Melur	136
7	Tenayan Raya	132
8	Payung Sekaki	121
9	Senapelan	119
10	Sidomulyo	105
11	Langsat	96
12	Simpang Baru	94
13	Sidomulyo RI	90
14	Pekanbaru Kota	88
15	Sapta Taruna	83
16	Simpang Tiga	80
17	Umban Sari	58
18	Rumbal	54
19	Rumbal Bukit	22
20	Muara Fajar	4
21	Lima Puluh	1
	Total	2760





Pekanbaru, 26 April 2024

Sub Koordinator Pelayanan Dasar
Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru



Peddy Anna Sialagan, SKM
NIP. 197504142000032003

Lampiran 9 : Surat Izin Penelitian Puskesmas

	PEMERINTAH KOTA PEKANBARU DINAS KESEHATAN Perkantoran Tenayan Raya Jl. Abdul Rahman Hamid Gedung B-2 Lantai 1 – 2 Pekanbaru
Nomor : B.000.9.2/Dinkes-Umum/ Sifat : 469/2024 Lampiran : Biasa Hal : -	Pekanbaru, 23 April 2024 Kepada Yth. Kepala Puskesmas Garuda di - Pekanbaru
Riset an. <u>Putri Andriani Br Galingging</u>	
Menindaklanjuti surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor : BL.04.00/Kesbangpo/786/2024 tanggal 5 Maret 2024, tentang rekomendasi penelitian kepada :	
Nama : Putri Andriani Br Galingging NIM : P032114401113 Instansi : Poltekkes Kemenkes Riau Fakultas/Jurusan : Keperawatan Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik	
Sehubungan dengan hal tersebut di atas, kami mengharapkan kepada Saudara untuk dapat membantu kelancaran pengumpulan data dan penilaian kepada yang bersangkutan di atas.	
Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami ucapkan terima kasih.	
	Ditandatangani Secara Elektronik Oleh:  Plt. Sekretaris Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru LINA PRIMADESA, S.Farm., Apt. NIP. 198105172005012012 
Tembusan :	
Yth. 1. <u>Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau</u>	
Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN	

Lampiran 10 : Form Informed Consed

**FORMULIR INFORMASI DAN
PERNYATAAN PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : *NY.T*
Umur : *58 Tahun*
Pekerjaan : *Ibu Rumah Tangga*
Alamat : *Jl. Bundeng NO. 103*

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dalam keadaan sadar, jujur, dan tidak ada paksaan dalam penelitian dari:

Nama : Putri Andriani Br Galinging
NIM : P032114401113
Prodi : DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Wilayah Kerja Puskesmas Garuda Kota Pekanbaru

Penelitian Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini bertujuan untuk melihat peningkatan rentang gerak pada pasien stroke non hemoragik. Kerahasiaan dijamin oleh peneliti. Saya telah diberi penjelasan terkait hal tersebut diatas dan saya memberikan kesempatan untuk bertanya terkait hal-hal yang belum dimengerti serta telah mendapatkan jawaban yang jelas dan tepat.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut menjadi subjek penelitian ini selama 5 hari.

Pekanbaru, *01 Mei*2024



(.....*NY.T*.....)

**FORMULIR INFORMASI DAN
PERNYATAAN PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. S
Umur : 64 Tahun
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Jl. Kopon


Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dalam keadaan sadar, jujur, dan tidak ada paksaan dalam penelitian dari:

Nama : Putri Andriani Br Galingging
NIM : P032114401113
Prodi : DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Wilayah Kerja Puskesmas Garuda Kota Pekanbaru

Penelitian Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini bertujuan untuk melihat peningkatan rentang gerak pada pasien stroke non hemoragik. Kerahasiaan dijamin oleh peneliti. Saya telah diberi penjelasan terkait hal tersebut diatas dan saya memberikan kesempatan untuk bertanya terkait hal-hal yang belum dimengerti serta telah mendapatkan jawaban yang jelas dan tepat.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut menjadi subjek penelitian ini selama 5 hari.


Pekanbaru, 01 Mei 2024



(..... Sri Rahayu)

Lampiran 11 : Dokumentasi

Hari/Tanggal	Ny. T	Ny. S
Kamis 02/05/2024		
Jumat 03/05/2024		
Sabtu 04/05/2024		
Minggu 05/05/2024		
Senin 06/05/2024		

Lampiran 12 : Surat Keterangan Menyelesaikan Penelitian Di Puskesmas Garuda

**PEMERINTAH KOTA PEKANBARU**
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS GARUDA
Jalan Garuda Nomor 12 A Telepon (0761) 7874769 Kode Pos 28282
Email : puskesmasgaruda12a@gmail.com
PEKANBARU



SURAT KETERANGAN
Nomor : 400.7.22.1/PKM-G/112/2024

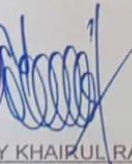
Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala UPT Puskesmas Garuda dengan ini menerangkan bahwa mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Putri Andriani Br Galingsing
NIM : P032114401113
Universitas/Akademi : Poltekkes Kemenkes Riau
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik

Adalah benar telah menyelesaikan Penelitian di Puskesmas Garuda Kota Pekanbaru.

Demikian Surat Keterangan ini kami sampaikan, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pekanbaru, 25 Mei 2024
Kepala UPT Puskesmas Garuda



D. DEDY KHAIRUL RAY, M.K.M
Pembina Tk. I/ IV b
NIP. 198008312009021001

 Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 13 : Format Pengkajian

FORMAT PENGKAJIAN

A. DATA:

Nama	: Ny. T	Umur	: 58 Th
Jenis Kelamin	: Perempuan	Suku Bangsa	: Melayu
Tanggal lahir	: 05/03/1965	Agama	: Islam
Alamat	: Jl. Bandung NO. 107	Pendidikan	: SMA
Tanggal Pengkajian	: 02 Mei 2024	Pekerjaan	: IRT
Dx. Medis	: Stroke Non Hemoragik	Status Perkawinan	: Kawin

B. KELUHAN UTAMA

Klien dan keluarga mengatakan klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri dan kesulitan dalam melakukan aktivitas sejak 2021.

C. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Klien mengatakan anggota gerak sebelah kiri lemah sulit untuk menggerakkan dan sudah 2 hari ini mengalami sulit tidur sering terbangun di malam hari, klien bisa tidur pukul 23:00 wib dan terbangun pukul 02:00 wib dan sulit untuk tidur kembali klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya dan cara perawatannya.

D. RIWAYAT KESEHATAN SEBELUMNYA

1. Penyakit yang pernah diderita

Klien mengatakan pada tahun 2019 pernah kecelakaan mengakibatkan tulang pergelangan tangan kanan patah. Pada tahun 2021 mengalami muntah dan tremor pada kaki kanan lalu pingsan dilarikan di RS Syafira dan terdiagnosa stroke non hemoragik pada bagian tubuh sebelah kiri. Tahun 2023 mendapat diabetes melitus

2. Pernah dirawat di rumah sakit : Ya Tidak

3. Obat-obatan yang pernah digunakan

Klien mengatakan pernah dirawat di RS Syafira selama 5 hari dan 3 hari di RS Prof Dr. Tabrani

metformin 500 mg, Amlodipin 10 mg, Cloxacillinide, 5mg
Clupidogrel Bisulfate 75 mg

4. Pernah dilakukan tindakan operasi : Ya Tidak

5. Jika Ya, jenis operasi yang dilakukan:

Tidak ada

6. Alergi (makanan/obat-obatan/debu/cuaca)

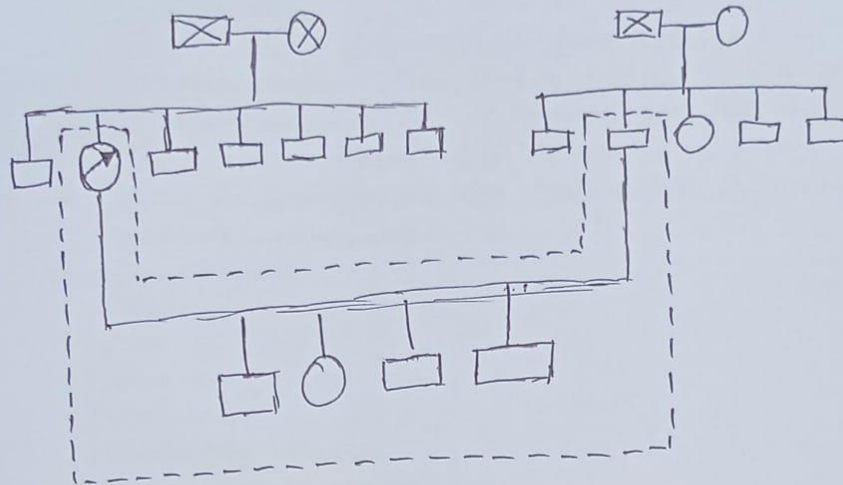
Klien mengatakan tidak ada alergi

7. Kecelakaan

Klien mengalami kecelakaan pada tahun 2019 dan mengakibatkan pergelangan tangan patah

E. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

(genogram)



Keterangan :

- = Laki-laki
- = Perempuan
- ⊗ = Meninggal
- = Garis
- - - = Tinggal Serumah
- ↗ = Klien

- Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi factor risiko

Klien mengatakan Pihak keluarga Klien sebelumnya orang tua (ibu) mengalami penyakit hipertensi dan diabetes dan orang tua Klien

F. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL.

- 1) Adakah orang terdekat dengan klien :
..Klien mengatakan suaminya
- 2) Interaksi dalam keluarga :
 - a) Pola Komunikasi : *..Pola komunikasi dalam keluarga baik*
 - b) Pembuatan Keputusan : *..Klien membuat keputusan dibantu suami*
 - c) Kegiatan Kemasyarakatan: *..Klien mengatakan tidak lagi mengikuti kegiatan masyarakat*
- 3) Dampak penyakit klien terhadap keluarga : *..ekonomi klien menurun*
- 4) Masalah yang mempengaruhi klien : *..Klien mengatakan tidak ada*
- 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 : *..Klien ingin perawatannya tidak semakin parah*
 - b) Harapan setelah menjalani perawatan : *..Klien berharap tetap sehat*
 - c) Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit : *..Klien mengatakan banyak perubahan tidak bisa berjualan dan mengurus rumah*
- 7) Sistem nilai kepercayaan :
 - a) Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan : *..-*
 - b) Aktivitas Agama/Kepercayaan yang dilakukan : *..Islam*
- 8) Kondisi Lingkungan Rumah
 (Lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan saat ini) :
..lingkungan rumah klien tampak bersih

G. POLA PEMELIHARAAN KESEHATAN

a. Pola Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi:

No	Pemenuhan Makan/Minum	Di Rumah
1	Jumlah / Waktu	<i>1 liter per hari</i>
2	Jenis	<i>Air putih</i>
3	Kesulitan Makan / Minum	<i>Tidak ada</i>
4	Usaha-usaha mengatasi masalah	<i>-</i>

b. Pola Eliminasi

No	Pemenuhan Eliminasi BAB/BAK	BAK Di Rumah	BAB
1	Jumlah / Waktu	3-7 x / sehari	3x / sehari
2	Warna	Kuning keruh	Coklat
3	Bau	Khas urin	Khas feces
4	Konsistensi	Cair	padat lembek
5	Masalah Eliminasi	Tidak ada	-
6	Cara Mengatasi Masalah	Tidak ada	-

c. Pola Istirahat Tidur

No	Pemenuhan Istirahat Tidur	Di Rumah
1	Jumlah / Waktu	4-6 jam / hari
2	Gangguan Tidur	Gangguan tidur sering terbangun & susah tdr
3	Upaya Mengatasi Gangguan tidur	Dukungan tidur, kusen mengatakkan dengan mematikan lampu

d. Pola Kebersihan Diri / Personal Hygiene :

No	Pemenuhan Personal Hygiene	Di Rumah
1	Frekuensi Mandi	2x sehari
2	Keadaan Kuku	Bersih

H. PEMERIKSAAN FISIKa. Pemeriksaan Fisik Umum :

- 1) Berat badan :60.....Kg
- 2) Tinggi Badan :152.....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) Otot-otot mata : Tidak ada kelainan () Juling keluar
() Juling ke dalam () Berada di atas
- 8) Fungsi penglihatan : Baik () Kabur
() Dua bentuk / diplopia
- 9) Tanda-tanda radang : -
- 10) Pemakaian kaca mata : Tidak () Ya, Jenis.....
- 11) Pemakaian lensa kontak : -
- c. Sistem Pendengaran :
- 1) Daun telinga : Normal () Tidak,
- 2) Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau) : *Kuning, padat, berbau khas*
- 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 Pernafasan :
- 1) Jalan nafas : Bersih () Ada sumbatan;
- 2) Pernafasan : Tidak Sesak () Sesak :.....
- 3) Menggunakan otot bantu pernafasan : () Ya, Tidak
- 4) Frekuensi : *20* 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 : *Tidak ada nyeri tekan*
- 13) Perkusi dada : *Sonor*
- 14) Suara nafas : Vesikuler () Ronkhi
() Wheezing () Rales

15) Nyeri saat bernafas : () Ya Tidak

16) Penggunaan alat bantu nafas : Tidak () Ya

c. Sistem Kardiovaskuler :

1) Sirkulasi Peripher

a) Nadi 90 x/ menit : Irama : Teratur () Tidak teratur

Denyut : () Lemah () Kuat

b) Tekanan darah : 121/96 mm/Hg

c) Temperatur kulit : Hangat () Dingin

d) Warna kulit : () Pucat () Cyanosis () Kemerahan Normal

e) Edema : () Ya,..... Tidak

() Tungkai atas () Tungkai bawah

() Periorbital () muka

() Skrotalis () Anasarka

2) Sirkulasi Jantung

a) Kecepatan denyut apical : 68 x/menit

b) Irama : Teratur () Tidak teratur

c) Kelainan bunyi jantung : () Murmur () Gallop Sub-dub

d) Sakit dada : () Ya Tidak

1) Timbulnya : () Saat aktivitas () Tanpa aktivitas Tidak ada

2) Karakteristik : () Seperti ditusuk-tusuk Tidak ada
() Seperti terbakar

() Seperti tertimpa benda berat

3) Skala nyeri : Tidak ada

f. Sistem Syaraf Pusat

1) Keluhan sakit kepala : Tidak ada (vertigo/migrain, dll)

2) Tingkat kesadaran : Compos mentis () Apatis

() Somnolent () Soporokoma

3) Glasgow coma scale(GCS) E : 4 M : 5 V : 6

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)

g. 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
 Lembek
() Berdarah () Terdapat lendir
() Tidak ada kelainan
- 12) Konstipasi : Tidak () Ya,.....
lamanya : hari
- 13) Hepar : Teraba () Tak teraba
- 14) Abdomen : () Lembek Kembang
() Acites () Distensi

h. 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.....

i. 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.....

j. Sistem Muskuloskeletal

Kesulitan dalam pergerakan : Ya Tidak
 Sakit pada tulang, sendi, kulit : Ya Tidak
 Fraktur : Ya Tidak
 Lokasi :
 Kondisi:.....
 Keadaan Tonus otot : Baik Hipotoni Hipertoni Atoni

Kekuatan Otot :

5	4
5	4

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

Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit):

Klien hanya mengetahui stroke karena tekanan darahnya tinggi.

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

TERAPI MEDIKASI/ OBAT-OBATAN SAAT INI

- Vit B complex 1x1 sehari
 - Amlodipin 10 mg 1x1 sehari
 - Hydrochlorothiazide 25 mg 1x1 sehari
 - Metformin 500 mg 2x1 sehari
-
.....
.....
.....
.....

FORMAT PENGKAJIAN

A. DATA:

Nama	: N.Y.S	Umur	: 64 Th
Jenis Kelamin	: Perempuan	Suku Bangsa	: Jawa
Tanggal lahir	: 27/11/1959	Agama	: ISLAM
Alamat	: Jl. Kopen	Pendidikan	: SMA
Tanggal Pengkajian	: 02 Mei 2024	Pekerjaan	: IKT
Dx. Medis	: Stroke Non Hemoragik	Status Perkawinan	: Kawin

B. KELUHAN UTAMA

Klien dan keluarga mengatakan dari tahun 2021 klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri dan tidak bisa melakukan aktivitas mandiri. Semua aktivitas dibantu keluarga.

C. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Klien mengatakan anggota gerak sebelah kiri lemah dan sulit untuk digerakkan. Sudah 5 hari ini mengalami sulit tidur, tidur tidak teratur. Bisa tidur pukul 23.30 wib di malam hari dan bangun pukul 03.00 wib, dan klien tidak bisa tidur kembali.

D. RIWAYAT KESEHATAN SEBELUMNYA

1. Penyakit yang pernah diderita

Klien mengatakan pada tahun 2019, 10 Tahun yang lalu mengalami sakit Diabetes Mellitus. Pada tahun 2021 saat beraktivitas badan klien tiba-tiba terasa kaku tidak bisa digerakkan dan langsung dilarikan ke RS Awal Bros dan terdiagnosa Stroke Non Hemoragik anggota gerak sebelah kiri.

2. Pernah dirawat di rumah sakit : Ya/Tidak
 3. Obat-obatan yang pernah digunakan

Klien mengatakan pernah dirawat di RS Awal Bros kurang lebih seminggu

→ Ampisilin 10 mg, Metformin 500 mg, Hydrochlorothiazide 25 mg

4. Pernah dilakukan tindakan operasi : Ya/Tidak
 5. Jika Ya, jenis operasi yang dilakukan:

Tidak ada

6. Alergi (makanan/obat-obatan/debu/cuaca)

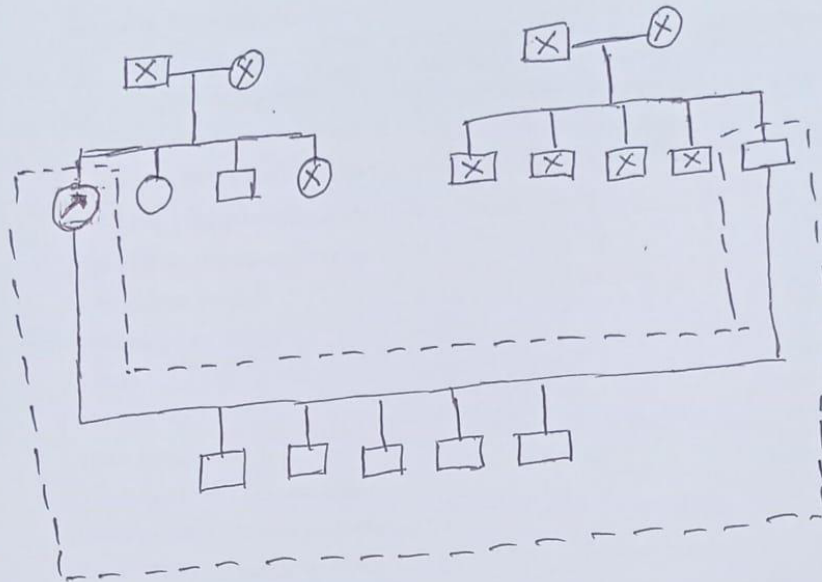
klien mengatakan alergi udang

7. Kecelakaan

Tidak ada

E. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

(genogram)



Keterangan :

- = Laki-laki
- = Perempuan
- X = Meninggal
- = Garis
- - - = Tinggal Serumah
- = Klien

- Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi factor risiko

Pihak keluarga klien sebelumnya tidak ada yang mengalami penyakit yang sama dengan klien

F. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

- 1) Adakah orang terdekat dengan klien :
Klien mengatakan suami dan anak pertama
- 2) Interaksi dalam keluarga :
 - a) Pola Komunikasi : Klien mengatakan pola komunikasi kurang, karena pada sibuk dengan masing-masing keluarga
 - b) Pembuatan Keputusan : Klien mengambil keputusan dgn suami
 - c) Kegiatan Kemasyarakatan :
- 3) Dampak penyakit klien terhadap keluarga : Ekonomi menurun
- 4) Masalah yang mempengaruhi klien : Tidak ada
- 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 : Ingin selalu sehat
 - b) Harapan setelah menjalani perawatan : Berharap bisa sehat
 - c) Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit : Sedih tidak bisa berjualan
- 7) Sistem nilai kepercayaan : -
 - a) Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan : Klien mengatakan Sunit berwujud
 - b) Aktivitas Agama/Kepercayaan yang dilakukan : Islam
- 8) Kondisi Lingkungan Rumah
(Lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan saat ini) :
Lingkungan rumah tampak bersih

G. POLA PEMELIHARAAN KESEHATAN

a. Pola Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi:

No	Pemenuhan Makan/Minum	Di Rumah
1	Jumlah / Waktu	± 1 liter / perhari
2	Jenis	Air putih, susu
3	Kesulitan Makan / Minum	Tidak Ada
4	Usaha-usaha mengatasi masalah	-

b. Pola Eliminasi

No	Pemenuhan Eliminasi BAB/BAK	Di Rumah
1	Jumlah / Waktu	BAK 4-8x / sehari BAB 3-5x / Seminggu
2	Warna	Kuning
3	Bau	Khas urin Khas Feses
4	Konsistensi	Lair lembek
5	Masalah Eliminasi	-
6	Cara Mengatasi Masalah	-

c. Pola Istirahat Tidur

No	Pemenuhan Istirahat Tidur	Di Rumah
1	Jumlah / Waktu	3-5 jam / hari
2	Gangguan Tidur	Sering terbangun tengah malam & sulit tidur
3	Upaya Mengatasi Gangguan tidur	Klien mengatakan dengan mendengar lagu

d. Pola Kebersihan Diri / Personal Hygiene :

No	Pemenuhan Personal Hygiene	Di Rumah
1	Frekuensi Mandi	2x / sehari
2	Keadaan Kuku	bersih

H. PEMERIKSAAN FISIK

a. Pemeriksaan Fisik Umum :

- 1) Berat badan : 65 Kg
 2) Tinggi Badan : 150 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

15) Nyeri saat bernafas : () Ya () Tidak

16) Penggunaan alat bantu nafas : () Tidak () Ya

c. Sistem Kardiovaskuler :

1) Sirkulasi Peripher

a) Nadi 88 x/menit : Irama : () Teratur () Tidak teratur

Denyut : () Lemah () Kuat

b) Tekanan darah : 137/91 mm/Hg

c) Temperatur kulit : () Hangat () Dingin

d) Warna kulit : () Pucat () Cyanosis () Kemerahan () Normal

e) Edema : () Ya,..... () Tidak

() Tungkai atas () Tungkai bawah

() Periorbital () muka

() Skrotalis () Anasarka

2) Sirkulasi Jantung

a) Kecepatan denyut apical : 89 x/menit

b) Irama : () Teratur () Tidak teratur

c) Kelainan bunyi jantung : () Murmur () Gallop () Iub- dub

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 :

f. Sistem Svaraf Pusat

1) Keluhan sakit kepala : Tidak Ada (vertigo/migrain, dll)

2) Tingkat kesadaran : () Compos mentis () Apatis

() Somnolent () Soporokoma

3) Glasgow coma scale(GCS) E : 4 M : 5 V : 6

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 kir / atas / bawah)

g. 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 :⁸.....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: ^{lenta}Setengah padat () Cair
() Berdarah () Terdapat lendir
() Tidak ada kelainan
- 12) Konstipasi : Tidak () Ya,.....
lamanya : hari
- 13) Hepar : Teraba () Tak teraba
- 14) Abdomen : () Lembek Kembang
() Acites () Distensi

h. 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.....

i. 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.....

j. Sistem Muskuloskeletal

- Kesulitan dalam pergerakan : Ya Tidak
 Sakit pada tulang, sendi, kulit : Ya Tidak
 Fraktur : Ya Tidak
 Lokasi :
 Kondisi:.....
 Keadaan Tonus otot : Baik Hipotoni Hipertoni Atoni

Kekuatan Otot :

5	1
5	3

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

Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit):

Klien mengatakan bahwa tahu stroke karena tekanan darah tinggi. Dan banyak makan makanan mengandung garam

.....
.....

TERAPI MEDIKASI/ OBAT-OBATAN SAAT INI

- Metformin 500 mg 2x1/Sehari
 - Amlodipin 10 mg 1x1 Sehari
 - Clopidogrel Bisulfate 75 mg 1x1 Sehari
 - Colibenzamide 5 mg 1x1 Sehari
-
.....
.....
.....
.....