

Lampiran 1 Format Pengkajian Keperawatan

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :
NIM :
Ruangan : No. Reg. :
Tanggal pengkajian : Jam :

I. IDENTITAS

Nama pasien :
Umur :
Jenis kelamin :
Suku / Bangsa :
Agama :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat :
Tgl. MRS :
Diagnosa :

II. STATUS KESEHATAN

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

- a) Keluhan utama (Saat MRS dan saat ini)
.....
- b) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini
.....
.....
- c) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya
.....
.....

2) Riwayat Penyakit Dahulu

- a) Penyakit yang pernah dialami
.....
- b) Pernah dirawat di rumah sakit ? Ya Tidak
Kalau ya, kenapa ?
Berapa lama ?
- c) Apakah klien menggunakan obat-obat, seperti analgesik, sedatif, antipsikotik, antidepresi, atau perangsang sistem saraf ?
 Ya Tidak
Jenis obat ?

- d) Apakah pernah mengeluhkan gejala sakit kepala, kejang, tremor, pusing, vertigo, kesemutan pada bagian tubuh, kelemahan, nyeri atau perubahan ? Ya Tidak
 Kalau ya, apa saja yang dirasakan ?
- e) Apakah pernah mengalami peningkatan kadar gula ?
 Ya Tidak

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sesuai diderita pasien :
 stroke hipertensi vertigo lain-lain

III. POLA KESEHATAN

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

.....

2) Pola nutrisi/metabolik

Kondisi	Data subyektif	Data obyektif
1) Selera makan		
2) Sehari makan berapa kali ?		
3) Mual/muntah ?		
4) Sekali makan habis porsi berapa ?		
5) Sehari minum berapa kali ?		
6) Jumlah yang diminum sehari ?		

3) Pola eliminasi

Kondisi	Data subyektif	Data obyektif
Eliminasi uri :		
1) Frekuensi		
2) Warna		
3) Jumlah		
Eliminasi alvi :		
1) Frekuensi		
2) Warna		
3) Bentuk		

4) Pola aktivitas dan latihan

Gejala : Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan atau paralisis.

Tanda : Gangguan tonus otot, gangguan penglihatan

a) Aktivitas

Kemampuan Perawatan Diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Berpindah					

Keterangan : 0 : Mandiri, 1 : Alat bantu, 2 : Dibantu orang lain, 3 : Dibantu orang lain dan alat, 4 : Tergantung

b) Latihan

Sebelum sakit

.....

Saat sakit

.....

5) Pola istirahat tidur

Kondisi	Data subyektif	Data obyektif
1) Jam tidur sehari-hari		
2) Pola tidur		
3) Kesulitan tidur		

6) Pola kognitif perseptual

.....

7) Pola persepsi-diri/konsep diri

.....

8) Pola peran-hubungan

.....
.....

9) Pola seksualitas-reproduksi

.....
.....

10) Pola coping-toleransi stress

.....
.....

11) Pola nilai kepercayaan

.....
.....

IV. PEMERIKSAAN FISIK

- 1) Keadaan umum :
- 2) Kesadaran :
- 3) GCS : E :...../ V :...../ M :
- 4) Tanda-tanda vital
 - a) Tekanan darah : mmHg
 - b) Nadi : x/menit
 - c) Suhu : °C
 - d) Respirasi : x/menit

5) Keadaan fisik

1) B1 (Breathing)

- Inspeksi
Terdapat cuping hidung (.....), alat bantu nafas (.....), sianosis (.....), pembesaran vena jugularis (.....), lesi (.....), bentuk dada, terpasang O₂ (.....), jenis O₂ (.....)
- Palpasi
Krepitasi (.....), oedema (.....), vocal fremitus
- Perkusi
 Sonor Redup
 Pekak Hypersonor
- Auskultasi
Suara nafas :
Suara nafas tambahan : Ronkhi Wheezing Rales



2) B2 (Blood)

- Inspeksi

Ictus cordis : Ada Tidak

Lesi : Ada Tidak

- Palpasi

Massa (.....), Akral :, CRT, Nadi, ictus cordis (.....)

- Perkusi

Redup pekak Hypersonor

- Auskultasi

Bunyi jantung S1 :

Bunyi jantung S2 :

Bunyi jantung S3 :

3) B3 (Brain)

- Inspeksi

Kesadaran : Composmentis apatis somnolen

Spoor koma gelisah

Pupil : isokor non isokor

Sklera : putih merah ikterus

Perdarahan

Konjungtiva : pucat merah muda

Leher :

Peningkatan TIK :

Sakit kepala (.....) penglihatan ganda (.....)

Mual muntah (.....) merasa bingung (.....)

4) B4 (Bledeer)

- Inspeksi

Terpasang kateter (.....), produksi urine : ml,x/hari, warna :

Inkontinensia oliguria poliuri

Menetes disuri nocturi

Tidak ada masalah

- Palpasi

Distensi kandung kemih (.....), massa (.....)

5) B5 (Bowel)

- Inspeksi

Bentuk :

Lesi :

Terpasang NGT (.....), mukosa bibir (.....)

- Auskultasi

Bising usus : x/menit

- Perkusi

- Tympani hipertympani
- Redup pekak
- Palpasi
- Nyeri tekan : Ada Tidak
- Jika ada, abdomen sebelah

6) B6 (Bone)

Mobilisasi :

ADL :

- Ekstremitas atas
 - Oedema dekubitus luka
- Ekstremitas bawah
 - Odema : Ada tidak
 - Luka : Ada tidak
- Kemampuan sendi : bebas terbatas
- Warna kulit akril
 - Ikterik hangat
 - Pucat panas
 - Kemerahan dingin kering
- Tonus otot



Keterangan :

0 : Paralisis total atau tidak ditemukan adanya kontraksi pada otot

1 : Kontraksi otot yang terjadi hanya berupa perubahan dari tonus otot yang dapat diketahui dengan palpasi dan tidak dapat menggerakkan sendi

2 : Otot hanya mampu menggerakkan persendian tetapi kekuatannya tidak dapat melawan pengaruh gravitasi

3 : Selain dapat menggerakkan sendi, otot juga dapat melawan pengaruh gravitasi tetap tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan oleh pemeriksa

4 : Kekuatan otot seperti pada tingkat 3 disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan

5 : Kekuatan otot normal

7) Neurologis

- Pengkajian syaraf kranial

Syaraf	Teknik Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	
		Normal	Abnormal
I	Mata klien ditutup dan pada saat yang sama satu libang hidung		

	ditutup, klien diminta membedakan zat aromatis		
H P e m e r i k	Penilaian ketajaman penglihatan (tes snellen)		
	Lapang penglihatan		
	Pemeriksaan fundus		
III, IV & V a n	Observasi kelopak mata		
	Observasi bentuk ukuran pupil		
	Perbandingan pupil kanan dan kiri		
	Pemeriksaan refleks pupil		
	Pemeriksaan gerakan bola mata		
V e x R e f	Pemeriksaan fungsi motorik nervus trigeminus		
	Pemeriksaan sensorik nervus trigeminus		
	Pemeriksaan refleks		
VII I	Inspeksi wajah		
VIII e	Pemeriksaan pendengaran		
X	Pemeriksaan fungsi vestibular		
IX & X a	Mekanisme menelan, pengecapan		
XI t o	Inspeksi fungsi otot sternokleidomastoideus		
XII I	Pemeriksaan lidah		

o
gis

.....
.....

Reflex fisiologis

.....
.....

V. PEMERIKSAAN PENUNJANG
Data laboratorium yang berhubungan

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

VI. TERAPI SAAT INI

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

VII. ANALISA DATA

Nama Pasien :
Umur :
Nomor Registrasi :

No	Symtom	Etiologi	Problem

--	--	--	--

VIII. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Pasien :
 Umur :
 Nomor Registrasi :

Diagnosa Keperawatan Prioritas :

1.
2.
3.
4.
5.

IX. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien :
 Umur :
 Nomor Registrasi :

No	SDKI	SLKI	SIKI

--	--	--	--

X. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Umur :

Nomor Registrasi :

No	Hari/tanggal	Dx. Kep	Implentasi	TTD

--	--	--	--	--

XI. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Umur :

Nomor Registrasi :

No	Hari/tanggal	Evaluasi	TTD

Lampiran 2 Lembar Permohonan Menjadi Partisipan

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya mahasiswa Program Studi Profesi Ners STIKes Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto :

Nama : Aditya arnofa putra

NIM : 202101340

Dengan ini saya selaku mahasiswa yang akan mengadakan penelitian dengan judul **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik di ruang Flamboyan RSUD Anwar Medika ”**.

Untuk kepentingan di atas, maka saya mohon kesediaan saudara untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini. Demikian permohonan saya, atas kesediaan dan kerjasamanya saya sampaikan terima kasih.

Mojokerto, Mei

2022

Peneliti

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan Penelitian

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Stikes Bina Sehat PPNI Mojokerto :

Nama (inisial) :

Umur :

Alamat :

Dengan sukarela menyetujui ikut serta sebagai partisipan dengan catatan suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini, saya percaya yang saya tulis ini dijamin kerahasiaannya.

Mojokerto,
Partisipan

()