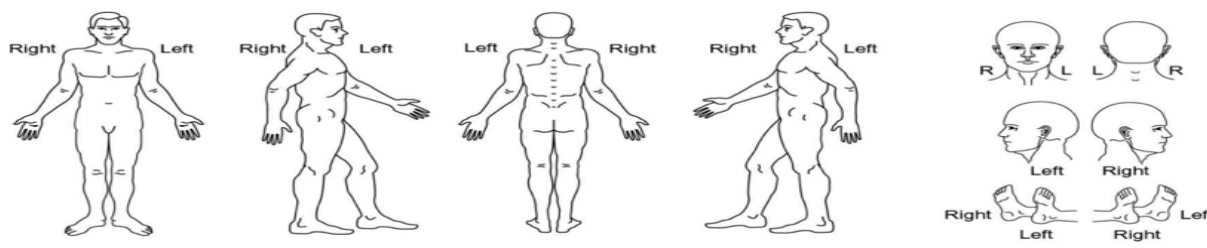




EXPOSURE	Konjungtiva <input type="checkbox"/> Tidak Anemis <input type="checkbox"/> Anemis    Mukosa mulut <input type="checkbox"/> Lembab <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> _____			
	Abdomen <input type="checkbox"/> Lunak <input type="checkbox"/> Distensi <input type="checkbox"/> Asites    Bising Usus		<input type="checkbox"/> Massa <input type="checkbox"/> Striae <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Tidak terdengar	
	<input type="checkbox"/> Kolostomi <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Terdengar _____ x/menit			
	Nutrisi <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> _____ Diit _____			
	Turgor Kulit _____		Integritas Kulit _____	
Skala Braden _____				
Posisi Luka				
				
Alat invasif # _____ Jenis alat : _____ Letak pemasangan : _____ Tanggal terpasang : _____		Alat invasif # _____ Jenis alat : _____ Letak pemasangan : _____ Tanggal terpasang : _____		
Alat invasif # _____ Jenis alat : _____ Letak pemasangan : _____ Tanggal terpasang : _____		Alat invasif # _____ Jenis alat : _____ Letak pemasangan : _____ Tanggal terpasang : _____		
Alat invasif # _____ Jenis alat : _____ Letak pemasangan : _____ Tanggal terpasang : _____		Alat invasif # _____ Jenis alat : _____ Letak pemasangan : _____ Tanggal terpasang : _____		
LAIN-LAIN	_____ _____ _____ _____ _____			
	_____ _____ _____ _____ _____			
	_____ _____ _____ _____ _____			
	_____ _____ _____ _____ _____			
	_____ _____ _____ _____ _____			
MASALAH KEPERAWATAN	<input type="checkbox"/> Bersihan jalan nafas tidak efektif			
	<input type="checkbox"/> Pola nafas tidak efektif			
	<input type="checkbox"/> Gangguan pertukaran gas			
	<input type="checkbox"/> Penurunan curah jantung			
	<input type="checkbox"/> Kerusakan ventilasi spontan			
	<input type="checkbox"/> Nyeri akut			
	<input type="checkbox"/> Resiko syok			
	<input type="checkbox"/> Defisit volume cairan			
	<input type="checkbox"/> Resiko infeksi			
	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			

Yogyakarta, \_\_\_\_\_  
 Perawat yang mengkaji

(.....)