

# LAMPIRAN

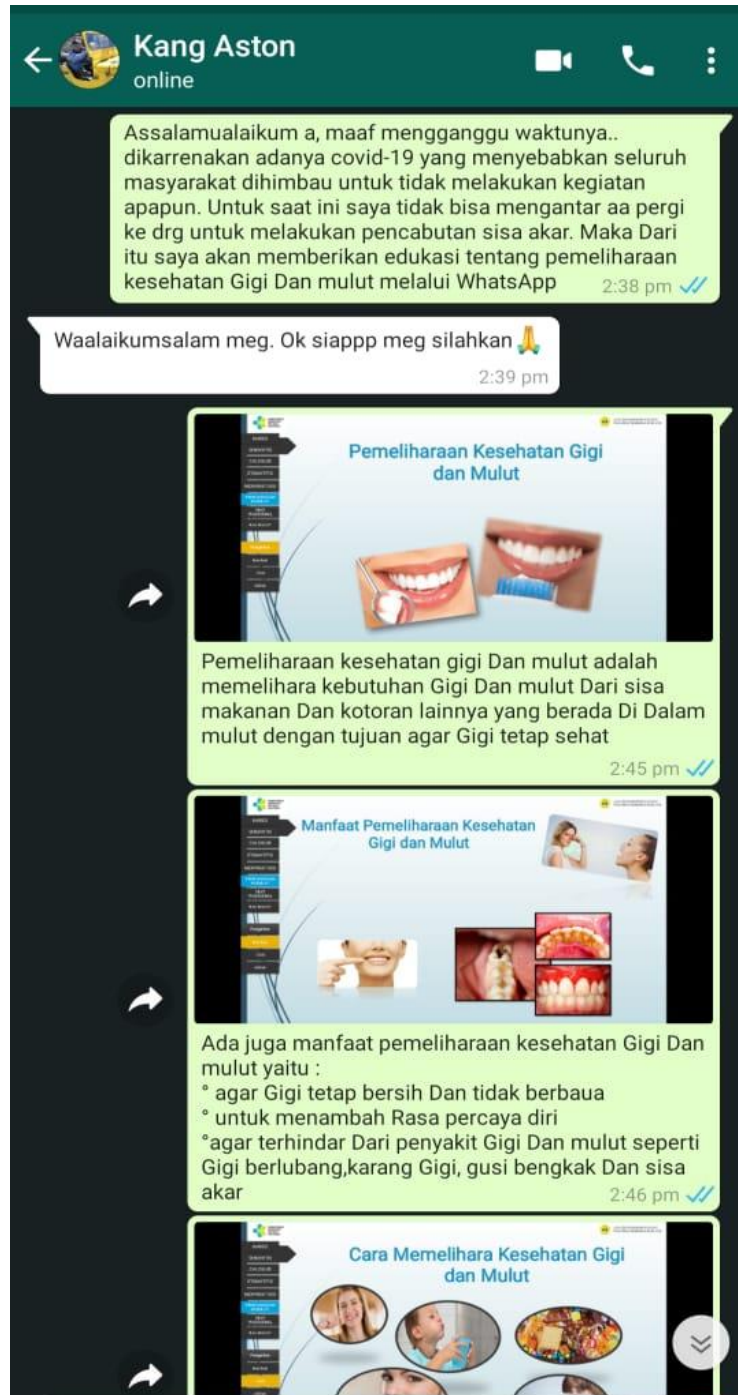
## Lampiran 1

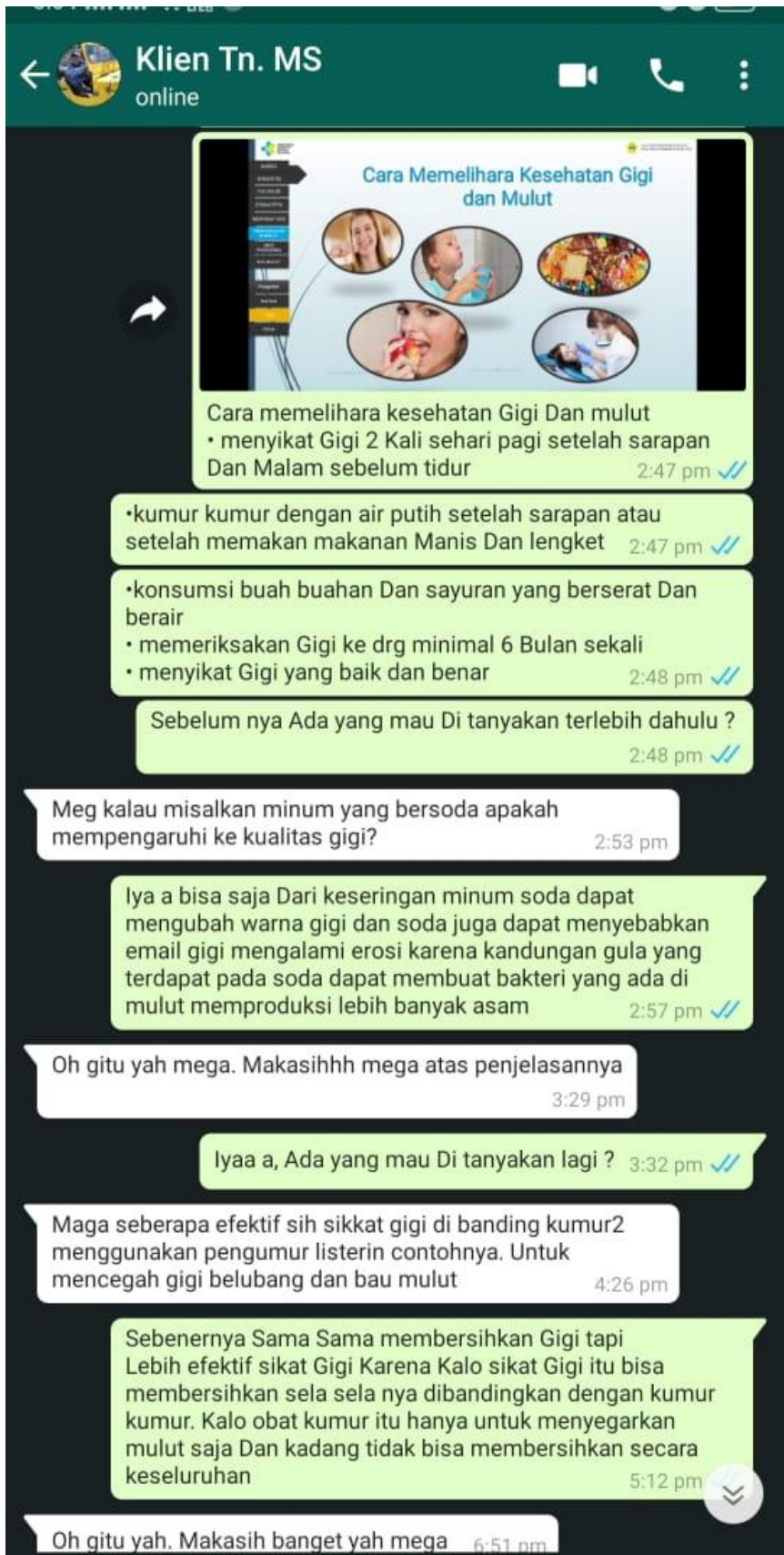
### Dokumentasi Kegiatan



## Lampiran 2

### Memberikan edukasi melalui Whatsapp





Kode Responden:

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tn. Mochammad Septoni Fauzi  
Usia : 22 tahun  
Tempat Tanggal Lahir : Sumedang, 30 April 1997  
Alamat : Dsn. Margamukti Rt/Rw 03/04, Desa Licin,  
Kec.Cimalaka Kab. Sumedang

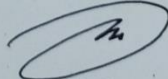
Setelah membaca dan mendapatkan penjelasan serta memahami sepenuhnya tentang penelitian,

Judul : Asuhan Kesehatan Gigi dan Mulut Pada Klien  
Tn. MS (22tahun) dengan Kecemasan/Ketakutan terhadap Tindakan Pencabutan

NamaPeneliti : Mega Djulawanti

Dengan ini menyatakan untuk menjadi subjek penelitian dengan sukarela dan tanpa paksaan.

Bandung, 2020  
Responden

  
(.....M. Septoni F.....)

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG**  
**JURUSAN KEPERAWATAN GIGI**  
**KLINIK PROMOTIF PREVENTIF (PENDIDIKAN)**  
 JL. PROF. EYCKMAN NO 40 BANDUNG TELP/FAX: 022-2033630



NAMA MAHASISWA  
 NIM

: Mega Djuliantika  
 : 17325117073

NO ID KLIEN : M17390  
 TANGGAL KUNJUNGAN : 11 September 2019

**KARTU PENCATATAN ASUHAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT**

**A. PENGKAJIAN**

**1. Data Demografi**

Nama Lengkap	: Mochammad Septorri Fauzi	Jenis Kelamin	: <input checked="" type="radio"/> P
Umur (Tahun)	: 22 Tahun	Agama	: Islam
Tanggal Lahir	: 30 April 1997	Tempat Lahir	: Sumedang
Pekerjaan	: mahasiswa	Bangsa	: Indonesia
Alamat	: Dsn margamukti Rt/Rw 05/09 Desa Ikin, kec Cimulaka, Sumedang	Gol. Darah	: B
Status	: belum menikah	No Telpn	: 081 394 922 451
Tanggungan	: Anak: - Orang Lain: -	Suku/Adat	: sunda
Berat Badan	: 60 Kg	Tinggi Badan	: 165 cm
Nama Drg.	: -	Nama Dokter	: -
No. Tlp. Drg.	: -	No. Tlp. Dokter	: -
Alamat Drg.	: -	Alamat Dokter	: -
Asuransi Kesehatan	: -	Sumber Rujukan	: -

**2. Riwayat Kesehatan (Health History)**

a. Medical History		Jawaban
Pasien merasa dalam keadaan sehat.		✓
Selama 5 tahun terakhir, pasien pernah dinyatakan mengalami penyakit serius, menjalani operasi dan atau di rawat inap di rumah sakit, yaitu sakit/operasi: <u>Tipes</u> .		✓
Pasien mempunyai kelainan pembekuan darah, yaitu:		-
Pasien mempunyai reaksi alergi terhadap hal-hal sebagai berikut :		
- Makanan: <u>Buncis</u>	✓	- Obat yang disuntik (obat bius):
- Obat-obatan:	-	- Cuaca dan lain-lain:
Lain-lain:		
-		
<b>b. Social History:</b>		
klien seorang mahasiswa Institut Teknologi Nasional Bandung jurusan elektro. klien tinggal di Jalan Cikutra, klien juga sering memakan makanan manis dan klien sering lupa dengan menyikat gigi di malam hari karena klien kelelahan berkuliah sampai sore dan klien mempunyai kebiasaan menggunakan rokok elektronik (vape).		

Ket: Beri tanda (v) jika jawaban "Ya" atau tanda (-) jika jawaban "Tidak"

**Dental History (Dapat diisi oleh klien)**

No. ID Klien: M1739D

Tgl Pengisian: 11-09-2019

**Bagian I : Pengalaman Kesehatan Gigi dan Gejala-gejalanya**

1. Apa alasan utama kunjungan Anda ke klinik gigi?  
Jawaban: Klien datang dengan keluhan gigitan bertumpang di sebelah kanan bagian atas dari 28 karang mencapai dentin
2. Apakah yang ingin diketahui dari dalam rongga mulut Anda saat ini?  
 Kerusakan gigi     Penyakit pada gusi     Luka pada jaringan mulut     Kanker mulut
3. Pernahkah dilakukan rontgen foto (x-ray) gigi/mulut dalam 2 tahun terakhir?  
 Ya     Tidak
4. Pernahkah Anda mengalami komplikasi atau pengalaman negatif yang terkait dengan perawatan gigi sebelumnya?  
 Ya     Tidak
5. Bagaimana pendapat Anda tentang kunjungan ke klinik gigi sebelumnya?  
 Sangat cemas/takut     Agak cemas/takut     Tidak penting sama sekali     Antusias menantikan kunjungan berikutnya
6. Bagaimana pendapat Anda tentang pernyataan ini? "Kesehatan gigi dan mulut mempengaruhi kesehatan umum."  
 Setuju     Tidak Setuju     Sangat tidak setuju
7. Apakah Anda mengalami gejala berikut?  
 Gigi Sensitif     Sakit pada rahang     Sakit gigi     Sakit gusi     Gusi Berdarah     Kesulitan mengunyah  
 Tambalan lepas     Mulut kering     Bau mulut     Sensasi terbakar     Bengkak     Gusi menurun
8. Apakah gigi Anda bergemeretak/bergesekan di siang hari atau malam hari?  
 Ya     Tidak
9. Jika ya, apakah Anda mengenakan pelindung gigitan (*bite guard*)?  
 Ya     Tidak
9. Dalam dua tahun terakhir apakah Anda mencemaskan tentang aroma nafas / penampilan gigi / wajah Anda?  
 Ya     Tidak
9. Jika ya, apa saja yang Anda anggap bermasalah?  
 Gigi menguning atau berubah warna     Jarak antara gigi (renggang)     Noda pada permukaan gigi     Masalah gusi  
 Gigi berjejal / tidak beraturan     Profil wajah
10. Pernahkah Anda mengalami cedera pada gigi, wajah, dan rahang Anda?  
 Ya     Tidak
10. Jika Ya, jelaskan:  
11. Apakah Anda pernah mengalami/menggunakan hal-hal berikut ini?  
 Karang gigi     Pencabutan gigi     Gigi palsu     Perawatan saluran akar gigi     Operasi Gusi     Kawat gigi  
 Terapi radiasi pada kepala/leher     Operasi rahang     Rasa sakit pada leher dan kepala  
Pendarahan yang berkepanjangan setelah perawatan gigi     Lain-lain

**Bagian II : Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut Sendiri**

1. Beri tanda (✓) pada hal-hal berikut yang sering Anda gunakan di rumah :  
 Sikat gigi dengan bulu sikat lunak     Karet pemijat gusi     Air minum berfluoride     Air dalam botol/kemasan  
 Sikat gigi dengan bulu sikat keras     Sikat khusus sela-sela gigi     Sikat gigi elektrik     Tusuk gigi  
 Sikat gigi dengan bulu sikat sedang     Air minum berfluoride yang digunakan setiap hari     Alat irigasi mulut     Benang gigi bertangkai  
 Perekat gigi tiruan     Pembersih gigi tiruan     Obat kumur     Benang gigi     Pemutih gigi     Sikat gigi khusus  
 Pasta/gel fluor     Pasta gigi berfluoride     Fluor tetes/tablet     Lain-lain
2. Beri tanda (✓) pada keunggulan pasta gigi yang Anda gunakan :  
 Berfluoride     Perlindungan gigi sensitiv     Mengontrol karang gigi     Mengandung baking soda  
 Beraroma mint     Mengandung peroksida     Memiliki banyak manfaat
3. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk membersihkan gigi dan gusi Anda sendiri:  
Menyikat gigi: 3 menit    Menggunakan benang gigi/flossing: — menit
4. Berapa kali Anda menyikat gigi/membersihkan menggunakan benang gigi?  
Menyikat gigi: 2 per hari    14 per minggu  
Menggunakan benang gigi: — per hari    — per minggu
5. Apakah Anda merasa kesulitan mengatur jadwal menyikat/membersihkan gigi dan mulut karena kesibukan Anda atau alasan lain?  
(Waktu ideal: pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur)     Ya     Tidak
6. Apakah ada kondisi yang membuat Anda sulit membersihkan gigi?  
 Ya     Tidak  
Jika iya, apa saja yang sulit:  Memegang sikat gigi     Menggunakan benang gigi  
 Memegang sikat/benang untuk waktu yang lama     Penglihatan yang buruk
7. Apakah Anda rutin memeriksa setiap bulan untuk mengetahui adanya kanker mulut?  
 Ya     Tidak
8. Manakah kebiasaan yang sering Anda lakukan:  Menggigit benda keras     Merokok     Kebiasaan lain: \_\_\_\_\_

**Bagian III : Cemilan Diantara Waktu Makanan**

Silahkan beri tanda pada cemilan yang mengandung gula/karbohidrat sering Anda makan diantara waktu makan!

Makanan	Frekuensi	Makanan	Frekuensi	Makanan	Frekuensi	Makanan	Frekuensi
<input checked="" type="checkbox"/> Permen mint	_____	<input type="checkbox"/> Minuman kaleng/ botol	_____	<input type="checkbox"/> Obat syrup	_____	<input checked="" type="checkbox"/> Lain-lain	<u>2</u>
<input type="checkbox"/> Minuman manis	_____	<input type="checkbox"/> Permen karet	_____	<input type="checkbox"/> Keripik	_____		
<input type="checkbox"/> Buah kering	_____	<input type="checkbox"/> Kerupuk	_____	<input type="checkbox"/> Kue kering	_____		

**Bagian IV : Keyakinan Tentang Kesehatan Gigi dan Mulut**

Silahkan dibandingkan dengan orang pada umumnya, menurut Anda bagaimana kemungkinan Anda memiliki gigi berlubang atau masalah gigi dan/atau gusi Anda?

1. Jika dibandingkan dengan orang pada umumnya, menurut Anda bagaimana kemungkinan Anda memiliki gigi berlubang atau masalah gigi dan/atau gusi Anda?  
 Jauh di atas rata-rata     Sedikit di atas rata-rata     Sama seperti umumnya     Sedikit di bawah rata-rata     Jauh di bawah rata-rata
2. Seberapa pentingkah bagi Anda mencegah masalah rongga mulut, gusi, atau penyakit gigi dan mulut?  
 Sangat Penting     Tidak Terlalu Penting     Tidak Penting
3. Saya percaya bahwa saya dapat menjaga kesehatan gigi dan mulut saya.     Ya     Tidak
4. Saya percaya bahwa kesehatan gigi dan mulut saya :     Baik Sekali     Baik     Cukup     Buruk

**d. Pharmacological History**

1. Apakah Anda sedang/pernah mengkonsumsi obat-obatan (termasuk obat herbal/alternatif)?  
Jika ya, apa jenis/nama obat tersebut? Untuk apa?     Ya     Tidak
2. Apa efek samping dari obat tersebut?
3. Apakah pengaruh positif dari obat tersebut?
4. Apakah ada masalah dengan dosis obat tersebut?     Ya     Jelaskan: \_\_\_\_\_  
 Tidak
5. Apakah Anda mengkonsumsi obat tersebut secara teratur?     Ya     Tidak

Tanda-tanda Vital (Vital Sign)

a. Tekanan Darah: 90 / 80  
 b. Denyut Nadi: 90 BPM  
 c. Pernafasan: 18 RPM  
 Tgl. Pemeriksaan: 11-09-2019

a. Tekanan Darah: 100 / 80  
 b. Denyut Nadi: 90 BPM  
 c. Pernafasan: 20 RPM  
 Tgl. Pemeriksaan: 12-09-2019

No. ID Klien: M17300

a. Tekanan Darah: 100 / 90  
 b. Denyut Nadi: 90 BPM  
 c. Pernafasan: 20 RPM  
 Tgl. Pemeriksaan: 09-10-2019

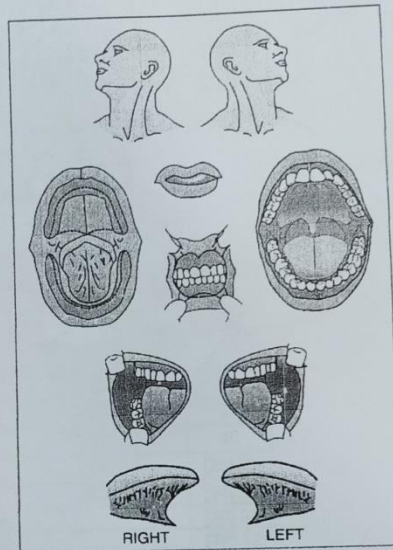
4. Extra dan Intra Oral:

ORAL/FACIAL SOFT TISSUE EXAMINATION RECORD

N 5 Normal O 5 Other use "Notes" section

Date: 11/09/2019, 12/09/2019, 19/10/2019, 17/10/2019

	N	O	N	O	N	O	N	O
<b>EXTRAORAL</b>								
Skin -Face								
-Neck								
Vermilion Borders								
Parotid Glands								
Lymph Nodes								
Anterior Cervical								
Posterior Cervical								
Submental								
Submandibular								
Supraclavicular								
<b>INTRAORAL</b>								
Labial Mucosa								
Labial Vestibules								
Anterior Gingivae								
Buccal Vestibules								
Buccal Gingivae								
Tongue-Dorsal								
-Ventral								
-Lateral								
Lingual Tonsils								
Floor of Mouth								
Lingual Gingivae								
Tonsillar Pillars								
Pharyngeal Wall								
Soft Palate								
Uvula								
Hard Palate								
Palatal Gingivae								
Submandibular Glands								



Catatan:

5. Pemeriksaan Oral Hygiene

a. Pemeriksaan OHI-S (Sebelum menyikat gigi sendiri)

Gigi Index		
16	11	26
47	31	37

Debris Index				
1	1	1		
1	1	1		6/6

Kriteria DI: 1 (Baik)

Calculus Index				
1	0	1		
1	0	2		5/6

Kriteria OHI-S : 1 + 0,83 = 1,83 (Sedang)

b. Pemeriksaan Hasil Menyikat Gigi Sendiri (Plaque Control) Kunjungan I

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
[Grid with '+' signs in some cells]															
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
[Grid with '+' signs in some cells]															
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
[Grid with '+' signs in some cells]															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

SKOR =  $\frac{\text{jumlah permukaan yang ada plaknya}}{\text{jumlah permukaan yang diperiksa}} \times 100\% = \frac{18}{20} \times 100\% = 90\%$  Kategori: < 15% = Baik ≥15% = Buruk





LINDUNGAN DARI RESIKO KESEHATAN	5) KONDISI BIOLOGIS DAN FUNGSI GIGI GELIGI YANG BAIK Terdapat karies pada gigi k. email : 16, 47, 48 k. Dentin : 26, 28 k. pulpa : 24 sisa akar : 36, 46
BEBAS DARI KETAKUTAN/STRESS klien merasa cemas dengan perawatan yang akan diberikan	6) KONSEPTUALISASI DAN PEMECAHAN MASALAH penyebab : klien tidak mengetahui akibat jika gigi yang berlubang tidak segera ditambal dan klien belum mengetahui waktu dan cara menyikat gigi yang baik dan benar.
KESAN WAJAH YANG SEHAT	7) BEBAS DARI NYERI PADA KEPALA DAN LEHER
4) KEUTUHAN KULIT DAN MEMBRAN MUKOSA PADA LEHER DAN KEPALA	8) TANGGUNG JAWAB TERHADAP KESEHATAN GIGI DAN MULUTNYA terdapat plak dan kalkulus pada gigi 17, 16, 24, 37, 38, 35, 34, 46, 47 tidak ada pemeriksaan gigi selama 5th terakhir

**Diagnosis Askesgilit (Dental Hygiene Diagnosis):**

Kebutuhan yang tidak terpenuhi:  Kondisi biologis dan fungsi gigi selagi yang baik	Penyebab: - Streptococcus mutans - Bakteri penyebab karies - kebiasaan makan manis - tidak memeriksakan gigi ke dokter gigi	Tanda-tanda dan gejala:  terdapat karies pada gigi karies email : 16, 47, 48 karies dentin : 26, 28 karies pulpa : 24
--	---	--

Tujuan Yang Berpusat Pada Klien (Client-Centered Goals)	Intervensi Askesgilit (Dental Hygiene Interventions)	Pernyataan Evaluatif (Evaluative Statement)
✓ Klien akan diberikan edukasi tentang cara menyikat gigi yang baik dan benar tgl 11/09 ✓ Klien akan mendapatkan penurunan Streptococcus dari 8 ke 0 tgl 11/09 ✓ Klien akan mendapatkan kondisi dan fungsi gigi yang baik tgl 11/09 ✓ Klien akan mendapatkan surat rujukan ke drg untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut	// Klien diberikan edukasi tentang cara menyikat gigi yang baik dan benar 1/3 // Klien mendapatkan penurunan skor kalkulus dari 9 menjadi 0 1/3 // Perambatan pada gigi 26 & 47 1/3 // Klien mendapatkan surat rujukan untuk perawatan lebih lanjut	// Klien telah diberikan edukasi cara menyikat gigi yang baik dan benar 1/3 (tujuan tercapai sebagian) // Klien telah mendapatkan penurunan skor kalkulus menjadi 0 1/3 (tujuan tercapai) // Klien sudah mendapatkan kondisi biologis dan fungsi gigi yang baik gigi 26, 47 (tujuan belum tercapai) // Klien mendapatkan surat rujukan ke drg untuk perawatan lebih lanjut

Jadwal kunjungan berikutnya: 12/9-19  
 Rekomendasi perawatan selanjutnya: Perambatan GI pada gigi 16 dan 47

yang bertanda tangan di bawah ini :

Saya, pasien :

Nama

Umur

Alamat

: Mochamad Septoni Fauzi

: 22 tahun

: Dsn. Margamukti Rt /aw 03/04

Desa Lian Kec. Cimelana, Sumedang

Orang tua / Wali Pasien :

Nama

Umur

Alamat

: .....

: .....

: .....

Menyatakan telah mendapat penerangan mengenai pemeriksaan dan perawatan yang akan dilaksanakan terhadap saya / anak saya, dengan akibat sampingan yang mungkin terjadi, jumlah kunjungan yang harus dilaksanakan serta biaya yang harus dibayar untuk pemeriksaan dan perawatan dimaksud.

Selanjutnya saya memberikan persetujuan kepada perawat gigi yang ditunjuk untuk melaksanakan tindakan asuhan keperawatan gigi kepada saya/anak saya sesuai dengan yang telah dijelaskan kepada saya sebelumnya.

Persetujuan ini diberikan dengan penuh kesadaran akan kemungkinan terjadinya akibat sampingan dari tindakan tersebut diatas.


Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan penuh rasa tanggung jawab

Bandung, 11 Sep 2019

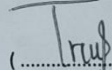
Yang menyatakan  
Pasien

Orang tua/ Wali Pasien

Saksi

  
( M. Septoni F. )

( ..... )

  
( ..... )  
Trani

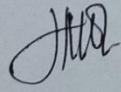
**Pernyataan pelaksana perawatan gigi:**

Saya menyatakan bahwa saya telah menjelaskan sifat dan tujuan serta kemungkinan akibat yang akan timbul dari tindakan perawatan gigi ini kepada pasien sendiri/orang tua/wali/istri/suami/keluarga lainnya terkecuali pasien tak sadar/gangguan mental.

Bandung, 11 September 2019

Yang menyatakan

Operator (Terapis Gigi dan Mulut / Mahasiswa)

  
( Mega Duliawanti )