

LAMPIRAN – LAMPIRAN

Lampiran 2

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**




Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaannya, maka saya **setuju/tidak setuju***) ikut dalam penelitian ini, yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Stroke Non Hemorogik Dengan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Di Ruang Bougenvil Rsud Dr. H. Abdul Moelock Provinsi Lampung Tahun 2019

Saya dengan sukarela memilih untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju:

Ya/~~Tidak~~*)

	Tgl.:	Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol)
Nama Peserta: Tn.S Usia: 54 Alamat: Menggala	25 Juni 2019	
Nama Peneliti: Reni Angraini	25 Juni 2019	
Nama Saksi: Ny.Y	25 Juni 2019	

*) coret yang tidak perlu

Lampiran 2

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**

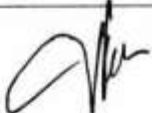
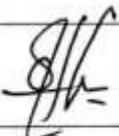

Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaannya, maka saya **setuju/tidak setuju^{*)}** ikut dalam penelitian ini, yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Stroke Non Hemorogik Dengan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Di Ruang Bougenvil Rsud Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019

Saya dengan sukarela memilih untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju:

Ya/Tidak^{*)}

	Tgl.:	Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol)
Nama Peserta: <i>Tn. H</i> Usia: <i>58 Tahun</i> Alamat: <i>Metro</i>	<i>27 Mei 2019.</i>	
Nama Peneliti: <i>Reni Anggraini</i>	<i>27 Mei 2019</i>	
Nama Saksi: <i>Ny. A</i>	<i>27 Mei 2019</i>	

^{*)} coret yang tidak perlu

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN PENGKAJIAN

Ruang :.....

No. Medical Record :.....

Tgl Pengkajian :.....

Pukul :

A. DATA DASAR

1. DATA DEMOGRAFI

a. Identitas Pasien

Berisi tentang: nama, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan, suku, bahasa yang digunakan, alamat rumah, sumber biaya, tanggal masuk RS dan diagnosa medis saat pengkajian.

b. Sumber Informasi

Berisi tentang : Nama, umur, jenis kelamin, hubungan dengan pasien, pendidikan, pekerjaan, alamat.

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat kesehatan masuk RS (UGD/Poliklinik):

Berisikan waktu, keluhan, pemeriksaan fisik dan data penunjang, serta

penatalaksanaan yang dilakukan di IGD atau Poliklinik

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian/Riwayat Penyakit Sekarang:

1) Keluhan utama saat pengkajian :

Kaji keluhan yang paling dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian meliputi : Penyebab, hal yang memperberat, hal yang memperingan, kualitas dan kuantitasnya (skala),dimana lokasi / region dan penyebarannya, lama, frekwensi, intensitas, dan sejak kapan terjadinya.

2) Keluhan penyerta

Merupakan keluhan yang menyertai keluhan utama

c. Riwayat Kesehatan Lalu:

Riwayat kesehatan yang lalu meliputi riwayat alergi, riwayat kecelakaan, riwayat perawatan selama di rumah sakit meliputi diagnosa, waktu dan kondisi saat pulang, riwayat penyakit berat/kronis yang pernah diderita , riwayat pengobatan dan riwayat operasi .

d. Riwayat Kesehatan Keluarga:

Ceritakan riwayat kesehatan yang ada dikeluarga terkait dengan riwayat kesehatan yang ada saat ini , faktor penyakit yang beresiko yang diderita pasien dan penyakit yang ada pada anggota keluarga, gambarkan genogram dan analisisnya dengan baik minimal 3 generasi. *(Berikan penjelasan kepada mahasiswa saat pembekalan ujian akhir program tentang contoh gambar genogram dan cara menganalisisnya).*

e. Riwayat Psikososial Spiritual

1) Psikologis

Gali riwayat psikologis pasien meliputi konsep diri yang terdiri dari (gambaran diri, peran, harga diri, ideal diri,dan identitas). Konsep diri juga merupakan persepsi individu tentang fisik dan kepribadian (personality). Konsep diri fisik meliputi sensasi tubuh dan gambaran tubuh sedangkan konsep diri personal meliputi konsistensi, ideal diri dan moral etik

spiritual. Kecemasan atau ketakutan yang dialami dan fase kehilangan yang dirasakan.

(Berikan penjelasan kepada mahasiswa saat pembekalan ujian akhir program tentang cara pengkajian konsep diri ; gambaran diri, peran, harga diri, ideal diri, dan identitas, dan kecemasan, ketakutan serta fase kehilangan).

2) Sosial

Kaji support system (dukungan keluarga, lingkungan, dan fasilitas terhadap penyakit yang sedang dialami), fungsi peran mengidentifikasi tentang interaksi sosial seseorang berhubungan dengan orang lain.

3) Spiritual

Kaji system nilai kepercayaan yang mempengaruhi kondisi kesehatan saat sebelum dan saat sakit. Kaji kesehatan spiritual, meliputi konsep klien mengenai yang Maha Kuasa : Apakah klien mempunyai sumber pengharapan, kenyamanan, atau kekuatan?, kegiatan/acara relegius apakah yang penting menurut klien?, apakah klien melihat hubungan antara kepercayaan spiritualnya dengan kesehatan atau situasi hidup saat ini?, apakah klien melakukan acara ritual keagamaan yang dianutnya?, adakah kitab suci atau tulisan relegius dalam ruangan?

f. Pengetahuan Pasien & Keluarga

Gali persepsi pasien dan keluarga tentang penyakit, prognosis, program pengobatan, diet, dan perawatan

g. Lingkungan

Berisi tentang kondisi rumah meliputi bagaimana kondisi kebersihannya, ada tidaknya polusi dan yang membahayakan dari lingkungan rumah yang mengancam kondisi sehat, yang selanjutnya adalah lingkungan pekerjaan di lihat dari kebersihan, polusi dan bahaya yang mengancam kondisi sehat

h. Pola Kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit:

Jabarkan pola kebiasaan sehari-hari dengan rinci meliputi pola *sebelum dan saat sakit* sebagai berikut :

1) Pola Pemenuhan Nutrisi & Cairan :

a. Pola Nutrisi

Kajilah Pola pemenuhan nutrisi pasien meliputi Asupan baik secara : Oral , Enteral dan TPN kemudian Frekwensi makan berapa x/hari, ceritakan bagaimana nafsu makan pasien apakah baik atau kurang jika kurang jelaskan alasannya, kaji Diit apa yang diterima pasien sesuai dengan penyakitnya, kaji makanan tambahan yang diberikan. Kaji Makanan apa yang disukai dan ada tidaknya alergi terhadap bahan makanan tertentu ataupun pantangan. Kaji kebiasaan makan pasien sebelum dan sesudah makan, jumlah kalori/hr. Kaji Perubahan berat badan 3 bulan terakhir apakah tetap, bertambah atau berkurang jika ya berapa Kg jelaskan secara rinci

b. Pola Cairan

Kaji bagaimana Pola pemenuhan kebutuhan cairan pasien meliputi asupan peroral, apa jenisnya, jumlah dan volume totalnya sama juga jika pasien mendapat asupan Enteral dan parentera

2). Pola Eliminasi

Kaji bagaimana Pola pemenuhan kebutuhan eliminasi pasien ceritakan pola buang air kecil (b.a.k) meliputi (frekwensi perharinya, waktu, jumlah cc/hari, warna, bau, keluhan yang berhubungan dengan b.a.k)

Kaji bagaimana Pola b.a.b pasien meliputi Frekwensi berapa kali/harinya, waktu, warna, bau, konsistensi, keluhan saat b.a.b ,ada atau tidaknya penggunaan laxatif/obat pencahar untuk membantu proses defekasi. Cara menentukan jumlah IWL : 10-

15 ml/kg BB/hari (peningkatan suhu tubuh 1 °C dari rentang normal = kehilangan 10% dari jumlah IWL). Tuliskan jumlah balance cairan.

Rumus IWL= (10-15 cc/Kg BB) + 200 (Suhu Terukur - 37,5).

3). Pola Personal Hygiene

Kaji Kebiasaan Mandi, Oral Hygiene, Cuci Rambut pengkajian meliputi Frekwensi dan waktunya dan kebersihannya

4). Pola Istirahat & Tidur

Kaji kebutuhan pola istirahat & tidur pasien meliputi lama tidur dalam jam perharinya siang & malam hari, kebiasaan sebelum tidur/pengantar tiduryang biasa dilakukan pasien seperti penggunaan obat tidur atau kegiatan lain yang dilakukan contohnya membaca, mendengarkan musik atau kegiatan lainnya yang mungkin dilakukan ,kaji apakah klien mengalami gangguan tidur jelaskan secara rinci.

5). Pola Aktivitas & Latihan

Pengkajian pola aktivitas & latihan pasien meliputi Jenis pekerjaan atau kegiatan yang biasa dilakukan pasien ,berapa lama waktu waktunya, adakah kegiatan untuk memanfaatkan waktu luang, keluhan yang dirasakan dalam beraktivitas atau melaksanakan kegiatan , kegiatan olah raga yang dilakukan jenis dan frekwensinya, kaji adanya keterbatasan dalam hal mandi, menggunakan pakaian, dan berhias jelaskan secara rinci.

6). Pola Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Kaji beberapa kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan meliputi kebiasaan merokok, minum minuman keras, dan ketergantungan obat (Ya atau Tidak) jika Ya berapa frekwensi, jumlah dan lama pemakaian

Untuk ketergantungan obat di kaji juga Jenis, Lama pemakaian, Frekwensi dan Alasan penggunaan.

7). Pola Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Kaji beberapa kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan meliputi kebiasaan merokok, minum minuman keras, dan ketergantungan obat (Ya atau Tidak) jika Ya berapa frekwensi, jumlah dan lama pemakaian untuk ketergantungan obat di kaji juga Jenis, Lama pemakaian, Frekwensi dan Alasan penggunaan.

3. Pengkajian Fisik (Pengkajian Fokus)

Pengkajian Fisik meliputi Pemeriksaan Umum & Pemeriksaan Persystem

a. Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan umum terdiri dari pemeriksaan Kesadaran, Tekanan darah dengan satuan mmHg, suhu dalam satuan^o C, Nadi dan pernafasan dalam hitungan x/mnt, Tinggi badan dalam Cm & Berat badan per Kg

b. Pemeriksaan fisik per system

1). Sistem Penglihatan:

Pemeriksaan fisik system penglihatan meliputi beberapa hal diantaranya kaji Posisi mata simetris atau asimetris, keadaan mata, bagaimana pergerakan bola mata, Kondisi konjungtiva, kornea, sclera, pupil bagaimana ukuran dan reaksi terhadap cahaya, lapang pandang, dan ketajaman penglihatan, apakah ada tanda –tanda radang, pemakaian alat bantu penglihatan yang digunakan seperti kacamata, kontak lensa atau lainnya dan adanya keluhan lain yang dirasakan .

2). Sistem Pendengaran :

Pengkajian fisik system pendengaran meliputi struktur telinga , integritas kulit, simetris, bentuk dan posisi. Palpasi aurikel dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk, ada atau tidaknya tanda-tanda radang dan lesi. Palpasi mastoid bila bengkak mungkin ada peradangan . Inspeksi liang telinga luar dan dalam dengan otoskop dan speculum telinga.Kaji keutuhan kulit saluran telinga,kaji karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau),obstruksi,benda asing, serta cairan yang keluar , ada atau tidaknya tanda-tanda radang, pengeluaran cairan dari telinga,bagaimana fungsi pendengaran dan penggunaan alat bantu.

3). Sistem Wicara

Kaji ada tidaknya kesulitan / gangguan wicara yang dialami.

4). Sistem Pernafasan

Pengkajian fisik system pernafasan kaji observasi pernafasan, RR, irama dan kedalaman, inspeksi warna kulit, inspeksi konfigurasi dada, dan inspeksi struktur skeletal, penggunaan otot bantu nafas. Palpasi dangkal daerah thorak posterior, hitung tulang rusuk dan sela iga (ics) palpasi ekspansi pernafasan dan tactile fremitus (99”). Perkusi penunjuk daerah thorak (landmark) perkusi daerah paru-paru, Auskultasi daerah trakea, bronkus , dan paru (bunyi nafas) bagaimana kondisi jalan nafas baik atau tidak, keluhan yang dialami seperti sesak atau nyeri,bila sesak apakah terjadi setelah beraktifitas, tanpa beraktifitas atau saat beraktifitas, bila nyeri jelaskan berapa frekwensi x/menitnya, bagaimana suara nafasnya, apakah batuk jika ya bagaimana jenis, warna sputum, konsistensi, apakah terdapat darah atau tidak .

Adakah terapi penggunaan Oksigen yang digunakan jelaskan jenisnya , penggunaan ETT,Orofaringeal airway, trakeostomi

Penggunaan WSD kaji Type, undulasi, karakteristik cairan, jumlah, kondisi balutan luka WSD

5). Sistem Kardiovaskuler

Sirkulasi Perifer

Tuliskan hasil pengkajian sirkulasi perifer diantaranya meliputi nadi berapa x/mnt, bagaimana iramanya teratur atau tidak teratur, kaji kekuatan denyutnya lemah atau kuat, kaji distensi vena jugularis terjadi peningkatan atau tidak, kaji temperature kulit hangat atau dingin, kaji warna kulit, apakah pucat, cyanosis atau kemerahan, cek bagaimana pengisian kapilernya, kaji ada atau tidaknya edema (jika ya lokasi dan derajatnya)

Sirkulasi Jantung

Tuliskan hasil pengkajian sirkulasi jantung, dengan mengkaji kecepatan denyut apical berapa kali/menitnya, auskultasi iramanya teratur atau tidak, auskultasi bunyi jantung meliputi bunyi jantung I dan II, amati ada atau tidaknya kelainan bunyi jantung, tanyakan keluhan yang dirasakan oleh pasien rasa lemah, lelah, berdebar-debar/palpitasi, keringat dingin, kesemutan, kaki dan tangan dingin.

Kaji ada atau tidaknya nyeri dada jika ya ceritakan (bagaimana penyebaran, lokasi, intensitas, lama dan skalanya). Tuliskan hasil pemeriksaan ictus cordis, gambaran foto thorak terkait pemeriksaan jantung, EKG.

6). Sistem Neurologi

Tuliskan hasil pengkajian sistem neurologi meliputi pengkajian tingkat kesadaran secara kuantitatif dengan menghitung skala *Glasgow Coma Scale (GCS)* : E...M...V..... dan kaji juga tingkat kesadaran secara kualitatif seperti composmentis, apatis, samnolen, stupor, sampai dengan koma. Kaji adanya tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial. Tuliskan hasil pemeriksaan

gangguan Neurologis (NI-NXII), tuliskan hasil pemeriksaan reflek patologis dan fisiologis, kaji tanda-tanda iritasi maningeal, kekuatan otot/status motorik.

Pemeriksaan Kesadaran :

1. Komposmentasi yaitu kesadaran penuh.
2. Apatis yaitu keadaan sedikit menurun, acuh tak acuh.
3. Somnolen / letargi yaitu keadaan mengantuk dapat pulih jika dirangsang dan pasien mudah dibangunkan mampu memberi jawaban verbal dan menghindar dengan rangsangan nyeri.
4. Sopor / stupor yaitu keadaan mengantuk yang mendalam pasien dapat dibangunkan jika dirangsang dengan kuat namun kesadarannya segera menurun kembali.
5. Koma yaitu sama sekali tidak terdapat respon membuka mata bicara maupun gerakan.

Glasgow Coma Scala :

A. Membuka Mata

1. Dengan rangsangan nyeri tidak membuka mata
2. Membuka mata dengan rangsangan nyeri tekan pada kuku jari
3. Membuka mata dengan rangsangan suara
4. Spontan

B. Respon Verbal / suara

1. Tidak ada respon dengan rangsangan nyeri
2. Mengerang tidak ada kata2
3. Dapat mengucapkan kata2 tetapi tidak berupa kalimat dan tidak tepat
4. Dapat bicara dalam kalimat tetapi terdapat disorientasi waktu dan tempat
5. Baik, dapat menjawab dengan kalimat yang baik dan tahu siapa ia, di mana ia berada.

C. Respon Motorik / Gerakan

1. Tidak terdapat respon dengan rangsangan nyeri
2. Dengan rangsangan nyeri terdapat gerakan ekstensi
3. Dengan rangsangan nyeri terdapat gerakan fleksi
4. Dapat menghindar dari rangsangan nyeri
5. Mengetahui lokasi nyeri
6. Menuruti perintah.

7). Sistem Pencernaan

Tuliskan hasil pengkajian sistem pencernaan pada pemeriksaan bibir dan mukosa lakukan inspeksi dan palpasi pada bibir dan mukosa mulut kaji bagaimana warna : apakah merah muda, tampak kebiruan atau yang lainnya , bentuk simetris atau tidak , bagaimana tekstur, hidrasi ,kaji kelembab ada lesi atau tidak. Kaji kondisi mulut meliputi keadaan gigi dan gusi gigi harus putih dengan pingiran lembut, bebas dari sisa makanan. Kaji kondisi gusi ada tidaknya perdarahan dan tanda radang. Inspeksi kondisi lidah dan langit-langit mulut, palatum, dan oluva kaji warna, kesimetrisan dan tekstur dan deformitas tulang. Inspeksi tenggorokan dengan menggunakan tong spatel dan penlight. Kaji ada atau tidaknya kesulitan menelan, jika muntah bagaimana frekuensi dan karakteristik muntahnya. Visualisasi kuadran abdomen dan region abdomen, tentukan kontur dan kesimetrisan dan adanya distensi. Observasi daerah umbilikus, permukaan kulit, pergerakan dinding abdomen. Palpasi dangkal & dalam 4 kuadran, palpasi hepar, limfa, ginjal kiri dan kanan, kaji ada atau tidaknya nyeri di daerah perut jika ya kaji (lokasi, frekuensi, penyebaran, lamanya dan skala), auskultasi bising ususx/mnt, auskultasi bunyi vaskuler dan friction rub. Kaji ada atau tidaknya asites, ukur lah lingkar perutnya, palpasi dan perkusi 4 kuadran, kaji ada tidaknya luka post operasi jika ya kaji (jenisnya,

kondisinya; warna dasar luka, lokasi, ukuran, kedalaman, eksudat, bau, tanda-tanda infeksi, keadaan kulit sekitar luka; warna dan kelembaban)

8). Sistem Immunology

Kaji pembesaran kejar getah bening

9). Sistem Endokrin

Tuliskan hasil pengkajian pada pemeriksaan sistem endokrin seperti ada atau tidaknya nafas berbau keton, kaji adanya luka jika ya jelaskan kondisinya secara rinci, kaji adanya Exophthalmus, tremor, kaji pembesaran kelenjar tyroid, dan tanda-tanda peningkatan kadar gula darah seperti polidipsi, poliuri dan polifagi

10). Sistem Urogenital

Tuliskan hasil pengkajian pada system urogenital lakukan palpasi daerah kandung kemih ada atau tidaknya distensi, palpasi adakah nyeri tekan, perkusi pada *Costa Vertebra Angle* (CVA). Kaji adanya nyeri ketuk, nyeri tekan, adanya masa, kaji terjadinya anuria, nocturia, hematuria, oliguria, disuria, dan poliuria, kaji penggunaan kateter dan perawatannya, serta irigasi dan keadaan genetelia.

11). Sistem Integumen

Tuliskan hasil pemeriksaan pada system integument seperti kaji bagaimana keadaan rambut pasien bagaimana kekuatan, warna, distribusi dan kebersihannya. Kaji keadaan kuku, bagaimana kekuatan, warna dan kebersihannya. Kaji keadaan Kulit kekuatan, warna dan kebersihannya, kaji tanda-tanda radang pada kulit, adanya luka, dekubitus, pruritus dan tanda-tanda perdarahan dan dehidrasi.

12). Sistem Muskuloskeletal

Tuliskan hasil pemeriksaan pada system muskuloskeletal , pengkajian keperawatan yang utama meliputi evaluasi fungsi pergerakan. Lakukan inspeksi dan palpasi untuk mengevaluasi integritas struktur tulang (skelet), kemudian tulang belakang, persendian, kekuatan otot, cara berjalan, dan sirkulasi daerah perifer.

Kajilah skeletal tubuh meliputi adanya deformitas & kesejajaran, pemendekan tulang abnormal , amputasi, cek krepitus atau suara berderik . Inspeksi adanya benjolan/bengkak,perubahan warna,cara berjalan, deformitas.

Palpasi adanya perubahan suhu badan sekitar dan kelembaban kulit, apabila terjadi pembengkakan apakah ada fluktuasinya terutama pada daerah persendian. Kaji adanya nyeri tekan. Kaji apabila terdapat fraktur seperti adayan deformitas, bengkak, krepitasi pada ekstermitas, kaji adanya kontraktur paa persendian dan ekstermitas, tonus otot kuat atau lemah , kaji ada atau tidaknya kelainan bentuk tulang dan otot.

Kaji gerakan sendi dan catat apakah ada gangguan gerak. Kaji tanda-tanda radang [ada sendi, penggunaan alat bantu jika ya kaji jenisnya. Kaji apakah pasien terpasang Traksi,Gips,Spalk,*Open Reduktion Internal Fixsation (ORIF)/ Eksternal Fiksation(EF)* Jelaskan, Rentang gerak sendi aktif dan pasif jelaskan kemampuannya.

4. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan penunjang terdiri dari pemeriksaan diagnostik & laboratorium yang disesuaikan dengan masalah kesehatan pasien, dengan bentuk pendokumentasian yang berkesinambungan dan menyertakan waktu

5. PENATALAKSANAAN

Tuliskan penatalaksanaan medis & keperawatan yang klien peroleh selama proses perawatan dengan menyertakan waktu:

- a. Penatalaksanaan Medis (Therapi obat, Operatif dan lain-lain)
- b. Penatalaksanaan Keperawatan (Saat pengkajian)

6. RESUME KONDISI PASIEN (SAAT DI IGD DAN SAAT PENGKAJIAN)

Resume kondisi pasien berisikan tentang riwayat pasien dari saat awal masuk di IGD , pengkajian terdapat unsur waktu, masalah, penatalaksanaan/pengobatan dan hasil pengobatan atau perawatan secara lengkap dan dan sistematis

B. DATA FOKUS:

Data focus keperawatan merupakan data tentang perubahan atau respon pasien terhadap kesehatan dan masalah kesehatan serta mencakup data-data yang berhubungan dengan asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien .

- Data Subjektif :
Data subjektif adalah data yang didapatkan sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian, data subjektif diperoleh dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan, dan ide tentang status kesehatannya
- Data Objektif :
Data Objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur oleh perawat

C. ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : _____ _____ DO : _____ _____		
2.	DS : _____ _____ DO : _____ _____		
3.	Dst.		

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1.
- 2.
- 3.

E. RENCANA KEPERAWATAN

Hari Tgl	Dx.kep	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional

F. IMPLEMENTASI & EVALUASI

No	Hai/ Tgl	No.Dx.Kep	implementasi		Evaluasi
				Paraf	
			(Evaluasi tindakan)		S:
			- Respon		O:
			- Hasil		A:
					P:

PENGAJIAN PERSYARAFAN

A. Tingkat kesadaran

Pengkajian tingkat kesadaran pada umumnya menggunakan metoda GCS (Glasgow coma scale) yang dikategorikan menjadi tiga respons seperti respons membuka mata, verbal dan motoric. Nilai total maksimum untuk sadar penuh dan terjaga adalah 15.

B. Pemeriksaan fungsi serebri

1. Status mental

Penilaian	Respons
Perhatian	Rentang perhatian kedepan dan kebelakang
Daya ingat	<ul style="list-style-type: none"> • Jangka pendek : mengingat kembali tiga item setelah lima menit • Jangka panjang : mengingat nama depan ibunya, mengingta kembali menu makanan pagi, kejadian pada hari sebelumnya, dsd.
Perasaan (Afektif)	<ul style="list-style-type: none"> • Amati suasana hati yang tercermin pada tubuh, ekspresi tubuh. • Deskripsi verbal afektif. • Verbal kongruen, indicator tubuh tentang suasana hati
Bahasa	<ul style="list-style-type: none"> • Isi dan kualitas ucapan spontan. • Menyebutkan benda-benda yang umum, bagian-bagiandari suatu benda. • Pengulangan kalimat • Kemampuan untuk membaca dan menjelaskan pesan-pesan singkat pada surat kabar, majalah. • Kemampuan menulis secara spontans, didikte.

Pikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Informasi dasar (misalnya presiden terbaru, tiga presiden terdahulu). • Pengetahuan tentang kejadian-kejadian baru. • Orientasi terhadap orang, tempat, dan waktu. • Menghitung, pengurangan dari 1 sampai 20 dan dhitung mundur dari 20 sampai 1.
Persepsi	<ul style="list-style-type: none"> • Menyalin gambar : persegi, tanda silang, kubus tiga dimensi • Menggambar bentuk jam, membuat peta ruangan. • Menunjuk ke sisi kanan dan kiri tubuh. • Memperagakan : mengenakan jaket, meniup peluit, menggunakan sikat gigi

2. Fungsi Intelektual

a. Ingatan atau memori

Dua unsur yang harus diteliti, yaitu ingatan jangka pendek dan jangka panjang.

Untuk meneliti unsur jangka pendek pasien diminta mengulangi angka-angka atau kata-kata yang di ucapkan oleh perawat.

Sedangkan untuk meneliti jangka panjang, perawat dapat menanyakan kapan tahun lulus SD, SMP, SMA. Dll.

b. Pengetahuan umum

Perawat dapat menanyakan siapa kepala Negara ? presiden RI pertama? Ibulota provinsi ? dsb.

c. Berhitung atau kalkulasi

dapat dilakukan dengan cara melalukan pengurangan dari 1 sampai 20 dan dhitung mundur dari 20 sampai 1.

d. Pengenalan persamaan dan perbedaan

Dapat dilakukan dengan cara memberikan pertanyaan persamaan dan perbedaan seperti raja dan presiden, khilaf dan dusta, kangkung dan rumput.

e. **Pertimbangan**

Pertimbangan intelektual pasien meliputi pertimbangan yang dicerminkan oleh motivasi dan argumentasi dalam hal mengapa setiap warga Negara harus membayar pajak pendapatan dan mengapa harga emas lebih mahal dari pada harga besi.

3. **Daya Fikir**

- a. Apakah pikiran pasien bersifat spontans, alamiah, jernih, relevan, dan masuk akal ?
- b. Apakah pasien mempunyai kesulitan berpikir, khayalan, dan keasyikan sendiri?
- c. Apa yang menjadi pikiran pasien ?
- d. Pikiran pasien asyik sendiri dengan hal kematian, kejadian-kejadian tidak masuk akal, hal hal yang bersifat halusinasi, dan pikiran paranoid.

4. **Kemampuan Bahasa**

Bicara lancar (Afasia Reseptif, Konduktif, atau Nominal)	Bicara Tidak Lancar (Afasia Ekspresif)
Menyebut nama-nama benda. Pasien dengan afasia nominal, konduktif, atau reseptif sukar menyebut nama-nama benda.	Menyebut nama-nama benda. Sukar dilakukan tetapi lebih baik daripada bicara spontan.
Repetisi. pasien dengan afasia tidak dapat mengulangi pesan bahasa	Repetisi. Mungkin dapat dilakukan dengan usaha yang keras. Repetisi frase kurang baik.
Komprehensif. Hanya pasien	Komprehensif. Normal(perintah

dengan afasia reseptif yang tidak dapat mengikuti perintah (verbal atau tertulis).	tertulus dan verbal dapat diikuti).
Membaca. Pasien dengan lesi posterior dari area Wernicke menderita disleksia.	Tulisan. Disgrafia dapat ditemukan
Menulis. Pasien afasia konduktif sulit menulis (disgrafia) sedangkan pasien dengan afasia reseptif isi tulisannya abnormal. Pasien dengan lobus frontal dominan dapat juga menderita disgrafia.	Hemiparesis.

C. Pemeriksaan Saraf Kranial

Dilakukan mulai dari saraf Kranial I-XII (**Terlampir**)

D. Pemeriksaan Fungsi Saraf Sensori (**Terlampir**)

E. Pemeriksaan Fungsi Saraf Motorik (**Terlampir**)

ALAT UKUR TINGKAT KESADARAN GCS (GLASGOW COMA SCALE)

A. Respon membuka Mata

- Spontan = 4
- Dirangsang dengan kata = 3
- Dirangsang dengan nyeri = 2
- Tidak ada respon = 1

B. Respon kemampuan Komunikasi

- Berorientasi baik = 5
- Bingung = 4
- Bisa membentuk kata tapi tidak bisa membentuk kalimat = 3
- Bisa mengeluarkan suara tapi tidak bisa dimengerti = 2
- Tidak ada suara = 1

C. Respon Motorik

- Mengikuti perintah = 6
- Melokalisasi nyeri = 5
- Menggambarkan nyeri = 4
- Menjauhi rangsangan = 3
- Ekstensi spontan = 2
- Tidak ada gerakan = 1

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
PEMERIKSAAN FISIK NERVUS CRANIAL**

ASPEK YANG DI NILAI
A. Fase Pre Interaksi
Mengecek program terapi medic
<p>Mempersiapkan alat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sarung tangan steril dan bersih - Reflek hammer - Botol berisi : kopi, gula, garam - Bau-bauan : jeruk, tembakau - Karu snellen - Kapas - Senter - Botol berisi air dingin dan panas - Sampiran - Benda yang runcing
B. Fase Interaksi
Mengucapkan salam terapeutik
Melakukan evaluasi/ validasi
Melakukan kontrak (waktu, tempat, topik)
Menjelaskan tujuan dan langkah- langkah tindakan
Menjaga privacy klien
C. Fase Kerja
Cuci Tangan
Gunakan handscone
Meletakkan alat kedekat pasien
Menutup area dengan selimut mandi
Memosisikan pasien : tidur terlentang
Menggunakan sarung tangan
<p>Nervus Olfactorius (N I) Fungsi : Sensoris khusus (Menghidu, Membau)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa lubang hidung ada sumbatan atau kelainan setempat 2. Meminta pasien untuk menghirup dengan menyumbat hidung bergantian menggunakan jari 3. Uji setiap lubang hidung secara bergantian 4. Dengan mata tertutup meminta pasien untuk menentukan bau-bauan yang umum
<p>Nervus Optikus (N II) Fungsi : Sensoris khusus (Melihat)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketajaman Penglihatan : <ul style="list-style-type: none"> • Gunakan kacamata jika diperlukan • Uji setiap mata secara terpisah untuk penglihatan jauh dan dekat 2. Lapang Pandang <ul style="list-style-type: none"> • Periksa mata secara terpisah • Tutup satu mata dan melihat kemata pemeriksa

<ul style="list-style-type: none"> • Periksa sisi bagian luar lapangan pandang dari bagian pinggir pada beberapa tempat disekeliling kuadran atas dan kuadran bawah, kuadran nasal temporal dari lapangan pandang • Mintakan pasien untuk menyatakan sesegera mungkin kalau melihat gerakan ujung jari • Petakan gangguan lapangan sentral dengan menggerakkan jari melintasi lapangan pandang • Uji inatensi visual dengan meminta pasien untuk melaporkan jika ujung jari digerakkan pada satu atau kedua sisi secara serentak
<p>Nervus Okulomotorius (N III) Fungsi : Somatomotorik, Viseromotorik (Mengurus kontraksi pupil, mengatur lensa mata)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi adanya asimetri (ptosis) 2. Sinari satu mata dan periksa apakah kedua pupil mengecil 3. Nilai kecepatan dan sejauhmana pengecilan pada masing-masing mata secara terpisah 4. Tutup mata yang lain dari cahaya sewaktu melakukannya guna menguji refleks cahaya langsung dan ikutan 5. Minta pasien untuk menatap kejauhan dan kemudian melihat kejari yang diletakkan dekat hidung pasien, perhatikan reaksi kedua pupil
<p>Nervus Trochlearis (N IV) Fungsi : Somatomotorik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa dengan hati-hati apakah ada strabismus 2. Meminta pasien untuk memfiksasi tatapan pada jari pemeriksa dan melaporkan jika terjadi penglihatan ganda sewaktu mengikuti gerakan jari dari jarak paling kurang (50 cm) 3. Gerakkan jari keatas dan kebawah, kemudian kekanan dan atas dan kebawah, selanjutnya kekiri dan keatas dan kebawah 4. Rekam arah dimana terlihat penglihatan ganda serta terjadinya pemisahan bayangan maksimal 5. Minta pasien menutup satu mata secara bergantian untuk menentukan mata mana yang menimbulkan bayangan palsu
<p>Nervus Trigemini (V) Fungsi : Sensasi pada wajah, reflek kornea, mengunyah</p> <p>Fungsi Sensasi pada Wajah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien menutup kedua mata 2. Sentuhkan kapas pada dahi, pipi dan dagu 3. Bandingkan kedua sisi yang berlawanan 4. Sensitivitas terhadap nyeri daerah permukaan diuji dengan menggunakan benda runcing dan diakhiri dengan spatel lidah yang tumpul 5. Lakukan pengkajian dengan benda tajam dan tumpul secara bergantian 6. Catat masing-masing gerakkan dan tusukkan dari benda tajam dan tumpul 7. Ika respon tidak sesuai uji sensasi suhu dengan tabung kecil yang berisi air panas atau dingin gunakan saling bergantian <p>Fungsi Reflek Kornea</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pada saat pasien melihat keatas, lakukan sentuhan ringan dengan sebuah gumpalan kapas kecil didaerah temporal

<p>2. Bila terjadi kedipan mata keluarnya air mata merupakan respon normal</p> <p>Fungsi Mengunyah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang daerah rahang pasien dan rasakan gerakan dari sisi ke sisi 2. Palpasi otot maseter dan temporal apakah kekuatannya sama atau tidak 3. Minta pasien untuk membuka rahang melawan tahanan : Rahang akan menyimpang kearah sisi muskulus pterigoideus yang lemah 4. Raba muskulus maseter sewaktu gigi dikatupkan untuk menilai kekuatan serta adanya asimetri 5. Untuk membangkitkan reflek rahang, minta pasien untuk membuka mulut, tempatkan ibu jari tangan pemeriksa pada dagu dan ketuk ibu jari dengan palu tendon
<p>Nervus Abdusen (N VI)</p> <p>Fungsi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cari nistagmus sewaktu memeriksa gerakan mata 2. Catat bila terdapat nistagmus vertikal, horizontal atau berputar serta arah tatapan pada mana nistagmus ini paling nyata 3. Perhatikan arah komponen cepat dari nistagmus 4. Apakah arahnya berubah dengan arah tatapan dan apakah derajat nistagmus berbeda pada masing-masing mata
<p>Nervus Fasialis (N VII)</p> <p>Fungsi : Gerakan otot wajah, ekspresi wajah, sekresi air mata dan ludah</p> <p>Fungsi Motorik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cari tanda-tanda paralisis wajah : tidak adanya kerut dahi, terkulainya sudut mulut atau mendatarnya lipatan nasolabial 2. Minta pasien untuk memberengut, mengerutkan dahi dan menutup mata sekuat mungkin 3. Minta pasien untuk menyeringai, memperlihatkan gigi, menggembungkan pipi dan bersiul 4. Bandingkan gerakan wajah involunter dengan mencoba membuat pasien tersenyum spontan <p>Fungsi Sensorik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uji pengecap primer ; manis, asin, pahit, dan asam. Gunakan gula, garam, kuinin dan cuka secara berturut-turut 2. Pegang lidah yang dijulurkan secara baik dengan memakai kasa 3. Dengan memakai kepingan kayu, tempatkan bahan penguji pada setiap sisi lidah secara bergantian, dan minta pasien untuk menentukan rasa dengan menunjukkan pada kata-kata manis, asin, pahit, atau asam pada suatu kartu
<p>Nervus Vestibulokoklear (N VIII)</p> <p>Fungsi : Keseimbangan dan Pendengaran</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uji pendengaran pada setiap telinga secara bergantian dengan menggosokkan dua jari didekat pasien, dan telinga yang satu lagi disumbat dengan menekan jari diatas lubang telinga 2. Uji bisikan suara dan bunyi detak jam 3. Letakkan gagang garpu tala yang sedang bergetar pada tulang mastoid sampai suara melemah, kemudian letakkan ujung garpu tala didepan lubang telinga. Normal mestinya terdengar suara (test Rinne) 4. Letakkan gagang garpu tala pada verteks tulang kepala dan tanya pasien pada sisi telinga manasuara terdengar (test weber)

5. Periksa saluran telinga luar dan gendang telinga dengan memakai auriskope
<p>Nervus Glosfaringeus (IX) Fungsi : Rasa kecap sepertiga bagian lidah bagian anterior</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan pasien untuk membedakan rasa gula dan garam pada sepertiga posterior lidah 2. Sentuh dinding faring bagian posterior untuk membangkitkan reflek muntah dimana saraf aferennya adalah dari nervus glosfaringeus dan saraf efferennya dari vagus
<p>Nervus Vagus (N X) Fungsi : Kontraksi faring, gerakan simetris dari pita suara, gerakan simetris palatum mole</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekan spatel lidah pada lidah posterior atau menstimulasi faring posterior untuk menimbulkan reflek menelan 2. Adanya suara serak 3. Minta pasien untuk batuk dan mengucapkan bunyi konsonan seperti "a", "e", "i", "u", "o" 4. Minta pasien mengatakan "ah" observasi terhadap peninggian uvula simetris dan palatum mole
<p>Nervus Aksesorius Spinal (N XII) Fungsi : Gerakan otot sternokleidomastoid dan trapezius</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa besar dan kekuatan muskulus sternokleidomastoideus dan trapezeus 2. Lihat dari belakang tanda-tanda pengecilan otot, dan perhatikan posisi tangan yang berada disamping badan 3. Minta pasien untuk mengangkat kedua bahu yang ditahan 4. Minta pasien untuk menekukkan leher, menekan dagu kebawah melawan pegangan pemeriksa, dengan demikian menguji kedua muskulus sternomastoideus sekaligus 5. Minta pasien untuk memutar dagu ketiap sisi secara bergantian melawan tahanan guna menguji masing-masing sternomastoideus
<p>Nervus Hypoglossus (N XII) Fungsi : Mengerakan lidah dan mengubah-ubah bentuk lidah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instruksikan pasien membuka mulut dan perhatikan lidah dalam keadaan istirahat 2. Dalam keadaan istirahat perhatikan besarnya lidah, kesamaan bagian kiri dan kanan, adanya atrofi, apakah lidah berkerut, apakah sikap lidah simetris. Bila lidah dijulurkan perhatikan tampak simetris. Bila lidah dijulurkan perhatikan apakah tampak simetris 3. Ukur kekuatan lidah dengan cara <ul style="list-style-type: none"> - Instruksikan pasien untuk menjulurkan lidahnya lurus-lurus kemudian menarik dan menjulurkan kembali dengan cepat - Perhatikan kekuatan gerakannya 4. Instruksikan pada pasien untuk mengerakan lidah kekiri dan kanan dengan cepat, kemudian menekankan pada pipi kiri dan kanan, pemeriksa merasakan kekuatan lidah tadi
D. Fase Terminasi
Mengevaluasi respons klien
Memberikan reinforcement positif
Merencanakan tindak lanjut

Melakukan kontrak yang akan datang (waktu, tempat dan topik)
Mencuci tangan
Melakukan dokumentasi tindakan dan respon klien

**STANDAR OPERASIONAL KETERAMPILAN
PEMERIKSAAN FISIK FUNGSI MOTORIK**

No	ASPEK YANG DI NILAI
	A. Fase Pre Interaksi
1	Mengecek program terapimedice
2	Mempersiap kan alat:
3	- Stetoskop - Handscone
	B. FaseInteraksi
4	Mengucapkan salam terapeutik
5	Melakukan evaluasi/ validasi
6	Melakukan kontrak (waktu, tempat, topik)
7	Menjelaskan tujuan dan langkah- langkah tindakan
8	Menjaga privacy klien
	C. FaseKerja
9	Cuci Tangan
10	Pasang Handscone
11	Pasang sampiran/tutup jendela (privacy klien)
12	Meletakkan alat kedekat klien
13	Menutup area dengan selimut mandi
14	Melakukan pemeriksaan : <ul style="list-style-type: none"> a. Inspeksi <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksikap secara keseluruhan dan sikap bagian tubuh, bagaimana sikap klien saat berdiri, duduk, berbaring, bergerak dan berjalan - Perhatikan apakah panjang bagian tubuh yg kiri dan kanan, perhatikan bentuk otot adakah atropi atau hipertropi, bandingkan besarnya otot yang kiri dan kanan - Observasi adanya gerakan abnormal yang tidak terkendali seperti tremor, khoreo, atetose, distonia, balismus, spasme, tik,

fasikulasi, dan miokloni

b. Palpasi

- Instruksikan klien untuk mengistirahatkan ototnya
- Kemudian otot dipalpasi untuk menentukan konsistensi serta adanya nyeri tekan
- Tentukan dan nilai tonus otot pada berbagai posisi anggota gerak dan bagian badan adakah hipotoni.

c. Pemeriksaan gerak pasif

- Instruksikan klien untuk mengistirahatkan ekstremitasnya
- Gerakan ekstremitas pada persendian secara bervariasi, mula-mula lambat kemudian cepat, lebih lambat dan seterusnya
- Sambil menggerakkan kita lihat tahanannya
- Dlm keadaan normal tdk menemukan gerakan yg berarti, jika klien dapat mengistirahatkannya dengan baik.

d. Pemeriksaan gerak aktif

- Instruksikan pasien untuk memfleksikan lengan bawahnya secara maksimal
- Periksa menahan gerakan tersebut
- Kemudian kita nilai tenaga otot yang dinyatakan dengan menggunakan angka 0 – 5
- Pencatatan hasil pemeriksaan adalah :

L Ka	L Ki
T Ka	T Ki

e. Koordinasi gerak

1. Percobaan telunjuk hidung

- Instruksikan klien untuk menutup mata
- Luruskan lengan klien kesamping
- Klien disuruh kmenyentuh hidung dengan telunjuk
- Observasi gerakan klien apakah telunjuk sampai kehidung klien atau tidak
- Atau klien disuruh menunjuk telunjuk pemeriksa kemudian menunjuk hidungnya & lakukan berulang 2

2. Percobaan jari-jari

- Instruksikan klien untuk merentangkan kedua Lengannya kesamping dan mata ditutup
- Klien disuruh mempertemukan jari-jarinya ditengah depan
- Observasidancatathasilnya

3. Percobaan tumit lutut

- Instruksikan klien untuk menempatkan tumit pada lutut

	<p>kaki yang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemudian suruh klien untuk menggerakkan tumit tersebut menyusuri tulang tibia kearah distal sampai dorsum kaki dan ibu jari kaki - Lakukan gerakan berulang-ulang, mula-mula perlahan-lahan kemudian cepat - Gerakan ini dapat dilakukan dari arah berlawanan <p>4. Percobaan pronasi supinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisi klien duduk - Letakkan tangan klien diatas paha bagian distal - Instruksikan untuk melakukan pronasi – Supinasi secara bergantian
	Fase Terminasi
15	Memberikan reinforcement positif
16	Merencanakan tindak lanjut
17	Melakukan kontrak yang akan datang (waktu, tempat dan topik)
18	Mencuci tangan
19	Melakukan dokumentasi tindakan dan respon klien

**STANDAR OPERASIONAL KETERAMPILAN
PEMERIKSAAN FISIK FUNGSI SENSIBILITAS**

No	ASPEK YANG DI NILAI
	A. Fase Pre Interaksi
1.	Mengecek Program terapi medik
2.	Mempersiapkan alat : <ul style="list-style-type: none"> - Selimut mandi - Sampiran - Kertas - Kapas - Jarum Steril - Jarum Pentul - Dua Tabung berisi air panas dan es - Garpu tala
	B. Fase Interaksi
3	Mengucapkan salam terapeutik Melakukan evaluasi dan validasi
4	Melakukan kontrak (waktu, tempat, topic)
5	Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah kegiatan
	C. Fase Kerja
6	Cuci Tangan, Gunakan hanscone
7	Pasang sampiran/tutp jendela (privacy klien)
8	Meletakkan alat kedekat klien
9	Menutup area dengan selimut mandi

10	<p>Melakukan pemeriksaan</p> <p>Sensibilitas Permukaan/superficial</p> <p>1. Rasa Raba</p> <ol style="list-style-type: none"> Sebagai rangsangan dapat digunakan sepotong kertas, kapas yang ujungnya diusahakan sekecil mungkin. Goreskan secara halus pada seluruh tubuh secara acak, mulai dari kepala turun ke bawah. Instruksikan kepada klien untuk menyebutkan “iya” bila ia merasakan perabaan pada kulit. Dibandingkan rasa raba antara tubuh sebelah kanan & kiri. Hindarkana adanya tekanan atau pembangkit rasa sakit.
11	<p>2. Rasa nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Gunakan jarum steril dan jarum pentoel mula-mula klien diberitahukan dan dicoba membedakan dua tusukan yg bersifat tajam & tumpul.
12	<p>3. Rasa suhu</p> <ol style="list-style-type: none"> Gunakan tabung reaksi yg berisi air panas (43⁰C) & air es 10⁰C. instruksikan klien untuk menyebutkan dingin atau panas pada asaat tabung itu disentuhkan pada anggota tubuhnya. <p>c. hasil penmeriksaan dicatat diatas peta sensibilitas. Kelainan pada sensibilitas ditandai pada peta tersebut.</p> <p>Keterangan:</p> <p>Tanda untuk kelainan sensibilitas rasa raba : ---- (garis terputus)</p> <p>Tanda untuk kelainan rasa nyeri : VVV (huruf V)</p> <p>Tanda untuk kelainan rasa suhu : XXX (huruf X)</p> <p>Sensitivitas dalam</p>

13	<p>1. Pemeriksaan rasa sikap</p> <p>a. beritahu klien serta instruksikan untuk melihat gerakan jari kaki dan tangan klin secara pasif ke arah vertical</p> <p>b. kemudian instruksikan klien untuk menutup matanya serta klien diminta untuk merasakan gerakan serta menyebutkan sikap gerakan tadi dengan kata “keatas” atau “kebawah”</p> <p>c. Periksa memegang jari dipermukaan lateral dan gerakan jari dilakukan dengan kecepatan sedang</p> <p>2. Pemeriksaan rasa getar</p> <p>a. gunakan garpu tala</p> <p>b. mula-mula klien dicoba untuk membedakan ada tau tidak getaran dari garpu tala ynag ditarik di atas sternum</p> <p>c. kemudian instruksikan klien untuk menutup matanya serta bedakan getaran tersebut jika terasa, sebutkan getar atau tidak</p> <p>d. kemudian lanjutkan pemeriksaan dengan menekan garpu tala pada bagian dorsal palang akhir ibu jari, tulang maleolus, kemudian rodeositas tulang tibia, dan spinailiaka untuk bagian bawah tubuh, sedangkan bagian atas tubuh dilakukan dengan hiperfleksi dari sebdisendi jari tangan</p>
14	
15	<p>3. pemeriksaan rasa nyeri dalam</p> <p>a. lakukan penekanan oleh jari pemeriksa, mula-mula perlahan kemudian makin kuat pada daerah bawah tubuh, yaitu pada tendon acbiles dan tectiles. Sedangkan bagian atas tubuh dilakukan hiperfleksi dari segi sendi dan jari tangan.</p> <p>b. penilaian pemeriksaan ini untuk hiper sensitive atau hipo sensitive yang ekstrim</p>
	D. Fase Terminasi
39	Mengevaluasi respons klien
40	Memberikan reinforcement positif
41	Merencanakan tindak lanjut
42	Melakukan kontrak yang akan datang (waktu, tempat dan topik)
43	Mencuci tangan
44	Melakukan dokumentasi tindakan dan respon klien

SOP MENGUKUR TEKANAN DARAH

NO	TINDAKAN
1.	<p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tensi meter 2. Stetoskop 3. Buku catatan
2.	<p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Melakukan evaluasi validasi 3. Melakukan kontrak (tindakan, tempat, dan waktu) 4. Menjelaskan maksud dan tujuan
3.	<p>Fase kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan prosedur pada pasien 2. Mencuci tangan 3. Gunakan handscoon 4. Atur posisi pasien 5. Letakkan lengan yang hendak diukur pada posisi terlentang 6. Lengan baju dibuka 7. Pasang manset pada lengan kanan/kiri atas sekitar 3 cm diatas fasocubiti (jangan terlalu ketat atau longgar) 8. Tentukan denyut nadi radialis 9. Letakkan diagfragma stetoskop diatas nadi brachialis, letakkan stetoskop diatas denyut nadi yang telah ditentukan 10. Pompa balon udara isi manset sampai manometer setinggi 20 mmHg lebih tinggi dari titik radialis tidak teraba 11. Kempeskan balon udara manset secara perlahan-lahan dengan cara memutar scrup pada pompa udara berlawanan arah jarum jam
4.	<p>12. Catat hasil</p> <p>Fase terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi 2. Menjelaskan RTL 3. Menjelaskan Kontrak 4. Mengucapkan salam <p>Cuci tangan</p> <p>Dokumntasi</p>

SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)
MEMPOSISIKAN 30°

NO	TINDAKAN
1	<p>Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam. b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan d. Menjelaskan prosedur tindakan. e. Menanyakan kepada pasien
2.	<p>Fase kerja</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mencuci tangan b. Observasi keadaan pasien c. Pasang pengaman pada tempat tidur klien d. Memeriksa vital sign awal klien terlebih dahulu e. Memberikan posisi kepala elevasi 30° dengan cara dinaikkan bednya pada bagian kepala atau bisa menggunakan satu bantal di bawah kepala pasien f. Memeriksa vital sign klien g. Menanyakan respon klien h. Merapihkan klien
3.	<ul style="list-style-type: none"> i. Mencuci tangan <p>Fase terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi tindakan b. Menjelaskan rencana tindak lanjut
4.	<ul style="list-style-type: none"> c. Mengucapkan salam <p>Dokumentasi</p>

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok bahasan	: Hal tentang perawatan stroke dirumah
Sasaran	: Pasien Stroke Non Hemorogik
Tempat	: Ruang Bougenvile RSUD Dr. H. Abdul Moeloek
Waktu	: 30 Menit

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah diberikan penyuluhan, diharapkan sasaran mampu memahami Hal tentang perawatan stroke dirumah.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan selama 15 menit diharapkan sasaran dapat mengerti tentang perawatan stroke dirumah.

C. Materi Penyuluhan

1. Diet stroke dirumah
2. Posisi - Posisi yang dapat diberikan dalam perawatan dirumah.

D. Kegiatan Belajar Mengajar

- Metode : Ceramah, diskusi dan tanya jawab
- Langkah – langkah kegiatan :

No	TAHAP	KEGIATAN PENGAJARAN	KEGIATAN MASYARAKAT	WAKTU
1.	Pendahuluan	- Salam	- Menjawab salam	5 menit
		- Tujuan	- Mendengarkan	
		- Pokok Materi	- Mendengarkan	
2.	Inti	Menyampaikan materi tentang perawatan stroke dirumah 1. Diet Stroke dirumah 2. Posisi - Posisi yang dapat diberikan dalam perawatan dirumah.	Audiens mendengarkan materi yang diberikan	15 menit

3.	Penutup	- Menanyakan hasil	- Audien memberikan respon dan menjawab pertanyaan yang diberikan pemateri	10 menit
		- Merangkum	- Mendengarkan hasil penyuluhan yang dibacakan pemateri	
		- Salam penutup	- Menjawab salam	

E. Media dan sumber

- Media : Leaflet

1. Evaluasi struktur persiapan
 - a. Telah kordinasi dengan keluarga untuk melakukan penyuluhan
2. Evaluasi proses
Menanyakan pada peserta penyuluhan
3. Evaluasi hasil
Berdasarkan penyuluhan tersebut keluarga mampu menjelaskan tentang:
 1. Diet Stroke dirumah
 2. Posisi - Posisi yang dapat diberikan dalam perawatan dirumah.

MATERI

A. DIET STROKE DIRUMAH

Diet stroke dirumah harus sangat diperhatikan, hal ini dikarenakan untuk mencegah terjadinya stroke berkelanjutan dan proses pemulihan yang baik.

Tujuannya antara lain :

1. Memberikan makanan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit.
2. Memperbaiki keadaan stroke seperti disfagia (kesulitan menelan), pneumonia (radang paru-paru), kelainan ginjal dan decubitus (luka tekan).
3. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Adapun kebutuhan nutrisi stroke dirumah yaitu :

- Energi cukup yaitu 25-45 kkal/kgBB. Pada fase akut energy yang diberikan adalah 1.100 – 1.500 kkal/hari.
- Protein cukup yaitu 0,8-1 g/KgBB.
- Lemak cukup : 20-25% dari kebutuhan kalori total.
- Karbohidrat cukup, yaitu 60-70% dari kebutuhan total.
- Cukup vitamin dan mineral, serta cukup untuk membantu menurunkan kadar kolestrol darah dan mencegah konstipasi.
- Konsumsi cairan 6-8 gelas/hari
- Bentuk makanan disesuaikan dengan kondisi penderita
- Makanan yang diberikan dalam porsi kecil dan sedang.
- Penggunaan garam dapur dalam jumlah yang terbatas.

Diet rendah garam

- Mengandung 900 – 1200 mg Natrium/hari
- Pada pemasakannya hanya boleh menggunakan garam dapur 2gr/hari
- Semua masakan dimasak tanpa garam dan pada saat pembagian makanan diberikan 2 sachet garam dapur/hari

- Rendah garam dapat diberikan dalam bentuk cair, saring, cincang, lunak, dan biasa.

Contoh menu diet stroke :

1. Makanan pagi : Nasi tim, telur rebus, cah labu siam
2. Jam 10.00 : Sari kacang hijau atau puding
3. Makanan siang : Nasi tum atau bubur, pepes ikan, tumis tempe, sayur asem, papaya
4. Pukul 16.00 : susu ensure 200 cc
5. Makanan malam : Nasi tim/bubur, ayam duri lunak, gadon tahu, cah labu siam, melon.

B. POSISI PERAWATAN DIRUMAH

1. Posisi berbaring terlentang

- Tempat tidur datar.
- Kepala dan kedua bahu ditaruh di atas bantal dan pastikan leher pasien tidak tertekuk.
- Lengan, siku dan pergelangan yang lumpuh dalam posisi lurus diganjal dengan bantal. Telapak tangan yang lumpuh diposisika telungkup.
- Pinggul sapai dengan bahu pasien yang lumpuh diberi alas bantal.
- Untuk mencegah luka tekan (dekubitus) dan mencegah pemendekan otot, lakukan pengaturan atau penggantian posisi tidur setiap 3 jam
- Beri pijatan dengan menggunakan minyak kelapa daerah-dearah yang tertekan, seperti punggung, panggul, tulang ekor, mata kaki, dan tumit.

2. Posisi miring kesisi yang sehat

- Penolong berdiri disamping pasien disisi tubuh yang sehta.
- Tekuk lutut yang lumpuh.
- Kedua pasien diatur dalam posisi saling menggegam, yaitu posisi jempol tangan yang sehat berada disela jari jempol dan telunjuk tangan yang lumpuh.

- Bantu pasien untuk miring dengan posisi tangan penolong berada pada bahu dan pinggul yang lumpuh.
3. Posisi miring ke sisi tubuh yang lumpuh
- Penolong berdiri di samping pasien disisi tubuh yang lumpuh.
 - Bantu pasien untuk miring dengan posisi tangan kanan menahan lutut sementara tangan kiri penolong menjepit lengan yang lumpuh.
 - Anjurkan pasien untuk memiringkan sisi yang sehat ke arah sisi yang lumpuh.

4. Latihan gerak sendi

Latihan gerak sendi secara aktif oleh penderita bertujuan untuk memelihara setiap persendian agar tidak timbul nyeri, kaku sendi, dan pengecilan otot. Adapun beberapa latihan yaitu

- Latihan aktif anggota gerak atas (dilakukan sendiri)
 - Kedua tangan pasien di atur dalam posisi saling menggenggam, yaitu posisi jempol tangan yang sehat berada disela jari jempol dan telunjuk tangan yang lumpuh.
 - Anjurkan pasien untuk mengangkat kedua tangannya dan menggerakkan melewati dada ke arah sisi tubuh yang sehat. Kemudian kembali lagi ke posisi semula.
 - Tangan yang sehat memegang lengan bawah yang lumpuh. Anjurkan pasien untuk menekuk dan meluruskan siku.
 - Anjurkan pasien untuk mengangkat dan meletakkan kedua tangannya diatas perutnya. Kemudian lakukan gerakan memutar pergelangan tangan ke arah dalam dan ke luar.
 - Anjurkan pasien untuk menekuk dan meluruskan jari-jari tangan.
 - Lakukan gerakan diatas sebanyak 8 kali.
- Latihan aktif anggota gerak bawah (dilakukan sendiri)
 - Anjurkan pasien meletakkan kaki yang sehat dibawa lutut yang lumpuh lalu turun sampai punggung kaki yang sehat berada dibawa pergelangan kaki yang lumpuh.

- Angkat kedua kaki ke atas dengan bantuan kaki yang sehat, kemudian turunkan perlahan-lahan.
- Anjurkan pasien mengangkat kedua kaki dan mengayunkan kedua kakinya sejauh mungkin kea rah satu sisi kemudian ke sisi yang lainnya.
- Lakukan gerakan ini sebanyak 8 kali.



Kebutuhan Nutrisi Stroke Dirumah :

- Energi cukup yaitu 25-45 kkal/kgBB. Pada fase akut energy yang diberikan adalah 1.100 – 1.500 kkal/hari.
- Protein cukup yaitu 0,8-1 g/KgBB.
- Lemak cukup : 20-25% dari kebutuhan kalori total.
- Karbohidrat cukup, yaitu 60-70% dari kebutuhan total.
- Cukup vitamin dan mineral, serta cukup untuk membantu menurunkan kadar kolestrol darah dan mencegah konstipasi.

- Konsumsi cairan 6-8 gelas/hari
- Bentuk makanan disesuaikan dengan kondisi penderita
- Makanan yang diberikan dalam porsi kecil dan sedang.
- Penggunaan garam dapur dalam jumlah yang terbatas.



Diet rendah garam

- Mengandung 900 – 1200 mg Natrium/hari

- Pada pemasakannya hanya boleh menggunakan garam dapur 2gr/hari
- Semua masakan dimasak tanpa garam dan pada saat pembagian makanan diberikan 2 sachet garam dapur/hari
- Rendah garam dapat diberikan dalam bentuk cair, saring, cincang, lunak, dan biasa.

Contoh menu diet stroke :

6. Makanan pagi : Nasi tim, telur rebus, cah labu siam
7. Jam 10.00 : Sari kacang hijau atau puding
8. Makanan siang : Nasi tum atau bubur, pepes ikan, tumis tempe, sayur asem, papaya
9. Pukul 16.00 : susu ensure 200 cc
10. Makanan malam : Nasi tim/bubur, ayam duri lunak, gadon tahu, cah labu siam, melon.

POSISI PERAWATAN DIRUMAH

5. Posisi berbaring terlentang



6. Posisi miring kesisi yang sehat

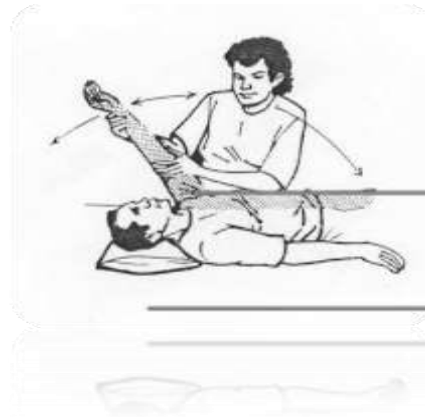


7. Posisi miring ke sisi tubuh yang lumpuh



8. Latihan gerak sendi

➤ Latihan aktif anggota gerak atas (dilakukan sendiri)



➤ Latihan aktif anggota gerak bawah (dilakukan sendiri)



PERAWATAN STROKE DI RUMAH



RENI ANGGRAINI
144012016072

**STIKES MUHAMMADIYAH
PRINGSEWU LAMPUNG
2019**

Tabel Evaluasi Tanda-Tanda Vital

Pasien 1	Hari 1 27 Mei 2019	Hari 1 27 Mei 2019	Hari 3 29 Mei 2019
	TD : 150/90mmHg N : 80x/menit S : 36,2°C RR : 20 x/menit SpO2 (sebelum) : 98 mmHg (sesudah) : 99 mmHg	TD : 130/90mmHg N : 80x/menit S : 36,°C RR : 22 x/menit SpO2 (sebelum) : 99 mmHg (sesudah) : 99 mmHg	TD : 150/80mmHg N : 80x/menit S : 36,2°C RR : 20 x/menit SpO2 (sebelum) : 99 mmHg (sesudah) : 99 mmHg
Pasien 2	Hari 1 25 Juni 2019	Hari 2 26 Juni 2019	Hari 3 27 Juni 2019
	TD : 140/80mmHg N : 60x/menit S : 36°C RR : 22 x/menit SpO2 (sebelum) : 98 mmHg (sesudah) : 98 mmHg	TD : 130/90mmHg N : 76x/menit S : 36,2°C RR : 20 x/menit SpO2 (sebelum) : 98 mmHg (sesudah) : 99 mmHg	TD : 130/80mmHg N : 80x/menit S : 36°C RR : 20 x/menit SpO2 (sebelum) : 99 mmHg (sesudah) : 99 mmHg

Tabel Evaluasi Nyeri

pasien 1	Hari 1 27 Mei 2019	Hari 2 28 Mei 2019	Hari 3 29 Mei 2019
	Skala nyeri 7	Skala nyeri 5	Skala nyeri 1
Pasien 2	Hari 1 25 Juni 2019	Hari 2 26 Juni 2019	Hari 3 27 Juni 2019
	Skala nyeri 6	Skala nyeri 4	Skala nyeri 3



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES
No.SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2017

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No 112 Telp /Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

FORM PENGAJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama : Reni Anggraini
NIM : 199012016072
JUDUL KTI ①: Asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral di Ruang Bougenvil RSUD Dr.H. Abdul Moeltek Provinsi Lampung Tahun 2019
JUDUL KTI 2: Asuhan keperawatan pada ~~pasien~~ yang mengalami stroke Non Hemoragik dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di RSUD Dr.H. Abdul Moeltek Provinsi Lampung Tahun 2019
JUDUL KTI 3: Asuhan keperawatan pasien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Perubahan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di RSUD Dr.H. Abdul Moeltek provinsi Lampung Tahun 2019
Pringsewu, 06 Maret 2019

Menyetujui,

Pembimbing I

(M. Nurjaya)

Pembimbing II

(Ns. Nuria Muliani)

Mengetahui,

Ka.Prodi DIII Keperawatan

(Ns. Nuria Muliani)
Ns. Nuria Muliani, M.Kep., Sp.Kep.J
NBM. 1152 416



PEMERINTAH PROPINSI LAMPUNG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.H. ABDUL MOELOEK
Jl. Dr. Rivai No. 6 Telp. 703312 Fax (0721) 703952
BANDAR LAMPUNG 35112

Bandar Lampung, 23 Maret 2019

Nomor : 4201/6.76A/VII.02/6.2/III/2019 Sifat : Biasa Lampiran : Hal : <u>Izin Pre Surfey</u>	Kepada Yth. Ka.Prodi Ilmu DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pringsewu di - PRINGSEWU
---	---

Menjawab surat Saudara nomor /II.3.AU/D/03/2019 tanggal 14 Maret 2019, perihal tersebut pada pokok surat atas nama :

Nama : Prodi : NPM : Judul :	Reni Anggraini D3 Keperawatan 144012016072 Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di Ruang Bougenvil di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019.
---------------------------------------	--

Dengan ini kami informasikan bahwa untuk kepentingan Pre Survey yang bersangkutan dapat kami izinkan untuk melihat data yang akan digunakan sebagai Pre elementary study pada Ruang Rekam Medik dan Ruang Diklat RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dan dilakukan di jam kerja RSUD.AM. Pada tanggal : 30 Maret s/d 14 April 2019. Untuk informasi lebih lanjut yang bersangkutan dapat berhubungan dengan Bagian Diklat RSUDAM.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih

a.n. DIREKTUR UTAMA
 DIREKTUR DIKLAT & SDM,

dr. ARIF EFFENDI, Sp.KK
 Pembina Utama Muda
 NIP : 19610903 199010 1 002

Tembusan :
 Direktur Utama RSUD. AM, sebagai laporan



PEMERINTAH PROPINSI LAMPUNG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.H. ABDUL MOELOEK
 Jl. Dr. Rivai No. 6 Telp. 703312 Fax (0721) 703952
 BANDAR LAMPUNG 35112

Bandar Lampung, 17 Mei 2019

Nomor : 420/2804/L/VII.02/6.2/V/2019
 Sifat : Biasa
 Lampiran :
 Hal : Izin Penelitian

Kepada
 Yth. Ka.STIKES Muhammadiyah Pringsewu
 Prodi DIII Keperawatan
 di -
 PRINGSEWU

Menjawab surat Saudara nomor : 557/II.3.AU/F/04/2019 tanggal 22 April 2019, perihal tersebut pada pokok surat atas nama :

Nama : Reni Anggraini
 Prodi : **03** Keperawatan *WA*
 NPM : 144012016072
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Stroke Non Hemoragik Dengan Ketidak Efektifan Perfusi Jaringan Serebral di Ruang Bougenvil di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019.

Dengan ini kami informasikan bahwa untuk kepentingan penelitiannya yang bersangkutan dapat disetujui untuk mengambil data pada Ruang Bougenvil, Rekam Medik dan Ruang Diklat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dan dilakukan di jam kerja RSUDAM Waktu Mengambil data mulai tanggal 20 Mei s/d 29 Juni 2019. Untuk informasi lebih lanjut yang bersangkutan dapat berhubungan dengan Bagian Diklat RSUD.AM.

Selanjutnya diinformasikan bahwa selama melakukan pengambilan data yang bersangkutan perlu memperhatikan hal – hal sebagai berikut :

1. Melapor pada Bagian Diklat RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
2. Data dari hasil penelitian tidak boleh disebarluaskan/digunakan diluar kepentingan ilmiah.
3. Memberikan laporan hasil penelitian pada Bagian Diklat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4. Bagian Diklat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung berhak atas hasil penelitian untuk pengembangan kegiatan pelayanan kepada masyarakat.
5. Kegiatan tersebut dikenakan biaya sesuai Pergub No. 10 Tahun 2015 Tentang Jenis dan Tarif Layanan Kesehatan di RSUD.AM

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih



a.n. DIREKTUR UTAMA
 DIREKTUR DIKLAT & SDM,

dr. ARIF EFFENDI, Sp.KK
 Pembina Utama Muda
 NIP : 19610603 199010 1 002

Tembusan :
 Direktur Utama RSUD. AM, sebagai laporan



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN(KEPK)
STIKes MUHAMMADIYAH PRINGSEWU LAMPUNG
 Jl.KH.Ghalib No.112 Pringsewu Lampung Telp: (0729) 22537
 Email : kepk.stikesmpl@gmail.com

**PERSETUJUAN KOMISI ETIK TENTANG PELAKSANAAN PENELITIAN
 BIDANG KESEHATAN**

Nomor: 037/KEPK/STIKesMPL/05/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini, ketua Komite etik Penelitian Kesehatan STIKes Muhammadiyah Pringsewu, setelah dilaksanakan pemeriksaan dan penilaian usulan penelitian yang berjudul :

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN YANG MENGALAMI STROKE NON
 HEMOROGIK DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI JARINGAN SEREBRAL
 DI RUANG BOUGENVILLE RSUD DR. HI. ABDUL MOELOEK PROVINSI
 LAMPUNG”**

Yang menggunakan manusia sebagai subyek penelitian dengan ketua peneliti utama :

Nama : RENI ANGGRAINI

NIM : 144012016072

Asal Institusi : STIKes MUHAMMADIYAH PRINGSEWU

Dapat disetujui pelaksanaannya selama tidak bertentangan dengan nilai – nilai kemanusiaan dan kode etik penelitian.

Pringsewu, 08 Mei 2019
 Komisi Etik Penelitian Kesehatan
 STIKes Muhammadiyah Pringsewu

Ketua


 Nur Padmah M.Kes
 NBM: 927 023



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
TEARKREDITASI "B" LAM-PT.KES
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2017**

Alamat : Jalan Makam KH Ghalib No 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

LEMBAR KONSULTASI

Nama : RENI ANGGRAINI
NIM : 144012016072
Penguji 1 : Ns. Tri Wijayanto, M.Kep., Sp.KMB.

No	Hari/Tanggal	Uraian Konsultasi	Paraf
4.	Kamis, 04 Juli 2019.	Asbm Perbm Evaluasi	



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
TEARKREDITASI "B" LAM-PT.KES
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2017

Alamat : Jalan Makam KH Ghalib No 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

LEMBAR KONSULTASI

Nama : **RENI ANGGRAINI**
 NIM : 144012016072
 Pembimbing I : Ns. Tri Wijayanto, M.Kep.,Sp.KMB

No	Hari/Tanggal	Uraian Konsultasi	Paraf
1.	senin, 22 Juli 2019	<p>Keperawatan Teori</p> <p>dan konsep ting kasus kata-</p> <p>pekerjaan → beres.</p> <p>aktiv → pkerja?</p> <p>Logo!</p> <p>pekerjaan</p> <p>dan pkerja</p> <p>→ cetak-1/1</p>	



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2017**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

LEMBAR KONSULTASI

NAMA : RENI ANGGRAINI
NIM : 144012016072
PRODI : DIII KEPERAWATAN
PEMBIMBING II : Ns. RITA SARI, M.Kep

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
1	Jumat, 28 Juni 2019	IV	1. Perbaiki penulisan file 2. Perbaiki pembahasan - pengkajian - Diagnosa keperawatan - Intervensi - implementasi - evaluasi	R
2	Sabtu, 29 Juni 2019	IV	1. perbaiki pembahasan sesuai dengan - hasil - etimologi - kolaborasi - Anamnesis	R
3	Senin, 01 Juli 2019	IV	Perbaiki pembahasan	R
4	Kamis, 04 Juli 2019	IV, V	Acc sidang hasil	R



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
TEARKREDITASI "B" LAM-PT.KES
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2017

Alamat : Jalan Makam KH Ghalib No 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

LEMBAR KONSULTASI

Nama : **RENI ANGGRAINI**
 NIM : 144012016072
 Pembimbing III : Ns. Dian novita, M.Kep.,Sp.KMB

No	Hari/Tanggal	Uraian Konsultasi	Paraf
1.	20/12/19	keperawatan dasar	

PLANNING OF ACTION
PELAKSANAAN PENELITIAN DALAM RANGKA PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH TAHUN 2019

NAMA : RENI ANGGRAINI
 PRODI : D III KEPERAWATAN

No	Kegiatan	Bulan																											
		Maret				April				Mei				Juni				Juli				Agustus				Septemb er			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan POA ke Pembimbing I dan II		■																										
2	Proses Bimbingan Proposal KTI		■																										
	a. Bab 1			■																									
	b. Bab 2				■																								
	c. Bab 3					■																							
3	Ujian/Seminar Proposal					■																							
4	Revisi Proposal						■																						
5	Uji Validitas Instrumen							■																					
6	Pengambilan Data								■																				
7	Konsul Laporan Hasil Penelitian									■																			
	a. Bab 4										■																		
	b. Bab 5											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
8	Ujian Hasil Sidang KTI																												
9	Perbaikan Hasil Sidang KTI																												
10	Penggandaan Hasil KTI																												
11	Pengumpulan Naskah KTI (Jilid)																												
12	Wisuda D III Keperawatan																												

Pembimbing I

Ns. Tri Wijayanto, M.Kep, Sp. KMB

Mengetahui
Pembimbing II

Ns. Rita Sari M.kep

Pringsewu, 06Maret 2019

Mahasiswa

Reni Anggraini