

INFROMEND CONSET

(persetujuan menjadi partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : LUCIA PRISKA BUNGA dengan judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. D.M DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKR NON HEMORAGIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III (RPD III) RSUD ENDE

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara suka rela tanpa paksaan dari siapa pun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Saksi



Ny. D.R

Ende, 26 Juni 2025

Yang memberikan persetujuan



Tn. D.M

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

Kami adalah Mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/ibu /saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. D.M Dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam RPD I-II RSUD Ende”

1. Tujuan penelitian untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Stroke Non Hemoragik yang dapat memberi manfaat berupa pemahaman pasien tentang masalah Stroke Non Hemoragik dan cara untuk mengatasinya.
2. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan mulai dari pengkajian , pengumpulan data, perumusan diagnosis penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan, tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk keadaan status kesehatan ibu/bapak/saudara.
3. Keuntungan yang Bapak/ibu/saudari peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
4. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/ibu/saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
5. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor Hp: 083143158840.

Peneliti



LUCIA PRISKA BUNGA
NIM : PO 5303202210017



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG

Direktorat: Jln.Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp.:(0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email: poltekeskupang@yahoo.com



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.D.M DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM RPD III DI RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

I. Pengkajian dilakukan pada tanggal 26 Juni 2025

A Pengumpulan Data

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama	:	Tn D.M
Umur	:	62 Thn
Agama	:	Katolik
Jenis Kelamin	:	Laki-laki
Status	:	Menikah
Pendidikan	:	Sd
Pekerjaan	:	Petani
Suku bangsa	:	Lio

Alamat : Desa tununalu, Kec.Detusoko
Tanggal masuk : 23 Juni 2025
Tanggal pengkajian : 26 Juli 2025
No. register : 160514
Diagnosa medis : SNH

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny.D.R
Umur : 30 Thn
Hub. Dengan Pasien : Anak Mantu
Pekerjaan : Petani
Alamat : Desa tununalu. Kec.Detusoko

2) Status kesehatan masa lalu

a) Penyakit yang pernah di alami

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M ada riwayat penyakit hipertensi 3 tahun yang lalu dengan gangguan di bagian paru-paru dan HB juga rendah.

b) Pernah di rawat

Keluarga pasien mengatakan tidak di rawat cuman melakukan kontrol di dokter Roby di kilo 3, Jln.Gatot Subroto pasien mendapatkan obat tapi keluarga pasien mengatakan mereka tidak mengetahui nama obat tersebut.

c) Alergi

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M tidak ada riwayat alergi makanan maupun obat-obatan.

d) kebiasaan (merokok/kopi/alcohol,dll.)

Keluarga pasien mengatakan sebelum terkena stroke Tn.D.M, ini adalah orang dengan perokok berat satu hari 1 bungkus dan suka meminum-minuman beralkohol (MOKE) sampai terkena penyakit di bagian paru-paru dari 1 tahun yang lalu baru Tn.D.M berhenti merokok.

e) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien mengatakan hanya Tn.D.M saja yang mengalami penyakit stroke dan hipertensi . kalau hipertensi itu istri dari Tn.D.M juga penderita hipertensi.

3) Pola kebutuhan dasar

a) Pola persepsi dan manajemen.

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M sebelum terkena penyakit stroke adalah orang dengan perokok berat dan pasien mengikuti posyandu lansia 1 x saja dan mendapatkan obat hipertensi tetapi Tn.D.M tidak mengonsumsi obat darah tinggi itu dengan teratur.

b) Pola nutrisi – metabolic

1) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M biasanya makan 3x1 hari dengan porsi 1 piring dan di habiskan, jenis makanan adalah nasi, ubi, ikan, tahu, tempe dan sayur-sayuran yang santan hampir setiap hari serta makanan yang berminyak-minyak. Pasien biasanya minum air putih perhari (\pm 1250 cc -1500 cc) dan minum kopi di pagi hari.

2) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M biasanya makan 3x1. Makan diet bubur + susu (6x200cc) porsi sedikit tidak di habiskan, Tn.D.M menggunakan NGT.

c) Pola eliminasi

(1) BAB

a) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M BAB 2x1 hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kecoklatan, BAB lancar

b) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M biasanya BAB 1x1 hari dengan menggunakan pempers atau diapers konsistensi lembek dan berwarna kecoklatan.

(2) BAK

a) Sebelum sakit

Keluarga pasien TN.D.M biasanya BAK 4x1 dan hari berwarna kuning.

b) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M menggunakan kateter, urine \pm 300 cc.

d) Pola aktivitas dan latihan

(1) aktivitas

Tabel 4.1
Kemampuan Melakukan Aktivitas

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum				✓	
Mandi				✓	
Toileting				✓	
Berpakaian				✓	
Berpindah				✓	

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

(2) Latihan

a) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M dapat melakukan aktifitas sendiri seperti mandi, makan, berpakaian, berpindah, BAB

dan BAK secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain. Saat melakukan aktivitas berat sering mengeluh kelelahan.

b) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M mendapatkan terapi setiap pagi 1x1hari, melatih tidur miring kiri miring kanan dan terapi menggerakkan tangan dan kaki 10 x setiap bagian tubuh di bagian kiri.

e) Pola kognitif dan persepsi

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M sebelum sakit kemampuan mengingat pasien baik, pengelihatannya kurang baik atau rabun jauh dan belum bisa merespon dengan baik. Saat sakit tidak dilakukan karena pasien berbicara tidak jelas.

f) Pola istirahat dan tidur

1) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M biasanya tidur ±8 jam , malam tidur dari pukul 21.00 malam karena menonton tv dan bangun jam 06.00

2) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M tidur jam 09.00 dan bangun jam 06.00 pagi dan tidur nyenyak.

g) Pola peran –hubungan

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit Tn.D.M mempunyai hubungan yang baik dengan tetangganya, teman dan

keluarganya. saat sakit atau di rawat hubungan pasien dengan petugas kesehatan baik dan hubungan pasien dengan keluarga maupun tetangga baik-baik saja, di lihat dari interaksi keluarga yang datang berkunjung menjenguk pasien.

h) Pola seksual reproduksi

Tidak di kaji karena menjaga privasi pasien

i) Pola stress –koping

1) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mudah putus asa/stress jika ada masalah selalu cerita kepada anak-anaknya

2) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan Tn.D.M berbicara tidak jelas atau bicara pelo

j) Pola nilai-kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien mengatakan Tn.D.M sebelum sakit biasanya mengikuti doa Rosario di KUB dan doa mingguan, setiap minggu pasien rajin ke gereja

Keadaan saat ini: keluarga pasien mengatakan selalu percaya pada tuhan dan berdoa untuk kesembuhan pasien

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Kesadaran pasien menurun : Stupor ringan

Tingkat kesadaran: komposmentis/apatis/somnolen/delirum/stupor ringan
/koma

GCS (Glasgow Coma Scale): V: 3, M: 6, E: 3

GCS (Glasgow Coma Scale) = 12

b) Tanda-tanda vital

Nadi: 77x/m

Suhu: 36°C

TD : 135/107 mmHg

RR: 24x/m

SPO2: 92%

c) Berat badan :55 kg

Tinggi badan : 160 cm

d) Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1) kepala, mata, telinga, hidung, mulut dan leher.

Kepala kulit kepala tampak kotor tidak ada edema tidak ada lesi, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan.

Wajah: tampak pucat, mata: konjungtiva anemis, mata tidak simetris dan penglihatan kabur. Hidung: tidak ada pernapasan cuping hidung, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm. Mulut: mukosa

bibir kering, mulut tampak kotor. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

2) Dada

Dada tampak simetris frekwensi napas 24x/m, irama napas tidak teratur, terdapat bunyi napas rochi(+)

3) Ekstremitas

a) Atas

Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus nacl 20 tpm di tangan kanan, tangan kiri tidak bias di gerakan crt > 3 detik akrakl teraba dingin.

b) Bawah

Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan,tonus otot nilai kekuatan otot 3 kaki kiri tidak bisa di gerakan.

Kekuatan otot :

Tangan kiri : 3

Kaki kiri : 3

Tangan kanan: 4

Kaki kanan : 4

4) Abdomen

Tidak terlihat ada benjolan, peristaltic usus 9x/m, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar dan lien terdapat bunyi tympani, tidak teraba adanya massa.

5) Pemeriksaan diagnostic

a) Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal : 25 JUNI 2025

Tabel 4.2
Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai normal
Wbc	7.55	[10 ³ /UL]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.27	[10 ³ /UL]	(1.00-3.70)
MONO#	1.28+	[10 ³ /UL]	(0.00-0.70)
EO#	0.14	[10 ³ /UL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.01	[10 ³ /UL]	(0.00-0.10)
NEUT#	4.85	[10 ³ /UL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	16.8-	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	17.0+	[%]	(2.0-8.0)
EO%	1.9-	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	1.0	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	64.2	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.02	[10 ³ /UL)	(0.00-7.00)
IG%	0.3	[%]	(0.00-72.0)
RBC	3,31-	[10 ³ /UL]	(4.40-5.90)
HGB	8.2-	[g]	(13.2-17.3)
HCT	25.8-	[%]	(40.0-52.0)
MCV	77.9-	[FL]	(80.0-100.0)
MCH	24.8-	[Pg]	(26.0-36.0)
MCHC	31.8-	[g/dl]	(32.0-36.0)
RDW-SD	52.8	[FL]	(37.0-54.0)
RDW-CV	18.5+	[%]	(11.5-14.5)
DIT	114-	[10 ³ /UL]	(150-450)
MPV	9.30	[FL]	(9.0-13.0)
PCT	0.11	[%]	(0.17-0.35)
PDW	10.4	[FL]	(0.9-17.0)
P-LCR	20.4	[%]	(13.0-43.0)

a) Penatalaksanaan atau pengobatan

Tabel 4.3
Terapi medis

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
a)	Infus NaCl 0,9%,	20tetes/menit (IV)	Menjaga dan mengembalikan keseimbangan cairan serta tekanan darah agar perfusi otak tetap optimal
b)	Omeprazole	2x40 mg	Melindungi lambung dari resiko perdarahan akibat stress dan obat-obatan
c)	Ondansentron	2x40mg	Mengatasi dan mencegah mual serta muntah yang dapat memperburuk kondisi pasien
d)	Citicolin	2x500 mg (IV)	Membantu memperbaiki dan melindungi sel-sel otak
e)	Micobalamin	2x500 mg (IV)	Membantu regenerasi saraf dan memperbaiki kerusakan sistem saraf akibat stroke
f)	Diet cair	6x200cc/Ngt	Memastikan kebutuhan nutrisi tetap terpenuhi dengan aman bagi pasien yang mengalami gangguan menelan
g)	Aspilet	1x80 mg (oral)	Mencegah pembentukan bekuan darah untuk mengurangi resiko stroke berulang

B. Tabulasi Data

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan di bagian tangan dan kaki sebelah kiri secara tiba-tiba, mulut mencong ke kiri dan berbicara tidak jelas kesulitan menelan dan kesadaran pasien menurun, tidak dapat di ajak berkomunikasi, Tn.D.M terpasang NGT. Tn.D.M terpasang kateter , tidak mampu melakukan aktivitas , semua aktivitas dari makan, minum,toileting, berpakaian di bantu orang lain dan alat.keadaan umum lemah, kesadaran , sulit Stupor ringan menelan dan kesadaran menurun, GCS: 12 (E:3, M:6, V:3). TTV.TD:136/107mmHg, Suhu:36°C, SPO2: 92%, RR: 24x/m, Nadi: 77x/m, CRT >3 detik, hemoglobin dibawah normal (8.2-). LYMPH# 0.99-, LYMPH% 15.0-, MONO% 10.5+, EO# 0.9-, NEUT% 73.4+, RBC 3.46-, HCT 26.3-, MCV 24.0-, MCHC 31.6-, RDW-SD 52.5-, RDW-CV 18.9+, PLT 109-, PCT 0.10-.

Kekuatan otot:

4		3
<hr/>		
4		3

C. Klasifikasi Data

DS : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kiri pasien tidak bisa digerakan Karen kaki dan tangan kiri pasien melemah, bicara tidak jelas mulut mencong ke kiri , sulit menelan, kesadaran menurun.

DO : Tangan dan kaki kiri pasien tidak bisa di gerakan , mulut mencong ke kiri, sulit menelan dan sulit melakukan komunikasi atau bicara tidak jelas. Terpasang NGT , terpasang kateter , semua aktifitas di bantu orang lain dan alat, keadaan umum lemah ,kesadaran Stupor ringan. GCS :12 (E: 3, M:6, V :3) TTV : 136/107 mmHg, S: 36°C ,spo2 : 92% Rr : 24x/m, N : 77x/m, CRT>3 detik hemoglobin dibawah normal (8.2-), LYMPH# 0.99- , LYMPH% 15.0-, MONO% 10.5+, EO# 0.9-, NEUT% 73.4+, RBC 3.46-, HCT 26.3-, MCV 24.0-, MCHC 31.6-, RDW-SD 52.5-, RDW-CV 18.9+, PLT 109-, PCT 0.10-.

Kekuatan otot :

4	3
4	3

D. Analisa Data

Tabel 4.4
Analisa Data

No	Data Fokus Subyektif (s) dan Data Objektif (o)	Etiologi (E)	Problem (M)
1	DO : Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun. Ds : Keadaan umum : lemah kesadaran : Stupor ringan. GCS :12 (E: 3, M:6, V:3) TTV: TD: 136/107mmHg, S: 36°C, SPO2: 92%, RR: 24x/m, N: 77x/m	Embolisme	Resiko perfusi serebral tidak efektif
2	DO: Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kiri pasien melemah dan sulit di gerakan DS: Tangan dan kaki pasien sebelah kiri susah di gerakan. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas di bantu dari makan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah semua di bantu orang lain dan alat, pasien tampak lemah.	Gangguan neuromuscular	Gangguan mobilitas fisik
3	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien berbicara tidak jelas mulut mencong ke kiri. DO: Bicara pelo, mulut mencong ke kiri	Gangguan neuromuscular	Gangguan komunikasi verbal
4	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien lemah DO: Kelemahan, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri	Gangguan neuromuscular	Deficit perawatan diri
5	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menelan DO: Terpasang NGT	Ketidakmampuan menelan nutrisi makanan	Resiko deficit nutrisi
6	Ds : Keluarga pasien mengatakan hb pasien rendah dan pasien tampak lemah Do : CRT > 3detik,hemoglobin dibawah normal (8.2- g/dl), wajah tampak pucat,akral teraba dingin, konjungtiva anemis	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif

E. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan:

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun

Data objektif : keadaan umum : lemah kesadaran : Stupor ringan . GCS :12

(E: 3, M:6, V:3) TTV: TD: 136/107 mmHg, S: 36°C, SPO2: 92%, RR: 24x/m, N: 77x/m

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kiri pasien melemah dan sulit di gerakan

Data objektif : Tangan dan kaki pasien sebelah kiri susah di gerakan.

Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas di bantu dari makan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah semua di bantu orang lain dan alat, pasien tampak lemah.

Kekuatan otot:

4		3
<hr/>		
4		3

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien berbicara tidak jelas mulut mencong ke kiri.

Data objektif : Bicara pelo, mulut mencong ke kiri

4. Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien lemah

Data objektif : Kelemahan, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri

5. Resiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan:

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien sulit menelan

Data objektif : terpasang NGT

6. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan:

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan hb pasien rendah dan pasien tampak lemah.

Data objektif : CRT > 3detik, hemoglobin dibawah normal (8.2-), wajah tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis.

F. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan:</p> <p>Ds : keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun.</p> <p>Do : keadaan umum : lemah kesadaran : Stupor ringan. GCS :12 (E: 3, M:6, V:3) TTV: TD: 136/107 mmHg, S: 36°C, SPO2: 92%, RR: 24x/m, N: 77x/m.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, tekanan darah menurun ke batas normal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tekanan darah meningkat kesadaran menurun. 	<p>Manajemen Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK. 2. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 3. Berikan posisi semi fowler. 4. penatalaksanaan pemberian obat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deteksi dini peningkatan tekanan intrakranial untuk melakukan tindakan lebih lanjut. 2. Rasional: Memberikan kenyamanan pada pasien. 3. Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi atau perfusi serebral. 4. Citicolin 2x500 mg (IV), Micobalamin 2x500 mg (IV), Apilet 1x80 mg (po)
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:</p> <p>DS : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kiri</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pergerakan ekstremitas meningkat 2. kekuatan otot 	<p>Manajemen Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi kekuatan / kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan. 2. mengidentifikasi kekuatan / kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan. 3. melatih otot atau persendian pasien yang mobilitas sendinya terbatas 4. membantu menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan

	<p>pasien melemah dan sulit di gerakan.</p> <p>DO :Tangan dan kaki pasien sebelah kiri susah di gerakan. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas di bantu dari makan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah semua di bantu orang lain dan alat, pasien tampak lemah.</p>	<p>meningkat</p> <p>3. rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>4. nyeri menurun</p> <p>5. kaku sendi menurun.</p>	<p>memulai mobilisasi</p> <p>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Ajarkan latihan rentang gerak atau Range Of Motion (ROM)</p> <p>4. Anjurkan pasien untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali</p> <p>5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>	<p>5. mencegah terjadinya cedera pada pasien</p> <p>6. agar keluarga mampu melatih pasien secara mandiri Kekuatan otot : _____</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table>	4	3	4	3
4	3							
4	3							
3.	<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:</p> <p>DS: Keluarga pasien mengatakan pasien berbicara tidak jelas, mulut</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1. kemampuan berbicara meningkat.</p> <p>2 kesesuaian ekspresi</p>	<p>Manajemen</p> <p>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</p> <p>2. Gunakan metode komunikasi alternatif (misalnya : menulis, mata berkedip, papan</p>	<p>1. mengetahui perkembangan pasien</p> <p>2. agar pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik dan berkomunikasi sesuai keadaan pasien</p> <p>3. dapat memastikan ucapan yang disampaikan pasien</p> <p>4. agar kemampuan bicara pasien semakin membaik.</p>				

	mencong ke kiri. DO : Bicara pelo, mulut mencong ke kiri	wajah / tubuh meningkat	komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan) 3. Ulangi apa yang disampaikan pasien 4. Anjurkan berbicara perlahan	
4.	Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan: DS: Keluarga pasien mengatakan pasien lemah. DO: Kelemahan, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah defisit perawatan diri dapat meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan menggunakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat	Manajemen Observasi: 1. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 2. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 3. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 4. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu	1. Memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien 2. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 3. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien 4. Membimbing keluarga dan pasien agar keterampilan dapat diterapkan
5.	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis ditandai dengan DS: Keluarga pasien	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status menelan pasien membaik dengan kriteria hasil : 1. refleks menelan	1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Atur posisi yang nyaman untuk makan /	1 untuk mengetahui diet yang dianjurkan. 2. mengetahui kemampuan menelan pasien 3. agar pasien nyaman saat makan / minum

	<p>mengatakan pasien kesulitan menelan. DO :Terpasang NGT</p>	<p>meningkat. 2. kemampuan mengunyah meningkat 3. usaha menelan meningkat</p>	<p>minum</p>	
6.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan: DS : Keluarga pasien mengatakan hb pasien rendah dan pasien tampak lemah. DO : CRT > 3detik,hemoglobin dibawah normal (8.2-), wajah tampak pucat,akral teraba dingin, konjungtiva anemis.</p>	<p>Tujuan: Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1. warna kulit pucat menurun, kelemahan otot menurun 2.pengisian kapiler membaik, 3. akral membaik, 4. tekanan darah sistolik dan diastolik membaik.</p>	<p>Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor adanya reaksi 3. Monitor adanya reaksi Edukasi: 4. Anjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran hijau 5. Pasien rencana pemberian infus Kolaborasi: 6. kolaborasi pemberian transfuse darah</p>	<p>1. memantau keadaan umum pasien 2. memantau keadaan umum pasien 3. Mengetahui adanya kecocokan sehingga timbul reaksi seperti gatal-gatal. 4. untuk mempercepat proses produksi sel darah merah 5. memberi tahu pasien transfusi darah untuk menambah kadar hemoglobin dalam tubuh. 6. menambah kadar hemoglobin dalam tubuh</p>

G Implementasi Keperawatan

no	Hari/tanggal	Diagnose Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Kamis 26,juni 2025	Resiko perfusi serebral tidak efektif	14.00 14.30	1. melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, spo2 dan RR. Jam 14.00 : TTV: TD: 136/107mmHg, S: 36°C, SPO2: 92%, RR: 24x/m, N: 77x/m. jam 2. : memonitor tingkat kesadaran GCS :12 (E: 3, M:6, V:3).	S: keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun, O: keadaan umum: lemah kesadaran : apatis. GCS :12 (E: 3, M:6, V:3) TTV: TD: 136/107 mmHg, S: 36°C, SPO2: 92%, RR: 24x/m, N: 77x/m , A: Masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan (1-4)

			15.00	3. mengatur posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal. Hasil klien tampak tidur tenang.	
			16.00	4. meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung.	
2		Gangguan Mobilitas Fisik	14.30	1.mengidentifikasi aktivitas/toleransi fisik	S : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kiri pasien melemah dan

				<p>melakukan pergerakan, hasil : pasien hanya mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan atau separuh badan bagian kanan.</p> <p>15.00 2. memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, hasil : TD : 136/107 mmHg.</p> <p>16.00 3. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, hasil : pasien</p>	<p>sulit di gerakan, O: Tangan dan kaki pasien sebelah kiri susah di gerakan. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas di bantu dari makan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah semua di bantu orang lain dan alat, pasien tampak lemah, Kekuatan otot: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> </p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, P : intervensi dilanjutkan (1-7)</p>	4	3			4	3
4	3										
4	3										

			16.30	<p>tidak mampu menggerakkan anggota tubuh.</p> <p>4. melakukan latihan rentang gerak atau Range Of Motion (ROM), hasil : pasien tidak mampu bergerak jika tidak dibantu.</p>	
			16.35	<p>5. mengajar keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>	

			16.00	<p>menggunakan alternatif tersebut.</p> <p>3. memotivasi keluarga untuk selalu mengajak pasien berbicara.</p>	
4		Deficit perawatan diri	14.30	<p>1. monitor tingkat kemandirian : pasien tampak tidak bias melakukan aktivitas secara mandiri, tangan kiri dan kaki kiri pasien tidak bias di gerakan, pasien masih terbaring lemah di atas tempat tidur.</p>	<p>S: : Keluarga pasien mengatakan pasien lemah,</p> <p>O: Kelemahan, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri,</p> <p>A: masalah deficit perawatan diri belum teratasi,</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan (2,3,4 dan 5)</p>

			15.00	2. mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian dan makan, pasien tampak sangat terpegantung pada keluarga dan alat bantu untuk kebersihan dirinya.	
			16.00	3. menganjurkan keluarga damping pasien untuk melakukan perawatan diri, keluarga pasien tampak menerima dan bersedia untuk membantu pasien dalam melakukan	

				perawatan diri.	
5		Resiko deficit nutrisi	14.30 15.00 15.05	1.mengidentifikasi diet yang dianjurkan, hasil : pasien dianjurkan oleh dokter yaitu diet cair susu 6 x 200 cc/NGT. 2. memonitor kemampuan menelan, hasil : pasien belum bisa menelan, terpasang NGT. 3. mengatur posisi semi fowler pada pasien	S: keluarga pasien mengatakan pasien sulit menelan, O: terpasang NGT, A: masalah gangguan menelan belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan (1-4)
6		Perfusi perifer tidak efektif	14.00	1. mengukur tanda-tanda vital: TD: 136/107 mmHg,	S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah,

				<p>N: 77x/m, suhu: 37,6°C, RR: 24x/m, Spo2: 92%, CRT>3 detik.</p> <p>14.30 2. memberitau kepada keluarga pasien rencana transfuse darah.</p> <p>15.00 3. melayani transfuse darah pada Tn. D.M.</p> <p>15.30 4. memonitor adanya reaksi transfuse darah, hasil: tidak ada reaksi seperti gatal-gatal atau kemerahan pada saat transfuse darah.</p>	<p>O: keadaan umum lemah, kesadaran apatis, wajah tampak pucat, membran mukosa pucat, konjungtiva anemis, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 20 tpm, TD: 136/107 mmHg, N: 77x / m, S: 36°C, RR: 24x/m, SPO2: 92%. A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p>
--	--	--	--	---	--

			11.00	<p>semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal. Hasil klien tampak tidur tenang.</p> <p>4. meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung</p>	
2		Gangguan mobilitas fisik	08.00	<p>1.mengidentifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan,</p>	<p>S: Keluarga pasien mengatakan pasien belum mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri,</p>

				<p>hasil : pasien belum mampu menggerakkan separuh anggota tubuh.</p> <p>08.10 2. memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, hasil : TD: 116/89 mmHg.</p> <p>09.30 3. melakukan latihan rentang gerak atau ROM, hasil : tangan kanan dan kaki kanan mampu bergerak tetapi tangan dan kaki kiri belum mampu digerakkan jika tidak</p>	<p>O: pasien tampak lemah, tangan kiri dan kaki kiri tidak dapat digerakkan, Kekuatan otot:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">4</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> </table> <p>A: Masalah keperawatan Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan (1-7)</p>	4	3	4	3
4	3								
4	3								

			10.00	dibantu. 4. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.	
			11.00	5. merubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	
3		Gangguan komunikasi ferbal	08.00	1 memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, hasil : pasien tidak mampu berbicara.	S: Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa berbicara, O: pasien tampak lemah, pasien tidak memberi respon, kesadaran sopor 6 (GCS: E:4, V:5, M:6).
			08.10	2. mengajak pasien untuk berbicara menggunakan	A : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi.

			09.00	<p>alternatif menggelengkan kepala atau mengangguk, hasil : saat dipanggil pasien membuka matanya, pasien tidak berespon seperti mengeluarkan suara atau menggunakan alternatif tersebut.</p> <p>3. memotivasi keluarga untuk selalu mengajak pasien berbicara.</p>	P : Intervensi dilanjutkan (1-4)
4		Deficit perawatan diri	08.00	1. membantu pasien untuk menggantikan baju yang di pakai sebelumnya	S: keluarga pasien mengatakan untuk kebersihan dirinya selama sakit ini di bantu oleh keluarga seperti mandi dan

			08.10	2. membersihkan mulut pasien dengan menggunakan tisu kering	berpakian, O: kulit kepala pasien tampak kotor, mulut dan gigi tampak kotor, kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga,
			09.00	3. menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien untuk melakukan perawatan diri.	A: masalah deficit perawatan diri belum teratasi, P: intervensi di lanjutkan (2-5)
5		Resiko deficit nutrisi	08.00	1.mengidentifikasi diet yang dianjurkan, hasil : pasien dianjurkan dokter diet cair 6 x 200 cc/NGT dan melayani obat oral albumin 2 sachet,nac 200 mg dan aspilet 50 mg.	S: keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menelan. O : pasien tampak lemah, terpasang NGT. Pasien belum mampu menelan. A : masalah gangguan menelan belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan (1-4)

			08.30	2. memonitor kemampuan menelan, hasil : pasien sudah mampu menelan air liurnya sendiri tetapi belum bisa minum air.	
			08.30	3. mengatur posisi semi fowler pada pasien.	
			10.00	4. memberikan diet cair 6x200 cc/NGT.	
6		Perfusi perifer tidak efektif	08.00	1.mengukur tanda-tanda vital: TD: 116/89 mmHg, N: 78x/m, suhu: 36,9°C, RR: 22x/m, Spo2: 96%, CRT>3 detik.	S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah, O: keadaan umum lemah, kesadaran apatis, wajah tampak pucat, membran mukosa pucat, konjungtiva anemis,

			09.30	2. memberitau kepada keluarga pasien rencana transfuse darah.	terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 20 tpm, TD: 116/89 mmHg, N: 78x / m, S: 36,9°C,
			10.00	3. melayani transfuse darah pada Tn. D.M.	RR: 22x/m, SPO2: 96%.
			10.30	4. memonitor adanya reaksi transfuse darah, hasil: tidak ada reaksi seperti gatal-gatal atau kemerahan pada saat transfuse darah.	A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan.
1	Saptu, 28 Juni 2025	Resiko perfusi serebral tidak efektif	08.00	1. melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, spo2 dan RR. TTV: TD:	S: Keluarga pasien mengatakan pasien kesadara pasien sudah membaik dan pasien mampu merspon.

				<p>130/100 mmHg, S: 36,9 °C, SPO2: 96%, RR: 23x/m, N: 79x/m. jam</p> <p>08.10: melayani injeksi furosemide 20 mg/iv.</p> <p>08.10 2. melayani injeksi furosemide 20 mg/iv.</p> <p>09.30 3. memonitor tingkat kesadaran GCS :12(E: 3, M:6, V:3).</p> <p>10.00 4. melayani injeksi citikolin 500 mg/iv.</p> <p>10.30 5. mengatur posisi semi fowler dengan</p>	<p>O: pasien tanpak lemah, (GCS: 12, E : 3, M: 6 V: 3) TTV, Td: 130/100 mmHg, S: 36°C, N: 79x/m, Spo2: 96%, Rr: 23x/m.</p> <p>A: masalah resiko perfusi serebral sedikit teratasi,</p> <p>P: intervensi dilanjutkan (1-4)</p>
--	--	--	--	--	---

			11.00	<p>meninggikan kepala klien menggunakan bantal.</p> <p>Hasil klien tampak tidur tenang.</p> <p>6. meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung</p>	
--	--	--	-------	--	--

2		Gangguan mobilitas fisik	08.00	1 mengidentifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : pasien belum mampu menggerakkan separuh anggota tubuh.	S: Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien sebelah kiri sudah bisa digerakan, O: Kaki dan tangan pasien sebelah kiri sudah bisa digerakan pasien belum mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas dibantu, makan dan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah di bantu orang lain dan alat. Kekuatan otot : <table border="1" data-bbox="1397 943 1559 1098"> <tr> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </table>	4	3	4	3
4	3								
4	3								
			08.10	2. memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, hasil : TD: 130/100 mmHg.					
			09.30	3. melakukan latihan rentang gerak atau ROM, hasil : tangan kanan dan kaki kanan mampu					

			10.00	bergerak dan juga tangan dan kaki kiri sudah bias di gerakan, tangan kiri bias di angkat dan kaki kiri bias di gerakan. 4. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.	P: intervensi di lanjutkan (1-5)
			11.00	5. merubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	
3		Gangguan komunikasi verbal	08.00	1. membantu pasien untuk menggantungkan baju yang di pakai sebelumnya.	S: keluarga pasien mengatakan pasien berbicara tidak jelas, mulut masih mencong ke kiri

			08.10	2. membersihkan mulut pasien dengan menggunakan tisu kering.	O: Mulut pasien mencong kekiri, bicara pelo, A: masalah komunikasi verbal belum teratasi,
			09.00	3. menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien untuk melakukan perawatan diri.	P: intervensi di lanjutkan (1-4)
4		Deficit perawatan diri	08.00	1.mengidentifikasi diet yang dianjurkan, hasil : pasien dianjurkan dokter diet cair 6 x 200 cc/NGT dan melayani obat oral albumin 2 sachet,nac 200 mg dan aspilet 50 mg.	S: Keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah, O: Pasien tampak lemah dan pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri. A: masalah deficit perawatan diri belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan

			08.30	2. mengatur posisi semi fowler pada pasien.	(2-5).
			10.00	3. memberikan diet cair 6x200 cc/NGT.	
5		Resiko deficit nutrisi	08.00	mengidentifikasi diet yang dianjurkan, hasil : pasien dianjurkan dokter diet cair 6 x 200 cc/NGT dan melayani obat oral albumin 2 sachet,nac 200 mg dan aspilet 50 mg	S: keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa minum air menggunakan mulut dan tidak menggunakan NGT, makan masih menggunakan NGT, sebanyak 200 cc. O: pasien tampak lemah, pasien sudah mampu minum air menggunakan mulut sebanyak empat sendok, A: masalah deficit nutrisi sedikit teratasi,
			08.30	2. memonitor kemampuan menelan, hasil : pasien sudah mampu menelan air	P:pertahankan intervensi

			08.30	liurnya sendiri dan sudah bisa minum air sedikit.	
			10.00	3. : mengatur posisi semi fowler pada pasien.	
				4. memberikan diet cair 6x200 cc/NGT.	
6		Perfusi perifer tidak efektif	08.00	1. mengukur tanda-tanda vital: TD: 116/89 mmHg, N: 78x/m, suhu: 36,9°C, RR: 22x/m, Spo2: 96%, CRT>3 detik.	S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah, O: keadaan umum lemah, kesadaran apatis, wajah tampak pucat, membran mukosa pucat, konjungtiva anemis,
			09.30	2. memberitau kepada keluarga pasien rencana transfuse darah.	terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 20 tpm, TD: 130/100 mmHg, N: 79x / m, S: 36,9°C,

			10.00	3. melayani transfuse darah pada Tn. D.M.	RR: 23x/m, SPO2: 96%.
			10.30	4. memonitor adanya reaksi transfuse darah, hasil: tidak ada reaksi seperti gatal-gatal atau kemerahan pada saat transfuse darah.	A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/ Tanggal	No. Diaganosa	Catatan Perkembangan
Sabtu ,28 Juni 2025	1	<p>S: Keluarga pasien mengatakan pasien kesadara pasien sudah membaik dan pasien mampu merspon.</p> <p>O: pasien tampak lemah, (GCS: 12, E : 3, M: 6 V: 3) TTV, Td: 130/100 mmHg, S: 36°C, N: 79x/m, Spo2: 96%, Rr: 23x/m.</p> <p>A: masalah resiko perfusi serebral sedikit teratasi,</p> <p>P: intervensi dilanjutkan (1-4)</p> <p>I : Jam 08.00 melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, spo2 dan RR. Jam 08.00 : TTV: TD: 130/100 mmHg, S: 36,9 °C, SPO2: 96%, RR: 23x/m, N: 79x/m. jam 08.10: melayani injeksi furosemide 20 mg/iv. Jam 09.30: memonitor tingkat kesadaran GCS :12(E: 3, M:6, V:3). Jam 10.00 : melayani injeksi citikolin 500 mg/iv. Jam 10.30: mengatur posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal. Hasil klien tampak tidur tenang. Jam 11:00 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung</p>

		<p>E: Evaluasi pada 11.05 Keluarga pasien mengatakan pasien kesadara pasien sudah membaik dan pasien mampu merespon. Pasien tampak lemah, (GCS: 12, E : 3, M: 6 V: 3) TTV, Td: 130/100 mmHg, S: 36°C, N: 79x/m, Spo2: 96%, Rr: 23x/m.</p>				
	2	<p>S: Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien sebelah kiri sudah bisa digerakan,</p> <p>O: Kaki dan tangan pasien sebelah kiri sudah bisa digerakan pasien belum mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas dibantu, makan dan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah di bantu orang lain dan alat.</p> <p>Kekuatan otot:</p> <table border="1" data-bbox="778 1220 1034 1422" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> </table> <p>A: masalah gangguan mobilitas fisik sedikit teratasi.</p> <p>P: intervensi di lanjutkan (1-5)</p> <p>I: Jam 08.00 : mengidentifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : pasien belum mampu menggerakkan separuh anggota tubuh. Jam 08.10 : memonitor tekanan darah sebelum memulai</p>	4	3	4	3
4	3					
4	3					

		<p> mobilisasi, hasil : TD: 130/100 mmHg. Jam 09.30 : melakukan latihan rentang gerak atau ROM, hasil : tangan kanan dan kaki kanan mampu bergerak dan juga tangan dan kaki kiri sudah bias di gerakan, tangan kiri bias di angkat dan kaki kiri bias di gerakan. Jam 10.00 : melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Jam 11.00 : merubah posisi pasien tiap 2 jam sekali E: Evaluasi pada jam 11.05 : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien sebelah kiri sudah bisa digerakan, kaki dan tangan pasien sebelah kiri sudah bisa digerakan pasien belum mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas dibantu, makan dan minum, toileting, mandi, berpakaian dan berpindah di bantu orang lain dan alat. </p> $\text{Kekuatan otot : } \frac{4}{4} \mid \frac{3}{3}$
	3	<p> S: keluarga psien mengatakan pasien berbicara tidak jelas, mulut masih mencong kekiri O: Mulut pasien mencong kekiri, bicara pelo, A: masalah komunikasi ferbal belum teratasi, P: intervensi di lanjutkan (1-4) </p>

		<p>I :Jam 08.00 : memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, hasil : pasien tidak mampu berbicara. Jam 08.10 : mengajak pasien untuk berbicara menggunakan alternatif menggelengkan kepala atau mengangguk, hasil : saat dipanggil pasien membuka matanya, pasien tidak berespon seperti mengeluarkan suara atau menggunakan alternatif tersebut. Jam 09.00 : memotivasi keluarga untuk selalu mengajak pasien berbicara.</p> <p>E: keluarga psien mengatakan pasien berbicara tidak jelas, mulut masih mencong kekiri. Mulut pasien mencong kekiri, bicara pelo.</p>
	4	<p>S: Keluarga psien mengatakan pasien masih lemah,</p> <p>O: Pasien tampak lemah dan pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri.</p> <p>A: masalah deficit perawatan diri belum teratasi.</p> <p>P: intervensi dilanjutkn (2-5).</p> <p>I : Jam 08.00: membantu pasien untuk menggantikan baju yang di pakai sebelumnya, jam 08.10: membersihkan mulut pasien dengan menggunakan tisu kering, 09.00: menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien untuk</p>

		<p>melakukan perawatan diri.</p> <p>E: Keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah. Pasien tampak lemah dan pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri.</p>
	5	<p>S: keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa minum air menggunakan mulut dan tidak menggunakan NGT, makan masih menggunakan NGT, sebanyak 200 cc.</p> <p>O: pasien tampak lemah, pasien sudah mampu minum air menggunakan mulut sebanyak empat sendok.</p> <p>A: masalah deficit nutrisi sedikit teratasi,</p> <p>P: pertahankan intervensi.</p> <p>I: Jam 08.00 : mengidentifikasi diet yang dianjurkan, hasil : pasien dianjurkan dokter diet cair 6 x 200 cc/NGT dan melayani obat oral albumin 2 sachet,nac 200 mg dan aspilet 50 mg.</p> <p>Jam 08.30 : memonitor kemampuan menelan, hasil : pasien sudah mampu menelan air liurnya sendiri dan sudah bisa minum air sedikit. Jam 08.30 : mengatur posisi semi fowler pada pasien. Jam 10.00 : memberikan diet cair 6x200 cc/NGT.</p> <p>E: keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa</p>

		<p>minum air menggunakan mulut dan tidak menggunakan NGT, makan masih menggunakan NGT, sebanyak 200 cc. Pasien tampak lemah, pasien sudah mampu minum air menggunakan mulut sebanyak empat sendok.</p>
	6	<p>S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah, O: keadaan umum lemah, keasadaran apatis, wajah tampak pucat, membran mukosa pucat, konjungtiva anemis, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 20 tpm, TD: 130/100 mmHg, N: 79x / m, S: 36,9°C, RR: 23x/m, SPO2: 96%.</p> <p>A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p> <p>I : Jam 08.00 mengukur tanda-tanda vital: TD: 116/89 mmHg, N: 78x/m, suhu: 36,9°C, RR: 22x/m, Spo2: 96%, CRT>3 detik. Jam 09.30 memberitau kepada keluarga pasien rencana transfuse darah. 10.00 melayani transfuse darah pada Tn. D.M. jam 10.30 memonitor adanya reaksi transfuse darah, hasil: tidak ada reaksi seperti gatal-gatal atau kemerahan pada saat transfuse darah.</p> <p>E : keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa</p>

		<p>minum air menggunakan mulut dan tidak menggunakan NGT, makan masih menggunakan NGT, sebanyak 200 cc. pasien tampak lemah, pasien sudah mampu minum air menggunakan mulut sebanyak empat sendok.</p>
--	--	--

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : LUCIA PRISKA BUNGA

NIM : PO.5303202210017

Prodi : D-III Keperawatan Ende

Dengan ini menyatakan bahwa apabila saya tidak menyelesaikan kewajiban (Tugas) saya sampai dengan sebelum UKOM, maka untuk sementara waktu saya bersedia tidak menerima ijazah sampai kewajiban (Tugas) saya tersebut diselesaikan.

Surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Apabila saya tidak menepati kewajiban tersebut maka saya bersedia menerima konsekuensi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian suat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 22 Juli 2025

Hormat Saya



LUCIA PRISKA BUNGA
NIM: PO.5303202210017

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111
(0380) 8800256
<http://poltekkeskupang.ac.id>

PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/>; e-mail: perpustakaanterpadu61@gmail.com

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Lucia Priska Bunga
Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202210017
Dosen Pembimbing : Marthina Bedho, S. ST., M. Kes
Dosen Penguji : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., .Sc
Jurusan : Program Studi Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. D.M
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM RPD III DI RSUD ENDE**

Karya Ilmiah Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **23,18%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 10 September 2025

Admin Strike Plagiarism


Murry Jerimas Kale SST
NIP. 19850704201012100



LEMBAR KONSULTASI
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI

Nama : Lucia Priska Bunga
NIM : PO.5303202210017
Pembimbing utama : Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes

No	Tangga I	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Rabu 08-05- 2024	BAB I- II	<ol style="list-style-type: none">1. Pahami kasus tentang stroke non hemoragik2. Latar belakang harus tentang stroke non hemoragik3. Pahami istilah” Kesehatan dan patofisiologi untuk membuat patway4. Edit makalahmu dengan benar5. Kemas patway dengan benar6. Buat masalah keperawatan di patway harus sama dengan di manifestasi klinis7. Data-data harus sama dengan manifestasi klinis pengumpulan data perpolad dan tabulasi data	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes

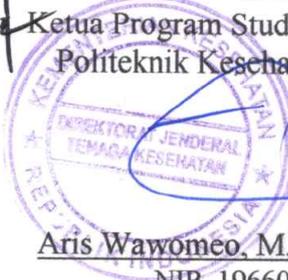
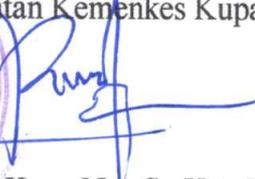
2.	Kamis 16-05- 2024	BAB I- II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki di BAB I-BAB II belajar dan pahami kasus stroke non hemoragik 2. Perbaiki BAB II di bagian pathway 3. Belajar sistem" tubuh dan pola" Kesehatan 	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes
3.	Kamis 29-09- 2024	BAB I- II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belajar lagi sistem" tubuh dan pola" Kesehatan 2. Belajar lagi kasusmu dulu 	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes
4.	Selasa 03-09- 2024	BAB II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baru sistem" tubuh dan pola" Kesehatan 2. Edit lagi huruf yang berdempetan, spasi, gelar dst. 3. Semua istilah" medis harus di mengerti dan tulis miring kalau tidak menggunakan Bahasa Indonesia 4. Perhatikan Bahasa Indonesia yang baik dan benar 5. Patway, tambah masalah keperawatan 6. Manifestasi klinis cukup 1 7. Tulis makalah KTI (ikut panduan) 	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes

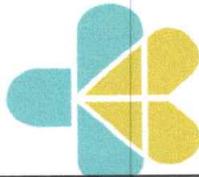
5.	Selasa 10-09- 2024		<ol style="list-style-type: none"> 1. Edit huruf, spasi, titik koma dll. 2. Buat daftar Pustaka di buat menggunakan mandeley 3. Belajar makalahmu jika bisa bertanggung jawabkan minggu depan ujian 	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes
6.	Selasa 01-10- 2024		<ol style="list-style-type: none"> 1. Patologi anatomi di buat deskripsi dari patofisiologi 2. Contoh” obat stroke non hemoragik 3. Perbaiki Analisa data 4. Edit penulisan intervensi 5. Asuhan keperawatan masuk agak ke dalam 6. Perbaiki daftar Pustaka dan cek Kembali yang belum di masukan ke dalam daftar Pustaka 	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes
7.	Rabu 09-10- 2024	BAB I- II-III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edit lagi Ketik satu halaman baca dulu baru lanjut ke halaman berikutnya 2. Belajar dari bab 1-3 Siap ujian proposal 	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes
8.	Selasa 03-12- 2024	BAB I- II-III	<ol style="list-style-type: none"> 1. BELAJAR PERTANYAAN SIAP UJIAN PROPOSAL: 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Mengapa kamu ambil topik S.N.H • ROM pasif dan aktif dan cegah dikubitus • Masalah keperawatan – diagnose keperawatan apa bedanya • Bagaiman kamu tahu kalau pasien kamu itu dengan penyakit S.N.H 	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes
9.	Rabu 22-01- 2025	BAB I- II-III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belajar dan mengerti dulu komplikasi S.N.H ini adalah yang harus kamu jawab kenapa kamu ambil kasus S.N.H 2. Belajar masalah dan diagnose keperawatan 3. Perbaiki yang di koreksi, edit lagi huruf dan kata” dll 4. SIAP UJIAN 	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes
10.	Rabu 12-02- 2025		ACC Proposal	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes
11	KAMI S 03- 06- 2025	BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menceritakan tentang pasien . 2. Lanjut ketik. 3. Mencari pemeriksaan kolesterol 	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes

12	Kamis 10-06- 2025	BAB IV-V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cari penyebab hipoksia umum dan hipoksia setempat itu apa. 2. Cari penyebab stroke Tn.D.M 3. Edit huruf titik,koma,spasi,huruf besar di setiap awal kalimat. 4. Ganti semua yang masih ada 5. tulisan proposal ganti ke KTI 	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes
13	Rabu, 16-07- 2025	BAB IV-V	<ol style="list-style-type: none"> 1. pahami masalah keperawatan dengan implementasi keperawatan. 2. Perbaiki tulisan. 	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes
14	Kamis 17-07- 2025	BAB IV-V	ACC KTI	 Marthina Bedho,S.ST .,M. Kes

Mengetahui
Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns, Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001



LEMBAR KONSULTASI
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL DAN KTI

Nama : Lucia Priska Bunga
NIM : PO.5303202210017
Penguji : Dr.Sisilia Leny Cahyani,S.Kep.,Ns.,MSc

N0	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	paraf
1.	Jumat 13-06- 2025	BAB I-II-III	1. Jawab pertanyaan- pertanyaan yang belum di jawab. 2. Perbaiki pengetikan dan tambakan daftar pustaka.	 Dr.Sisilia Leny Cahyani,S.Kep.,Ns.,MSc
2.	Selasa 17-06- 2025	BAB I- II-III	ACC REVISI KTI	 Dr.Sisilia Leny Cahyani,S.Kep.,Ns.,MSc
3.	Senin	BAB I- V	1. Perbaiki pengetikan edit,spasi dan titik, koma. 2. Table-tabel obat dan pemeriksaan diagnostik di buat 1 halaman.	 Dr.Sisilia Leny Cahyani,S.Kep.,Ns.,MSc

4	Jumat 19-09- 2025	BAB I- V	1. Perbaikan pengetikan dan perbaikan paragraf	 Dr.Sisilia Leny Cahyani,S.Kep.,Ns.,MSc
5.	Rabu, 01- 10,2025	BAB I- v	1. ACC	 Dr.Sisilia Leny Cahyani,S.Kep.,Ns.,MSc

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

' DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Lucia Priska Bunga
Tempat /Tanggal Lahir : Pemo, 27 Juni 2003
Alamat : Pemo, Desa Mbotutenda
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Nama Ayah : Benediktus Gani
Nama Ibu : Natalia Gue

B. Riwayat Pendidikan

TK SATO JOTO : 2009

SD NEGERI MOKEASA : 2010-2016

SMP NEGERI 3 ENDE : 2016-2019

SMA NEGERI 1 ENDE : 2019-2021

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, Program Studi D III Keperawatan

Ende

MOTTO

“DIRENDAKAN DI MATA MANUSIA, DITINGGIKAN DI MATA TUHAN”

“AKU MELALUI DENGAN NAMA TUHAN DAN DENGAN PENUH

KEYAKINAN MENGAKHIRI DENGAN KATA AMIN”

“JANGAN TAKUT, PERCAYA SAJA”

MARKUS 5:36