

LAMPIRAN 1

INFORMED CONSET

(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : YOSEPHA ANDRIANA RAFELA dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PSIEN NY. B.I. DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD ENDE

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat menggundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Ende, 20 September 2024

Saksi



Ny. Y. G

Yang memberikan persetujuan



Ny. M.K.S

Peneliti



YOSEPHA ANDRIANA RAFELA
PO5303202210078

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. B.I Dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegah Stroke. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara/i.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara/i peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara/i mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara/i sampaikan akan selalu dirahasiakan
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara/i membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 082249390506

Peneliti



Yosepha Andriana Rafela

PO.5303202210078



**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 PASIEN NY. B.I
DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG
PENYAKIT DALAM RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 September 2024

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama	: N.y B. I
Umur	: 65 Tahun
Agama	: Khatolik
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status	: Menikah
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Suku Bangsa	: Indonesia/Ende Lio
Alamat	: Desa Wologai

Tanggal Masuk : 16 September 2024
Tanggal Pengkajian : 20 September 2024
No. Register : 153914
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : N.y M. K. S
Umur : 37 Tahun
Hub. Dengan pasien : Anak
Pekerjaan : Guru
Alamat : Desa Ranakolo Kec. Maurole

b. Status Kesehatan

1) Status Kesehatan Saat ini

(a) Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri tidak bisa digerakan, tidak dapat berkomunikasi dengan baik, pasien kesulitan menelan, kesadaran pasien menurun.

(b) Riwayat Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki kiri pasien melemah dan sulit digerakan setelah jatuh di kamar mandi pada tanggal 14/09/2024, diantar ke Puskesmas tanggal 15/09/2024 dan dirujuk ke RSUD Ende pada tanggal 16/09/2024.

(c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Keluarga pasien mengatakan, awalnya pada tanggal 14/09/2024 pasien jatuh dan sempat pingsan. Setelah sadar pasien mengeluh pusing serta tangan dan kaki kirinya melemah, kaku, dan sulit untuk

digerakan, bicara tidak jelas. Pada tanggal 15/09/2024 pasien dibawa ke Puskesmas, kondisi pasien belum membaik, pengobatan yang diberikan infus RL 20 tpm, captropil 25 mg 2x dan cateter no 16. Pasien dirujuk ke RSUD Ende pada tanggal 16/09/2024 dengan keluhan lemah di separuh badan bagian kiri, kesadaran menurun, susah untuk makan, pasien tidak dapat berkomunikasi.

(d) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan setelah pasien jatuh pada tanggal 14/09/2024, pasien dibantu oleh tetangganya untuk mengangkat ke tempat tidurnya lalu membantu mengosok minyak kayu putih pada kaki dan tangan pasien hingga pasien sadar, satu hari setelahnya (tanggal 15/09/2024) keluarga mengantar pasien ke Puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan dan pengobatan. Pengobatan yang diberikan di Puskesmas adalah infus RL 20 tpm, captropil 25 mg 2x dan cateter no 16.

2) Status Kesehatan Masa Lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah menderita hipertensi sejak 5 tahun lalu. pasien belum pernah dirawat di RS. Pasien tidak mempunyai alergi terhadap makanan, minuman maupun obat-obatan. Pasien mengikuti posyandu lansia dan mendapat obat captropil, pasien mengonsumsi obat captropil dengan teratur.

3) Riwayat Kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama seperti pasien, tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi, stroke, jantung, DM, maupun ginjal.

c. Pola Kesehatan

1.) Pola Persepsi dan manajemen kesehatan

Keluarga pasien mengatakan kesehatan sangat penting, setelah mengetahui pasien mengalami hipertensi pasien selalu rutin mengikuti posyandu lansia dan mendapat obat captopril, pasien mengonsumsi obat secara teratur. Pasien menjaga kesehatannya dengan tidak merokok dan minum alkohol.

2.) Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 kali sehari, porsi makan 1 piring dihabiskan, jenis makanan adalah nasi, ubi, ikan, sayur, tahu dan tempe. Pasien suka makan daun pepaya. Pasien biasa minum 5-6 gelas air putih perhari ($\pm$ 1250 cc – 1500 cc) dan kopi pada pagi hari.

Saat sakit : Pasien makan minum melalui NGT (susu 6×200 cc).
Pasien kesulitan menelan.

3.) Pola Eliminasi

(a) BAB

Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kecoklatan

Saat sakit : Keluarga pasien mengatakan sejak masuk RS pasien belum BAB

(b) BAK

Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan pasien BAK 3-5 kali sehari, berwarna kuning

Saat sakit : pasien terpasang kateter, urine $\pm$ 400 cc (ditampung dari jam 09.10 sampai dengan pada saat dikaji pukul 14.15)

4.) Pola Aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitasnya seperti mandi, makan, berpakaian, berpindah, BAB dan BAK secara mandiri tanpa bantuan alat maupun orang lain. Saat melakukan aktivitas berat pasien sering mengeluh kelelahan.

Saat sakit : Kemampuan melakukan aktivitas pasien

Tabel 4.1
Kemampuan Melakukan Aktivitas

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

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Menggunakan alat bantu

2 : Dibantu orang lain

3 : Dibantu orang lain dan alat

4 : Tergantung total

Kesimpulan : Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas pasien makan minum, mandi, toileting, berpakaian dibantu orang lain dan menggunakan alat bantu. Pasien hanya berbaring ditempat tidur, dan melakukan miring kiri/kanan setiap 2 jam sekali.

5.) Pola Kognitif dan persepsi sensori

Sebelum sakit kemampuan mengingat pasien baik, penglihatan berkurang karena pasien mengalami rabun jauh. Saat ini tidak dilakukan pemeriksaan karena pasien tidak sadar sehingga belum mampu menjawab pertanyaan.

6.) Pola Tidur dan istirahat

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien tidur $\pm$ 8 jam, malam tidur dari pukul 21.00 dan bangun biasanya pukul 05.00 pagi.

Pasien jarang tidur siang. mengatak

Saat sakit : tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

7.) Pola Peran-hubungan

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai hubungan yang baik dengan tetangganya, teman, dan keluarganya.

Saat sakit : keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga maupun tetangga baik-baik saja, dilihat dari interaksi keluarga yang datang berkunjung menjenguk pasien.

8.) Pola persepsi diri dan konsep diri

Tidak dikaji karena kondisi pasien tidak sadar

9.) Pola Seksual reproduksi

Tidak dikaji karena menjaga privasi pasien.

10.) Pola Stress-koping

Kebiasaan sehari-hari: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada anak-anaknya.

Keadaan saat ini : tidak dikaji karena kondisi pasien tidak sadar

11.) Pola Nilai- kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien mengatakan pasien beragama Khatolik, selalu rajin ke gereja setiap minggu.

Keadaan saat ini: keluarga pasien mengatakan selalu percaya pada Tuhan dan berdoa untuk proses penyembuhan pasien.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : Sopor

GCS : 6 (Sopor)

2) Tanda-tanda Vital : TD : 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36,9°C,

SpO2 : 99%, RR : 20 x/m

3) Kepala

Inspeksi : Rambut tampak kotor

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kepala

Inspeksi : Wajah tidak simetris, mulut mencong ke kiri

4) Mata

Inspeksi : tidak dikaji karena pasien tidak sadar

5) Leher

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

6) Dada

Inspeksi : Bentuk simetris, pergerakan dada kiri dan kanan sama, tidak ada penggunaan alat bantu nafas, tidak ada pembengkakan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : Tidak terdengar bunyi nafas tambahan

7) Abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Auskultasi : Bising usus lemah 4x/m

8) Ekstermitas

Inspeksi : Terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, tangan dan kaki sebelah kiri tidak bisa digerakan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Kekuatan otot :

Tangan kiri : 2

Kaki kiri : 2

Tangan kanan : 4

Kaki kanan : 4

Pemeriksaan Neurosensori

1) Nervus I Olfaktorius

Sulit dinilai karena pasien tidak sadar

2) Nervus II Optikus

Sulit dinilai karena pasien tidak membuka mata

3) Nervus III Okulomotorik

Sulit dinilai karena pasien tidak membuka mata

4) Nervus IV Trochlearis

Sulit dinilai karena tidak sepenuhnya membuka mata, pasien tidak mengerti dan tidak melihat mengikuti tangan peneliti

5) Nervus V Trigeminus

Sulit dinilai karena pasien hanya diam dan tidak bisa membedakan

6) Nervus VI Abducens

Sulit dinilai karena pasien tidak membuka matanya, tidak melihat ke arah kiri dan kanan mengikuti tangan peneliti

7) Nervus Facialis

Otot pada kelopak mata pasien lemah.

8) Nervus VIII Auditorius

Pendengaran pasien baik karena pasien menggerakkan tangan kanan ke arah sumber suara

9) Nervus IX Glossopharyngeus

Pasien tidak bisa menelan, terpasang NGT

10) Nervus X Vagus

Pasien belum bisa membuka mulut nya dan mengucapkan AH, pasien tidak bisa menelan makanan, terpasang NGT

11) Nervus XI Assesorius

Ekstermitas kiri atas dan ekstermitas kiri bawah lemah tidak bisa digerakan, ekstermitas kanan atas dan bawah dapat di bergerak seperti biasa.

12) Nervus XII Hipoglosus

Pasien tidak mampu menggerakan lidah ke kiri dan kekanan dan tidak mampu menjulurkan lidah

e. Pemeriksaan penunjang

1.) Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 4.2

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Glukosa sewaktu	120	70-140 mg/dl
SGOT/AST	10.0	0-35 U/L
SGPT/ALT	8.0	4-36 U/L
Ureum	79.0	10-50 mg/dL
Creatinin	0.9	0.6-1.2 mg/dL

2.) Terapi Medis

Tanggal : 16/09/2024

Tabel 4.3

Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
a)	Infus NaCl 0,9%	20 tetes/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)	SVT	1x20 mg (oral)	Mencegah atau mengobati kejang yang dapat memperburuk kondisi otak
h)	Aspilet	1x80 mg (oral)	Mencegah pembentukan bekuan darah untuk mengurangi resiko stroke berulang

3.) Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan CT Scan Kepala Tanpa Kontras

Kesimpulan : Sub acute ischaemic cerebral infarction pada basal ganglia kiri

2. Tabulasi Data

Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri tidak bisa digerakan, tangan dan kaki kirinya melemah, kaku, dan sulit untuk digerakan, bicara tidak jelas. Pasien tidak dapat berkomunikasi, keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan, terpasang NGT, keluarga pasien mengatakan sejak masuk RS pasien belum BAB, pasien terpasang kateter. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas pasien makan minum, mandi, toileting, berpakaian dibantu orang lain dan alat.

Keadaan umum : lemah, Kesadaran : Sopor, GCS : 6 (E:3, V:2, M:1), TTV :

TD : 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36, 9°C, SPO2 : 98 %, RR : 20 x/m.

Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan. Peristaltik usus lemah : 4x/m.

Kekuatan Otot :

4	2
4	2

3. Klasifikasi Data

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri tidak bisa digerakan, tangan dan kaki kirinya melemah, kaku, dan sulit untuk digerakan, bicara tidak jelas. Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan. Keluarga pasien mengatakan sejak masuk RS pasien belum BAB.

Data Objektif : Pasien tidak dapat berkomunikasi, terpasang NGT, pasien terpasang kateter. Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas pasien makan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu orang lain dan alat. Keadaan umum : lemah, Kesadaran : Sopor, GCS : 6 (E:3, V:2, M:1), TTV : TD : 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36, 9°C, SPO2 : 98 %, RR : 20 x/m. Peristaltik usus lemah : 4x/m. Kekuatan Otot :

4	2
4	2

4. Analisa Data

Tabel 4.4
Analisa Data

No.	Sign/symptom	Etiologi	Problem				
1.	Data Subjektif :Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun Data Obejktif : Keadaan umum lemah, kesadaran : sopor GCS 6 (E:3, V:2, M:1), Ttv : TD: 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36,9°C, RR : 20x/m, Spo2: 98%	Embolisme	Perfusi serebral tidak efektif				
2.	Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri melemah, kaku dan sulit untuk digerakan Data Objektif : Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan, pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas pasien makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu orang lain dan alat. Pasien tampak lemah. Kekuatan otot : <table><tr><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>4</td><td>2</td></tr></table>	4	2	4	2	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik
4	2						
4	2						
3.	Data Subjektif : - Data Objektif : Pasien tidak dapat berkominikasi	Penurunan sirkulasi serebra	Gangguan komunikasi verbal				
4.	Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan Data Objektif : Terpasang NGT	Gangguan saraf kranialis	Gangguan menelan				
5.	Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan sejak masuk RS pasien belum BAB Data Objektif : Peristaltik usus lemah 4 x/m	Penurunan motalitas gastrointestinal	Konstipasi				

B. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan :

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun

Data Obejktif : Keadaan umum lemah, kesadaran : somnolen GCS 7 (E:4, V:2, M:1), Ttv : TD: 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36,9°C, RR : 20x/m, Spo2: 98%

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

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri melemah, kaku dan sulit untuk digerakan

Data Objektif : Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan, pasien tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas pasien makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu orang lain dan alat. Pasien tampak lemah.

Kekuatan otot :

4	2
4	2

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan :

Data Subjektif : -

Data Objektif : Pasien tidak dapat berkomunikasi

4. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis ditandai dengan :

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan

Data Objektif : Terpasang NGT

5. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal ditandai dengan :

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan sejak masuk RS pasien belum BAB

Data Objektif : Peristaltik usus lemah 4 x/m

C. Perencanaan Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan : Data Subjektif :Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun. Data Obejktif : Keadaan umum lemah, kesadaran : sopor GCS 6 (E:3, V:2, M:1), Ttv : TD: 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36,9°C, RR : 20x/m, Spo2: 98%	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan darah menurun ke batas normal.	1.) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat kesadaran menurun,). 2.) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. 3.) Berikan posisi semi fowler. 4.) penatalaksanaan pemberian obat : Citicolin 2x500 mg (IV), Micobalamin 2x500 mg (IV), Apilet 1x80 mg (po)	1. Deteksi dini peningkatan tekanan intrakranial untuk melakukan tindakan lebih lanjut 2. Memberikan kenyamanan pada pasien. 3. Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi atau perfusi serebral.
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri melemah, kaku dan sulit untuk digerakan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat, 2. Kekuatan otot meningkat,	1.) Identifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan 2.) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	1. Mengidentifikasi kekuatan / kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan. 2. mengetahui kondisi kesehatan pasien 3. melatih otot atau persendian pasien yang

	Data Objektif : Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan, semua aktivitas pasien makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu orang lain dan alat. Pasien tampak lemah. Kekuatan otot : <table><tr><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>4</td><td>2</td></tr></table>	4	2	4	2	3. Rentang gerak (ROM) meningkat, 4. Nyeri menurun, 5. Kaku sendi menurun.	3.) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4.) Ajarkan latihan rentang gerak atau Range Of Motion (ROM) 5.) Anjurkan pasien untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali 6.) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 7.) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	mobilitas sendinya terbatas 4. membantu menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan 5. mencegah terjadinya cedera pada pasien 6. agar keluarga mampu melatih pasien secara mandiri
4	2							
4	2							
3	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan : Data Subjektif : - . Data Objektif : Pasien tidak dapat berkominikasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : 1. kemampuan berbicara meningkat,	1.) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2.) Gunakan metode komunikasi alternatif (misalnya : menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan)	1. mengetahui perkembangan pasien 2. agar pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik dan berkomunikasi sesuai keadaan pasien 3. dapat memastikan ucapan yang disampaikan pasien 4. agar kemampuan bicara pasien semakin membaik.				

		2. kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat	3.) Ulangi apa yang disampaikan pasien 4.) Anjurkan berbicara perlahan	
4	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan. Data Objektif : Terpasang NGT	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status menelan pasien membaik dengan kriteria hasil : 1. refleks menelan meningkat, 2. kemampuan mengunyah meningkat, 3. usaha menelan meningkat	1.) Identifikasi diet yang dianjurkan 2.) Monitor kemampuan menelan 3.) Atur posisi yang nyaman untuk makan / minum	1. untuk mengetahui diet yang dianjurkan 2. mengetahui kemampuan menelan pasien 3. agar pasien nyaman saat makan / minum
5	Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan sejak masuk Rs pasien belum BAB.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan konstipasi membaik dengan kriteria hasil : 1. konsistensi feses membaik, 2. peristaltik usus membaik	1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor bising usus 3. Monitor perubahan BAB frekuensi, konsistensi dan warna 4. Dorong aktivitas yang sesuai dengan kondisi fisik pasien	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi 2. Dapat mengidentifikasi dini adanya gangguan mobilitas usus yang menyebabkan konstipasi 3. mengetahui perubahan BAB frekuensi, konsistensi, dan warna

Data Objektif : Peristaltik usus lemah 4 x/m	4. membantu merangsang gerakan usus (peristaltik) untuk mendorong feses melalui saluran pencernaan
--	--

D. Implementasi Keperawatan

1. Implementasi keperawatan hari pertama, Jumat 20 September 2024

NO	Diagosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1	Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan : Data Subjektif :Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun. Data Obejktif : Keadaan umum lemah, kesadaran : sopor GCS 6 (E:3, V:2, M:1), Ttv : TD: 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36,9°C, RR : 20x/m, Spo2: 98%	Jumat 20 September 2024	14.30	Melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu,SpO2 dan RR. Hasil: TD:187/111 mmHg, RR: 20x/m, N: 88x/m, SpO2: 98%.. Memonitor tingkat kesadaran klien Hasil: kesadaran sopor 6 (GCS: E:3, V:2, M:1).	Jam 19.00 Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien belum sadar. Data Objektif : Klien tampak lemah, masih tampak pucat, kesadaran sopor 6 (GCS: E:3, V:2, M:1) hasil TTV TD : 187/111 mmHg N : 88x/m ,RR: 20x/m Spo2: 98%.
			15:00	Mengatur posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal. Hasil klien tampak tidur tenang.	Assesment : Masalah perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi.
			16:00	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung	Planning : intervensi dilanjutkan (1-4)

2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri melemah, kaku dan sulit untuk digerakan. Data Objektif : Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan, semua aktivitas pasien makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu orang lain dan alat. Pasien tampak lemah. Kekuatan otot :	Jumat 20 September 2024	14.30	Mengidentifikasi aktivitas/toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : pasien hanya mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan atau separuh badan bagian kanan. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, hasil : TD : 187/111 mmHg.	Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien belum mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri. Data Objektif : pasien tampak lemah, tangan kiri dan kaki kiri tidak dapat digerakkan, tonus otot : $\begin{array}{c c} 4 & 2 \\ \hline 4 & 2 \end{array}$ Assesment : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-7)
			16.00	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, hasil : pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh.	
			16.30	Melakukan latihan rentang gerak atau Range Of Motion (ROM), hasil : pasien tidak mampu bergerak jika tidak dibantu.	
			16.35	Mengajar keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.	
3	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan	Jumat 20 September 2024	14.30	Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, hasil : pasien tidak mampu berbicara.	Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa berbicara. Data Objektif : pasien tampak lemah, pasien tidak memberi
			15.00		

	sirkulasi serebral ditandai dengan : Data Subjektif : - . Data Objektif : Pasien tidak dapat berkomunikasi			16.00	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. Memotivasi keluarga untuk selalu mengajak pasien berbicara.	respon, kesadaran sopor 6 (GCS: E:3, V:2, M:1). Assesment : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. Planning : Intervensi dilanjutkan (1-4)
4	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan. Data Objektif : Terpasang NGT	Jumat 20 September 2024		14:30 15.00 15.05	Mengidentifikasi diet yang dianjurkan, hasil : pasien dianjurkan oleh dokter yaitu diet cair susu 6 x 200 cc/NGT. Memonitor kemampuan menelan, hasil : pasien belum bisa menelan, terpasang NGT. Mengatur posisi semi fowler pada pasien	Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menelan. Data Objektif : pasien tampak lemah, terpasang NGT. Pasien belum mampu menelan. Assesment : masalah gangguan menelan belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-4)
5	Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal ditandai dengan :	Jumat 20 September 2024		14:30 14.45	Mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi, hasil : pasien memiliki gejala konstipasi yaitu tidak BAB kurang lebih 5 hari.	Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien belum BAB. Data Objektif : pasien tidak BAB kurang lebih 5 hari, bising usus 4 x/m.

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan sejak masuk Rs pasien belum BAB. Data Objektif : Peristaltik usus lemah 4 x/m	15.00	Memonitor bising usus, hasil : bising usus pasien 4x/m. Mengajar keluarga pasien untuk membantu pasien melakukan aktivitas seperti miring kiri/kanan tiap 2 jam sekali.	Assesment : masalah konstipasi belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-4)
--	-------	--	---

2. Implementasi keperawatan pada kedua, Sabtu 21 September 2024

NO	Diagosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1	Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan : Data Subjektif :Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun. Data Obejktif : Keadaan umum lemah, kesadaran : sopor GCS 6 (E:3, V:2, M:1), Ttv : TD: 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36,9°C, RR : 20x/m, Spo2: 98%	Sabtu 21 September 2024	08:00 08:30 09:00	Melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu,SpO2 dan RR. Hasil: TD:170/80 mmHg ,RR: 24x/m, N: 96x/m, SpO2: 98%. Jam 08:05 memonitor tingkat kesadaran klien Hasil: kesadaran sopor 6 (GCS: E:3, V:2, M:1). Mengatur posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal. Hasil klien tampak tidur tenang. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang	Data Subjektif : Keluarga mengatakan tadi pagi sekitar jam 06:00 klien sempat membuka mata dan melirik kearah keluarga pasien tetapi belum bisa berkomunikasi. Data Objektif : Klien tampak lemah, masih tampak pucat, kesadaran somnolen 7 (GCS: E:4, V:2, M:1) hasil TTV TD : 170/80 mmHg N : 96x/m ,RR: 24x/m Spo2: 98%.

				tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung	Assesment : Masalah perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-4).
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri melemah, kaku dan sulit untuk digerakan. Data Objektif : Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan, semua aktivitas pasien makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu orang lain dan alat. Pasien tampak lemah. Kekuatan otot :	Sabtu 21 September 2024	08.00	Mengidentifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : pasien belum mampu menggerakkan separuh anggota tubuh.	Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien belum mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri. Data Objektif : pasien tampak lemah, tangan kiri dan kaki kiri tidak dapat digerakkan. Tonus otot :
			08.05	Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, hasil : TD: 170/80 mmHg.	$\begin{array}{c c} 4 & 2 \\ \hline 4 & 2 \end{array}$
			09.00	Melakukan latihan rentang gerak atau ROM, hasil : tangan kanan dan kaki kanan mampu bergerak tetapi tangan dan kaki kiri belum mampu digerakkan jika tidak dibantu	Assesment : masalah mobilitas fisik belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-7)
			09.05	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.	
			10.00	Merubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	

4 2 4 2					
3	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan : Data Subjektif : - . Data Objektif : Pasien tidak dapat berkominikasi	Sabtu 21 September 2024	08.00 08.30 08.30	Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume bicara, hasil : pasien belum mampu berbicara dan menjawab pertanyaan. Menggunakan metode komunikasi alternatif seperti mengangguk dan menggeleng, hasil : pasien belum mampu menjawab pertanyaan dengan isyarat. Menganjurkan ke keluarga pasien untuk selalu mengajak pasien berbicara.	Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa mengeluarkan suara. Data Objektif : pasien tampak lemah, pasien menjawab dengan mengangguk dan menggeleng. Assesment : masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-4)
4	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan. Data Objektif : Terpasang NGT	Sabtu 21 September 2024	08.00 08.30 08.30 10.00	Mengidentifikasi diet yang dianjurkan, hasil : pasien dianjurkan dokter diet cair 6 x 200 cc/NGT. Memonitor kemampuan menelan, hasil : pasien sudah mampu menelan air liurnya sendiri tetapi belum bisa minum air. Mengatur posisi semi fowler pada pasien. Memberikan diet cair 6x200 cc/NGT	Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa menelan air liurnya. Data Objektif : pasien sudah mampu menelan air liurnya sendiri tetapi belum bisa minum air. Assesment : masalah gangguan menelan belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-4)

5	Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan sejak masuk Rs pasien belum BAB. Data Objektif : Peristaltik usus lemah 4 x/m	Sabtu 21 September 2024	08.00 08.05 08.05	Mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi, hasil : pasien belum BAB kurang lebih 6 hari. Mendengarkan bising usus, hasil : bising usus 4 x/m. Mengajar keluarga pasien untuk membantu pasien melakukan aktivitas seperti miring kiri/kanan tiap 2 jam sekali.	Data Subjektif : keluarga mengatakan pasien belum BAB. Data Objektif : tidak BAB kurang lebih 6 hari, bising usus 4 x/m. Assesment : masalah konstipasi belum teratasi. Planning : intervensi dilanjutkan (1-4)
---	--	-------------------------	---------------------------------	--	--

E. Catatan Perkembangan (Evaluasi)

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Catatan Perkembangan
1	Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan: Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien menurun. Data Objektif : Keadaan	Minggu, 22/09/2024	07.00	S : Keluarga mengatakan pasien sudah membuka matanya tetapi belum berbicara. O : kesadaran somnolen 7 (E:4, V:2, M:1) TD: 177/112 mmHg, Nadi : 90 x/menit, SpO ₂ : 96 %, Suhu : 36,8 °C, RR :22 x/menit). A : Masalah perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan (1-4)

	umum lemah, kesadaran : sopor GCS 6 (E:3, V:2, M:1), Ttv : TD: 187/111 mmHg, N : 88 x/m, S : 36,9°C, RR : 20x/m, Spo2: 98%			I - Jam 08:00 melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, SpO2 dan RR. Hasil: TD:177/112 mmHg ,RR: 24x/m, N: 96x/m, SpO2: 98%. - Jam 08:05 memonitor tingkat kesadaran klien Hasil: kesadaran somnolen 7 (GCS: E:4, V:2, M:1). - Jam 08:30 memberikan posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal. Hasil klien tampak tidur tenang. - Jam 09:00 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung E : jam 14:00 keluarga pasien mengatakan pasien sudah membuka mata dan melirik kearah keluarga pasien tetapi belum bisa berkomunikasi, kesadaran somnolen 7 (E:4 V:2, M:1) TD:177/112 mmHg, Nadi : 105x/menit, Suhu : 36,4°C.				
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien bagian kiri melemah, kaku dan sulit untuk digerakan. Data Objektif : Tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan, semua aktivitas pasien makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian	Minggu, 22/09/2024	07:50	S : keluarga pasien mengatakan pasien belum mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri. O : pasien tampak lemah, tangan kiri dan kaki kiri tidak dapat digerakkan. Tonus otot : <table><tr><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>4</td><td>2</td></tr></table> A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan I : - Jam 08.00 : mengidentifikasi aktivitas / toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : pasien belum mampu menggerakkan anggota badan bagian kiri. - Jam 08.00 : memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, hasil : TD : 177/112 mmHg.	4	2	4	2
4	2							
4	2							

	dan berpindah dibantu orang lain dan alat. Pasien tampak lemah. Kekuatan otot : $\begin{array}{c c} 4 & 2 \\ \hline 4 & 2 \end{array}$			- Jam 09.00 : memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. - Jam 09.00 : menganjurkan latihan rentang gerak atau (ROM), hasil : pasien belum bisa menggerakkan separuh badan bagian kiri jika tidak dibantu. - Jam 09.10 : melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. E : jam 14.00 : keluarga mengatakan pasien belum mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri. Pasien tampak lemah, tangan kiri dan kaki kiri tidak dapat digerakkan.
3	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan : Data Subjektif : - . Data Objektif : Pasien tidak dapat berkomunikasi	Minggu, 22/09/2024	08: 00	S : keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa bicara. O : pasien belum mampu bicara. A : masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan I : - Jam 08.00 : memonitor kemampuan bicara, hasil : pasien belum bisa bicara. - Jam 08.10 : menggunakan metode komunikasi alternatif. - Jam 08.15 : menganjurkan untuk bicara secara perlahan. E : kesadaran somnolen 7 (E:4 V:2, M:1), pasien sudah memberi respon dengan mengangguk atau menggeleng secara perlahan.

4	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan menelan. Data Objektif : Terpasang NGT	Minggu, 22/09/2024	10:00	S : Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mampu minum air secara perlahan menggunakan sendok. O : pasien mampu meminum air secara perlahan menggunakan sendok. A : masalah gangguan menelan sebagian teratasi. P : intervensi dipertahankan I : - Jam 08.00 : memonitor kemampuan menelan, hasil : pasien sudah mampu minum air secara perlahan dengan sendok. - Jam 09.00 : mengatur posisi semi fowler pada pasien. - Jam 10.00 : memberi diet cair/NGT pada pasien. E : keluarga pasien mengatakan pasien sudah mampu minum air secara perlahan menggunakan sendok. Pasien masih terpasang NGT
5	Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal ditandai dengan : Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan sejak masuk Rs pasien belum BAB. Data Objektif : Peristaltik usus lemah 4 x/m	Minggu, 22/09/2024	10:00	S : keluarga pasien mengatakan pasien masih belum BAB. O : belum BAB kurang lebih 7 hari, bising usus 5 x/m. A : masalah konstipasi belum teratasi. P : intervensi dipertahankan I : - Jam 08.00 : mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi, hasil : pasien belum BAB kurang lebih 7 hari. - Jam 08.10 : mendengarkan bising usus, hasil : bising usus 5 x/m. - Jam 08.30 : menganjurkan pasien banyak minum air. - Jam 09.00 : melibatkan keluarga untuk selalu membantu pasien melakukan miring kiri dan kanan tiap 2 jam sekali.

E : keluarga pasien mengatakan pasien masih belum BAB, bising usus 5 x/m.

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : Yosepha Andriana Rafela

NIM : PO5303202210078

Dengan ini menyatakan akan mengumpulkan file Karya Tulis Ilmiah saya sebelum ujian kompetensi. Jika tidak mengumpulkan sebelum waktu yang sudah ditetapkan maka saya menerima konsekuensi yaitu tidak diberikan ijazah hingga mengumpulkan file karya tulis ilmiah.

Ende, 23 Juli 2025

Yang bertanda tangan


Yosepha Andriana Rafela

PO5303202210078



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111
(0380) 8800256
<https://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 : Yosepha Andriana Rafela
Nomor Induk Mahasiswa : PO 5303202210078
Dosen Pembimbing : Yustina P. M. Pachalia, S.Kep., Ns., M.Kes.
Dosen Penguji : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. B.I**

DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD ENDE

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **28,41%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 22 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism


Murry Jermias Kale SST
NIP. 19850704201012100



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL KTI

Nama : Yosepha Andriana Rafela

NIM : PO5303202210078

Pembimbing : Yustina Paschalia, S.Kep.Ns.M.Kes

NO.	HARI/ TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 28/08/2023	Konsul Judul	Acc Judul 1) Setiap konsultasi harus membawa sumber dan cantumkan dalam daftar pustaka	
2.	Kamis, 31/08/2023	Bab 1 Latar Belakang	1) Susunan isi Bab 1 Latar Belakang : a) Introduction tentang stroke b) Besaran masalah, angka kejadian secara piramid dari dunia, negara, provinsi, kabupaten, RSUD c) Dampak masalah d) Konsep solusi dari secara teori maupun pemerintahan e) Studi kasus terdahulu termasuk peran perawat f) Bab 1 paragraf 1, pokok bahasannya harus diawal g) Data usang, harus mencari data	

			yang terbaru h) Perhatikan tanda baca dan penyusunan kalimat i) Tambahkan manifestasi klinis, dan peran perawat dalam penanganan kasus stroke 2) Margins : 4433, spasi 1,5, untuk nama di cover spasi 1 3) Untuk penulisan halaman bab 1 ditulis dibawah. Untuk penulisan halaman yang tidak ada bab ditulis di pojok kiri atas. 4) Sumber dari tahun 2021, 2022, 2023 5) Tinjauan pustaka harus diambil dalam buku 6) Lanjut Bab 2 Tinjauan Pustaka	
3.	Rabu, 20/09/2023	Bab 1 Latar Belakang Bab 2 Tinjauan Pustaka	Bab 1 Latar Belakang 1) Tambahkan data kasus di RSUD Ende 2) Penggunaan bahasa yang baik (bahasa karya tulis) bukan asal copy 3) Tambahkan peran perawat di RSUD Ende Bab 2 Tinjauan Pustaka 1) Tinjauan Pustaka diambil dari buku Asuhan Keperawatan 2) Anatomi fisiologi tidak usah dimasukan 3) Lengkapi Bab 2 yang belum diisi 4) Pengkajian perpolo menurut gordon	

			dan harus berurutan 5) Pemeriksaan Fisik (head to toe) fokus pada stroke 6) Cara penulisan daftar pustaka 7) Lanjut Bab 3	
4.	Senin, 27/11/2023	Bab1 Latar Belakang Bab 2 Tinjauan Pustaka Bab 3 Metode Penelitian	Bab 1 Latar Belakang 1) Perbaiki Font dan spasi sesuai panduan 2) Tambahkan alasan mengambil kasus stroke walaupun kasusnya menurun 3) Tambahkan data RS tahun 2021-2023 4) Pada studi kasus ditambah masalah keperawatan yang diangkat sampai evaluasi 5) Perhatikan jarak antara paragraf 6) Gunakan bahasa indonesia yang baik Bab 2 Tinjauan Pustaka 1) Pathwaynya dijelaskan Bab 3 Metode Penelitian 1) Maksud dari penelitian deskriptif Koreksi kembali Bab 1 dan Bab 3	
5.	Selasa, 05/12/2023	Bab1 Latar Belakang Bab 2 Tinjauan Pustaka Bab 3	Ganti logo yang Poltekkes yang baru Tambahkan Lembar Persetujuan dan kata pengantar. Bab 1 Latar Belakang 1) Bahasa asing digaris miring Bab 2 Tinjauan Pustaka 1) Bagian Etiologi : Jenis Stroke	

		Metode Penelitian	disatukan dengan klasifikasi 2) Pathway : Tambah masalah keperawatan Intoleransi aktivitas 3) Lengkapi pemeriksaan fisik 4) Tabulasi data sesuaikan dengan pengkajian 5) Tujuannya sesuaikan dengan SLKI Bab 3 Metode Penelitian 1) Perbaiki penulisan 2) Perbaiki Definisi Operasional	
6.	Selasa, 14/05/2024	Bab 1 Latar Belakang Bab 2 Tinjauan Pustaka Bab 3 Metode Penelitian	1) Tambahkan daftar isi dan halaman 2) Tambahkan lembar pengesahan dan lembar konsultasi Bab 1 Latar Belakang 1) Peran perawat sebagai care giver Bab 2 Tinjauan Pustaka 1) Lengkapi pemeriksaan fisik 2) Tambahkan intervensi yang sesuai dengan kasus 3) Perbaiki lagi pemeriksaan fisik dan intervensi 4) Perbaiki bagian evaluasi Bab 3 Metode Penelitian 1) Perbaiki prosedur studi kasus 2) Perbaiki lagi definisi operasional	

7.	Jumat , 17/05/2024		ACC Konfirmasi ke penguji untuk ujian proposal	
----	-----------------------	--	--	---

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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



LEMBAR KONSULTASI REVISI PROPOSAL KTI

Nama : Yosepha Andriana Rafela
NIM : PO.5303202210078
Nama Pembimbing : Yustina P. M. Pachalia, S,Kep., Ns., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Rekomendasi	Paraf
1.	17/09/2024	1) Perbaikan pathway 2) Perbaikan diagnosa keperawatan Tambahkan keterangan sumber	
2.	18/09/2024	ACC Lanjut Penelitian	

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris W. Womeo, M.,Kep.,Ns.,Sp.,Kep.,Kom
NIP. 196601141991021001



LEMBAR KONSULTASI REVISI PROPOSAL KTI

Nama : Yosepha Andriana Rafela
NIM : PO.5303202210078
Nama Pembimbing : Yustina P. M. Pachalia, S,Kep., Ns., M.Kes
Nama Penguji : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc

No	Hari/Tanggal	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	09/09/2024	3) Ganti judul dari Stroke ke SNH 4) Sesuaikan materi dengan judul	
2.	10/09/2024	1) Perbaiki penatalaksanaan keperawatan 2) Pengkajian perpola sesuaikan dengan buku Doenges 3) Analisa data menggunakan tabel terbuka	
3.	11/09/2024	ACC Lanjut Penelitian	

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende

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



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Yosepha Andriana Rafela
NIM : PO5303202210078
Pembimbing : Yustina Paschalia, S.Kep.Ns.M.Kes

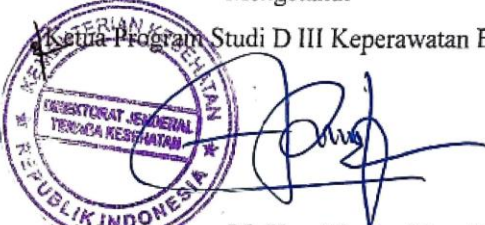
No.	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Rabu, 25-09-2024	Konsultasi KTI Bab IV	1. Perbaiki di gambaran umum lokasi studi kasus 2. Lengkapi pengkajian perpola, bagian pola eliminasi 3. Tambahkan keterangan waktu pada pengkajian status kesehatan bagian alasan masuk RS dan perjalanan penyakit 4. Perbaiki dan lengkapi pengkajian perpola 5. Lengkapi pemeriksaan fisik	
2	Selasa, 18-02-2025	Konsultasi KTI Bab IV	1. Perbaiki aturan penulisan (spasi) 2. Pada keluhan utama harus diceritakan 3. Tambahkan lagi pada riwayat keluhan 4. Pada pengkajian tambahkan prolog 5. Pada riwayat keluhan utama tambahkan penjelasan kondisi pasien 6. Pada bagian upaya yang dilakukan lebih diperjelas	

3	Jumat, 21-02-2025	Konsultasi KTI Bab IV	1. Tambahkan dengan daftar tabel 2. Tambahkan diagnosa sesuai data pengkajian 3. Pada riwayat penyakit tambahkan lagi dengan keterangan obat 4. Perbaiki dan lengkapi lagi pengkajian perpola pada pola eliminasi dan aktivitas	
4	Jumat, 13-06-2025	Konsultasi KTI Bab IV dan Bab V	1. Tambahkan anjuran obat dari dokter 2. Tambahkan keterangan waktu pada terapi medis 3. Data-data yang menunjang ditambahkan	
5	Selasa, 17-06-2025	Konsultasi KTI Bab IV dan Bab V	1. Pada pembahasan ditambahkan lagi dengan menurut teori dan pendapat peneliti 2. Tambahkan alasan diagnosa yang ada diteori tidak diangkat pada kasus. 3. Pada saran ditambah pesan dari peneliti	
6	Rabu, 18-06-2025	Konsultasi KTI Bab IV dan Bab V	1. Pada abstrak ditambahkan kesimpulan 2. Koreksi kembali dan pelajari kasus 3. Konfirmasi ke penguji untuk naik unjian KTI	

7	Kamis,19-06-2025		ACC , Siap Ujian hasil	
---	------------------	--	------------------------	---

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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



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



LEMBAR KONSUL REVISI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : YOSEPHA ANDRIANA RAFELA
NIM : PO.5303202210078
Nama Pembimbing : Yustina P. M. Pachalia, S.Kep., Ns., M.Kes
Nama Penguji : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc

No.	Tanggal	Rekomendasi Penguji	Paraf penguji
1	Senin, 23 Juni 2025	1. Perbaiki bagian jenis penelitian (jelakan) 2. Subjek penelitian tambahkan dengan inisial pasien 3. Perbaiki dan koreksi kembali pada intervensi dan implementasi	
2	Rabu, 02 Juli 2025	1. Perbaiki penulisan 2. Pada terapi medis ditambahkan indikasi obat yang diberikan	
3	Senin, 14 Juli 2025	ACC	

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende

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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Yosepha Andriana Rafela
Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 29 Januari 2003
Alamat : Jl. Gatot Subroto
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Nama Ayah : Ignasius Benti
Nama Ibu : Maria Magdalena Wula

B. Riwayat Pendidikan

TK Negeri Pembina Ende : 2008-2009
SD Inpres Ende 7 : 2009-2015
SMP Negeri 1 Ende : 2015-2018
SMA Negeri 1 Ende : 2018-2021
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, : 2021-2025
Program Studi D-III Keperawatan Ende

“Sukses berjalan dari satu kegagalan ke
kegagalan yang lain, tanpa kita
kehilangan semangat. ”