

**LAMPIRAN SOP**

**1. Dukungan Mobilisasi**

Definisi : Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktifitas pergerakan fisik

**Tindakan**

Observasi

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
3. Libatkan keuarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

## LAMPIRAN SOP

### 2. Dukungan Ambulasi

Definisi : Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah

#### Tindakan

##### Observasi

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

##### Terapeutik

1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)
2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi

##### Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
2. Anjurkan melakukan ambulasi dini Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

## Lampiran 2



**POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPINANG**  
**JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPINANG**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
 JL. SOEKARNO HATTA NO. 1 HAJIMENA BANDAR LAMPUNG TELP. (0721) 703580 FAX. (0721) 703580

**INFORMED CONSENT**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wartini  
 Umur : 56  
 Jenis Kelamin : Perempuan

dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan di atas dan yang telah dijelaskan oleh tim peneliti.
2. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek dalam penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktifitas Istirahat Pada Pasien Penyakit Stroke Non Hemoragic di Ruang Bedah Syaraf RSUD Sukadana Kabupaten Lampung Timur Provinsi Lampung Tahun 2020"

Bandar Lampung, Februari 2020

Peneliti,

(Nurliana Sari)

Saksi,

( Kholipatul Annisa )

Subjek,

( Wartini )

Keterangan \*): Coret yang tidak perlu

## Lampiran 3

	POLTEKES TANJUNGGARANG	Kode	:
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Tgl	:
	Format Surat Keterangan	Revisi	:
	Telah Melakukan Asuhan Keperawatan	Halaman : 1 dari 1 Halaman	

### SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : Nurliana Sari  
 NIM : 1714401028  
 Judul Penelitian : Asuhan keperawatan Dengan Gangguan  
 Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat di Ruang Bedah Syaraf  
 RSUD Suladana Kabupaten Lampung Timur.

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 26 s/d 90 bulan Februari tahun 2020 di Ruang Bedah Syaraf RSUD Suladana Kabupaten Lampung Timur

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan.

Jum'at, 29 / 02 / 2020

Yang Menerangkan  
 (Kepala Ruangan / Pembimbing / .....)\*



Rudiandiah, Amd.Kep  
 NIP.187308182006041012

**Keterangan:**

- Coret/isi sesuai keperluan

**STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA**

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI MASALAH  
KEBUTUHAN..... AKTIVITAS DAN ISTIRAHAT..... AKIBAT PATOLOGI SISTEM  
Muskuloskeletal..... DENGAN DIAGNOSA MEDIS ..... STROKE  
DI RUANG BEDAH SYARAF RS. YUD. SUKADANA KAB. LAMPUNG TIMUR**



**KEMENKES RI**



Nama : .. NURLIANA SARI ..  
NIM : .. 1714401028 ..

**POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI  
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG  
2019**

**FORMATASUHAN KEPERAWATAN**

**I. PENGKAJIAN**

Nama Mahasiswa: Nurliana Sari  
 NIM : 1714410028 Tgl Pengkajian : 26-02-20  
 Ruang rawat : Beslah Syaraf No. Register : 160969

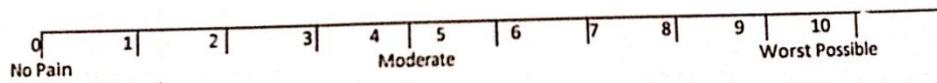
**A. IDENTITAS KLIEN**

1. Nama : Ny. W  
 2. Umur : 56 tahun  
 3. Jenis kelamin : L / (P)  
 4. Pendidikan : SMA  
 5. Pekerjaan : Petani  
 6. Tgl masuk RS : 25 februari Waktu : 22.00 WIB  
 7. Dx. Medis : SNH  
 8. Alamat : Labuhan Maringgai

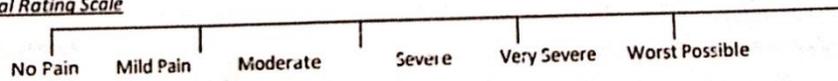
**B. RIWAYAT KESEHATAN**

Cara Masuk :  Melalui IGD ( ) Melalui Poliklinik ( ) Transfer ruangan \_\_\_\_\_  
 Masuk ke Ruang pada tanggal 25-02-20 Waktu : 10.00 WIB  
 Diantar Oleh : ( ) sendiri  Keluarga ( ) Petugas Kesehatan ( ) Lainnya \_\_\_\_\_  
 Masuk dengan menggunakan : ( ) Berjalan  Kursi Roda  Brankar ( ) Kruk ( ) Walker  
 ( ) Tripod ( ) Lainnya, Jelaskan \_\_\_\_\_  
 Status Mental saat masuk : ( ) Kesadaran : \_\_\_\_\_ ( ) GCS : E \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_  
 Tanda Vital Saat Masuk : TD 160/100 mmHg, Nadi 87 x/menit ( teratur ( ) Tidak teratur ( ) Lemah  
 ( ) kuat RR 23 x/menit ( teratur ( ) Tidak teratur  
 Nyeri :

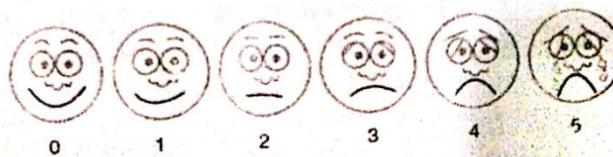
Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Wong & Baker Faces Rating Scale

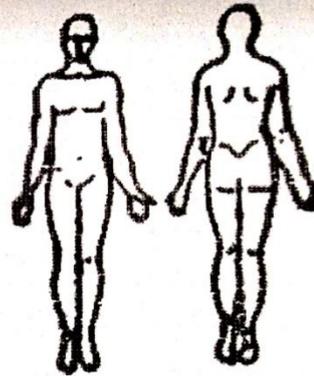


Status Lokalis :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis disamping :

- C - Contusion
- L - Lacerations
- R - Rashes
- S - Scars
- \*Parasite (scabies/lice)
- D - Decubitus
- T - Tattoo
- B - Bruises
- X - Body Piercing
- P - Pain
- O - Other \_\_\_\_\_

Tinea Pedis: ...Ya ...Tidak  
 Jelaskan:



Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA	INTERPRETASI
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak 0 Ya 25	0 - 24 : Tidak berisiko (kode hijau) 25 - 50 : risiko rendah (kuning) ≥ 51 : risiko tinggi (merah)
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak 0 Ya 15	
3	Alat Bantu Jalan		
	a. Bedrest dibantu perawat	0	
	b. Penopang / Tongkat / Walker	15	
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture	30	
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak 0 Ya 20	
5	Gaya berjalan / pindah		
	a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri	0	
	b. Lemah tidak bertenaga	10	
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)	20	
6	Status Mental		
	a. Sadar penuh / komposmentis	0	
	b. Kesadaran menurun	15	
JUMLAH SKOR			35

1. Keluhan utama saat pengkajian : kelemahan fisik

2. Riwayat penyakit Sekarang :  
 Masuk ruangan pada tanggal 25 Februari 2020, pukul 10.00 WIB. Diantar oleh keluarganya, masuk dengan menggunakan brankar, pasien datang dengan keluhan susah menggerakkan tangan dan kaki dengan kesadaran apatis  
 GCS E : 4, M : 5, V : 4. Tanda-tanda vital saat masuk TD : 160/100 mmHg  
 NI : 87x/menit, RR : 23x/menit, S : 37°C

Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : pasien tidak memiliki riwayat alergi obat & makanan

Bentuk reaksi alergi yg dialami : -

Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Apakah obat / herbal tersebut masih dikonsumsi hingga saat ini ?

- ( ) Ya, Alasan : \_\_\_\_\_  
 ( ) Tidak, Alasan : \_\_\_\_\_

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang :

*pasien mengatakan menderita hipertensi sejak umur 28 tahun, pada tahun 2019 bulan September. pasien masuk puskesmas dg keluhan yg sama yaitu <sup>jangkiti</sup> kelemahan <sup>sebelum ini</sup>*

6. Riwayat penyakit keluarga :

*pasien mengatakan dalam keluarga ada yg mengalami hipertensi yaitu ayahnya*

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik

### C. ANAMNESIS PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

#### 1. Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

- ( ) Tampak Sehat ( ) Tampak Sakit Ringan  Tampak sakit sedang  
 ( ) Tampak Sakit Berat  
 Catatan lain :

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan

- ( ) Olahraga : teratur / tidak teratur / tidak pernah. Jika olahraga, jenisnya : \_\_\_\_\_  
 ( ) Minum air putih : 1-2 gelas / hari ( ) Kopi ( ) teh ( ) Soda ( ) Minuman bersuplemen  
 Frekuensi konsumsi jenis minuman tsb : \_\_\_\_\_ x/hr ( ) Makanan, diet tertentu : rencan gemu  
 ( ) Merokok, Jenis tidak merokok Jumlah \_\_\_\_\_ btg/hari Merokok sejak usia \_\_\_\_\_ thn. lama \_\_\_\_\_ thn  
 Jenis rokok : \_\_\_\_\_ Keinginan berhenti merokok : ( ) Ada ( ) Tidak ada  
 Upaya Berhenti merokok : ( ) Pernah ( ) Belum pernah Jika pernah : ( ) berhasil ( ) Tidak berhasil  
 kendala : \_\_\_\_\_

Jika mengalami teka an/masalah, cara melampiaskan stress :  Marah-marah ( ) Merusak barang-barang  
 ( ) Memukul, mencubit, menciderai, meninju orang lain maupun diri sendiri. ( ) Menangis ( ) Memendam  
 perasaan  Mengatakannya secara baik-baik / menceritakan pada orang lain

*terkadang marah-marah*

Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien

( ) Melakukan medical chek up : ( ) rutin (X) Kadang<sup>2</sup> Jenis Medical Chek Up yg dilakukan : .....

( ) Kunjungan ke Faskes : ( ) rutin (X) Kadang<sup>2</sup> Jenis Faskes yg dikunjungi : .....

( ) Memiliki jaminan kesehatan/asuransi Jenis Jamkes yg dimiliki : .....

❖ Upaya pemeriksaan kesehatan mandiri

( ) Pemeriksaan payudara sendiri

( ) Pemeriksaan testis sendiri (khusus pria)

( ) Pemeriksaan Tekanan Darah sendiri

( ) Pemeriksaan Gula Darah mandiri

( ) Pemeriksaan Kolesterol mandiri

( ) Pemeriksaan Asam Urat mandiri

( ) Pemeriksaan mandiri lainnya, sebutkan .....

Catatan lain : pasien tidak melakukan pemeriksaan kesehatan secara mandiri

❖ Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan

Pernahkah klien dirawat di RS sebelumnya? <sup>tidak</sup> Pernah <sup>tidak</sup> Jika pernah, kapan, ....., Dirawat karena stroke

Pernahkah klien menjalani operasi? <sup>tidak</sup> Jika pernah, kapan, ....., Jenis operasi .....

Catatan lain : .....

❖ Obat, Jamu, Herbal atau terapi lain yg dijalani sebelum masuk RS

Obat Yg sering dikonsumsi : ....., Jamu Yg sering dikonsumsi : .....

Terapi lain yg dijalani : ....., (Cth : Accupresure, bekam, akupuntur, dll)

Tujuan mengkonsumsi obat, jamu, herbal atau terapi tersebut adalah .....

Jika obat, jamu, herbal atau terapi tersebut masih dijalani hingga saat ini, Alasannya : .....

Catatan lain : pasien tidak mengkonsumsi obat herbal

**2. Pola Metabolik – Nutrisi**

❖ Kebiasaan Jumlah Makanan dan Kudapan

Makanan utama : (X) Nasi Putih ( ) Nasi Merah ( ) Ubi & Olahannya ( ) Roti Berapa banyak? .....

Konsumsi Sayur Mayur : ( ) Selalu (X) Kadang kadang ( ) Sangat Jarang Jenis Sayur Yg paling disukai : .....

Jenis Sayur yg dihindari/tidak disukai : tidak ada

Olahan sayur yg sering : ( ) rebus ( ) niasak santan (X) tumis ( ) bakar ( ) Goreng

Konsumsi Lauk : ( ) Selalu (X) Kadang kadang Jenis lauk Yg paling disukai : daging ayam

Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi : tahu tempe

Olahan lauk yg sering dikonsumsi : ( ) rebus ( ) masak santan ( ) tumis ( ) bakar (X) Goreng

Jenis lauk yg dihindari/tidak disukai : tidak ada

Frekuensi makan makanan utama & pelengkap nya : ( ) 1-2 x/hr (X) 3 x/hr ( ) > 3 x/hr

Kudapan/Camilan : ( ) Selalu (X) Kadang kadang Rasa kudapan yg paling disukai : ( ) manis (X) asin

Frekuensi makan kudapan dlm sehari : (X) 1-2 x/hr ( ) 3 x/hr ( ) > 3 x/hr.

Jenis kudapan/camilan yg sering : ( ) Permen / coklat ( ) kue/roti/donat ( ) bakso/somay/mi & sejenisnya (X) kacang/krupuk/kripik/pilus dan sejenisnya ( ) es krim/es campur/soda & minuman sejenisnya

Catatan lain : .....

Pola Makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir (Jika klien dirawat > 3 hari, maka lakukan pengkajian pola makan 3 hr terakhir) : ( ) 3 hari terakhir (X) 24 jam terakhir

Jenis diet : ..... (Lih. di catatan medis)

Bentuk makanan yg diberikan : ( ) padat (X) Bubur biasa ( ) Bubur saring ( ) Cair

Cara Pemberian : (X) Oral ( ) Sonde ( ) Parenteral

Frekuensi pemberian : ..... x/hari Kudapan/camilan : ..... x/ hari

Kemampuan makan : ( ) mandiri (X) bantuan ( ) tergantung total

Porsi yg dihabiskan dari makanan yg disediakan : ( ) satu porsi habis setiap kali makan (X) 1/2 - 3/4 porsi

( ) < 1/2 porsi Alasan tidak menghabiskan makan : .....

Makanan lain diluar diet yg dikonsumsi : .....

Catatan lain : .....

❖ Masalah yg berhubungan dengan pola konsumsi makanan

Gangguan menelan  Gangguan mengunyah  Gangguan mengecap  Mual  
 Muntah  Nyeri gigi/caries  Terpasang peralatan medis  Penurunan kesadaran  
 Anoreksia / tidak nafsu mkn  Gangguan penciuman/tidak dpt mencium aroma makanan  
 Perasaan tidak nyaman di abdomen; yaitu .....  
 Tidak ada keinginan untuk makan yg berhubungan dg masalah psikologis (marah, depresi, sedih, putus asa)  
 Catatan lain :

- ❖ Energi Metabolik  
 merasa lemah  merasa tenaga menurun  mudah lelah  tidak mampu melakukan aktifitas  
 tidak ada tenaga  
 Catatan lain :
- ❖ Persepsi klien tentang BB nya (*Hanya untuk klien dg kesadaran penuh*)  
 Merasa BB normal  Merasa BB Lebih  Merasa sangat gemuk  Merasa kurus  merasa BB turun  
 Catatan lain :

### 3. POLA ELIMINASI

- ❖ Eliminasi buang air kecil (b.a.k)

Tidak di kateterisasi urine (*jika pasien di kateter maka pertanyaan langsung ke bag dilakukan kateterisasi urine*)  
 Frekuensi b.a.k dalam 24 jam : 2-3 x/hr  Penggunaan bedpan / urinal diatas TT  
 Ke toilet :  mandiri  dengan bantuan  
 Apakah klien diinstruksikan untuk tampung urine 24 jam  
 Ya, untuk keperluan .....  
 Tidak, karena .....  
 Warna urine :  kuning jernih  keruh  berbusa  Merah terang  Merah pekat  bekuan darah  
 Bau urine :  normal  busuk  anyir  
 Masalah dalam pengeluaran urine :  Nyeri  Aliran tersendat  enuresis  Incontinensia  
 retensi parsial/total  urine menetes  mengedan  keluar pasir-pasir  
 Dilakukan kateterisasi urine, jenisnya ..... Lama kateter terpasang : .....hari  
 Kebersihan kateter :  bersih  tampak kotor  
 Keluhan klien terhadap kateter terpasang :  nyeri  panas  perih  tidak nyaman  
 Aliran urine dlm selang kateter :  lancar  tersendat  
 Warna urine dalam urine bag/selang kateter :  kuning jernih  kuning pekat  keruh  
 berkabut/granulasi  merah terang  merah pekat  
 Volume urine bag dalam 3 jam terakhir : .....ml  
 Volume urine bag dalam 6 jam terakhir : .....ml  
 Volume urine bag dalam 8 jam terakhir : .....ml  
 Volume urine bag dalam 24 jam terakhir : .....ml. Tetesan irigasi : ..... tts/menit  
 Volume cairan irigasi (*jika dilakukan irigasi blas*) dalam 24 jam terakhir : .....ml. Tetesan irigasi : ..... tts/menit  
 Catatan lain : pasien menggunakan pampers dalam sehari 2x ganti

### 4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

- ❖ Aktifitas sehari-hari

Pekerjaan : petani Kegiatan Sosial/kemasyarakatan : .....  
 Masalah kesehatan anggota gerak :  
 kelemahan ekstremitas anggota gerak kiri.  
 kekakuan ekstremitas .....  
 kontraktur area .....  
 Kemampuan melakukan perawatan diri (mandi, berpakaian, berhias, makan, toilet) :  
 mandiri  bantuan sebagian  bantuan penuh  
 Penggunaan alat bantu gerak :  kruk  walker  tripod  tongkat  
 Catatan lain :

### 5. POLA ISTIRAHAT – TIDUR

- ❖ Kebiasaan tidur

Kebiasaan tidur sehari-hari :  6 – 8 jam/hari  < 6 – 8 jam/hari  > 6 – 8 jam/hari.  
 Tingkat kesegaran setelah bangun tidur :  segar  tidak segar.

Durasi tidur saat ini : ( ) 6 – 8 jam/hari (✓) < 6 – 8 jam/hari ( ) > 6 – 8 jam/hari.  
 Masalah gangguan tidur : ( ) mimpi buruk ( ) pikiran tidak tenang ( ) nyeri  
 ( ) lingkungan bising/berisik ( ) pencahayaan ruangan ( ) suhu ruangan tdk nyaman  
 ( ) pengunjung/pembezuik banyak  
 Penggunaan alat/zat bantu tidur : ( ) musik relaksasi ( ) hypnoterapi  
 ( ) obat-obatan, jenisnya.....  
 Catatan lain : *tidak ada*

#### POLA PERSEPSI KOGNITIF

- ❖ Gambaran tentang indera khusus
    - ( ) penurunan tajam penglihatan ( ) kacamata bantu ( ) penurunan tajam pendengaran
    - ( ) alat bantu dengar ( ) penurunan tajam penciuman
    - ( ) rasa baal indera perabaan (telapak tangan, telapak kaki): kiri / kanan
    - ( ) rasa kebas, kesemutan area.....
    - ( ) rasa nyeri, karakteristik.....
  - ❖ Kognitif
    - Tingkat pendidikan terakhir..... *SMK*
    - Kemampuan mengambil keputusan: ( ) mampu (✓) ragu-ragu ( ) tidak mampu mengambil keputusan
    - ( ) buta aksara ( ) buta angka ( ) buta warna
    - Kemampuan mengingat : Jangka pendek : (✓) mampu ( ) Tidak mampu,  
 Jangka Panjang : (✓) mampu ( ) tidak mampu
- Catatan lain :

#### 6. POLA KONSEPSI DIRI – PERSEPSI DIRI

- ❖ Keadaan sosial
    - ❖ Penghasilan : (✓) cukup ( ) tidak cukup untuk kebutuhan sehari-hari
    - ❖ Situasi keluarga : (✓) baik ( ) bercerai ( ).....
    - ❖ Keanggotaan kelompok sosial : *masyarakat biasa*
    - ❖ Identitas personal (penjelasan ttg kekuatan & kelemahan diri sendiri : *kelemahan kognitif diri (atas kepala)*)
    - ❖ Keadaan fisik yg disukai & tidak disukai : .....
    - ❖ Harga diri (perasaan klien thd dirinya sendiri : *pasien merasa murung dan sedih*)
- Catatan lain :

#### 7. POLA HUBUNGAN PERAN

- ❖ Gambaran Tentang Peran
    - ❖ Peran klien dalam keluarga : *istri, ibu dan nenek*
    - ❖ Peran klien dalam masyarakat : *masyarakat biasa*
    - ❖ Peran klien dalam pekerjaan : *perani*
    - ❖ Kepuasan terhadap peran : (✓) puas ( ) tidak puas
    - ❖ Perubahan peran : (✓) tidak ( ) ya, yaitu.....
    - Jika ya, apakah perubahan peran tersebut dirasakan membuat klien merasa tidak nyaman? ( ) Tidak  
( ) Ya, uraikan.....
  - ❖ Pola hubungan
    - ❖ Hubungan dengan keluarga : (✓) baik ( ) masalah, .....
    - ❖ Hubungan dengan masyarakat : (✓) baik ( ) masalah, .....
    - ❖ Hubungan dengan pekerjaan : (✓) baik ( ) masalah, .....
    - ❖ Hubungan dengan petugas kesehatan (perawat, dokter, dll) : (✓) baik  
( ) masalah, .....
- Catatan lain :

#### 8. POLA REPRODUKTIF – SEKSUALITAS

- ❖ Reproduksi & Seksualitas
    - ❖ Apakah klien saat ini mengalami : (✓) Menopause ( ) amenorrhea ( ) dishmenorrhea  
( ) impotensi ( ) penurunan libido ( ) Nyeri
    - ❖ Apakah klien saat ini menggunakan kontrasepsi : (✓) tidak ( ) Ya, jika ya, jenis kontrasepsi .....  
dan telah digunakan selama ..... Bln / tahun.
    - ❖ Apakah klien mengalami masalah fungsi reproduksi? (✓) Tidak ( ) Ya, j. laskan .....
    - ❖ Apakah klien mengalami masalah fungsi seksual? (✓) Tidak ( ) Ya, jelaskan .....
- Catatan lain :

### TOLERANSI TERHADAP STRESS – KOPING

Toleransi terhadap stress – koping

- ◆ Adakah kejadian yang pernah dialami oleh klien hingga saat ini yang sangat menimbulkan stress?  Ya  
tidak ada  ada, yaitu.....
- ◆ Apakah klien belakangan ini merasakan perasaan : ( ) Kecemasan ( ) Takut  
() Sedih ( ) Bingung ( ) Kehilangan harapan/putus asa ( ) tertekan
- ◆ Apakah strategi yang biasanya digunakan oleh klien untuk menghilangkan perasaan diatas?  
uraikan..... berdoa
- ◆ Apakah strategi tersebut dirasakan efektif oleh klien? () selalu efektif  
( ) tidak selalu efektif ( ) tidak efektif
- ◆ Apakah klien mengetahui beberapa teknik relaksasi / menenangkan diri / meredakan stress? ( ) Tidak  
() mengetahui, yaitu mendengar maratal ngaji / sholat
- ◆ Jika mengetahui, apakah klien pernah menggunakannya? () ya  
( ) tidak, karena.....
- ◆ Apakah saat ini klien tampak : ( ) tegang () murung / sedih ( ) gelisah  
( ) menyendiri ( ) tatapan kosong ( ) hanya bertanya

### 10. POLA KEYAKINAN – NILAI

- ◆ Latar belakang budaya / etnik :  Jawa
- ◆ Apakah tujuan hidup menurut klien :  beribadah
- ◆ Keyakinan klien yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :  yakin sembuh
- ◆ Keyakinan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :  yakin sembuh
- ◆ Apakah menurut klien pendekatan keyakinan / budaya / agama penting dalam penyelesaian masalah kesehatan saat ini : ( ) tidak () Ya, Penting
- ◆ Apakah selama di RS klien mengalami kesulitan dlm menjalankan ritual keyakinan/budaya atau agamanya?  
() tidak () Ya, jelaskan  karena tidak bisa beraktivitas

### D. PEMERIKSAAN FISIK

TANDA – TANDA VITAL : TD :  160/100  mmHg, Nadi :  87  x/menit () kuat ( ) lemah ( ) Teratur ( ) Tidak teratur RR :  25  x/mnt () teratur ( ) tidak teratur. irama nafas : ( ) normal ( ) Cheyne Stokes ( ) Biot ( ) Kusmaul ( ) Hyperventilasi ( ) Apneustik

STATUS MENTAL : ( ) komposmentis ( ) Delirium ( ) Somnolen ( ) Stupor ( ) Koma

1. Kepala :  bentuk kepala simetris, bersih, tidak ada lesi, tidak ada tumor, tidak nyeri
2. Leher :  tidak ada perunjolan vena jugularis.

3. Thorax ( Jantung & Paru):

- a. Inspeksi :  bentuk dada simetris, tidak ada lesi, tidak ada luka, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada ikhtus costalis.
- b. Palpasi :  tidak terdapat nyeri tekan.
- c. Perkusi :  terdengar suara sonor diseluruh lapang paru.
- d. Auskultasi :  tidak terdengar bunyi suara nafas tambahan, bunyi nafas vesikuler.

4. Abdomen

- a. Inspeksi :  bentuk bulat, simetris, tidak ada lesi dan luka
- b. Auskultasi :  bising usus 12x/menit
- c. Palpasi :  tidak terdapat nyeri tekan.
- d. Perkusi :  timpang.

5. Punggung & Tulang Belakang :  tidak ada kelainan
6. Genitalia & Rektum :  bersih, pampers terpasang pampers.
7. Ekstremitas Atas & Bawah :  kelemahan pada ekstremitas atas kiri
8. Kekuatan otot : 

5	3
5	3

9. Pemeriksaan Khusus :

- a. Neurologi : Sensorik : \_\_\_\_\_ Motorik : \_\_\_\_\_  
Reflek Fisiologis : Bicep : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_ Tricep : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_  
Tendo Achilles : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_ Abdomen : \_\_\_\_\_  
Reflek Patologis dan rangsang meningeal : Babinsky : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_ Brudzinsky I : \_\_\_\_\_  
Brudzinsky II : \_\_\_\_\_ Chadok : \_\_\_\_\_ Hoffman Turner : \_\_\_\_\_ Laseque : \_\_\_\_\_ Kaku Kuduk : \_\_\_\_\_

Syaraf Kranial :

- Nervus I : Pasien mampu membedakan antara bulu kuli dan kulit lepuh dalam keadaan tertutup
- Nervus III : Pasien mampu menggerakkan kelopak mata dan memutar bola mata
- Nervus IV : Pasien mampu menggerakkan bola mata keatas dan kebawah
- Nervus V : Pasien kesulitan menggerakkan rahang ke semua sisi
- Nervus VI : Pasien bisa menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri
- Nervus VII : Pasien mampu kesekeliling dan mengengkuat alis
- Nervus VIII : tes rinne positif, tes wickor positif, tes swabach bunyi garputan kanan dan kiri sama
- Nervus IX : Pasien mampu membedakan rasa manis dan pahit
- Nervus X : Pasien kesulitan menelan makanan
- Nervus XI : Pasien mampu mengangkat bahu sebelah kanan saat dilakukan pemeriksaan
- Nervus XII : Pasien kesulitan menjuturkan lidahnya. pasien hanya bisa menjuturkan lidahnya 2cm

10. Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brakhial Indeks (ABI) : Kanan \_\_\_\_\_ Kiri \_\_\_\_\_
- Monofilamen : Kanan \_\_\_\_\_ Kiri \_\_\_\_\_
- Ulkus DM : Lokasi \_\_\_\_\_
- Gambar status lokalis ulkus : \_\_\_\_\_

- P : Peripheral \_\_\_\_\_
- F : Extend or Size : \_\_\_\_\_
- D : Depth or Tissue Loss : \_\_\_\_\_
- I : Infection and Sensation : \_\_\_\_\_
- S : Severe : \_\_\_\_\_

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

(Laboratorium, Radiologi, USG, CT Scan, MRI, Kultur, dll bila diperlukan buat dalam bentuk daftar / table hasil pemeriksaan yg menunjukkan perkembangan hasil pemeriksaan)

CT scan


F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
Ome	40mg inj	2x 1	diskididuenum, ulkus gaster	
Ambodipin	5 mg oral	1x 1	hipertensi, angina stabil kronik	
Sucralfat	1 gr oral	3x 1	gastritis, ulkus duodenum	
cificolin	500 mg inj	2x 1	stroke iskemik, sepsis/pneumonia	
clitazazol	50 mg oral	2x 1	klidat kasio intermiten	
metoclopramin	100 mg oral	2x 1	neuropati perifer	

## FORMAT ANALISIS DATA

NamaKlien : Ny W  
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik  
 Ruang : Bedah syaraf  
 No. MR : 160969

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1.		<p>DS : a. klien mengatakan lemas</p> <p>b. klien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa berat.</p> <p>c. klien mengatakan sulit berjalan.</p> <p>d. klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga</p> <p>DO : a. kekuatan otot <math>\frac{5}{3}</math></p> <p>b. GCS : E3 VS M6</p> <p>c. kesadaraan komposmentis</p> <p>d. pupil, pupil berbaris ditengah</p> <p>e. aktivitas dibantu seperti mobil, minum, menggosok punggung</p>	gangguan mobilitas fisik	Gangguan muskuloskeletal
2.		<p>DS : klien mengatakan badannya lengket dan bau</p> <p>b. klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kiri lemas</p> <p>c. klien mengatakan kaki dan tangan kiri lemas dan tidak bisa jalan keluar mandi</p> <p>DO : a. keadaan umum lemah</p> <p>b. klien belum mandi sejak 2 hari yang lalu</p> <p>c. hasil pemeriksaan fisik: kepala terdapat ketombe, gigi tampak kuning, 5 gigi yg berlubang yaitu rahang bawah kanan dan kiri, kulit kotor, lengket.</p>	Defisit perawatan diri	Keluhan fisik

**FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama klien : Ny W  
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik  
 Ruang : Bidh. syaraf  
 No. MR : 160969

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2.		Defisit perawatan diri b. d kelemahan fisik Di: a. klien mengalami badang kengul dan bau. b. klien mengalami kaki dan tangan sebelah kiri lemas. Di: a. keadaan umum lemah. b. luka belum mandi, gejala 3 hari yll. c. awal penurunan fungsi kepala, terdapat kelamban, gigi tanggal, uuring, gigi berdarah, kulit bibir dan lengket	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka terdapat perawatan diri meningkat dengan kt: 1. kemampuan Mandi, menggosok 2. memperlakukan kebersihan mulut memukul 3. ketersediaan tubuh, meningkat.	Dukungan perawatan diri: BHP/BAK, berpakaian, Mandi dan minum, mandi		

**FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

Namakilien : Aly: W  
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik  
 Ruang : Rehabilitasi  
 No. MR : 160069

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.		<p>Gangguan mobilitas fisik body                      gangguan muskuloskeletal                      ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan lemah</li> <li>- klien mengatakan tangan dan kaki kin teresa berat</li> <li>- klien mengalami sulit bergalat</li> <li>- klien mengalami akibat dislokasi</li> </ul> <p>Do. lakukan d/ol 3x2                      GCS E4 V5 M4                      usutaran compartmentis                      pasien Young's tr6am5-</p>	<p>Sakitian diturunkan                      asuhan keperawatan selama 3x24 jam                      mobilitas fisik meningkat dengan ketertarikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pergerakan Elastisitas Meningkatkan</li> <li>2. melakukan gerak Ekstremitas</li> </ol>	<p>Dukunguan ambulasi                      Dukunguan mobilisasi</p>		



FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Namakklien : Mg. W  
 Dx. Medis : Stroke non hemorragic  
 Ruang : Bidan swamat  
 No. MR : 10069

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
1.	21 - 02 - 2020	Beranggang motorik fisik	a. Merencanakan dan mengorganisir kegiatan atau kegiatan fisik lainnya b. Menyusun dan mengikuti jadwal latihan. c. Melakukan Peregangan. d. Memantau keadaan diri. e. Sebelum memulai mobilitas. f. Memantau kondisi umum. g. Selama melakukan mobilitas h. Mengontrol aktivitas i. mobilitas dengan alat bantu. j. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan k. Melakukan hygiene dan prosedur mobilitas	a. klien mengatakan kemalasan b. klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa berat. c. klien mengatakan sulit berjalan. d. klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga. e. Dijelaskan atas dan bawah bagian kiri hanya bisa melangkah grautensi tidak bisa menahan atau melawan tekanan pemertsa. f. kekuatan otot belum meningkat g. GCS : E4 V5 M6 h. $\frac{5}{5}$ $\frac{13}{3}$	

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Namakilien : Ny. W  
 Dx. Medis : Stroke non haemangis  
 Ruang : Bedah Syaraf  
 No. MR : 16069

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
			1. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (MT, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur).	Pasien mampu melakukan ROM aktif pada ekstremitas kanan. Tanda - tanda vital TD : 160/90 mmHg. N : 84 x/m RR 20 x/m S 34 x/m Assesment : bangunan mobilitas fisik. Planning : lanjutkan intervensi : + Identifikasi adanya nyeri / kelemahan fisik lainnya	
				2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitas Supervisi mobilisasi dg alat bantu 6. Karantina dilakukan pencegahan jika perlu 7. libatkan keluarga untuk membantu 8. kuis dalam meningkatkan pengetahuan, 9. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.	

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Namakilien : Ally W  
 Dx. Medis : Stroke non hemoragis  
 Ruang : Bedah Syaraf  
 No. MR : 160969

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
			1. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (MT, duduk ditempat tidur, duduk diatas tempat tidur).	Pasien mampu melakukan ROM aktif pada ekstremitas kanan. Tanda-tanda vital TD : 160/90 mmHg. N : 84 x/m RR 20 x/m SpO2 97% Assesmen : gangguan mobilitas fisik. Planning : lanjutkan intervensi : latihan + identifikasi adanya nyeri/kelelahan fisik lainnya. 2. -dengarkan toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi Jantung dan tekanan darah 4. sebulan memulai mobilisasi 5. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 6. Penilaian Shift untuk mobilisasi dg alat bantu 7. -libatkan keluarga untuk membantu 8. -jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama klien : Ngy. W  
 Dx. Medis : Stroke Non hemorragic  
 Ruang : Bedah Syang.  
 No. MR : 100169

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
	22 - 01 - 2020		a. Mengidentifikasi keluhan pasien dan keluhan prior lainnya. b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan perawatan. c. Memonitor keluhan dan respon sebelum memulai mobilisasi. d. Memantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi.	Subjktif : 1. klien mengatakan lengan dan kaki gelisah, lin, terasor lebih ringan untuk digerakkan. 2. klien mengatakan sulit berjalan. 3. klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga. Objektif : 1. eustemitas atas dan bawah bagian kiri hanya bisa melawan gravitasi. 2. tetapi telak bisa menahan atau menahan makanan pemeriksa. 3. ketahanan otot 5/4 GCS : E4 VS M1	

Tanda: kardi vital TD 120/90 mmHg, N 83 x/mn RR 21 x/mn S 36,2°C  
 Asurment : gangguan mobilitas fisik  
 Planning : lanjutkan intervensi.  
 1. Identifikasi adanya nyeri / keluhan fisik lainnya  
 2. Identifikasi faktor-faktor fisik melalui pengamatan

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama klien : Aly W  
 Dx. Medis : Stroke non hemorragic  
 Ruang : bedah syaraf  
 No. MR : 160929

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
	30/12/20	1	3 Monitor tekanan darah dan tekanan darah sebelum prosedur mobilisasi manual mobilisasi	3 Monitor tekanan darah dan tekanan darah sebelum prosedur mobilisasi. 4 Monitor kondisi umum selama prosedur. Mobilisasi 5. Perhatikan adanya perubahan dengan alat bantu (mis pagar kawat) melalui pengamatan. 6. Perhatikan keluhan untuk membantu lain. 7. Perhatikan adanya perubahan lain. 8. Perhatikan adanya perubahan lain. 9. Perhatikan adanya perubahan lain. 10. Perhatikan adanya perubahan lain.	

1. Mengidentifikasi adanya nyeri / keluhan pada lengan.  
 2. Mengidentifikasi toleransi sistem sirkulasi perifer.  
 3. Pantau tekanan darah dan tekanan darah sebelum prosedur mobilisasi manual.  
 4. Perhatikan kondisi umum selama prosedur mobilisasi.

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

NamaKlien : Mly. W  
 Dx. Medis : Stroke Non hemorragic  
 Ruang : Bedah Syarah  
 No. MR : 160769

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
		1	5. memantapkan aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. 6. melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melaksanakan kegiatan. 7. Menetapkan tujuan dan prosedur mobilisasi. 8. Mengajarkan melalui mobilisasi dini. 9. mengagalkan mobilisasi sedemikian yang harus dilakukan.	dyukit. 1. elastisitas atas dan bawah lengan kiri bisa bergerak melawan gravitasi dan mampu melawan gravitasi dan mampu melawan gravitasi ke arah bawah. 2. Keluaran 0/0 memuaskan $\frac{5/0}{5/0}$ 3. GCS : E4 U5 M6 Pasien mampu melakukan ROM aktif pada ekstremitas bawah. 4. tTV : TD : 160/90 mmHg $\downarrow$ U : 84 $\downarrow$ m RR : 24 $\downarrow$ m S : 36 $\downarrow$ m $^{\circ}$ Aktivitas vital dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, BAB, BAK, Berpakaian. Assessment: kemampuan mobilisasi positif.	

Planning : sesuai rencana asuhan selama 3 hari, maka intervensi keperawatan diberikan

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama klien : Ny U  
 Dx. Medis : Sinus Nasa Hemangio  
 Ruang : Bedah Spem  
 No. MR : 160969

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
1	2021-02-27	2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kebutuhan nutrisi perawatan diri.</li> <li>2. memantau tingkat kesadaran.</li> <li>3. mengidentifikasi post body kebutuhan post body.</li> <li>4. mengidentifikasi tingkah laku.</li> <li>5. mengidentifikasi kaputasi pribadi.</li> <li>6. Demam dan bau mulut.</li> <li>7. Nadi dan tekanan darah.</li> <li>8. Mengidentifikasi perubahan dan stress.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mengalami keluhan sakit.</li> <li>2. Tidak mengalami keluhan sakit.</li> <li>3. Tidak mengalami keluhan sakit.</li> <li>4. Tidak mengalami keluhan sakit.</li> <li>5. Tidak mengalami keluhan sakit.</li> <li>6. Tidak mengalami keluhan sakit.</li> <li>7. Tidak mengalami keluhan sakit.</li> <li>8. Tidak mengalami keluhan sakit.</li> </ol>	

8. Mengidentifikasi perubahan dan stress.  
 Monitor : Peris primer dan sekunder  
 planning : 1. Monitor tingkat kesadaran  
2. Identifikasi kebutuhan vital  
3. Siapkan tindakan darurat

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Namaklien : Nly. W  
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik  
 Ruang : Bedah Syaraf  
 NO. MR : 160969

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	20/02/2020	2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lesi sianosis perawatannya dan: Seseorang, usia</li> <li>2. Monitor tingkat kesadaran.</li> <li>3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhigi.</li> <li>4. Menjelaskan lingkungan yg terpenuhi.</li> <li>5. Menjelaskan kegiatan pribadi.</li> <li>6. Menandatangani dan bantu dalam perawatan.</li> <li>7. Mengidentifikasi dan bantu perawatan diri.</li> </ol>	<p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien mengatakan badannya lengket dan bau.</li> <li>2. klien mengatakan bali dan tangan sebelah kiri kemas.</li> <li>3. klien mengatakan kaki dan tangan kiri lemah dan tidak bisa berjalan.</li> <li>4. klien mandi dan tidak bisa berganti pakaian mandi.</li> <li>5. klien mandi dengan menggunakan alat bantu.</li> <li>6. klien mandi dengan menggunakan alat bantu.</li> <li>7. klien mandi dengan menggunakan alat bantu.</li> <li>8. klien mandi dengan menggunakan alat bantu.</li> <li>9. klien mandi dengan menggunakan alat bantu.</li> <li>10. klien mandi dengan menggunakan alat bantu.</li> </ol>	

Kesimpulan: Depresi Perawatan Diri  
 Peningkatkan: Peningkatkan ketertarikan  
 dan perhatian.



**PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG TIMUR**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUKADANA**  
 Jl. Letnan Adnan Sanjaya, Lintas Timur Mataram Marga, Sukadana- Lampung Timur  
 Kode Pos :34194, Telp. (0725) 7660033

Sukadana, 18 Februari 2020

Nomor : 445/05.219.a/33 - SK/2020  
 Lampiran : -  
 Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth,  
 Direktur Poltekkes Tanjung Karang  
 Di-

Tempat

Berdasarkan surat Direktur Poltekkes Tanjung Karang Nomor PP.03.01/ 1.1/ 0622 /2020 Tanggal 10 Februari 2020 Perihal Permohonan izin penelitian mahasiswa semester VI Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Tanjung Karang , dengan ini kami sampaikan pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan memberikan izin kepada mahasiswa Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Tanjung Karang untuk melaksanakan Penelitian di RSUD Sukadana yang akan dilaksanakan pada tanggal 26 – 28 Februari 2020 An :

Nama : Nurliana Sari  
 NPM : 1714401028  
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat pada Pasien dengan Stroke RSUD Sukadana Lampung Timur

Dengan Ketentuan :

1. Memberikan jadwal pelaksanaan secara pasti
2. Membayar administrasi penelitian
3. Menyerahkan proposal penelitian
4. Selama melakukan penelitian, yang bersangkutan berkelakuan baik dan mematuhi peraturan yang berlaku di RSUD Sukadana.
5. Setelah melakukan penelitian yang bersangkutan Wajib menyerahkan salinan Hasil penelitian.

Demikian atas kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Rumah Sakit Umum Daerah Sukadana  
 Kabupaten Lampung Timur



	POLTERKES TANJUNGPINANG	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR  
PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : Nurliana Sari  
 NIM : 210201020  
 Pembimbing Utama : El Rahmayati S.Kp., M. Kes.

Judul Tugas Akhir : Perencanaan Keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan  
aktivitas untuk orang tua dengan bedah hipofisis. RSUD Subadana  
Kabupaten Lampung Timur

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	12 / 2020 101	Konsultasi judul KTI	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	13 / 2020 101	Revisi Judul KTI	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	15 / 2020 102	- Perbaiki LTA dg pendelintan h. dan - buatkan siki, spki, siki	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	17 / 2020 102	- isi latar belakang belum menggambar kan, analisis keperawatan melalui melubuk - Perbaiki ruang lingkup	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	18 / 2020 102	- isi latar belakang belum menggambar kan dg pust - perbaiki kesimpulan penulisan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	20 / 2020 102	- perbaiki dan tambahkan data latar belakang - perbaiki alat pengumpulan data	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	22 / 2020 103	- perbaiki ruang lingkup - perbaiki dan perbaiki analisis - buatkan komponen ners	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	10 / 2020 104	- Ruang lingkup disesuaikan pada uraian data tidak ada keterkaitan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	12 / 2020 104	- Tujuan dan intenti dari perbaiki implementasi clinical per diagnosis keterkaitan perbaiki	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10	23 / 2020 104	- Dibagian pembatasan diagnosis dg anda lakukan selanjutnya menyempurnakan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
11	24 / 2020 104	- dibagian evaluasi tujuan anda tercapai atau tidak	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12	24 / 2020 104	Acc Seminar hasil LTA	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Bandar Lampung, 24 Juni 2020  
Pembimbing Utama

*[Signature]*  
El Rahmayati S.Kp., M. Kes.

	POLTEKES TANJUNGPINANG	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**PEMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : Nurliana Sari  
 NIM : 20111028  
 Pembimbing Pendamping : Dr. Epa Trina, S. Kep. M. Kes.

Judul Tugas Akhir :  
 Kurang pengetahuan pada pasien dengan gangguan kebutuhan  
 nutrisi akibat adanya bedah syaraf pada paku  
 lumbal L5/S1 di rumah sakit LAMPUNG TIMUR.

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	22 / 2020 101	Konsultasi Judul KTI	HL	ET
2	23 / 2020 101	Acc Judul KTI	HL	ET
3	23 / 2020 103	Perbaiki teknik penulisan	HL	ET
4	23 / 2020 103	Mandikan daftar pustaka	HL	ET
5	23 / 2020 103	Masukkan daftar pustaka dengan an cocokan	HL	ET
6	23 / 2020 103	Daftar pustaka kata asing miring	HL	ET
7	22 / 2020 104	Acc Proposal	HL	ET
8	01 / 2021 101	Revisi Perbaikan teknik penulisan	HL	ET
9		Perbaiki Pengerjaan nerus	HL	ET
10	22 / 2020 101	Acc seminar hasil LTA	HL	ET
11				ET
12				ET

Bandar Lampung, 24 Juni 2020  
 Pembimbing Pendamping

  
 Dr. Epa Trina, S. Kep. M. Kes.

	POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Lembar Masukan dan Perbaikan	Halaman	

### LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

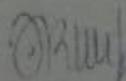
Nama Mahasiswa : Nurliana Sari  
 NIM : 1711401028  
 Tanggal : 22 Juni 2020  
 Judul LTA : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktvitas dan Istirahat pada Pasien Stroke Non Hemoragic di Ruang Bedah Syaraf RSUD Sukadana Lampung Timur 2020

No	Masukan/Perbaikan	Ket. Perbaikan	
		Sudah	Belum
1.	Ketua Penguji - Diagnosa Keperawatan utama diganti perfusi perifer tidak efektif - Analisa data diperbaiki - Intervensi diperbaiki (ditambah untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif) - Implementasi laporkan apa yg dikerjakan	✓	
2.	Anggota Penguji - Sistematika penulisan sesuai dengan kaidah yg berlaku (Tanda baca, bahasa asing, konsistensi dalam penulisan, referensi, jarak/ketukan penulisan awal paragraf, daftar isi, daftar tabel, dll) - Perbaiki pemeriksaan nervus	✓	

Bandar Lampung, 22 Juni 2020

Pengesahan setelah perbaikan oleh :

Ketua Penguji



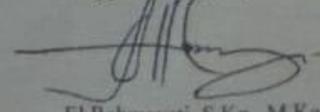
Ririn Sri Handayani,  
 M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.MB  
 NIP. 197502141998032002

Anggota Penguji 1



Ns. Efa Trisna, S.Kep., M.Kes  
 NIP. 196810081989032002

Anggota Penguji (Moderator)



El Rahmayati, S.Kp., M.Kes.  
 NIP. 197003042002122002