

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

**INFORMED CONSENT**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. I (inisial)
Umur : 47 tahun
Jenis Kelamin : (Laki-Laki / 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 Oksigenasi pada Pasien dengan Diagnosa Medis Stroke di Ruang Bougenville RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2020"

Bandar Lampung, februari 2020

Peneliti,	Saksi,	Subjek,
		
(Shinta Windiyasti)	(..... Nisa Lestari)	(..... Fajri)

Keterangan *): Coret yang tidak perlu

LAMPIRAN 2

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN. BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK EFEKTIF
AKIBAT PATOLOGI SISTEM DERSARAFAN **DENGAN DIAGNOSA**
MEDIS STROKE **DI RUANG** BOUGENVILLE RS UD. DR. H. ABDUL MOELOEK



Nama : SHINTA WINDIYASTI

NIM : 1719401029

POLTEKKES TANJUNGKARANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGKARANG
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGKARANG
2018

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Shinta Windiyasti
NIM : 1714901029 Tgl Pengkajian : 2 Maret 2020
Ruang rawat : Bougenville No. Register : 02.26.06.202000006260.001

A. IDENTITAS KLIEN

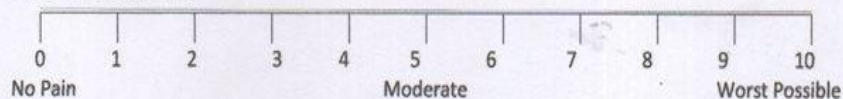
1. Nama : Ng. I
2. Umur : 47 tahun
3. Jenis kelamin : ± / P *
4. Pendidikan : _____
5. Pekerjaan : Petani
6. Tgl masuk RS : 29 Februari Waktu : 01:15 WIB
7. Dx. Medis : Stroke Non Hemoragik
8. Alamat : Datarajan, Kec. Ulu Belu, Kab. Tanggamus

B. RIWAYAT KESEHATAN

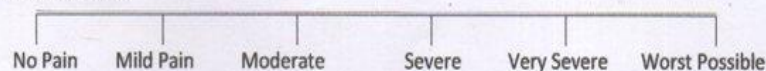
Cara Masuk : ☒ Melalui IGD () Melalui Poliklinik () Transfer ruangan _____
Masuk ke Ruangan pada tanggal : 1 Maret 2020 Waktu : 11:00 WIB
Diantar Oleh : () sendiri ☒ Keluarga ☒ Petugas Kesehatan () Lainnya _____
Masuk dengan menggunakan : () Berjalan () Kursi Roda ☒ Brankar () Kruk () Walker
() Tripod () Lainnya, Jelaskan _____
Status Mental saat masuk : () Kesadaran : koma
(3) GCS : E 1 M 1 V 1
Tanda Vital Saat Masuk : TD 160/79 mmHg
Nadi 139 x/menit ☒ teratur () Tidak teratur () Lemah () Kuat
RR 43 x/menit ☒ teratur () Tidak teratur

Nyeri : tidak dapat difaji

Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Wong & Baker Faces Rating Scale

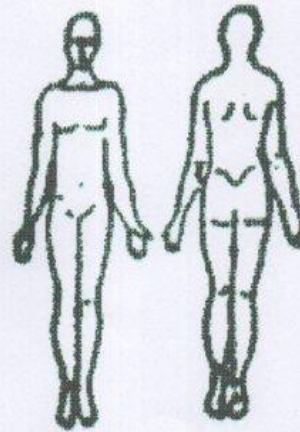


Status Lokalis :

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	NILAI	KET
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	25
		Ya	25	
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	15
		Ya	15	
3	Alat Bantu Jalan			0
	a. Bedrest dibantu perawat		0	
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15	
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		30	
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	20
		Ya	20	
5	Gaya berjalan / pindah			0
	a. Normal / Bedrest / imobile tdk dpt bergerak sendiri		0	
	b. Lemah tidak bertenaga		10	
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)		20	
6	Status Mental			15
	a. Sadar penuh		0	
	b. Keterbatasan daya ingat		15	
	JUMLAH SKOR		75	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

	SKOR	Δ KODE
1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar	0 - 24	HIAU
2. Risiko , lakukan tindakan pencegahan jatuh	>25	KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian : Tidak sadarkan diri

2. Riwayat penyakit Sekarang :

keluarga pasien mengatakan Pasien Hba-hba tidak sadarkan diri Sejak 29 Februari 2020, keadaan umum koma GCS:3 (E1, V1, M1), kekuatan otot $\frac{H}{L}$, ADL dibantu total, TTV (TD:130/100 mmHg, N:132x/menit, RR:40x/menit, dan S:40.9°C) Pasien tampak Sesak, PaO₂: 98 mmHg, Pernapasan takipnea RR:40x/menit, Pernapasan menggunakan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dinding dada, keluarga pasien mengatakan Pasien Sulit bernapas Sejak masuk IGD (29/02/2020), terdapat suara gargling dan ronchi kering, Pasien tidak mampu batuk, terdapat penumpukan air liur pada mulut Pasien

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) :

Pasien tidak memiliki alergi obat, makanan, dll

4. Bentuk reaksi alergi yg dialami : -

5. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

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

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

() Ya, Alasan : _____

() Tidak, Alasan : _____

7. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang:

Pasien memiliki kadar kolesterol tinggi

8. Riwayat penyakit keluarga :

keluarga pasien tidak pernah mengalami sakit seperti pasien

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik

Gambar Genogram :	Keterangan Genogram :
	□ : laki-laki ○ : perempuan / : pasien ○ : tinggal serumah X : meninggal

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 :

Pasien tampak koma GCS:3 (E1, M1, V1), kekuatan otot 4⁺, ADL dibantu total, tampak terpasang OPA, terpasang oksigen NRM 8L/menit, terpasang NGT untuk kumbah lambung, dan infus NaCl 0,9%.

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan

() Olahraga : teratur / tidak teratur / tidak pernah. Jika olahraga, jenisnya : jalan kaki

(✓) Minum air putih : L/hari () Kopi () teh () Soda () Minuman bersuplemen

Frekuensi konsumsi jenis minuman tsb :x/hr () Makanan, diet tertentu :

() Merokok, Jenis..... Jumlahbtg/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 tekanan/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

Catatan lain :

Setelah marah pasien akan mendiskusikan masalahnya

❖ Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien

() Melakukan medical chek up : () rutin (✓) Kadang²

Jenis Medical Chek Up yg dilakukan : kadar kolesterol

() Kunjungan ke Faskes : () rutin (✓) Kadang²

Jenis Faskes yg dikunjungi : Rumah bidan

(✓) Memiliki jaminan kesehatan/asuransi

Jenis Jamkes yg dimiliki : BPJS

Catatan lain :

❖ 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 :

keluarga mengatakan pasien tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan mandiri

❖ Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan

Pernahkah klien dirawat di RS sebelumnya? belum pernah

Jika pernah, kapan, Dirawat karena

Pernahkah klien menjalani operasi? tidak pernah

Jika pernah, kapan, Dioperasi karena

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

Apakah obat, jamu, herbal atau terapi tersebut masih dijalani hingga saat ini?

Alasannya :

Catatan lain :

keluarga mengatakan pasien tidak meminum jamu, herbal atau terapi
.....
.....

2. Pola Metabolik – Nutrisi

❖ Kebiasaan Jumlah Makanan dan Kudapan

Makanan utama : (✓) Nasi Putih () Nasi Merah () Ubi & Olahannya () Roti

Berapa banyak? 3x! (ukuran Rmh Tangga)

Konsumsi Sayur Mayur : (✓) Selalu () Kadang kadang () Sangat Jarang

Jenis Sayur Yg paling disukai : sayur bening

Jenis Sayur yg dihindari/tidak disukai :

Olahan sayur yg sering : (✓) rebus () masak santan () tumis () bakar () Goreng

Konsumsi Lauk : () Selalu (✓) Kadang kadang

Jenis lauk Yg paling disukai : ayam

Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi : ayam dan tempe

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

Jenis lauk yg dihindari/tidak disukai :

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

Kudapan/Camilan : () Selalu (✓) Kadang kadang

Rasa kudapan yg paling disukai : (✓) manis () asin

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

Jenis kudapan/camilan yg sering : () Permen / coklat (✓) kue/roti/donat () bakso/somay/mi

& sejenisnya () kacang/krupuk/kripik/pilus dan sejenisnya () es krim/es campur/soda & minuman sejenisnya

Catatan lain :

Pasien menghindari masakan olahan Santan serikat tahu bahwa kadar kolesterolnya tinggi

- ❖ 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 () 24 jam terakhir

Jenis diet : (Lih. di catatan medis)

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

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

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

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

Porsi yg dihabiskan dari makanan yg disediakan :

() satu porsi habis setiap kali makan () ½ - ¾ porsi () < ½ porsi

Alasan tidak menghabiskan makan :

Makanan lain diluar diet yg dikonsumsi :

Catatan lain :

Pasien mendapat nutrisi dari infus NaCl 0,9% 1.500ml/hari

- ❖ 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 :

tidak dapat dikaji karena pasien koma

❖ Persepsi klien tentang BB nya (Hanya untuk klien dg kesadaran penuh)

() Merasa BB normal () Merasa BB Lebih () Merasa sangat gemuk () Merasa kurus

Catatan lain :

tidak dapat ditagi karena pasien koma

3. POLA ELIMINASI

❖ Eliminasi buang air kecil (b.a.k)

() Tidak di kateterisasi urine (jika pasien di kateter maka pertanyaan langsung ke bagian dilakukan kateterisasi urine)

() Frekuensi b.a.k dalam 24 jam : 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 (X) tampak kotor

Keluhan klien terhadap kateter terpasang : () nyeri () panas () perih () tidak nyaman

Aliran urine dlm selang kateter : (X) lancar () tersendat

Warna urine dalam urine bag/selang kateter : () kuning jernih () kuning pekat () keruh

(X) 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

Volume cairan irigasi (jika dilakukan irigasi blas) dalam 24 jam terakhir :ml.

Tetes irigasi : tts/menit

Catatan lain :

Volume urine bag 2 x 24 jam terakhir ± 500ml

4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

❖ Aktifitas sehari-hari

Pekerjaan : Petani

Kegiatan Sosial/kemasyarakatan : Anggota masyarakat

Masalah kesehatan anggota gerak :

(☒) kelemahan ekstremitas.....kekuatan otot $\frac{1}{11}$

() 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 :

Pasien tampak bedrest

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.

Kebiasaan 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 :

Saat Pengtajian pasien tampak koma

6. 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...SD.....

Kemampuan mengambil keputusan : (☒) mampu () ragu-ragu () tidak mampu

mengambil keputusan () buta aksara () buta angka

Kemampuan mengingat : Jangka pendek : (☒) mampu () Tidak mampu,

Jangka Panjang : (☒) mampu () tidak mampu

Catatan lain :

Pasien tidak memiliki dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan dengar

7. POLA KONSEPSI DIRI – PERSEPSI DIRI

❖ Keadaan sosial

❖ Pekerjaan : Petani.....

❖ Situasi keluarga : (☒) baik () bercerai ().....

❖ Keanggotaan kelompok sosial : anggota masyarakat.....

❖ Identitas personal (penjelasan ttg kekuatan & kelemahan diri sendiri :

tidak dapat dikaji

❖ Keadaan fisik yg disukai & tidak disukai : tidak dapat dikaji

❖ Harga diri (perasaan klien thd dirinya sendiri) tidak dapat dikaji

Catatan lain :

8. POLA HUBUNGAN PERAN

❖ Gambaran Tentang Peran

❖ Peran klien dalam keluarga : Ibu Rumah Tangga.....

❖ Peran klien dalam masyarakat : anggota masyarakat.....

❖ Peran klien dalam pekerjaan : Pemilik lahan dan pekerja.....

❖ 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, Pasien mengalami koma sehingga tidak dapat melihat respon emosional.

Catatan lain :

kepuasan peran tidak dapat dirai.

9. POLA REPRODUKTIF – SEKSUALITAS

❖ Reproduksi & Seksualitas

❖ Apakah klien saat ini mengalami : () Menopause () amenorrhea () dishmenorhea

() 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 terkait dengan fungsi reproduksi ? (✓) Tidak

() Ya, jika ya, jelaskan

❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi seksual ? (✓) Tidak

() Ya, jika ya, jelaskan

Catatan lain :

10. POLA TOLERANSI TERHADAP STRESS – KÖPING

❖ Toleransi terhadap stress – koping

- ❖ Adakah kejadian yang pernah dialami oleh klien hingga saat ini yang sangat menimbulkan stress ? ☒ tidak ada ☒ ada, yaitu penyakit pasien
- ❖ 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 bertumpul dengan keluarga
- ❖ 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
- ❖ Jika mengetahui, apakah klien pernah menggunakannya ? ☐ ya
☐ tidak, karena.....
- ❖ Apakah saat ini klien tampak : ☐ tegang ☐ murung / sedih ☐ gelisah
☐ menyendiri ☐ tatapan kosong ☐ banyak bertanya

11. POLA KEYAKINAN – NILAI

- ❖ Latar belakang budaya / etnik : Jawa
- ❖ Apakah tujuan hidup menurut klien :
mening pasien mengalami koma, sehingga tidak dapat dikaji
- ❖ Keyakinan klien yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
tidak dapat dikaji
- ❖ Keyakinan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
keluarga mengatakan pasrah dengan apa yang akan terjadi
- ❖ Apakah menurut klien pendekatan keyakinan / budaya / agama penting dalam penyelesaian masalah kesehatan saat ini : ☐ tidak ☐ Ya, Penting
- ❖ Apakah selama di RS klien mengalami kesulitan dalam menjalankan ritual keyakinan/budaya atau agamanya ? ☐ tidak ☒ Ya, jelaskan pasien tampak koma

D. PEMERIKSAAN FISIK

TANDA – TANDA VITAL : TD : 130/100 mmHg, Nadi : 132 x/menit ☒ kuat ☐ lemah
☒ Teratur ☐ Tidak teratur RR : 40 x/mnt ☒ teratur ☐ tidak
Teratur. Irama nafas : ☐ normal ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot
☐ Kussmaul ☒ Hyperventilasi ☐ Apneustik

STATUS MENTAL : () composmentis () Delirium () Somnolen () Stupor (x) Koma

1. Kepala : rambut kotor dan beruban, kulit berkeringat dan kotor, mulut tampak kotor, bibir kering, pupil isokor, pasien anemis, terpasang oksigen 8L/m, terpasang OPA dan NGT, terdapat suara napas gargling dan ronchi kering

2. Leher : terdapat penonjolan vena jugularis, kulit berkeringat

3. Thorax (Jantung & Paru):

a. Inspeksi : Penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas takipnea RR: 40x/m retraksi dinding dada,

b. Palpasi : tidak ada edema

c. Perkusi : Sonor

d. Auskultasi : Vesikuler dan bronkovesikuler

4. Abdomen

a. Inspeksi : tidak terdapat perubahan warna dan bentuk

b. Auskultasi : Bu: 15 x /menit

c. Palpasi : tidak dapat mengaji respon nyeri

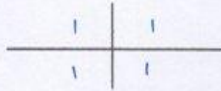
d. Perkusi : tympani

5. Punggung & Tulang Belakang : tidak ada kelainan

6. Genitalia & Rektum : terpasang kateter, pasien tampak menggunakan Pampers

7. Ekstremitas Atas & Bawah : terpasang gelang risiko jatuh pada tangan kiri,
tidak ada edema, perubahan warna dan Fraktur

8. Kekuatan otot :



9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : tidak dapat dikaji

Motorik : tidak dapat dikaji

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 : sss

12 Syaraf Kranial :

Nervus I : tidak dapat dikaji

Nervus II : REFLEKS PUPIL ISOKOR

Nervus III : tidak dapat dikaji

Nervus IV : tidak dapat dikaji

Nervus V : tidak dapat dikaji

Nervus VI : tidak dapat dikaji

Nervus VII : tidak dapat dikaji

Nervus VIII : tidak dapat dikaji

Nervus IX : tidak dapat dikaji

Nervus X : tidak dapat dikaji

Nervus XI : tidak dapat dikaji

Nervus XII : tidak dapat dikaji

10. Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brachial Indeks (ABI) : Kanan Kiri

- Monofilamen : Kanan

Kiri

- Ulkus DM : Lokasi

Gambar :

S : Severe : _____

[illegible]

Pemeriksaan Laboratorium

A. Pemeriksaan Faal koagulasi (02 Maret 2020)

No	Faal koagulasi	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
1.	CT	12	8-18	Menit
2.	BT	2	1-3	Menit

B. Kimia darah (02 Maret 2020)

1.	SGOT	34	0-35	U/L
2.	SGPT	30	0-35	U/L
3.	Gula darah sewaktu	61	<140	mg/dL
4.	Ureum	97	15-40	mg/dL
5.	Creatinine	0.67	<0.90	mg/dL
6.	Natrium	140	135-147	mmol/L
7.	Kalium	3.5	3.5-5	mmol/L
8.	Kalsium	8	8.8-10	mg/dL
9.	Klorida	108	95-105	mmol/L

C. Analisa gas darah (01 Maret 2020)

1.	Temperatur pasien	36	36.5-37.5	°C
2.	Haemoglobin	11.8	11.7-15.5	g/dL
3.	FIO ₂	51	>300	%
4.	PH	7.46	7.35-7.45	
5.	PCO ₂	23	35-45	mmHg
6.	PO ₂	40	80-108	mmHg
7.	HCO ₃	16.4	23-29	mmol/L
8.	TCO ₂	17.1	24-30	mmol/L
9.	BE _b (Base Excess Blood)	-5.9	(-2.4) - 2.3	mmol/L
10.	BE _{ecf}	-6.9		mmol/L
11.	Anion Gap	20.2		mmol/L
12.	Anion Gap (kt)	23.6		mmol/L
13.	O ₂ Sat	82.1		%

D. Hematologi (29 Februari 2020)

1.	Leukosit	11.200	3.600-11.000	/μL
2.	Eritrosit	3.8	3.8-5.2	juta/μL
3.	Hematokrit	36	35-37	%
4.	Trombosit	165.000	150.000-440.000	/μL
5.	MCV	95	80-100	fL
6.	MCH	31	26-34	pg
7.	MCHC	33	32-36	g/dL
8.	Basofil	0	0-1	%
9.	Eosinofil	0	2-4	%
10.	Batang	0	3-5	%
11.	Segmen	84	50-70	%
12.	Limfosit	11	25-40	%
13.	Monosit	5	2-8	%

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : Ny. I	Jenis Kelamin : L / P	No. Register : 016-06-1050000	Tanggal Penilaian Risiko : 2 Maret 2020
			6380-001

PARAMETER	TEMUAN			SKOR
Persepsi Sensori	1. Tidak merasakan/respon thd stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hny berespon pd stimuli nyeri, tdk dpt mengkomunikasikan ketidaknyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.
Kelambaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	4. Kulit kering
Aktivitas	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	4. Dapat berjalan sekitar ruangan
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi ekstremitas mandiri	4. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	4. Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan	

FOODMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke Non Hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1.	2 Maret 2020 08:30	tidak dapat dikaji karena DS: Pasien mengalami koma - pasien tampak tidak mampu batuk - Tampak penumpukan air liur pada mulut pasien DO: - terdapat suara gargling dan ronkhi kering - Frekuensi napas takipnea - RR: 40x/menit - Terpasang OPA	Bersihkan jalan napas tidak efektif	dysfungsi neuromuskular
2.	2 Maret 2020 08:30	tidak dapat dikaji karena DS: Pasien koma - pernapasan menggunakan otot bantu pernapasan - terdapat retraksi dinding dada DO: - pola napas takipnea - RR: 40x/menit - terpasang oksigen NRM 8L/menit	Pola napas tidak efektif	gangguan neurologis

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ny. J
 Dx. Medis : Stroke Non Hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
3.	2 Maret 2020 08:30	tidak dapat dikaji karena DS : pasien koma DO : - pasien tampak tirah baring dan semua aktivitas dibantu total - kulit tampak berkettingat - Mulut tampak kotor - Rambut tampak kotor	Defisit perawatan diri	Kelemahan
4.	2 Maret 2020 08:30	Data subyektif tidak DS : dapat dikaji karena pasien koma DO : - skala jatuh : 75 - pasien tampak koma - kekuatan otot 0/5 - Terpasang gelang kuning pada lengan pasien	Risiko jatuh	Penurunan kesadaran

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ng. I
 Dx. Medis : Stroke non Hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
5.	2 Maret 2020 08:30	tidak dapat dikaji karena DS: pasien mengalami koma DO: - Suhu: 40,9°C - kulit terasa hangat - Nadi: 132 x / menit - pasien takipnea - RR: 40 x / menit	Hipertermia	proses penyakit (infeksi)
6.	2 Maret 2020 00:30	tidak dapat dikaji karena DS: pasien mengalami koma DO: - pasien mengalami gangguan menelan	Risiko defisit Nutrisi	ketidakmampuan menelan makanan

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ng. I
 Dx. Medis : Stroke Non Hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
7.	2 Maret 2020 00:30	tidak dapat dikaji karena DS: pasien koma DO: Air liur terakumulasi di rongga mulut	Gangguan menelan	Gangguan saraf kranialis
8.	2 Maret 2020	tidak dapat dikaji karena DS: pasien koma DO: - Frekuensi nadi : 132x/menit - Bibir tampak kering - Volume urine : ± 500ml - Suhu tubuh : 40°C		

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ng.1
 Dx. Medis : Stroke non Hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
g.	2 Maret 2020 08:30	tidak dapat dikaji karena DS : pasien koma DO : kekuatan otot $\frac{1}{1}$	Gangguan Mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot
		DS : DO :		

Daftar prioritas diagnosa keperawatan

Nama klien : Ng.1
Dx. Medik : Stroke non hemoragik
Ruang : Bougenville
No. MR : 62.55.62

HARI KE-1 : Tanggal 2 Maret 2020

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular
2. Pola napas tidak efektif b.d gangguan neurologis
3. Defisit perawatan diri b.d kelemahan
4.

HARI KE-2 : Tanggal 3 Maret 2020

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular
2. Pola napas tidak efektif b.d gangguan neurologis
3. Hipertermia b.d Proses Penyakit (infeksi)
4.

HARI KE-3 : Tanggal 4 Maret 2020

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular
2. Pola napas tidak efektif b.d gangguan neurologis
3. Hipertermia b.d Proses Penyakit (infeksi)
4.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non Hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Perunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.	2/3/2020	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersih jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: - Produksi Sputum / air liur menurun - Gargling menurun - Rontgen Kering menurun - Frekuensi napas kembali 30x/menit	Pemantauan tanda vital - Observasi - Monitor TD - Monitor nadi (Frekuensi) - Monitor pernapasan (Frekuensi, kedalaman) - Monitor suhu tubuh - Monitor oksimetri nadi - Terapeutik - Atur Interval pemantauan sesuai kondisi - Dokumentasikan hasil pemantauan - Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan	- observasi - mengetahui perubahan TD - mengetahui perubahan nadi - mengetahui perubahan pernapasan - mengetahui perubahan suhu - mengetahui perubahan Saturasi Oksigen - Terapeutik - menyesuaikan pemantauan TTV dengan keadaan pasien. - Menentukan tmda- - Edukasi - Memberikan penjelasan tujuan & sop - Memberi informasi hasil pemantauan	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ng. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Perunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
				- Manajemen jalan napas - Observasi - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas per 4 jam) - Monitor bunyi napas tambahan (gargling dan ronchi kering) per 2 jam - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) per 2 jam - Terapeutik - pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift - Jaw thrust - pertahankan posisi semi Fowler - Berikan oksigen, jika perlu	- Observasi - mengetahui pola napas - mengetahui adanya bunyi napas tambahan - mengetahui adanya sputum berlebih - Terapeutik - memperhatikan kepatenan jalan napas - memastikan posisi maksimal untuk ekspansi paru - membantu tubuh memenuhi kebutuhan oksigen - Edukasi - Agar air liur berlebih dapat berturgid	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ng. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasionalisasi	Paraf
2.	2 Maret 2020	Pola napas tidak efektif	Sekolah diartikan Intervensi Keperawatan selama 3x24 jam maka pola napas membaik dengan kriteria hasil: - Ventilasi Sement meningkat - Kapasitas vital meningkat - Taksionia menurun	• Edukasi - Ajarkan keluarga untuk mengelap air liur berlebih • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, & mukolitik, jika perlu • Pantauan Respirasi - Observasi - Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas - Monitor pola napas taknena per 4 jam - Monitor kemampuan batuk efektif per 8 jam - Monitor adanya produksi sputum per 24 jam	• Kolaborasi - memudahkan pasien bernapas dengan cara farmakologi (mengencerkan dahak, melebarkan bronkus) • Observasi - mengetahui perubahan frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas - mengetahui pola napas per 4 jam - mengetahui kemampuan batuk efektif per 8 jam - mengetahui adanya produksi sputum per 24 jam	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Nlg. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Monitor
1			- penggunaan alat bantu napas menurut Frekuensi napas Membatik (8x/m)	- monitor adanya sumbatan jalan napas - Auskultasi bunyi napas per 4 jam - Monitor saturasi oksigen per 8 jam - Monitor nilai APO per 1x 24 jam - Monitor hasil x-ray - Terapeutik - Atur pemantauan respirasi per 8 jam - Dokumentasikan hasil pemantauan - Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil jika perlu.	- mengetahui adanya sumbatan jalan napas - mengetahui bunyi napas per 4 jam - mengetahui saturasi oksigen per 8 jam - Mengetahui nilai APO per 1x 24 jam - Mengetahui hasil x-ray thorax - Terapeutik - menyesuaikan pemantauan sesuai kondisi - Dokumentasi untuk penentuan intervensi berikutnya - Edukasi - Agar keluarga tahu situasi dan tindakan	

- Agar keluarga tau keadaan pasien.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional
3.	2 Maret 2020	Defisit perawatan diri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: - Mempertahankan kebersihan diri - Meningkatkan	Dukung perawatan diri mandi - Observasi - Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan - Monitor kebersihan tubuh (mis. Mulut, rambut, kuku) - Monitor integritas kulit - Terapeutik - Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo) - Sediakan lingkungan yg aman dan nyaman	• Observasi - Mengetahui kemampuan dan kebiasaan perawatan diri sesuai usia & budaya - Mengetahui tingkat kemandirian - Monitor kebersihan tubuh • Terapeutik - menyediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, Shampoo) untuk memotivasi - memberikan keamanan & nyaman - memberikan fasilitas oral hygiene - memberikan Fasilitas Mandi sesuai kebutuhan - memberikan kenyamanan Saat personal hygiene.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : My!
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Monitor
				- Fasilitasi Menggosok-gosok sesuai kebutuhan - Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan - Pertahankan kebersihan diri - Beri bantuan sesuai tingkat kemandirian • Edukasi - Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap keluarga - Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, bila perlu.	• Edukasi - Agar pasien mengetahui manfaat dan dampak mandi terhadap kesehatan - Agar keluarga pasien tahu cara memandikan pasien.	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bouenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	2/3/2020 08:00	1 dan 2	Pemantauan tanda vital • Observasi - monitor TD per 4 jam - monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) per 4 jam - monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) per 4 jam - monitor suhu tubuh per 4 jam • Monitor oksimetri nadi per 8 jam • Terapeutik - Mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Mendokumentasikan hasil pemantauan • Edukasi - Menjelaskan tujuan & SOP - Menginformasikan hasil pemantauan	S: DS tidak dapat dikaji karena pasien toma u/dx I&2 - keluarga pasien mengatakan Ny. I mandi 1-2x/hari O: pemantauan tanda vital • observasi pukul 08:00 - TD : 130/100 mmHg - N : 132 x/menit, kuat & reguler - RR : 40x/menit - pernapasan tampak dalam - S : 40.4 °C - kulit terasa hangat - SpO2 : 98 % • observasi pukul 12:00 - TD : 120/80 mmHg - N : 132 x/menit, kuat & reguler - RR : 40x/menit - pernapasan tampak dalam - S : 40.1 °C, kulit terasa hangat	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ng.
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Keap	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		1	Manajemen jalan napas • Observasi • Monitor bunyi napas • Tambahan per 8 jam • Monitor Sputum per 24 jam • Terapeutik • mempertahankan ketinggian jalan napas menggunakan OPA • mempertahankan posisi semi-Fowler • Monitor pemberian oksigen pd mulut pasien • Mengelap akumulasi air liur pd mulut pasien • Edukasi • Mengajarkan keluarga untuk mengelap air liur pd mulut pasien • Kolaborasi • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.	Observasi pukul 16.00 - TP : 120/80 mmHg - N : 116 x/menit, kuat & reguler - RR : 40 x/menit - Pernapasan tampak dalam - S : 40 °C - Kulit terasa hangat - SpO2 : 98% • Observasi pukul 20.00 - TP : 120/70 mmHg - N : 125 x/menit, kuat & reguler - RR : 40 x/menit - Pernapasan tampak dalam - S : 40 °C - Kulit terasa hangat • Observasi pukul 24.00 - TP : 130/80 mmHg - N : 129 x/menit, kuat & reguler - RR : 39 x/menit - Pernapasan tampak dalam - S : 39,9 °C - Kulit terasa hangat	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Nly.1
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Rougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Keper	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		2	Pemantauan respirasi • Observasi - Memonitor kemampuan batuk efektif per 8 jam - Memonitor adanya sumbatan jalan nafas - Memonitor nilai AED per 1x24 jam - Memonitor hasil x-ray thoraks • Terapeutik - Melakukan pemantauan respirasi per 8 jam - Mendokumentasikan hasil pemantauan • Edukasi - Menjelaskan tujuan & SOP - Menginformasikan hasil pemantauan	Evaluasi pukul 04:00 • Observasi pukul 04:00 - TP - N - RR - Pernafasan tampak dalam - S : 39,7°C • Edukasi - keluarga pasien tampak mengerti prosedur TTV yang akan dijalankan - Manajemen jalan nafas • Observasi - Terdapat suara nafas gergang & ronchi kering pada pukul 08:00, 16:00, 24:00 - Terdapat akumulasi air liur pd mulut pasien • Terapeutik - terpasang OPA - Posisi pasien tampak semi-Fowler - Oksigen terpasang Netm 8L/menit	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	09.30	3	- Putungan perawatan diri mandi - Observasi - Memantau tingkat kemandirian - Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan - Memantau kebersihan tubuh - Terapeutik - memfasilitasi mandi - memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian - Edukasi - Mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien.	pendataan respirasi - Observasi - Identifikasi kemampuan batuk efektif per 8 jam - Identifikasi adanya sumbatan jalan napas - Monitor titik ACP per 12 jam - Monitor hasil x-ray thorax - Terapeutik - Atas pemantauan respirasi per 8 jam - pasien tampak tidak bisa batuk efektif pukul 08:00, 16:00, dan 24:00 - Terapiasan menggunakan otot bantu pernapasan - Terdapat akumulasi air liur pada mulut pasien - Terdapat retraksi dinding dada - Nilai ACP - pH : 7,46 - pO2 : 83 mmHg - pO2 : 90 mmHg - HCO3 : 16,4 mmol/L - Hasil x-ray thorax : Gambaran bronktis curiga disertai infeksi sekunder	
	12:00				

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				Dukung perawatan diri mandiri • Observasi - Tingkat keamanan pasien dibantu total - Badan pasien tampak bersih dari keringat • Terapeutik - Keperawatan pribadi pasien sudah tersedia - Perawat mampu membantu saat mengelap badan pasien • Edukasi - Keluarga pasien tampak mengerti bagaimana memandikan pasien A: - Bersihan jalan napas tidak efektif - Pola napas tidak efektif - Defisit perawatan diri teratasi - Hipertermia P: - Pemantauan tanda vital - Pemantauan / monitor TD per 4 jam	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Nij. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Keap	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				- Monitor nadi (Frekuensi, ketepatan, irama) per 4 jam - Monitor pernapasan (Frekuensi, kedalaman) per 4 jam - Monitor suhu tubuh per 4 jam - Monitor oksimetri nadi 8 jam - Terapeutik - Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasi hasil pemantauan - Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan - Manajemen jalan napas - Observasi - Monitor bunyi napas tambahan Gargling & rontgen (erring) per 8 jam - Terapeutik - Pertahankan kepatenan jalan napas dengan OPA - Pertahankan posisi semi-fowler - Monitor pemberian oksigen - Lap akumulasi air liur pada mulut pasien	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bogenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				Edukasi - Evaluasi kemampuan keluarga untuk mengedap air liur berlebih pada pasien Pemantauan respirasi • Observasi - Monitor kemampuan batuk efektif per 8 jam - Monitor adanya sumbatan jalan napas - Monitor nilai ABG per 1x24 jam - Monitor hasil x-ray thorax • Terapeutik - Atur Pemantauan respirasi per 8 jam - Dokumentasi hasil pemantauan • Edukasi - Jelaskan tujuan & prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu Manajemen hipertensi • Observasi - Identifikasi penyebab hipertensi	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Point
	3 Maret 2016 08:00	112.13	Pemantauan tanda vital • Observasi • Memonitor TP per 4 jam • Memonitor nadi per 4 jam • Memonitor tekanan darah per 4 jam • Memonitor suhu tubuh per 4 jam • Memonitor oksimetri nadi per 4 jam • Terapeutik • Mengukur interval pemantauan sesuai kondisi pasien • Mendokumentasikan hasil	- Monitor suhu tubuh - Monitor kadar elektrolit - Monitor haluaran urine • Terapeutik - Longgarkan / lepaskan pakaian - Catutan pendinginan eksternal • Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan & elektrolit intravena S: DS tidak dapat dikaji karena pasien mengalami koma O: Pemantauan tanda vital - Observasi pukul 08:00 - TP : 140/90 mmHg - N : 140 x/menit - RR : 36 x/menit - Pergerakan taraprat dalam - 90.7% - SpO2 : 98%	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Niy. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kej	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		1	- Edukasi - Memberikan Kajian & Sop - Mengingat Formasi hasil - Pemeriksaan - Manajemen jalan nafas - Observasi - memonitor bunyi nafas - penambahan (gargling & ronkhi kering) per 4 jam - Terapeutik - memertahankan jalan nafas dengan OPA - Memertahankan posisi semi-Fowler - memonitor pemberian oksigen - Lap akumulasi air liur pada pasien - Edukasi - monevralisasi kemampuan keluarga ut mengingat air liur berlebih pd pasien	- Observasi pukul 12:00 - TD : 120/80 mmHg - N : 140 x /menit, kuat & reguler - RR : 17 x /menit - pernapasan tampak dalam - S : 40,7 °C - Observasi pukul 16:00 - TD : 130/90 - N : 120, kuat & reguler - RR : 33 x /menit - pernapasan tampak dalam - S : 40,1 °C - Observasi pukul 20:00 - TD : 120/80 mmHg - N : 144 x /menit, kuat & reguler - RR : 30 x /menit - pernapasan tampak dalam - S : 40,0 °C - Observasi pukul 24:00 - TD : 120/80 mmHg - N : 143 x /menit - RR : 39 x /menit - pernapasan tampak dalam - S : 40,7 °C	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Mg. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bogenville
 No. MR : 02.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		2	Pemeriksaan Respirasi - Observasi - Memonitor kemampuan batuk efektif per 8 jam - Memonitor adanya sumbatan jalan napas - Memonitor nilai ACP per ixadim - Memonitor hasil x-ray thorax - Terapeutik - Mengukur kemampuan respirasi per 8 jam - Memotumukan fiksitan hasil Edukasi - Menjelaskan tujuan & SOP - Menginformasikan hasil	- Observasi pukul 24:00 - TD : 120/80 mmHg - N : 145 x/menit - RR : 35 x/menit - Pemeriksaan tampak dalam - S : 40,7% - Observasi pukul 04:00 - TD : 140/90 mmHg - N : 140 x/menit - RR : 38 x/menit - Pemeriksaan tampak dalam - S : 40,7% - Edukasi - Keluarga pasien tampak mengerti prosedur TTV yang akan dilakukan. - Manajemen jalan napas - Observasi - Terdapat suara napas tambahan ronchi kering dan suara gurgling berkurang pd pukul 08:00 - Terdapat suara napas tambahan ronchi kering & gurgling pd pukul 16:00 & 24:00 - Air liur pada mulut pasien tampak berkurang	
		4	Manajemen hipertermia - Observasi - Memonitor kadar elektrolit - Memonitor laju urine		

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. J
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
			Terapeutik - mempertahankan penggunaan kam untuk menutup tubuh - Melakukan pendinginan eksternal - Kolaborasi - melakukan to Uborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena	Terapeutik - pasien terpasang oya - posisi pasien semi-Fowler - Oksigen diberikan menggunakan NRM GL/ment - Edukasi - Keluarga pasien tampak sudah bisa mengelap akumulasi air liur pasien - memantau respirasi - Observasi - Pasien tampak tidak bisa batuk efektif pada pukul 08:00, 16:00, & 24:00 - Akumulasi air liur pada mulut pasien tampak berkurang - Perawatan menggunakan otot bantu Pernapasan - Tanda retraksi dinding dada - pasien tidak dilakukan pemeriksaan AGO pd 3/3/20 - Pasien tidak dilakukan pemeriksaan x-ray thorax pada tanggal 3/3/20	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :
 Dx. Medis :
 Ruang :
 No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kej	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				Manajemen hipertermia • Observasi • Hipertermia disebabkan oleh dehidrasi & proses infeksi • Hasil rontgen thorax gambaran bronkitis curiga adanya infeksi sekunder • Hasil CT-scan curiga edema cerebri dg adanya gambaran proses inflamasi • kadar florida 108 mmol/L • Volume urine bag ± 500ml • Terapeutik • Pasien tampak menggunakan selimut kain yg menutup badan • Pasien diberikan kompres dingin eksternal • Kolaborasi • Terpapang Cairan IV Nad 0.8% 1500ml/hari - A: - Bersihan jalan napas tidak efektif - pola napas tidak efektif - Hipertermia	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny 1
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				P: - Pemantauan tanda vital - Observasi - Monitor TD per 4 jam - Monitor nadi per 4 jam - Monitor pernapasan per 4 jam - Monitor suhu tubuh per 4 jam - Monitor oksimetri nadi per 8 jam T: - Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan - Edukasi - Jelaskan ke ^{ke} keluarga & prosedur - Informasikan hasil M: - Manajemen jalan napas - Observasi - Monitor kemampuan batuk efektif per 8 jam - Monitor adanya sumbatan jalan napas - Monitor nilai ACP per 1x24 jam - Monitor hasil x-ray thorax	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ng. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				Terapeutik - Pertahankan kepatenan jalan napas dengan opa - Pertahankan posisi semi-Fowler - Monitor pemberian oksigen - Lga akumulasi air liur pada mulut pasien - Edukasi - Evaluasi kemampuan keluarga untuk mengelola air liur berlebih pada pasien Pemantauan respirasi - Observasi - Monitor kemampuan batuk efektif per 8 jam - Monitor adanya sumbatan jalan napas - Monitor nilai AGO per 1x24 jam - Monitor hasil x-ray thoraks Terapeutik - Atur pemantauan respirasi per 8 jam - Dokumentasikan hasil pemantauan - Edukasi	

- Jelaskan tujuan & sop
 - Informasikan hasil pemantauan jika perlu

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
4 Maret 2020 08:00	1, 2, & 4		Pemeriksaan tanda vital • Observasi • Monitor TD per 4 jam • Monitor RR per 4 jam • Monitor nadi per 4 jam • Monitor suhu tubuh per 4 jam • Monitor oksigenasi nadi per 4 jam	Manajemen hipotermia • Observasi • Identifikasi penyebab hipotermia • Monitor kadar elektrolit • Monitor haluaran urine • Terapeutik • Pertahanan penggunaan kain untuk menutup tubuh • Isolasi pendinginan eksternal • Kolaborasi • Kolaborasi pemberian cairan & elektrolit IV S: Ts tidak dapat dikaji karena pasien mengalami koma O: Pemeriksaan tanda vital • Observasi Pukul 08:00 • TD : 130/90 mmHg • N : 133 x/menit, kuat & reguler	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ng.1
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62-55-62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
			• Terapeutik - mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Mendokumentasikan hasil Pemantauan • Edukasi - menjelaskan tujuan dan SOP - Menginformasikan hasil Manajemen jalan napas • Observasi - Memonitor bunyi napas - Pantabati per 2 jam • Terapeutik - Memerhatikan kepatenan jalan napas menggunakan - OPA • Memposisikan Semi-Fowler • Memonitor pemberian oksigen • Mengejar akumulasi air liur pada mulut pasien	14 - Penapisan tampak dalam - S : 40,2°C - SpO2 : 98% - Observasi pukul 12:00 - N : 132 x/menit, kuat x 4 regular - RR : 36 x/menit - Penapisan tampak dalam - S : 40,3°C - Observasi pukul 16:00 - TD : 120/80 mmHg - N : 135 x/menit - RR : 33 x/menit - Penapisan tampak dalam - S : 40,5°C - Observasi pukul 20:00 - TD : 130/80 mmHg - N : 130 x/menit - RR : 33 x/menit - Penapisan tampak dalam - S : 40,3°C	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Rougemville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		2	- Edukasi - Mengevaluasi kemampuan keluarga u/ mendapat air luar bersih pada pasien - Pemantauan Respirasi - Observasi - Memonitor kemampuan batuk efektif per 8 jam - Memonitor adanya sumbatan jalan napas - Terapeutik - Mengatur pemantauan pernapasan - Mendokumentasikan hasil - Edukasi mengenai hygiene - Edukasi mencuci tangan - Menginformasikan hasil	- Observasi pukul 24:00 - Td : 130/100 mmHg - N : 113 x / menit - RR : 30 x / menit - Pernapasan tampak dalam - S : 40,5°C - Observasi pukul 04:00 - Td : 120/90 mmHg - N : 132 x / menit - RR : 29 x / menit - Pernapasan tampak dalam - S : 40,5°C - Edukasi - Keluarga tampak mengerti prosedur TTV yg akan dilakukan - Manajemen jalan napas - Observasi - Terdapat suara napas tambahan ronchi kering & gurgling berkurang pada pukul 08:00	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Boudenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Keperawatan	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
			Manajemen hipertermia • Observasi • Mengidentifikasi penyebab hipertermia • memonitor kadar elektrolit • memonitor hallusan urine • Terapeutik • Mempertahankan penggunaan kain untuk menutup tubuh • Melakukan pendinginan eksternal • Memberi oksigen jika perlu • Kolaborasi • Melakukan kolaborasi pemberian cairan & elektrolit intravena	- Terdapat suara napas terditi kering & gurgling pada pukul 16:00 & 24:00 - Mengelap akumulasi air liur pasien - Air liur yang terakumulasi tampak berkurang - Terapeutik - Terpasang opa - Posisi tampat semi-Fowler - Oksigen terpasang NPT 1 GL/menit - Edukasi - keluarga pasien tampak mengelap air liur pasien Pemantauan respirasi • Observasi • Pasien tampak tidak bisa batuk efektif pada pukul 00:00, 16:00, dan 24:00 • Akumulasi air liur pada mulut pasien tampak berkurang • pernapasan menggunakan otot bantu pernapasan	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bogenville
 No. MR : 62-55-62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				- terdapat retraksi dinding dada - Pasien tidak diatukan pemeriksaan AGP - Pasien tidak meyakinkan pemeriksaan x-ray thorax Manajemen hipertermia • Observasi - Hipertermia disebabkan ol dehidrasi & Proses infeksi - Hasil rontgen thorax : gambaran bronchitis curiga disertai infeksi sekunder - Hasil CT-Scan curiga edema cerebri dg adanya gambaran suatu proses inflamasi - Kadar klorida 108 mmol/L - Volume urine bag ± 500 ml • Terapeutik - pasien tampak mengungutkan sehelai kain u/ menutup badannya - pasien diberikan kompres dingin eksternal • Kolaborasi - Tampak terpasang cairan IV Nad 0.9% 1500 ml / hari	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				A: - Bersihan jalan napas tidak efektif - Pola napas tidak efektif - Hipertensi P: - Pemantauan tanda vital - Observasi - Monitor TD per 4 jam - Monitor nadi per 4 jam - Monitor pernapasan - Monitor suhu tubuh per jam - Monitor oksimetri nadi per 8 jam - Terapeutik - Alter interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan - Edukasi - Jelaskan tujuan & sop - Informasikan hasil pemantauan	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				Manajemen jalan napas • Observasi • Monitor bunyi napas tambahan per 8 jam • Terapeutik • Pertahankan kepatenan jalan napas dengan O ₂ • Monitor posisi semi-Fowler • Monitor pemberian oksigen • Lap akumulasi air liur pada mulut pasien • Edukasi • evaluasi kemampuan keluarga / mengasap air liur • lebih • Penanganan respirasi • Observasi • Monitor kemampuan batuk efektif per 8 jam • Monitor adanya sumbatan jalan napas • Monitor sputum per 24 jam • Monitor hasil x-ray thorax	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. I
 Dx. Medis : Stroke non hemoragik
 Ruang : Bougenville
 No. MR : 62.55.62

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				• Terapeutik - Atur pemantauan respirasi per 8 jam - Dokumentasikan hasil pemantauan • Edukasi - Jelaskan tujuan & SOP - Informasikan hasil pemantauan jika perlu Manajemen hipertensi • Observasi - Identifikasi penyebab hipertensi - Monitor kadar elektrolit - Monitor haluaran urine • Terapeutik - Pertahankan penggunaan kain untuk menutup tubuh - Catkan pendinginan eksternal • Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan & elektrolit IV	

	KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN TANGJUNGPUR Jalan Soekarno - Hatta No. 6 Bandar Lampung Telp : 0721 - 783 852 Faxsimile : 0721 - 773 918 Website : http://poltekkes-tjk.ac.id E-mail : direktorat@poltekkes-tjk.ac.id	
10 Februari 2020		
Nomor	: PP.03. 01 / I. 1 / 0623 / 2020	
Lampiran	: 1 Eks	
Hal	: <u>Izin Penelitian</u>	
 Yang terhormat : 1. Direktur RS. Jiwa Provinsi Lampung 2. Direktur RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung		
Di- Tempat		
Sehubungan dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah bagi mahasiswa semester VI Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Tanjungpur Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungpur Tahun Akademik 2019/2020 maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan Penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan nama Mahasiswa dan institusi yang terkait dengan proposal penelitian. Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.		
 NIP: 19621219199021001		
Tembusan : 1. Ka. Jurusan Keperawatan 2. Kepala Bagian Diklat		

Lampiran 1 : Isin Penelitian
 Nomor : PP.07.01/1/...../2020
 Tanggal : 10 Februari 2020

DAFTAR JUDUL KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN TANJUNGPINANG JURUSAN KEPERAWATAN KELAS REGULER
TAHUN AKADEMIK 2019/2020

NO	NAMA MAHASISWA	NIM	JUDUL KARYA TULIS	TEMPAT
1	HESTI RIZKA APRILLIA	1714401072	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Psikososial Hukuman Pada Pasien Skizofrenia	RSJ Prov. Lampung
2	BERLYANI AGUSTINA BASIRUN	1714401075	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Psikososial Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia	RSJ Prov. Lampung
3	RIA SUSANTI	1714401001	Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas pada Anak Thalasemia	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
4	DWI FITRI JUMIATI	1714401010	Asuhan Keperawatan Gangguan Respirasi pada Pasien Tuberkulosis di Ruang Melati RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
5	TEHNIKA AYU NUR M.P.	1714401012	Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Respirasi pada Klien dengan Asma Bronchial	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
6	OKTAFIYANI NUR INDAH SARI	1714401015	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Pasien dengan Tuberkulosis Paru	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
7	SERVITA RENIDA	1714401017	Asuhan Keperawatan Gangguan Pola Nafas Tidak Efektif pada pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
8	SHELLA NESTI AYU	1714401019	Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
9	FAISAL AJI SETIAWAN	1714401020	Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Kebutuhan Aman dan Nyaman pada Pasien Preeklamsia Kehamilan Trimester ke-3	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
10	ANNISA THAYYIBAH	1714401021	Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Fisik pada Pasien Stroke Hemoragik	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
11	JAINURI ULAN SARI	1714401022	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke (Non Hemoragik)	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
12	OLA VANIA AUORORA	1714401023	Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien Post Op Ca. Mammae	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
13	SHINTA WINDIYASTI	1714401024	Asuhan Keperawatan gangguan Pemenuhan Kebutuhan Respirasi pada Pasien Stroke	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
14	UMAYA BUANA PUTRI	1714401031	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik pada Pasien Fraktur Femur	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
15	PUTRI MIRANDA AFRILIA	1714401038	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Pasien Thyroid di Ruang Anyelir RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
16	MUHAMMAD ARIFUDIN	1714401044	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit pada Anak dengan Demam Berdarah Dengue (DBD)	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
17	DIAN THALITA SARI	1714401050	Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas pada Pasien Fraktur Femur	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
18	KOMANG PRITHAYANI	1714401051	Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Keamanan dan Perlindungan pada Pasien Diabetes Mellitus	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
19	OKTO YURISMAN	1714401053	Asuhan Keperawatan Gangguan Respirasi pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
20	ANANDA MUTHIA	1714401056	Asuhan Keperawatan Keamanan dan Proteksi pada Pasien Diabetes Mellitus	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
21	MELDY AJI SAPUTRA	1714401057	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi pada Klien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
22	DADI KURNIAWAN	1714401064	Asuhan Keperawatan dengan Gangguan kebutuhan Penyukuhan dan Pembelajaran (Defisit Pengetahuan) pada pasien Tuberculosis	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung
22	NIA LESTARI	1714401067	Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Fisik pada Pasien Stroke Hemoragik	RSUD dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung

Surat Balasan dari Tempat Pengambilan Pasien

Lampiran 4

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

Bandar Lampung, 21 Februari 2020

Nomor : 420/09830/6.2/II/2020
Sifat : Biasa
Lampiran : 3 (Tiga) lembar
Perihal : Izin Penelitian D3 Keperawatan

Kepada
Yth Dr. Rucyung Mulya
di-
RSUD.AM

Menindaklanjuti surat dari Direktur Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang Prodi DIII Keperawatan No : PP.03.01/I.1/0623/2020 tanggal 10 Februari 2020, perihal tersebut pada pokok surat, atas nama (terlampir).

Dengan ini kami informasikan bahwa untuk kepentingan penelitiannya yang bersangkutan dapat disetujui untuk mengambil data pada Ruang dan Nama Pembimbing Askep (Terlampir) RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dan dilakukan di jam kerja RSUDAM Waktu Mengambil data diberikan selama (Lima) 5 Hari. Untuk informasi lebih lanjut yang bersangkutan dapat berhubungan dengan Bagian Diklat RSUD.AM.

a.n. DIREKTUR UTAMA
DIREKTUR DIKLAT & SDM,


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



Ruang Bougenvile : 3 Mahasiswa

NO	NAMA/NIM	TEMPAT PENELITIAN	NAMA PENDAMPING ASKEP PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Annisa Thayyibah 1714401021	Ruang Bougenvile Ruang Diklat	Ns,Yuli Sandra S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktifitas Fisik Pada Pasien Stroke Hemoragik di Ruang Bougenvile RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
2.	Jainuri Ulan Sari 1714401022	Ruang Bougenvile Ruang Diklat	Ns,Yuli Sandra S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke (Non Hemoragik) di Ruang Bougenvile RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
3.	Shinta Windiyasti 1714401024	Ruang Bougenvile Ruang Diklat	Ns,Yuli Sandra S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Respirasi Pada Pasien Stroke di Ruang Bougenvile RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4.	Nia Lestari 1714401067	Ruang Bougenvile Ruang Diklat	Ns,Yuli Sandra S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Fisik Pada Pasien Stroke Hemoragik di Ruang Bougenvile RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Ruang Mawar : 4 Mahasiswa

NO	NAMA/NIM	TEMPAT PENELITIAN	NAMA PENDAMPING ASKEP PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Ola Vania Auorora 1714401067	Ruang Mawar Ruang Diklat	Ns,Julita Sitepu S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pada Pasien Post Op Ca Mammae di Ruang Mawar RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
2.	Ananda Muthia 1714401056	Ruang Mawar Ruang Diklat	Ns,Julita Sitepu S,Kep	Asuhan Keperawatan Keamanan dan Proteksi Pada Pasien Diabetes Melitus di Ruang Mawar RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
3.	Nabila Emira 1714401079	Ruang Mawar Ruang Diklat	Ns,Julita Sitepu S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Nyeri Kronik Pada Pasien Ca di Ruang Mawar RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4	Ferdara Rantika An 1714401081	Ruang Mawar Ruang Diklat	Ns,Julita Sitepu S,Kep	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Istirahat (Tidur) Pada Pasien Kanker di Ruang Mawar RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Ruang Murai : 1 Mahasiswa

NO	NAMA/NIM	TEMPAT PENELITIAN	NAMA PENDAMPING ASKEP PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Renanda Bagus Laksono 1714401074	Ruang Murai Ruang Diklat	Ns, Budiarmo S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Cairan Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang Murai RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Ruang Melati : 6 Mahasiswa

NO	NAMA/NIM	TEMPAT PENELITIAN	NAMA PENDAMPING ASKEP PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Dwi Fitri Jumiaty 1714401010	Ruang Melati Ruang Diklat	Ns,Sri Sugiyati,S,Kep	Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Respirasi Pada Pasien Tuberkolosis di Ruang Melati RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
2.	Tehnikita Ayu Nur MP 1714401012	Ruang Melati Ruang Diklat	Ns,Sri Sugiyati,S,Kep	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Respirasi Pada Klien Dengan Asma Bronchial di Ruang Melati RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
3.	Oktafiyani Nur Indah Sari 1714401022	Ruang Melati Ruang Diklat	Ns,Sri Sugiyati,S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenisasi Pada Pasien Tuberkolosis Paru di Ruang Melati RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4.	Servita Renida 1714401017	Ruang Melati Ruang Diklat	Ns,Boiman,S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) di Ruang Melati RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
5.	Okto Yurisman 1714401053	Ruang Melati Ruang Diklat	Ns,Boiman,S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Respirasi Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis di Ruang Melati RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
6.	Dadi Kurniawan 1714401064	Ruang Melati Ruang Diklat	Ns,Boiman,S,Kep	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Penyuluhan dan Pembelajaran (Defisit Pengetahuan) Pada Pasien Ruberculosis di Ruang Melati RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Ruang Alamanda :2 Mahasiswa

NO	NAMA/NIM	TEMPAT PENELITIAN	NAMA PENDAMPING ASKEP PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Ria Susanti 1714401001	Ruang Alamanda Ruang Diklat	Ns,Maghdalena S,Kep	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Pada Anak Thalasemia di Ruang Alamanda RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
2.	Muhammad Arifudin 1714401044	Ruang Alamanda Ruang Diklat	Ns,Maghdalena S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Cairan Dan Elektrolit Pada Anak Dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Ruang Alamanda RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Ruang Delima : 1 Mahasiswa

NO	NAMA/NIM	TEMPAT PENELITIAN	NAMA PENDAMPING ASKEP PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Faisal Aji Setiawan 1714401020	Ruang Delima Ruang Diklat	Ns, Nani Hernani S,ST	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Aman dan Nyaman Pada Pasien Preeklamsia Kehamilan Trimester Ke 3 di Ruang Delima RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Lampiran 3 :

Ruang Gelatik : 4 Mahasiswa

NO	NAMA/NIM	TEMPAT PENELITIAN	NAMA PENDAMPING ASKEP PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Shella Nesti Ayu 1714401019	Ruang Gelatik Ruang Diklat	Ns,Nanik Budiarti S,Kep	Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Pasien Post Op Fraktur Ekstermitas Bawah di Gelatik RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
2.	Umayu Buana Putri 1714401031	Ruang Gelatik Ruang Diklat	Ns,Nanik Budiarti S,Kep	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Pemenuhan Mobilitas Fisik Pada Pasien Fraktur Femur di Ruang Gelatik RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
3.	Dian Thalita Sari 1714401050	Ruang Gelatik Ruang Diklat	Ns,Nanik Budiarti S,Kep	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Pada Pasien Fraktur Femur di Ruang Gelatik RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4.	Meldy Aji Saputra 1714401057	Ruang Gelatik Ruang Diklat	Ns,Nanik Budiarti S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Klien Post Operasi Fraktur Ekstermitas Bawah di Ruang Gelatik RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Ruang Anyelir : 1 Mahasiswa

NO	NAMA/NIM	TEMPAT PENELITIAN	NAMA PENDAMPING ASKEP PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Putri Miranda Afrilia 1714401038	Ruang Anyelir Ruang Diklat	Ns,Lia Fatmawati S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Pasien Thypoid di Ruang Anyelir RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Ruang Kenanga : 1 Mahasiswa

NO	NAMA/NIM	TEMPAT PENELITIAN	NAMA PENDAMPING ASKEP PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Komang Prithayani 1714401051	Ruang Kenanga Ruang Diklat	Ns,Supari S,Kep	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Keamanan Dan Perlindungan Pada Pasien Diabetes Melitus di Ruang Kenanga RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

a.n. DIREKTUR UTAMA
DIREKTUR DIKLAT & SDM,



dr. ARIF EFFENDI, Sp.KK

Pembina Utama Muda

NIP : 19610603 199010 1 002

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
POLTEKKES TANJUNGPINANG

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.150/ KEPK-TJK/II/2020

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Shinta Windiyasti
Principal In Investigator

Nama Institusi : Politeknik Kementrian Kesehatan
Tanjung Karang
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

**"Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Respirasi pada Pasien Stroke di Ruang
Bougenville Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2020"**

*"Nursing Health Disorders Fulfilling The Needs Of Respiration In Stroke Patient In The Bougenville
Room RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Lampung Province In 2020"*

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 28 Februari 2020 sampai dengan tanggal 28 Februari 2021.

This declaration of ethics applies during the period February 28, 2020 until February 28, 2021.

February 28, 2020
Professor and Chairperson,

Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes


Surat Keterangan Telah Melakukan Asuhan Keperawatan

Lampiran 6

	POLTEKKES 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 : Shinta Windiyasti
 NIM : 1714901029
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Oksigenasi
pada Pasien dengan Diagnosa Medis Stroke di Ruang Bougenville
RSUP Dr.H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2020

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 2 s/d 9 bulan Maret tahun 2020 di Ruang Bougenville

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

Bandar Lampung, 4 / Maret / 2020

Yang Menerangkan

(Kepala Ruangan / Pembimbing /) *

Ns. Yuli S. Kep
 Nip : 1982 2012

Keterangan:

- Coret/isi sesuai keperluan

Lembar Persetujuan Judul KTI

Lampiran 7

	POLTEKKES TANJUNGPURBAN KEMENKES RI	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURBAN	Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Persetujuan Judul KTI/LTA	Halaman	

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Shinta Windiyasti

NIM : 1719401029

Judul yang diajukan

1. Asuhan keperawatan gangguan bersihan jalan napas tidak efektif pada pasien dengan masalah kesehatan penyakit Stroke di ruang bougenville RSUD Dr. H. Abdul Moeloek
2. Asuhan keperawatan gangguan pola napas tidak efektif pada pasien dengan masalah kesehatan stroke di ruang bougenville RSUD Dr. H. Abdul Moeloek
3. Asuhan keperawatan gangguan ansietas pada pasien dengan masalah kesehatan stroke di ruang bougenville RSUD Dr. H. Abdul Moeloek

Judul yang disetujui

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Oksigenasi pada Pasien dengan Diagnosa Medis Stroke di Ruang Bougenville RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2020

Bandar Lampung, 23 Januari 2020

Pembimbing Utama

Gustop Amatriya, S.Kp., M.Kes
NIP. 197008071 993031002

Pembimbing Pendamping

Corri Udani, S.Kp., M.Kes
NIP. 19620212 1990032001

	POLTEKKES TANJUNGGARANG	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

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

Nama Mahasiswa : Shinta Windiyasti
 NIM : 1719901029
 Pembimbing Utama : Gustop Amatriya, S.Kp., M.Kes
 Judul Tugas Akhir :
Asuhan keperawatan gangguan Oksigenasi pada Pasien dengan Diagnosa
Medis Stroke di Ruang Bougenville RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi
Lampung Tahun 2020

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	23/ 01/2020	Revisi Jurnal Oksigenasi → Stroke		
2	02/ 02/2020	Perbaiki Bab 1 & 2		
3	06/ 02/2020	Perbaiki dasar data 2		
4	18/ 02/2020	Perbaiki Bab 2 & 3		
5				
6	20/ 02/2020	Perbaiki dasar data → lengkap		
7				
8	24/ 02/2020	Lengkap dan kata pengantar & daftar isi		
9	02/ 03/2020	Revisi Kesimpulan		
10	17/ 03/2020	Perbaiki hasil & pembahasan		
11	03/ 04/2020	lengkapi PQRST dalam riwayat kesehatan, lengkapi diagnosa keperawatan, tinjau bagian intervensi, perbaiki pembahasan dan saran		
12				

Bandar Lampung,
 Pembimbing Utama

Gustop Amatriya, S.Kp., M.Kes
 NIP. 197008071993031002



POLTEKKES TANJUNGPUR
PRODI D III KEPERAWATAN
TANJUNGPUR

Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir

Kode

Tanggal

Revisi

Halaman

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN
TUGAS AKHIR PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : Shinta Windiyasti

NIM : 199401024

Pembimbing Utama : Gustop Amahira, S.Kp, M.Kes

Judul Tugas Akhir :

Asuhan Keperawatan Gangguan Oksigenasi pada Pasien dengan Diagnosa Medis Stroke
di ruang Bougenville RSUD Dr.H. Abdul Moelok Provinsi Lampung Tahun 2020

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
13	8/09/2020	Cek waktu pelaksanaan intervensi, Perbaiki pembahasan dan saran		
14	14/09/2020	lengkapi pembahasan dengan sumber, lengkapi dengan lampiran dan pustaka		
15	22/09/2020	-cek urutan waktu pelaksanaan -cek pembahasan		
16	24/09/2020	ACC Seminar hasil		
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

Bandar Lampung, 24 April 2020

Pembimbing Utama

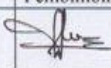
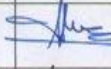
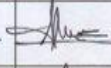
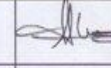
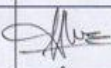
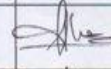
Gustop Amahira, S.Kp, M.Kes

Nip. 1970080 71993031002

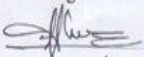
	POLTEKKES TANJUNGGARANG	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

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

Nama Mahasiswa : Shinta Windiyasti
 NIM : 1719401029
 Pembimbing Pendamping : Geri Udani, S.Kp., M.Kes
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Oksigenasi pada Pasien dengan
Diagnosa Medis Stroke di Ruang Bougenville RSUD Dr. H. Abdul Moeloek
Provinsi Lampung Tahun 2020

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	29/01/2020	Acc Judul		
2	02/03/2020	penulisan perhatian lebih? Spes di tm kabel ispan daya.		
3	02/03/2020	Acc y ambre data.		
4	16/04/2020	perbaiki bab 4 dan bab 5 5 (hasil asuhan, hapus kalimat yang tdk perlu)		
5	19/04/2020	perbaiki bab 4 dan bab 5, sesuaikan ukuran margin, perbaiki bagian abstrak.		
6		perbaiki bagian daftar isi)		
7	20/04/2020	perbaiki bab 4 dan bab 5 sesuai saran		
8	22/04/2020	Perhatikan bagian kata-kata yang salah		
9	25/04/2020	Acc seminar hasil		
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 25 April 2020
 Pembimbing Pendamping


 Geri Udani, S.Kp., M.Kes
 NIP. 196202121990032001

Lembar Masukan dan Perbaikan

Lampiran 9

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

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

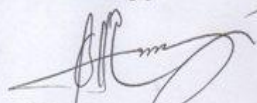
Nama Mahasiswa : Shinta Windiyasti
 NIM : 1714401024
 Tanggal : 28 April 2020
 Judul LTA : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Respirasi pada Pasien Stroke di Ruang Bougenville RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2020

No	Masukan/Perbaikan	Ket. Perbaikan	
		Sudah	Belum
1	Ketua Penguji - Perubahan judul dari "oksigenasi" menjadi "respirasi" - Sertakan tabel etiologi pada analisa data - Evaluasi pada bab IV berorientasi pada kriteria hasil - Bab V menggunakan saran yang aplikatif	✓ ✓ ✓ ✓	
2.	Anggota Penguji - Sertakan discharge planning - Ubah kata "komprehensif" menjadi "biologis, psikososial, dan spiritual" pada bab V - Ubah saran menjadi saran yang aplikatif	✓ ✓ ✓	

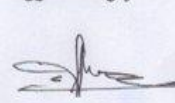
Bandar Lampung, 09 Juni. 2020

Pengesahan setelah perbaikan oleh :

Ketua Penguji


 EL Rahmayati, S.Kp., M. Kep
 NIP. 197003042002122002

Anggota Penguji 1


 Giri Udani, S.Kp., M. Kep
 NIP. 196202121990032001

Anggota Penguji (Moderator)


 Gustop Amatiria, S.KM., M. Kes
 NIP. 197008071993031002