

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Naskah Penjelasan

Naskah Penjelasan

Saya, Nadira Muhamiyatillah mahasiswa Program Studi D-III Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bandung, mulai tanggal 10-19 April 2023 akan melakukan kegiatan penelitian studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Gangguan Defisit Perawatan Diri di RSUD Al Ihsan “. Pada penelitian studi kasus ini, penulis akan mengaplikasikan intervensi perawatan diri dalam asuhan keperawatan dalam meningkatkan kebersihan pasien.

(Ibu / Bapak) diajak untuk berpartisipasi didalam kegiatan penelitian ini, karena (Ibu / Bapak) sesuai dengan kriteria pasien yang saya tetapkan yaitu pasien Stroke dengan Gangguan Defisit Perawatan Diri, pasien yang bersedia menjadi kasus kelolaan, pasien mampu kooperatif selama tindakan. Manfaat penelitian ini antara lain meningkatkan kebersihan pada pasien stroke melalui pemberian perawatan diri.

Pada studi kasus ini (Ibu / Bapak) akan dilakukan observasi tingkat kebersihan sebelum dilakukan perawatan diri dan setelah dilakukan perawatan diri. Pemberian perawatan diri ini akan diberikan 1x dalam sehari selama 5 hari untuk meningkatkan kebersihan pasien.

Selama kegiatan studi kasus ini, risiko yang dapat dialami oleh (Ibu / Bapak) adalah sedikit / bahkan tidak ada resiko yang terjadi pada saat mengikuti studi kasus

ni. Namun jika sekiranya ada kejadian yang tidak terduga diluar perkiraan, maka pemberian perawatan diri ini dapat dihentikan.

Informasi data yang didapat dari hasil studi kasus akan kami rahasiakan, dan tidak akan dihubungkan dengan identitas (Ibu / Bapak). Jika studi kasus ini dipublikasikan, identitas (Ibu / Bapak) tetap kami jaga kerahasiaannya. Namun diakhir studi kasus, kami akan menginformasikan hasil studi kasus yang kami anggap bermanfaat diketahui (Ibu / Bapak).

Setelah (Ibu / Bapak) memahami penjelasan studi kasus ini, maka (Ibu / Bapak) kami minta kesediannya untuk ikut serta dalam pemantauan studi kasus ini, dan apabila (Ibu / Bapak) bersedia ikut serta dalam penelitian ini, dimohon untuk menandatangani lembar persetujuan, dan selanjutnya (Ibu / Bapak) dapat mengikuti program studi kasus yang telah dijadwalkan.

Partisipasi (Ibu / Bapak) bersifat sukarela. Jika ada yang tidak bersedia ikut pada studi kasus ini, kami hargai pendapat (Ibu / Bapak) tanpa ada sanksi apapun. Sewaktu-waktu (Ibu / Bapak) memutuskan untuk berhenti dari studi kasus ini dapat saja dilakukan tanpa dikenakan sanksi apapun. Bila dibutuhkan informasi lebih lanjut, (Ibu / Bapak) dapat menghubungi saya : Nadira Muhamiyatilah melalui nomor telepon atau WA ke 085795389432

Lampiran 2 : Lembar Permohonan Pasien

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PASIEN

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan, Jurusan Keperawatan Bandung, Poltekkes Kemenkes Bandung:

Nama : Nadira Muhamiyatillah

NIM : P17320120047

Menuliskan surat permohonan ini dengan maksud akan melakukan Studi Kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Umum Daerah Al-Ihsan” sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi D-III Keperawatan. Keterlibatan Bapak/Ibu/Saudara/i dalam asuhan ini sangat menguntungkan, kedua akan mempercepat perawatan pasien. Oleh karena itu, untuk pelaksanaan kegiatan tersebut, saya memohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berpartisipasi sebagai pasien dalam studi kasus tersebut.

Segala informasi yang disampaikan oleh Bapak/Ibu/Saudara/i akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan studi kasus ini. Saya akan bertanggung jawab jika ada informasi yang diberikan akan merugikan pasien. Apabila Bapak/Ibu/Saudara/i berkenan menjadi pasien, mohon kiranya Bapak/Ibu/Saudara/i menandatangani lembar persetujuan menjadi pasien (*informed consent*).

Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Bandung, 11 April 2023



(Nadira Muhamiyatillah)

Lampiran 3 : Lembar Pernyataan Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PASIEN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Ny. R

Umur : 25 Th

Alamat : Cinta Karya RT 09 RW 1A Kel. Cibereum Kab. Kartasura

Menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi pasien studi kasus yang akan dilakukan oleh mahasiswa D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bandung yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Umum Daerah Al-Ihsan".

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani tanpa adanya paksaan dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Selama dalam proses kegiatan ini jika terdapat hal-hal yang diperlukan dapat menghubungi saya (Nadira Muhamiyatillah dengan nomor HP : 0857-9538-9432).

Bandung...!! April 2023.....

Mengetahui,

Pelaksana Studi Kasus



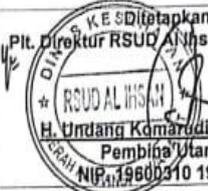
(Nadira Muhamiyatillah)
NIM.P17320120047

Peserta Studi Kasus



(.....)

Lampiran 4 : SPO Memandikan Pasien di Tempat Tidur

 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT	MEMANDIKAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR		
	No. Dokumen : 445/SPO.3526/Bldper	No. Revisi : 04	Halaman : 1 dari 3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 04 Maret 2019	Ditetapkan oleh, PIt. Direktur RSUD Al Ihsan Prov Jawa Barat  H. Undang Komarudin, dr., SpAn., KIC Pembina Utama Muda NIP. 19600310 198901 1 001	
PENGERTIAN	Merupakan kegiatan memelihara kebersihan dan kesehatan tubuh pasien untuk kesejahteraan fisik dan psikisnya.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah tindakan keperawatan memelihara kebersihan dan kesehatan pasien dalam rangka : <ol style="list-style-type: none"> 1. Membersihkan kulit dan memberikan rasa nyaman 2. Merangsang sirkulasi darah 3. Membersihkan sekresi keringat 4. Memberikan aktivitas ringan 5. Memelihara mobilitas persendian, kondisi kulit dan kekuatan otot 		
KEBIJAKAN	Surat Keputusan Pemberlakuan Standar Prosedur Operasional Tindakan Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan No: 445/Kep.2934 – RS. Ihsan/2019.		
PROSEDUR	1. PERSIAPAN <ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> 1) Waskom mandi 2 buah 2) Waslap 2 buah 3) Air hangat dengan suhu 43 – 46°C 4) Sabun mandi pada tempatnya 5) Pasta gigi dan sikat gigi 6) Pakaian bersih 7) Handuk 2 buah 8) Selimut mandi/kain penutup 9) Sarung tangan 10) Alas meja 11) Tempat alat tenun kotor 12) Bedak, deodorant, lotion (sesuai kebutuhan) 13) Urinal/pispot (sesuai kebutuhan) b. Persiapan pasien dan lingkungan <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur dan tujuan yang akan dilakukan. 2) Minta persetujuan dari pasien/keluarga untuk dimandikan. 3) Tutup scherm disekeliling tempat tidur, pintu dan jendela. 4) Atur ketinggian tempat tidur agar memudahkan perawat dalam bekerja. 2. PELAKSANAAN <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat mencuci tangan. b. Dekatkan alat-alat ke sebelah pasien. c. Cocokan nama pasien dengan gelang identitas. d. Jelaskan maksud dan tujuan. e. Ucapkan <i>bismillah</i> <i>hirrohmanirrohiim</i>. f. Pakai sarung tangan. g. Lipat selimut dan letakan dikaki tempat tidur, singkirkan bantal dan barang-barang yang tidak diperlukan. h. Bantu pasien untuk bergerak ke sisi dekat perawat dan tutup 		

 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT	MEMANDIKAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR		
	No. Dokumen : 445/SPO.3526/Bldper	No. Revisi : 04	Halaman : 2 dari 3
PROSEDUR	<p>bedplang pada bagian sisi tempat tidur yang berlawanan</p> <p>i. Bantangkan handuk dibawah kepala pasien.</p> <p>j. Bersihkan muka dan leher, dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cuci mata dengan waslap dari bagian luar ke dalam. 2) Cuci daerah muka, telinga, leher, kemudian keringkan dengan handuk, sebelumnya tanyakan apakah akan menggunakan sabun atau tidak. <p>k. Lepaskan handuk dari bawah kepala pasien.</p> <p>l. Bersihkan lengan, dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lepaskan pakaian bagian atas dan tutup dengan handuk, bila pasien menggunakan infuse lepaskan pakaian mulai dari bagian lengan yang tidak terpasang infus. 2) Bantangkan handuk atas memanjang dibawah lengan kanan dan handuk bawah disisi kiri lengan sedemikian rupa sehingga menutup bagian depan pasien. 3) Cuci lengan dan ketiak dengan arah dari ujung jari ke pangkal axilla. Angkat lengan ke atas sewaktu membersihkan area axilla. Sabuni terlebih dahulu lengan pasien sewaktu membilas dahulukan lengan pasien yang dekat dengan perawat, kemudian keringkan. <p>m. Bersihkan dada dan perut, dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kedua lengan diangkat ke atas simpan di sisi kepala , handuk diletakkan menyilang, sehingga dada dan perut tampak. 2) Cuci dada dan perut kemudian keringkan dengan handuk atas. 3) Berikan bedak pada leher, ketiak dan perut. <p>n. Bersihkan punggung, dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tutupi bagian dada dengan handuk bawah, anjurkan pasien miring ke arah terjauh dari perawat atau tengkurap. Letakkan handuk atas di bawah punggung pasien. 2) Cuci daerah punggung dengan wash lap atas, anjurkan pasien miring ke kiri kemudian ke kanan. Bila pasien tengkurap perawat dapat mencuci punggung seluruhnya, kemudian keringkan punggung dengan handuk atas. 3) Gosok punggung dengan menggunakan lotion, mulai dari area sacral dengan gerakan sirkular, gosok ke atas dari bokong ke bahu dan lengan bagian atas, dan melewati scapula dengan lembut lalu lakukan pemijatan 3-4 menit. 4) Remas kulit dengan memegang jaringan dengan ibu dan jari-jari. Remas ke arah atas pada sisi spina dan sekitar otot-otot leher, hindari tulang yang menonjol. 5) Akhiri massage dengan memberikan pukulan perlahan. 6) Observasi kulit dari kemerahan dan integritas kulit yang tidak utuh. 7) Kenakan pakaian atas. Bila pasien menggunakan infus, maka dahulukan lengan yang menggunakan infus. <p>o. Bersihkan paha dan kaki, dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tanggalkan pakaian bawah pasien dan tutup bagian bawah dengan handuk atas secara melintang. 2) Bantangkan handuk dibawah kedua tungkai, anjurkan pasien menekuk tungkai. 3) Cuci tungkai dari arah mata kaki ke arah paha kemudian keringkan dengan handuk bawah. <p>p. Bersihkan bokong dan genital, dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Letakkan handuk bawah melintang di bawah bokong 		

 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT	MEMANDIKAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR		
	No. Dokumen : 445/SPO.3526/Bldper	No. Revisi : 04	Halaman : 3 dari 3
PROSEDUR	<p>sebagian menutupi bokong dan sebagian menutupi bagian depan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Cuci daerah genitalia dengan washlap bawah. <ol style="list-style-type: none"> a) Untuk pasien wanita : buka daerah labia, bersihkan dengan arah dari orifisium uretra ke arah anus. b) Untuk pasien pria : buka preputium, bersihkan dengan arah melingkar dari ujung ke pangkal. 3) Anjurkan pasien untuk miring atau tengkurap, kemudian cuci bagian bokong, terakhir cuci bagian anus dengan arah dari perineum ke anus dengan menggunakan washlap bawah. 4) Kenakan pakaian bawah pasien. q. Sisir rambut pasien dan rapikan tempat tidur. r. Atur posisi yang nyaman untuk pasien. s. Ucapkan <i>alhamdulillahirobbil alamin</i>. t. Bereskan alat-alat dan masukan pakaian kotor pasien ke tempatnya. u. Perawat mencuci tangan. <p>3. EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kemampuan pasien dalam berpartisipasi terhadap prosedur memandikan pasien di tempat tidur. b. Mengkaji integrasi dan kondisi kulit serta tingkat mobilitas serta kenyamanan atau adanya nyeri. c. Kulit pasien harus bebas dari keringat yang berlebihan, sekresi dan bau tidak enak. d. Kemampuan pasien merubah posisi tubuh, melatih persendian otot secara aktif dan pasif selama mandi. e. TTV sebelum dan sesudah tindakan. <p>4. DOKUMENTASI</p> <p>Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dalam rekam medis pasien meliputi : waktu pelaksanaan tindakan, toleransi pasien terhadap prosedur memandikan, kondisi kulit pasien, intervensi yang dilakukan untuk menangani masalah integritas kulit, kemampuan range of motion. Selain itu laporkan hal-hal yang penting pada saat memandikan.</p>		
DOKUMEN TERKAIT	Status Pasien		
INSTALASI TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Anestesi dan Perawatan Intensif 4. Instalasi Bedah Sentral 5. Instalasi Haemodialisa 		

Lampiran 5 : SPO Prosedur Merawat Kuku

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		
Prosedur	PR.KD-2018-V4-.....	Versi : 4
Tanggal : 06 Nopember 2018		

PROSEDUR MERAWAT KUKU

1. TUJUAN :

- a. Mencegah dan mengontrol penyebaran infeksi
- b. Mencegah bau kaki serta pertumbuhan bakteri
- c. Mencegah terjadinya cedera jaringan lunak
- d. Mempertahankan kebersihan tubuh
- e. Meningkatkan kenyamanan klien

2. RUANG LINGKUP :

Indikasi dilakukan pada klien yang tidak mampu melakukan perawatan kuku secara mandiri.

3. ACUAN :

- a. Boyd Claire., (2015) Clinical Skill for Nurses, Panduan Praktek Klinis Untuk Perawat, alih basa Inke Kusumastuti., dr,Jakarta .,Erlangga
- b. Kozier, B. & Erb, G. (2011). Fundamentals of nursing: Concepts and procedures Vol 1, 7th Edition. St Louis: Mosby Year Book.
- c. Potter, P. A. & Perry, A.G (2005). Fundamentals of nursing. 2nd Edition. St Louis: Elsevier Mosby
- d. Ratna Hidayati., Dkk (2014)., Praktik Laboratorium Keperawatan., Jakarta ., Erlangga

4. DEFINISI :

Merawat kuku adalah tindakan membersihkan kuku tangan dan kaki dari semua kotoran sehingga dapat mempertahankan fungsi normal tangan dan kaki

5. PROSEDUR

5.1. Tanggung jawab dan wewenang :

- a. Bagian akademik sebagai penanggungjawab pembelajaran
- b. Koordinator mata ajaran KepDas yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur merawat kuku klien sebagai bagian dari personal hygiene
- c. Pembimbing praktek pendidikan dan lahan yang bertanggung jawab dalam membimbing dan menilai ketercapaian pelaksanaan prosedur tindakan setiap peserta didik secara objektif baik di laboratorium maupun di lahan praktek

5.2. Pelaksanaan

- a. Pastikan kebutuhan merawat kuku
 - b. Persiapan klien:
 - 1) Sampaikan salam (Lihat SOP Komunikasi Terapeutik)
 - 2) Informasikan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
- 2)

- c. Persiapan alat:
- 1) Baskom kecil 1 buah
 - 2) Baskom besar 1 buah
 - 3) Pengikir kuku
 - 4) Handuk mandi 1 buah
 - 5) Waslap
 - 6) Sikat kuku (Jika diperlukan)
 - 7) Nierbekken 2 buah
 - 8) Tisue
 - 9) Gunting kuku
 - 10) *Orange stick (jika ada)*
 - 11) Air hangat (43° - 44° Celsius)
 - 12) Sabun cair atau sabun padat
 - 13) Lotion
 - 14) Sarung tangan bersih
 - 15) Keset mandi
- d. Persiapan Lingkungan
Jaga privacy klien dengan menutup gordin atau pasang sampiran
- e. Pelaksanaan tindakan
- 1) Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
 - 2) Dekatkan alat-alat disamping tempat tidur klien
 - 3) Pasang sarung tangan bersih (Lihat SOP Pemasangan Sarung Tangan).
 - 4) Isi baskom kecil dan besar dengan air hangat (43° - 44° Celsius)
 - 5) Atur posisi klien nyaman
 - 6) Simpan baskom kecil diatas tisu, rendam jari tangan klien sampai kuku menjadi lunak
 - 7) Simpan baskom besar diatas keset mandi, rendam jari kaki klien sampai kuku menjadi lunak, jika klien tidak dapat duduk posisikan kaki ditekuk lalu baskom simpan di atas kasur dan rendam kaki di dalamnya.
 - 8) Bersihkan kuku tangan dengan sabun
 - 9) Bersihkan bagian dalam kuku dengan orange stick dengan hati-hati, keringkan jari tangan
 - 10) Gunting kuku jari tangan secara lurus menyilang, simpan bengkok di bawah tangan untuk menampung potongan kuku.
 - 11) Kikir dengan pengikir kuku sesuai bentuk kuku klien, hindari menggores kulit selama mengikir
 - 12) Dorong kutikula ke belakang dengan hati-hati menggunakan orange stick
 - 13) Gosok area kalus pada kaki dengan menggunakan waslap
 - 14) Bersihkan bagian bawah kuku ibu jari kaki dengan menggunakan orange stick secara hati-hati kemudian keringkan
 - 15) Bersihkan dan potong kuku ibu jari dan jari kaki lainnya dengan cara lurus dan menyilang. Jangan mengikir kuku ibu jari
 - 16) Berikan lotion pada tangan dan kaki klien
 - 17) Atur kembali posisi klien nyaman.
 - 18) Peralatan dibersihkan dan rapikan
 - 19) Lepaskan sarung tangan
 - 20) Evaluasi respon klien setelah merawat kuku dan susun rencana tindak lanjut
 - 21) Akhiri interaksi dengan mengucapkan salam
 - 22) Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
- f. Dokumentasikan hasil tindakan

Lampiran 6 : SPO Prosedur Perawatan Mulut

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		
Prosedur	PR.KD-2018-V4-022	Versi :4	Tanggal : 06 Nopember 2018

PROSEDUR PERAWATAN MULUT

1. TUJUAN :

- a. Mempertahankan kebersihan gigi dan mulut agar tetap sehat dan tidak berbau
- b. Mencegah terjadinya infeksi, seperti stomatitis dan kerusakan gigi
- c. Memberikan rasa nyaman

2. RUANG LINGKUP :

Indikasi dilakukan pada pasien tidak sadar dan kondisi khusus (post op bedah rahang; stomatitis berat, kelainan pembekuan darah)

3. ACUAN :

- a. Boyd Claire., (2015) Clinical Skill for Nurses, Panduan Praktek Klinis Untuk Perawat, alih basa Inke Kusumastuti., dr, Jakarta., Erlangga
- b. Kozier, B. & Erb, G. (2011). Fundamentals of nursing: Concepts and procedures Vol 1, 7th Edition. St Louis: Mosby Year Book.
- c. Potter, P. A. & Perry, A.G (2005). Fundamentals of nursing. 2nd Edition. St Louis: Elsevier Mosby
- d. Ratna Hidayati., Dkk (2014),., Praktik Laboratorium Keperawatan., Jakarta., Erlangga

4. DEFINISI :

Perawatan mulut adalah membersihkan rongga mulut, lidah dan gigi dari semua kotoran atau sisa makanan dengan mempergunakan depper (kapas/kassa) yang dibasahi dengan air bersih atau NaCl 0,9 %.

Deper adalah lipatan kain kassa/kapas yang kecil

5. PROSEDUR

5.1. Tanggung jawab dan wewenang :

- a. Bagian akademik sebagai penanggungjawab pembelajaran
- b. Koordinator mata ajaran Keperawatan yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur perawatan mulut pada pasien tidak sadar sebagai bagian dari personal higiene
- c. Pembimbing praktek pendidikan dan lahan yang bertanggung jawab alam membimbing dan menilai ketercapaian pelaksanaan prosedur tindakan setiap peserta didik secara objektif baik di laboratorium maupun di lahan praktek

5.2. Pelaksanaan

- a. Pastikan pasien membutuhkan perawatan mulut
- b. Persiapan pasien:
 - 1) Sampaikan salam (Lihat SOP Komunikasi Terapeutik)

- 2) Informasikan kepada pasien atau keluarga tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
 - 3) Posisikan pasien nyaman sesuai kebutuhan (Jika pasien sadar kepala ditinggikan)
 - c. Persiapan alat:
 - 1) Handuk atau pengalas,
 - 2) Gelas kumur berisi air masak atau NaCl 0,9 % atau obat yang ditentukan.
 - 3) Sudip lidah yang telah dibungkus kasa,
 - 4) Kapas lidi (jika diperlukan)
 - 5) Nierbekken ,
 - 6) Depper secukupnya (untuk pasien dengan perdarahan gunakan depper kapas)
 - 7) Pinset anatomis.
 - 8) Sarung tangan bersih
 - d. Persiapan Lingkungan
 - 1) Atur pencahayaan lingkungan
 - 2) Jaga privacy pasien dengan menutup gordin atau pasang sampiran
 - e. Pelaksanaan Tindakan
 - 1) Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
 - 2) Dekatkan alat-alat disamping tempat tidur pasien
 - 3) Pasang sarung tangan bersih (Lihat SOP Pemasangan Sarung Tangan).
 - 4) Letakkan handuk atau pengalas di bawah dagu dan pipi pasien
 - 5) Jika pasien sadar atur posisi duduk. Jika pasien tidak sadar miringkan kepala pasien
 - 6) Ambil depper yang telah dibasahi air masak atau NaCl 0,9%, dengan pinset anatomis (Perhatian, ujung pinset disisipkan diantara depper).
 - 7) Buka mulut pasien, jika pasien tidak sadar buka mulut pasien dengan bantuan tong spatel.
 - 8) Rongga mulut dibersihkan mulai dari dinding rongga mulut, gusi, gigi, lidah, dan terakhir bibir. Dengan cara dari arah dalam keluar
 - 9) Lakukan secara perlahan-lahan dan perhatikan kondisi daerah mulut. Hati-hati pada pasien tidak sadar.
 - 10) Kain kasa kotor dibuang ke dalam bengkok.
 - 11) Tanyakan kenyamanan pasien setelah tindakan dilakukan
 - 12) Tindakan di atas diulangi sampai mulut bersih.
 - 13) Berikan obat topical sesuai dengan program terapi
 - 14) Lepaskan sarung tangan
 - 15) Atur kembali posisi pasien nyaman
 - 16) Handuk atau pengalas diangkat
 - 17) Peralatan dirapikan
 - 18) Evaluasi respon pasien dan susun rencana tindak lanjut
 - 19) Akhiri interaksi dengan mengucapkan salam
 - 20) Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
 - f. Dokumentasikan hasil tindakan (kondisi kesehatan gigi dan mulut; mukosa)
- 6. PENGENDALIAN/PEMANTAUAN**
- a. Absensi mahasiswa dan dosen yang telah ditanda tangani
 - b. Dokumentasi laporan asuhan keperawatan
 - c. Format penilaian tindakan perawatan mulut yang telah di tanda-tangani dan diberi nama jelas instruktur yang menilai dan peserta didik yang bersangkutan
 - d. Pedoman penilaian kompetensi

Lampiran 7 : Lembar Observasi Personal Hygiene Index

Hari ke 1 (pre)

No	Komponen Personal Hygiene	Ya	Tidak	Nilai
1	Keadaan Kulit		√	
	a. Kulit bersih (tidak ada kotoran)			
	b. Tidak ada lesi/kerusakan pada kulit (peradangan)	√		
	c. Tekstur kulit (lembab)		√	
JUMLAH				1
2	Keadaan Kuku Tangan dan Kaki		√	
	a. Ujung kuku bersih			
	b. Tidak terdapat lesi sekitar kuku tangan dan kaki	√		
	c. Pertumbuhan kuku (kuku tidak panjang)		√	
JUMLAH				1
3	Keadaan Mulut dan Gigi		√	
	Keadaan Mulut			
	a. Mukosa mulut lembab			
	b. Tidak ada luka (sariawan)	√		
	c. Mulut tidak berbau		√	
	Keadaan Gigi		√	
d. Gigi tampak tidak kuning				
e. Tidak ada karies gigi	√			
f. Gigi tidak terdapat sisa makanan	√			
JUMLAH				3
4	Keadaan Rambut	√		
	a. Keadaan rambut tidak mudah rontok			
	b. Keadaan rambut tidak kusam		√	
	c. Tidak terdapat ketombe		√	
	d. Rambut tidak berkutu	√		
e. Tidak terdapat eritema pada kulit kepala	√			
JUMLAH				3
5	Keadaan mata telinga dan hidung		√	
	a. Keadaan mata Mata bersih tidak ada kotoran			
	b. Keadaan hidung Hidung bersih tidak ada kotoran		√	
	c. Keadaan telinga Telinga bersih		√	
JUMLAH				0

Tabel Penilaian

No	Komponen personal hygiene	Skor Maksimal	Skor yang didapat
1.	Keadaan kulit	3	1
2.	Keadaan kuku tangan dan kaki	3	1
3.	Keadaan mulut dan gigi	6	3
4.	Keadaan rambut	5	4
5.	Keadaan mata telinga dan hidung	3	0
Jumlah		20	9
Skor akhir			
$\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Nilai maksimal}} \times 100 = \frac{9 \times 100}{20} = 45 \text{ (cukup)}$			

Hari ke 1 (post)

No	Komponen Personal Hygiene	Ya	Tidak	Nilai
1	Keadaan Kulit a. Kulit bersih (tidak ada kotoran)	√		
	b. Tidak ada lesi/kerusakan pada kulit (peradangan)	√		
	c. Tekstur kulit (lembab)	√		
JUMLAH				3
2	Keadaan Kuku Tangan dan Kaki a. Ujung kuku bersih	√		
	b. Tidak terdapat lesi sekitar kuku tangan dan kaki	√		
	c. Pertumbuhan kuku (kuku tidak panjang)	√		
JUMLAH				3
3	Keadaan Mulut dan Gigi Keadaan Mulut d. Mukosa mulut lembab	√		
	e. Tidak ada luka (sariawan)	√		
	f. Mulut tidak berbau		√	
	Keadaan Gigi g. Gigi tampak tidak kuning		√	
	h. Tidak ada karies gigi	√		
	i. Gigi tidak terdapat sisa makanan	√		
JUMLAH				4
4	Keadaan Rambut a. Keadaan rambut tidak mudah rontok	√		
	b. Keadaan rambut tidak kusam		√	
	c. Tidak terdapat ketombe		√	
	d. Rambut tidak berkutu	√		
	e. Tidak terdapat eritema pada kulit kepala	√		
JUMLAH				3
5	Keadaan mata telinga dan hidung a. Keadaan mata Mata bersih tidak ada kotoran	√		
	b. Keadaan hidung Hidung bersih tidak ada kotoran	√		
	c. Keadaan telinga Telinga bersih	√		
JUMLAH				3

Tabel Penilaian

No	Komponen personal hygiene	Skor Maksimal	Skor yang didapat
1.	Keadaan kulit	3	3
2.	Keadaan kuku tangan dan kaki	3	3
3.	Keadaan mulut dan gigi	6	4
4.	Keadaan rambut	5	3
5.	Keadaan mata telinga dan hidung	3	3
Jumlah		20	16
Skor akhir			
$\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Nilai maksimal}} \times 100 = \frac{16 \times 100}{20} = 80 \text{ (baik)}$			

Hari ke 2, 3, 4 dan 5 (pre)

No	Komponen Personal Hygiene	Ya	Tidak	Nilai
1	Keadaan Kulit a. Kulit bersih (tidak ada kotoran)		√	
	b. Tidak ada lesi/kerusakan pada kulit (peradangan)	√		
	c. Tekstur kulit (lembab)		√	
JUMLAH				1
2	Keadaan Kuku Tangan dan Kaki a. Ujung kuku bersih	√		
	b. Tidak terdapat lesi sekitar kuku tangan dan kaki	√		
	c. Pertumbuhan kuku (kuku tidak panjang)	√		
JUMLAH				3
3	Keadaan Mulut dan Gigi Keadaan Mulut a. Mukosa mulut lembab		√	
	b. Tidak ada luka (sariawan)	√		
	c. Mulut tidak berbau		√	
	Keadaan Gigi d. Gigi tampak tidak kuning		√	
	e. Tidak ada karies gigi	√		
	f. Gigi tidak terdapat sisa makanan	√		
JUMLAH				3
4	Keadaan Rambut a. Keadaan rambut tidak mudah rontok	√		
	b. Keadaan rambut tidak kusam		√	
	c. Tidak terdapat ketombe		√	
	d. Rambut tidak berkutu	√		
	e. Tidak terdapat eritema pada kulit kepala	√		
JUMLAH				3
5	Keadaan mata telinga dan hidung a. Keadaan mata Mata bersih tidak ada kotoran		√	
	b. Keadaan hidung Hidung bersih tidak ada kotoran		√	
	c. Keadaan telinga Telinga bersih		√	
JUMLAH				0

Tabel Penilaian

No	Komponen personal hygiene	Skor Maksimal	Skor yang didapat
1.	Keadaan kulit	3	1
2.	Keadaan kuku tangan dan kaki	3	3
3.	Keadaan mulut dan gigi	6	3
4.	Keadaan rambut	5	3
5.	Keadaan mata telinga dan hidung	3	0
Jumlah		20	10
Skor akhir			
$\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Nilai maksimal}} \times 100 = \frac{10 \times 100}{20} = 50 \text{ (cukup)}$			

Hari ke 2, 3, 4, dan 5 (post)

No	Komponen Personal Hygiene	Ya	Tidak	Nilai
1	Keadaan Kulit b. Kulit bersih (tidak ada kotoran)	√		
	b. Tidak ada lesi/kerusakan pada kulit (peradangan)	√		
	c. Tekstur kulit (lembab)	√		
JUMLAH				3
2	Keadaan Kuku Tangan dan Kaki a. Ujung kuku bersih	√		
	b. Tidak terdapat lesi sekitar kuku tangan dan kaki	√		
	c. Pertumbuhan kuku (kuku tidak panjang)	√		
JUMLAH				3
3	Keadaan Mulut dan Gigi Keadaan Mulut g. Mukosa mulut lembab	√		
	h. Tidak ada luka (sariawan)	√		
	i. Mulut tidak berbau		√	
	Keadaan Gigi j. Gigi tampak tidak kuning		√	
	k. Tidak ada karies gigi	√		
	l. Gigi tidak terdapat sisa makanan	√		
JUMLAH				4
4	Keadaan Rambut a. Keadaan rambut tidak mudah rontok	√		
	b. Keadaan rambut tidak kusam		√	
	c. Tidak terdapat ketombe		√	
	d. Rambut tidak berketu	√		
	e. Tidak terdapat eritema pada kulit kepala	√		
JUMLAH				3
5	Keadaan mata telinga dan hidung a. Keadaan mata Mata bersih tidak ada kotoran	√		
	b. Keadaan hidung Hidung bersih tidak ada kotoran	√		
	c. Keadaan telinga Telinga bersih	√		
JUMLAH				3

Tabel Penilaian

No	Komponen personal hygiene	Skor Maksimal	Skor yang didapat
1.	Keadaan kulit	3	3
2.	Keadaan kuku tangan dan kaki	3	3
3.	Keadaan mulut dan gigi	6	4
4.	Keadaan rambut	5	3
5.	Keadaan mata telinga dan hidung	3	3
Jumlah		20	16
Skor akhir			
$\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Nilai maksimal}} \times 100 = \frac{16 \times 100}{20} = \mathbf{80 \text{ (baik)}}$			

*Lampiran 8 : Dokumentasi Asuhan Keperawatan***a. Pengkajian**

1. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama : Ny. I
Tanggal Lahir/ Umur : 03 Agustus 1985 / 38 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Golongan Darah : -
Diagnosa Medis : Stroke PIS
No. RM : 00722652
Tanggal Masuk RS : 06 April 2023 pukul 20.00
Tanggal Pengkajian : 11 April 2023 pukul 08.00
Alamat : Cintakarya, RT/04 RW/14 Kel. Cibeureum, Kab.
Kertasari

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. W
Umur : 26 Tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Cintakarya, RT/04 RW/14 Kel. Cibeureum, Kab.
Kertasari

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

(1) Keluhan utama saat masuk RS

Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh nyeri kepala

(2) Keluhan utama saat dikaji

Keluarga pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit pasien saat buka puasa makan gorengan, kemudian mengeluh mual muntah dan nyeri kepala yang menjalar ke leher, tubuh bagian kiri kesemutan hingga akhirnya pasien mengalami penurunan kesadaran dan dibawa ke RSUD Al-Ihsan. Saat dikaji pasien sudah dirawat selama 4 hari dengan kondisi masih mengeluh nyeri kepala, tubuh bagian kiri tidak bisa digerakkan, dan tampak kotor serta bau karena belum mandi.

Pasien mengatakan nyeri bertambah apabila kepala digerakkan dan berkurang apabila dibiarkan tidur, nyeri dirasakan seperti ditusuk benda tajam, nyeri menyebar hingga leher, nyeri berada pada skala 5 dan dirasakan secara terus menerus

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien tidak pernah mengalami kejadian serupa, pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan ibu dari pasien memiliki penyakit hipertensi, keluarga juga mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS

4) Pola Aktivitas Sehari-hari (Bandingkan aktivitas sehari-hari antara kondisi sehat dan sakit: nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, aktifitas dan gaya hidup klien)

Aktivitas	Di Rumah	Saat Di Rumah Sakit
1. Makan a. Jenis b. Frekuensi c. Keluhan d. Kemandirian	Sayur, lauk, nasi 3 kali/ hari Tidak ada Sendiri	Susu 3 kali/ hari Tidak ada Menggunakan NGT
2. Minum a. Jenis b. Frekuensi c. Keluhan d. Kemandirian	Kopi, air mineral, teh 2000 cc Tidak ada Sendiri	Susu 1350 cc Tidak ada Menggunakan NGT
3. Tidur dan Istirahat a. Tidur Siang b. Tidur Malam c. Keluhan	2 Jam 8 Jam Tidak ada	1 jam 6 jam Tidak teratur

4. Eliminasi BAB & BAK - BAB a. Frekuensi b. Konsistensi c. Warna d. Keluhan - BAK a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan	3-4 kali/ minggu Lunak Kuning Tidak ada 6-7 kali Kuning Tidak ada	1 kali/ minggu Lunak Kuning Menggunakan pampers 4000 cc Kuning pekat Tidak ada
5. Personal Hygiene a. Mandi b. Keramas c. Gosok gigi	2 kali/ hari 3 kali/ minggu 2 kali/ hari	Belum pernah Belum pernah Belum pernah
6. Kegiatan a. Olahraga b. Merokok	Senam Tidak pernah	Belum pernah Tidak pernah

5) Pemeriksaan Fisik

- a) Penampilan Umum : Pasien tampak lemas
- b) Kesadaran : Compos Mentis GCS 14 (E4 V4 M6)
- c) Tanda-tanda vital :
 - (1) Suhu : 36,5 °C
 - (2) Nadi : 78x/menit
 - (3) Respirasi : 21x/menit
 - (4) Tekanan darah : 160/100 mmHg
- d) Antropometri
 - (1) Berat Badan : 65
 - (2) Tinggi Badan : 155
 - (3) IMT = $\frac{BB}{TB^2}$ = 27 (gemuk)

e) Sistem Pernafasan

Respirasi : 21 x/menit, hidung simetris, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan dan tidak nyeri tekan pada hidung. Bentuk dada kanan dan kiri simetris, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan ataupun edema pada dada, tidak ada kelainan tulang belakang, bernafas tidak menggunakan cuping

hidung, barrel chest (-), deviasi trakea (-), vocal premitus simetris antara kiri dan kanan , perkusi sonor pada seluruh lapang paru , pulmo vesukuler (+), rhonki (-) , wheezing (-)

f) Sistem kardiovaskular

Frekuensi nadi : 78x/menit, TD : 160/100 mmHg, batas paru jantung : kanan (ICS II linea parasternalis dekstra), kiri (ICS IV linea mid clavicula sinistra), cor : s1 s2 tunggal regular, murmur (-), gallop (-), ictus cordis tidak teraba, CRT <2detik

g) Sistem pencernaan

Mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak ada lubang gigi, warna kulit abdomen sawo matang, menggunakan NGT, tidak ada luka bekas oprasi , bentuk perut tidak buncit dan simetris, tidak ada lesi ataupun perdarahan ,sklera tidak ikterik, tidak terdapat denyutan aortic, BU: 3x/menit, muntah (-), tidak ada pembesaran hepar , tidak ada asites , tidak ada hemoroid, lambung berbunyi timpani

h) Sistem persyarafan

Tingkat kesadaran composmentis, kejang (-), tremor (-). Pasien dapat berorientasi terhadap orang, tempat, dan waktu dengan menunjukkan orang yang menunggunya adalah istrinya, menjawab sedang berada di rumah sakit dan pada pagi hari. Pasien mengingat kejadian yang baru saja terjadi (memori jangka pendek) dan kejadian lampau (memori jangka panjang). Pasien dapat berkonsentrasi dan berkalkulasi dengan baik yaitu dengan menyebutkan angka dan menyebutkan 5 angka sebelumnya dan setelahnya. Pasien dapat mengulang kata-kata yang diucapkan pemeriksa namun pengucapannya kurang jelas. Pasien dapat mengucapkan dan memperagakan perintah pemeriksa. Fungsi keseimbangan berdiri dan berjalan tidak dapat terkaji. Pasien dapat melakukan koordinasi gerak dengan menunjuk jari telunjuk pemeriksa kemudian menunjuk hidungnya sendiri. Tes fungsi sensorik pasien, pasien dapat membedakan benda kasar dan halus, tajam dan tumpul, juga benda dingin dan panas. Pasien dapat menyebutkan angka dan bentuk yang

digambarkan pemeriksa pada telapak tangan pasien dalam keadaan menutup mata.

N1 : Pasien dapat mencium wangi minyak kayu putih

N2 : Pasien dapat membaca papan nama perawat

N3, 4, 6 : Pupil isokor 3 mm bulat

N5 : Pasien dapat merasakan sentuhan, refleks kornea baik pasien dapat mengedip, posisi sentral reflek cahaya +/+,

N7 : Wajah sedikit mencong ke kanan

N8 : Ketajaman pendengaran baik

N9, 10 : Membedakan rasa pada lidah pasien tidak terkaji

N11 : Ketika dilakukan pemeriksaan otot sternokleidomastoideus dan diberikan tahanan pasien tidak dapat melawan tahanan

N12 : Pasien bicara sangat pelan, pasien dapat menggerakkan lidah

Kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah bernilai 5. Kekuatan otot ekstremitas kiri atas 0 dan bawah bernilai 0.

Refleks fisiologis :

- Refleks bisep +2/0
- Refleks trisep +2/0
- Refleks radius +2/0
- Refleks patella +2/0
- Refleks Achilles +2/0
- Refleks superfisial +2

Refleks patologis

- Refleks Babinski -/-
- Refleks Chaddock -/-

Kaku kuduk (-), kernig(-), Brudzinsky 1,2 (-),

i) Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

j) Sistem genitourinaria

Menggunakan kateter, dusuria (-), hematuria (-), distensi kandung kemih (-), tidak teraba pembesaran ginjal

k) Sistem musculoskeletal

Tidak terdapat fraktur, terpasang infus Wida 20 20 tt/menit di ekstremitas atas bagian kiri pasien, Pasien dapat menghindari rangsang nyeri, ROM dibantu, Pasien lemah, ekstremitas atas dan bawah bagian kiri dan kanan simetris. Tidak terdapat edema pada ekstremitas baik atas maupun bawah. Kekuatan otot ekstremitas atas kiri 0, ekstremitas bawah kiri, ekstremitas atas kanan 5, ekstremitas bawah kanan 5

5	0
5	0

l) Sistem integumen dan imunitas

Kulit lembab, akral teraba hangat, warna kulit merata, tidak ada cyanosis, mukosa pasien lembab, tidak terdapat lesi pada bagian tubuh pasien, tidak ada edema, tidak ada bekas operasi, tidak ada luka decubitus, turgor kulit baik <3 detik, CRT <2 detik

m) Wicara dan THT

Bicara pasien pelan, fungsi pendengaran dapat berfungsi dengan baik, pasien dapat mendengar suara detik jam, tidak ada deformitas dan deviasi pada trakea, lubang telinga lapang, tidak ada secret, tidak ada serumen, gendang telinga utuh

n) Sistem penglihatan

Pupil bulat dengan diameter 3 mm, refleks cahaya (+), mata kiri kabur (-), membaca (+). Kedua mata simetris, tidak ada edema dan kemerahan pada daerah orbital mata, tidak terdapat lesi dan edema pada kelopak mata dan aparatus lakrimal. Tidak ada pengeluaran cairan berlebih, sclera berwarna putih sedikit keruh, konjungtiva tidak anemis, tidak terdapat nyeri, tidak terdapat benjolan di area mata

6) Data psikologis (Status emosi, Kecemasan, Pola koping, Gaya komunikasi, Konsep diri)

a) Status Emosi : Emosi pasien kadang tidak stabil

b) Kecemasan : Pasien kadang tampak cemas

- c) Pola koping : Keluarga mengatakan menyerahkan sepenuhnya kepada tim medis tentang kondisi penyakitnya
- d) Gaya komunikasi : Pasien kooperatif namun dalam berkomunikasi verbal pengucapan pasien kurang jelas karena pasien mengeluh nyeri kepala jadi pelan-pelan dalam berbicara, berkomunikasi non verbal pasien dapat menunjukkan rasa nyeri dengan meringis dan menunjukkan bagian tubuh yang tidak dapat digerakkan.
- e) Konsep diri
- (1) Body image
Berat badan pasien dengan BB : 65 kg dan TB : 155 cm. Warna kulit sawo matang. Pasien mengatakan menerima kondisi fisiknya
- (2) Ideal diri
Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan bisa kembali beraktivitas seperti biasa
- (3) Peran
Pasien adalah seorang ibu rumah tangga, seorang istri dan ibu dari anak-anaknya..
- (4) Identitas
Pasien adalah seorang perempuan
- (5) Harga diri
Pasien tidak malu dengan penyakit yang dideritanya dan menerimanya
- (6) Data sosial
Pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar dapat kembali beraktivitas seperti biasa. Pasien berhubungan baik dengan keluarga maupun dengan tetangga dan masyarakat
- (7) Data spiritual
- (a) Makna hidup
Pasien mengatakan hidupnya pasti ada maknanya
- (b) Pandangan terhadap sakit

Pasien mengatakan bahwa sakit yang ia rasakan merupakan takdir dari Allah SWT

(c) Keyakinan akan kesembuhan

Pasien mengatakan ia yakin akan sembuh dari penyakit yang dideritanya

(d) Kemampuan beribadah saat sakit

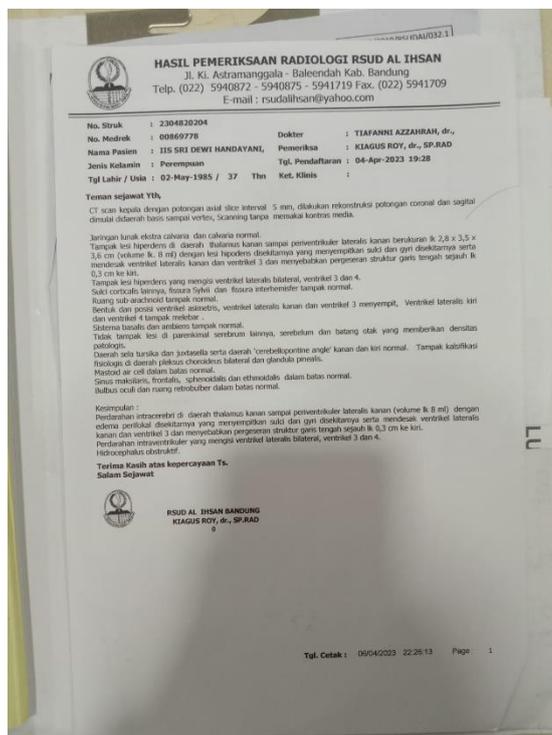
Pasien tidak mampu melaksanakan ibadah

(8) Data penunjang

(a) Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Normal	Satuan	Keterangan
1	Hemoglobin	13.1	12.0-16.0	g/dL	Normal
2	Leukosit	11660	3800-10600	sel/uL	Tinggi
3	Eritrosit	4.53	3.6-5.8	juta/uL	Normal
4	Hematokrit	38.7	35-47	%	
5	Trombosit	379000	150000-440000	sel/uL	Normal
6	AST (SGOT)	12	10-31	U/L	Normal
7	ALT (SGPT)	23	9-36	U/L	Normal
8	Ureum	21	10-50	mg/dl	Normal
9	Kreatinin	0.90	0.7-1.13	mg/dl	Normal
10	Glukosa Darah Sewaktu	95	70-200	mg/dl	Normal

(b) CT Scan



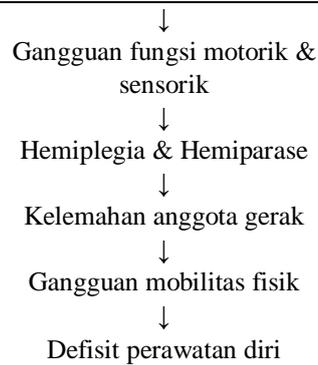
(c) Program dan rencana pengobatan

No	Nama Obat	Dosis	Cara	Kegunaan
1	WIDA 2A	20 tts/menit	Intravena	Sebagai penambah cairan dan elektrolit tubuh untuk mengembalikan keseimbangannya
2	Amlodipine	1 x 10 mg	Oral	Menurunkan tekanan darah
3	Paracetamol	2 x 1 500 mg	Intravena	Meredakan rasa nyeri dan menurunkan demam
4	Cefriaxone	1 x 1000 mg	Intravena	Antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri
5	Omeprazole	1 x 40 mg	Intravena	Mengatasi asam lambung berlebih dan keluhan yang mengikutinya
6	Ondansetron	1x1 4 mg	Intravena	Mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi
7	Citicolin	2 x 500 mg	Intravena	Obat untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke, atau cedera kepala

2. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien nyeri kepala yang menjalar ke leher	Stroke hemoragik ↓ Pecahnya pembuluh darah di otak	Risiko penurunan perfusi serebral tidak efektif
DO : - Pasien tampak meringis kesakitan - Skala nyeri 5	↓ Perdarahan intraserebri daerah thalamus kanan sampai veriventikuler lateralis kanan ↓ Penyempitan sulci dan gyri ↓ Terjadinya hydrocephalus obstruktif ↓ Suplay darah dan O2 ke otak menurun ↓ Risiko penurunan perfusi serebral tidak efektif	
DS : - Pasien mengeluh tubuh	Stroke hemoragik ↓	Gangguan mobilitas fisik

<p>bagian kiri tidak dapat digerakkan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun, yaitu ekstremitas atas kiri 0, ekstremitas bawah kiri 0 - $\frac{5}{5} \mid 0$ - $\frac{5}{5} \mid 0$ 	<p>Pecahnya pembuluh darah di otak</p> <p>↓</p> <p>Perdarahan intraserebri daerah thalamus kanan sampai veriventikuler lateralis kanan</p> <p>↓</p> <p>Penyempitan sulci dan gyri</p> <p>↓</p> <p>Terjadinya hydrocephalus obstruktif</p> <p>↓</p> <p>Suplay darah dan O₂ ke otak menurun</p> <p>↓</p> <p>Gangguan perfusi jaringan cerebral</p> <p>↓</p> <p>Gangguan perfusi pre frontal gyri & post frontal gyri</p> <p>↓</p> <p>Gangguan fungsi motorik & sensorik</p> <p>↓</p> <p>Hemiplegia & Hemiparase</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan anggota gerak</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	
<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan baru mandi satu kali dalam seminggu selama dirawat di RS</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tubuh pasien lengket dan bau - Kuku pasien tampak kotor - Tubuh pasien tampak kotor 	<p>Stroke hemoragik</p> <p>↓</p> <p>Pecahnya pembuluh darah di otak</p> <p>↓</p> <p>Perdarahan intraserebri daerah thalamus kanan sampai veriventikuler lateralis kanan</p> <p>↓</p> <p>Penyempitan sulci dan gyri</p> <p>↓</p> <p>Terjadinya hydrocephalus obstruktif</p> <p>↓</p> <p>Suplay darah dan O₂ ke otak menurun</p> <p>↓</p> <p>Gangguan perfusi jaringan cerebral</p> <p>↓</p> <p>Gangguan perfusi pre frontal gyri & post frontal gyri</p>	<p>Defisit perawatan diri</p>



b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Risiko penurunan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan menurunnya suplai darah ke otak ditandai dengan

DS :

- Keluarga pasien menyatakan pasien nyeri kepala yang menjalar ke leher

DO :

- Pasien tampak meringis kesakitan
- Skala nyeri 5
- TD : 160/100 mmHg

- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis ditandai dengan

DS :

- Pasien mengeluh tangan dan tungkai kiri tidak dapat digerakkan

DO :

- Kekuatan otot menurun, yaitu ekstremitas atas kiri 0, ekstremitas bawah kiri 0

5	0
5	0

- 3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan defisit neuromuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis ditandai dengan

Ds :

- Pasien mengatakan belum mandi selama 4 hari dirawat di RS

DO :

- Tubuh pasien lengket dan bau

- Kuku pasien tampak kotor
- Tubuh pasien tampak kotor

c. Perencanaan Perawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
1	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan menurunnya suplai darah ke otak ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien menyatakan pasien nyeri kepala yang menjalar ke leher <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis kesakitan - Skala nyeri 5 - TD : 160/100 mmHg 	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 5 x 24 jam diharapkan penurunan perfusi jaringan serebral dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah mengalamim penurunan (<140/100 mmHg) - Skala nyeri berkurang (0-3) 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran 2. Monitor TTV <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan relaksasi nafas dalam <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian paracetamol 2 x 500 mg IV, cefriaxone 1 x 1000 mg IV, omeprazole 1 x 40 mg IV, ondansetron 1 x 4 mg IV, citicolin 2 x 500 mg IV 2. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antihipertensi amlodipine 1 x 10 mg oral 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya perbaikan maupun perburukan yang terjadi pada pasien 2. TTV menggambarkan kondisi umum pasien termasuk tekanan darah. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi nyeri yang dirasakan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Golongan obat yang diberikan pada pasien yang mengalami masalah pada sistem saraf 2. Obat antihipertensi diberikan untuk menurunkan tekanan darah
2	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh tangan dan tungkai kiri tidak dapat digerakkan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun 	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 5 x 24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot ekstremitas kiri meningkat 1 (0-5) 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Kaji kekuatan otot pasien 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui adanya nyeri pada pasien 2. Mengetahui adanya peningkatan kekuatan otot

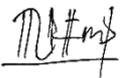
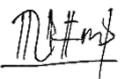
$\frac{5}{5} \mid \frac{0}{0}$	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga dapat membantu aktivitas pasien - Keluarga dapat memberikan dukungan 	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah 	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Latihan ROM merupakan upaya rehabilitasi yang merupakan aktifitas rentang gerak mencegah kekakuan sendi, kontraktur, kelelahan otot, meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot juga membantu meningkatkan kembalinya aktivitas secara dini.
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Atur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Menurunkan risiko terjadinya trauma/ iskemia jaringan
		<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu pada keluarga pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan pasien 	<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga merupakan orang terdekat dengan pasien. Adanya dukungan keluarga dapat memotivasi pasien untuk antusias mengikuti program pemulihan.

3	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan defisit neumuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien belum mandi sudah 4 hari dirawat di RS <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tubuh pasien lengket dan bau - Kuku pasien tampak kotor - Tubuh pasien tampak kotor 	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 5 x 24 jam diharapkan defisit perawatan diri dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Melakukan perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mandi - Mengganti pakaian - Memotong kuku 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisis tingkat kebersihan diri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang 2. Lakukan perawatan diri meliputi mandi, berpakaian, menggunting kuku, mencuci rambut, dan membersihkan mulut <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kondisi kebersihan tubuh pasien <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privasi pasien dengan menutup gorden 2. Mengetahui tingkat kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga bahwa menjaga kebersihan itu penting
---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

d. Implementasi Keperawatan

No	Tanggal dan Jam	Tindakan	DP	Paraf
1	11/04/2023 07.30 WIB	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh namun bicara dengan nada pelan karena mengeluh nyeri kepala dan tidak bisa bangun dari tempat tidur GCS 14 (E4 V4 M6)	1	
2	08.00 WIB	Memonitor TTV E/ TD : 160/100 mmHg Suhu : 36,5 °C Nadi : 69x/menit Respirasi : 20x/menit	1	
3	08.00 WIB	Mengajarkan relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan lebih tenang dan dapat melakukan tarik nafas dalam dengan benar	1	

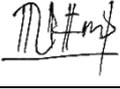
4	09.00 WIB	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang E/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan bed plang terpasang	3	
5	10.0 IB	Melakukan perawatan diri : mandi, berpakaian, dan menggunting kuku E/ Pasien mengatakan nyaman dan tubuh pasien tampak bersih dengan nilai 45 sebelum dilakukan tindakan dan 80 setelah dilakukan tindakan perawatan diri.	3	
6	10.00 WIB	Menjelaskan manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan E/ Pasien dan keluarga mengatakan memahami serta dapat menjelaskan kembali manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan	3	
7	10.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 45 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	
8	11.00 WIB	Memberikan obat anti hipertensi amplopidine 10mg melalui oral, obat analgetik paracetamol 500 mg melalui IV, obat antibiotik cefriaxone 1000 mg melalui IV, omeprazole 40 mg melalui IV, obat antiemetik ondansetron 4 mg melalui IV, suplemen citicolin 500 mg melalui IV E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat	1	
9	14. 00 WIB	Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya E/ Pasien mengatakan tidak ada nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh lain kecuali kepala	2	

10	13.00 WIB	Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah E/ Pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{0}{0}$ Pasien tidak mengeluh nyeri Pasien dapat melakukan ROM dengan bantuan perawat dan keluarga	2	
11	13.30 WIB	Mengkaji kekuatan otot pasien E/ Setelah dilakukan ROM, kekuatan otot pasien $\frac{5}{5} \mid \frac{0}{0}$	2	
12	13.30 WIB	Mengatur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam E/ Pasien kooperatif saat diatur posisinya dan mengatakan nyaman	2	
13	14.00 WIB	Memberitahu pada keluarga pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan pasien E/ Keluarga dan pasien memahami apa yang disampaikan oleh perawat bahwa dukungan keluarga merupakan hal yang penting dalam pemulihan pasien, keluarga sangat kooperatif untuk merawat pasien	2	
1	12/04/2023 07.30 WIB	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh namun bicara masih dengan nada pelan karena mengeluh nyeri kepala dan tidak bisa bangun dari tempat tidur GCS 14 (E4 V4 M6)	1	
2	08.00 WIB	Memonitor TTV E/ TD : 156/98 mmHg Suhu : 37,0 °C Nadi : 72x/menit Respirasi : 19x/menit	1	
3	08.00 WIB	Mengajarkan relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan lebih tenang dan dapat melakukan tarik nafas dalam dengan benar	1	
4	09.00 WIB	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang E/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan bed plang terpasang	3	

5	09.00 WIB	Melakukan perawatan diri : mandi dan berpakaian E/ Pasien mengatakan nyaman dan tubuh pasien tampak bersih dengan nilai 50 sebelum dilakukan tindakan dan 80 setelah dilakukan tindakan perawatan diri.	3	
6	10.00 WIB	Menjelaskan manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan E/ Pasien dan keluarga dapat memahami dan menjelaskan kembali manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan	3	
7	10.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 50 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	
8	11.00 WIB	Memberikan obat anti hipertensi amplodipine 10mg melalui oral, obat analgetik paracetamol 500 mg melalui IV, obat antibiotik cefriaxone 1000 mg melalui IV, omeprazole 40 mg melalui IV, obat antiemetik ondansetron 4 mg melalui IV, suplemen citicolin 500 mg melalui IV E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat	1	
9	13.00 WIB	Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya E/ Pasien mengatakan tidak ada nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh lain kecuali kepala	2	
10	13.00 WIB	Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah E/ Pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \ 0 \\ \hline 5 \ 0 \end{array}$ Pasien tidak mengeluh nyeri Pasien dapat melakukan ROM dengan bantuan perawat dan keluarga	2	

11	13.30 WIB	Mengkaji kekuatan otot pasien E/ Setelah dilakukan ROM, kekuatan otot pasien $\frac{5}{5} \frac{0}{0}$	2	
12	13.30 WIB	Mengatur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam E/ Pasien mengatakan nyaman dan pasien tampak kooperatif saat diatur posisi	2	
13	14.00 WIB	Memberitahu pada keluarga pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan pasien E/ Keluarga memahami apa yang disampaikan oleh perawat bahwa dukungan keluarga merupakan hal yang penting dalam pemulihan pasien, keluarga sangat kooperatif untuk merawat pasien	2	
1	13/04/2023 07.30 WIB	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh dan berbicara cukup jelas karena sakit kepala berkurang GCS 14 (E4 V4 M6)	1	
2	08.00 WIB	Memonitor TTV E/ TD : 139/93 mmHg Suhu : 36,9 °C Nadi : 67x/menit Respirasi : 20x/menit	1	
3	08.00 WIB	Mengajarkan relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan lebih tenang dan dapat melakukan tarik nafas dalam dengan benar	1	
4	09.00 WIB	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang E/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan bed plang terpasang	3	
5	09.00 WIB	Melakukan perawatan diri : mandi dan berpakaian E/ Pasien mengatakan nyaman dan tubuh pasien tampak bersih dengan nilai 50 sebelum dilakukan tindakan dan 80 setelah dilakukan tindakan perawatan diri	3	

6	10.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 50 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	
7	11.00 WIB	Memberikan obat anti hipertensi amplo-dipine 10mg melalui oral, obat analgetik paracetamol 500 mg melalui IV, obat antibiotik ceftriaxone 1000 mg melalui IV, omeprazole 40 mg melalui IV, obat antiemetik ondansetron 4 mg melalui IV, suplemen citicolin 500 mg melalui IV E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat	1	
8	13.00 WIB	Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah E/ Pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, kekuatan otot masih $\frac{5}{5} \frac{0}{0}$	2	
9	13.30 WIB	Mengkaji kekuatan otot pasien E/ Setelah dilakukan ROM, kekuatan otot $\frac{5}{5} \frac{0}{0}$ Karena tubuh sebelah kiri pasien belum bisa bergerak	2	
10	13.30 WIB	Mengatur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam E/ Pasien dibantu oleh perawat dan keluarga untuk mengubah posisi seperti miring kanan dan kiri, semi fowler dan fowler agar menghindari komplikasi yang mungkin timbul akibat tirah baring	2	
1	14/04/2023 07.30 WIB	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh dan bicara lebih jelas dari sebelumnya karena nyeri kepala berkurang GCS 14 (E4 V4 M6)	1	
2	08.00 WIB	Memonitor TTV E/ TD : 136/99 mmHg Suhu : 36 °C Nadi : 69x/menit Respirasi : 20x/menit	1	

3	08.00 WIB	Mengajarkan relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan lebih tenang dan dapat melakukan tarik nafas dalam dengan benar	1	
4	09.00 WIB	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang E/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan bed plang terpasang	3	
5	09.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 50 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	
6	10.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 50 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	
7	11.00 WIB	Memberikan obat anti hipertensi amplodipine 10mg melalui oral, obat analgetik paracetamol 500 mg melalui IV, obat antibiotik ceftriaxone 1000 mg melalui IV, omeprazole 40 mg melalui IV, obat antiemetik ondansetron 4 mg melalui IV, suplemen citicolin 500 mg melalui IV E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat	1	
8	13.00 WIB	Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah E/ Pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, namun terkadang tangan kirinya reflek bergerak sendiri Kekuatan otot $\frac{5}{5} \frac{0}{0}$	2	
9	13.30 WIB	Mengkaji kekuatan otot pasien E/ Setelah dilakukan ROM, kekuatan otot pasien 1 karena terkadang tangan kirinya dapat bergerak	2	

10	13.30 WIB	Mengatur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam E/ Pasien dibantu oleh perawat dan keluarga untuk mengubah posisi seperti miring kanan dan kiri, semi fowler dan fowler agar menghindari komplikasi yang mungkin timbul akibat tirah baring	2	
1	15/04/2023 07.30 WIB	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh dan bicara cukup jelas GCS 14 (E4 V4 M6)	1	
2	08.00 WIB	Memonitor TTV E/ TD : 125/80 mmHg Suhu : 36 °C Nadi : 82x/menit Respirasi : 20x/menit	1	
3	08.00 WIB	Mengajarkan relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan lebih tenang dan dapat melakukan tarik nafas dalam dengan benar	1	
4	09.00 WIB	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang E/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan bed plang terpasang	3	
5	09.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 50 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	
6	10.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 50 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	
7	11.00 WIB	Memberikan obat anti hipertensi amplodipine 10mg melalui oral, obat analgetik paracetamol 500 mg melalui IV, obat antibiotik ceftriaxone 1000 mg melalui IV, omeprazole 40 mg melalui IV, obat antiemetik ondansetron 4 mg melalui IV, suplemen citicolin 500 mg melalui IV E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi	1	

obat			
8	13.00 WIB	Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah E/ Pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, namun terkadang tangan atau jari kirinya reflek bergerak sendiri Kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{1}{1}$	2 
9	13.30 WIB	Mengkaji kekuatan otot pasien E/ Setelah dilakukan ROM, kekuatan otot pasien 1 karena terkadang tangan kirinya dapat bergerak Kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{1}{1}$	2 
10	13.30 WIB	Mengatur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam E/ Pasien kooperatif saat diatur posisi dan merasa nyaman	2 
11	14.00 WIB	Memberitahu pada keluarga pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan pasien E/ Keluarga memahami apa yang disampaikan oleh perawat bahwa dukungan keluarga merupakan hal yang penting dalam pemulihan pasien, keluarga sangat kooperatif untuk merawat pasien	2 

e. Evaluasi

Tanggal / Waktu	Dx	Catatan Perkembangan / Evaluasi	Paraf Pelaksana
16 April 2022 Pukul 09.00 WIB	1	S : Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang O : TD : 125/80 Skala nyeri A : Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan menurunnya suplai darah ke otak P : - Monitor tingkat kesadaran - Monitor TTV - Ajarkan relaksasi nafas dalam - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian paracetamol 2 x 500 mg IV, ceftriaxone 1 x 1000 mg IV, omeprazole 1 x 40 mg IV,	

		<p>ondansetron 1 x 4 mg IV, citicolin 2 x 500 mg IV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antihipertensi amlodipine oral 1 x 10 mg <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar dan bicara cukup jelas GCS 15 (E4 V5 M6) - Memonitor TTV E/ TD : 130/80 mmHg Suhu : 36,1°C Nadi : 80x/menit Respirasi : 20x/menit - Mengajarkan relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan lebih tenang dan dapat melakukan tarik nafas dalam dengan benar - Memberikan obat citicolin IV 3x1 500 mg, ceftriaxone IV 1x1 5 mg, omeprazole IV 1x1 40 mg, paracetamol IV 2x1 500 mg, ondansetron IV 1x1 mg, amlodipine oral 1x1 5 mg E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antihipertensi amlodipine 5 mg 1x1 oral E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat <p>E : Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>R : Kaji ulang skala nyeri dan tanda tanda vital</p>	
16 April 2022 Pukul 09.00	2	<p>S: Pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya masih belum bisa bergerak dengan baik</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot pasien meningkat $\begin{array}{r l} 5 & 1 \\ \hline 5 & 1 \end{array}$ <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Kaji kekuatan otot pasien - Bantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah - Atur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam - Beritahu pada keluarga pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan pasien - Anjurkan pasien dan keluarga melanjutkan 	

		<p>untuk latihan ROM (<i>Range of Motion</i>)</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya E/ Pasien mengatakan bagian tubuh lain tidak ada nyeri kecuali kepala - Mengkaji kekuatan otot pasien E/ Pasien mengatakan ekstremitas kiri masih belum bisa bergerak dengan baik Kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{1}{1}$ - Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah E/ Pasien kooperatif untuk melakukan ROM, pasien dapat melakukan ROM dengan bantuan - Mengatur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam E/ Pasien mengatakan nyaman dan kooperatif untuk diatur posisi - Memberitahu pada keluarga pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan pasien E/ Pasien dan keluarga mengatakan paham bahwa dukungan keluarga sangat penting untuk pemulihan pasien - Menganjurkan pasien dan keluarga melanjutkan untuk latihan ROM (<i>Range of Motion</i>) E/ Pasien dan keluarga mengatakan mau melanjutkan latihan ROM dan tampak bisa melakukannya <p>E : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian R : Kaji ulang kekuatan otot pasien</p>	
16 April 2022 Pukul 09.00	3	<p>S : Pasien mengatakan merasa nyaman dengan tubuhnya karena setiap hari dibantu untuk melakukan mandi oleh keluarga dan perawat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih bersih dari sebelumnya - Pasien dibantu oleh keluarga untuk melakukan perawatan diri karena tubuh bagian kirinya belum bisa bergerak dengan baik - Rambut pasien masih tampak kusam belum bisa dibersihkan karena bagian kepala masih nyeri <p>A : Defisit perawatan diri berhubungan dengan defisit neumuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisis tingkat kebersihan diri - Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 	

-
- Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, berpakaian, menggunting kuku
 - Jelaskan manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan

I :

- Menganalisis tingkat kebersihan diri
E/ Pasien mengatakan nyaman dengan tubuhnya dan hasil observasi nilai kebersihan pasien 80 (baik)
Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang
E/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan bed plang terpasang
 - Memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, berpakaian, menggunting kuku
E/ Pasien mengatakan nyaman dan tubuh pasien tampak bersih
 - Menjelaskan manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan
E/ Pasien dan keluarga mengatakan paham mengenai manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan
- E : Defisit perawatan diri teratasi sebagian
R : Kaji ulang kebersihan diri pasien
-

Lampiran 9 : Lembar Bimbingan Tugas Akhir KTI

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Nadira Muhamiyatillah
 NIM : D17320120047
 Nama Pembimbing : Santi Diah K.D. Spd., S.Kp., M.Kes., AIFO
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke
 Dengan Gangguan Perawatan Diri

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Jumat 27 Januari 2023	Menyampaikan persepsi terkait pedoman KTI	Menyampaikan persepsi terkait pedoman KTI		
2.	Rabu 01 Februari 2023	Menentukan judul studi kasus	Membarar Judul studi kasus serta membarar isi untuk BAB I		
3.	Jumat 03 Februari 2023	Konsul dan revisi BAB I	Perbaiki latar belakang serta tujuan studi kasus		
4.	Kamis 16 Februari 2023	Konsul dan revisi BAB I	Perbaiki latar belakang serta manfaat studi kasus		
5.	Kamis 23 Februari	Konsul BAB I BAB II, BAB III	Perbaiki dan perjelas isi BAB I & BAB II		

6.	Jumat 17 Maret 2023	Revisi BAB II dan BAB III	Perbaikan dampak terhadap sistem tubuh	<u>M. H. H.</u>	
7.	Kamis 30 Maret 2023	Revisi BAB II dan BAB III	Perbaikan path- way dan instru- men pada BAB III	<u>M. H. H.</u>	
8.	Jumat 31 Maret 2023	Revisi BAB II dan BAB III	perbaikan penatalaksana- an keperawatan	<u>M. H. H.</u>	
9.	Senin 3 April 2023	BAB I - III	Bimbingan BAB I - III	<u>M. H. H.</u>	

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

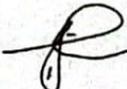
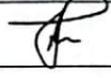
Nama Mahasiswa : Nadira Muhamiyatillah
 NIM : 1122212047
 Nama Pembimbing: Tri Hapsari RA. S.Kp. M. Kes
 Judul KTI : Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan defisit perawatan diri di RSUD A1 - Ihsan

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Rabu 25 Juni 2023	Mengamkkan persepsi ter- kait pahlawan KTI	Mengamkkan persepsi terkait pedoman KTI	<u>MH</u>	<u>✓</u>
2.	Kamis 26 Juni 2023	Menentukan judul studi kasus	Membahas judul studi kasus serta membahas isi untuk BAB I	<u>MH</u>	<u>✓</u>
3.	Rabu 01 Februari 2023	kontrol dan revisi BAB I	perbaiki lata belakang serta manfaat studi kasus	<u>MH</u>	<u>✓</u>
4.	Jumat 03 Februari 2023	kontrol dan revisi BAB I	perbaiki lata belakang dan tunjukkan hasil penelitian	<u>MH</u>	<u>✓</u>
5.	Jumat 10 Februari 2023	kontrol dan revisi BAB I	Cari hasil prevalensi dari stroke	<u>MH</u>	<u>✓</u>

6.	Kamis 23 Februari 2023	Revisi BAB I, BAB II, dan BAB III	Perbaiki dan penyetaraan isi BAB II dan III	<u>Mufid</u>	✓
7.	Sabtu 25 Februari 2023	Revisi BAB II, BAB III	Perbaiki patofisiologi dan pathway	<u>Mufid</u>	✓
8.	Rabu 08 Maret 2023	Revisi BAB II dan BAB III	Menambahkan dampak terha- dap sistem tulang pada patofisiologi dan alat ukur	<u>Mufid</u>	✓
9.	Sabtu 25 Maret 2023	Revisi BAB II dan BAB III	Perbaiki analisa data dan menam- bahkan penak- laksanaan Intervensi	<u>Mufid</u>	✓
10.	Rabu 29 Maret 2023	Revisi daftar pustaka	Menapishkan Daftar pustaka	<u>Mufid</u>	✓
11.	Jumat 31 Maret 2023	Revisi BAB II dan BAB III	Menambahkan uji validitas dan rehabili- tasi pada alat ukur	<u>Mufid</u>	✓
12.	Senin 3 April 2023	BAB I - III	Bimbingan BAB I - III	<u>Mufid</u>	✓
					✓

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Nadira Muhamigatiyah
 NIM : 197220120047
 Nama Pembimbing : Samsi Diah kb s.pd s.kp M.kes
 Judul KTI : Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan defisit perawatan diri

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Senin 29 Mei 2023	konsep dan teori bab IV	perbaikan pembahasan bab IV		
2.	Rabu 31 Mei 2023	konsep dan teori bab IV & V	perbaikan pem- bahasan bab V		
3.	Kamis 01 Juni 2023	revisi bab IV dan V	perbaikan pembahasan dan simpulan		
4.	Jumat 2 Juni 2023	revisi bab IV dan V	perbaikan pembahasan dan simpulan		
5.	Sabtu 03 Juni 2023	revisi bab IV dan V	perbaikan pembahasan dan simpulan		
6.	Selasa 06 Juni	acc	acc bab I-V		

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Nadisa Muhamiyatikah
 NIM : 2132120049
 Nama Pembimbing : Dr. Hj. Tri Hastuti, RA, S.Kp, M. Kes
 Judul KTI : Adalah Kiprahulan Pasien Stroke dengan gangguan defisit perhatian dan d. KEUL AI-Insan

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	27 Mei 2023	Konsul dan revisi bab IV	perbaikan pembahasan bab IV	<u>Nadisa</u>	
2	31 Mei 2023	Revisi bab IV dan bab V	perbaikan bahasan dan simpulan	<u>Nadisa</u>	
3	01 Juni 2023	Revisi Bab IV dan bab V	perbaikan pembahasan dan simpulan	<u>Nadisa</u>	
4	02 Juni 2023	Revisi Bab IV dan bab V	perbaikan pembahasan dan simpulan	<u>Nadisa</u>	
5	04 Juni 2023	Ditkuri melalui wab revisi bab IV dan bab V	Ditkuri terkait ini gang belum paham	<u>Nadisa</u>	
6	05 Juni 2023	Revisi bab IV dan V	perbaikan bab IV dan V	<u>Nadisa</u>	

Lampiran 10 : Dokumentasi Tindakan



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



a. Identitas Diri

Nama : Nadira Muhamiyatillah
Tempat Tanggal Lahir : Jakarta, 22 September 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Kp. Bobojong RT 01/03 Desa Cidamar
Kec. Cidaun Kab. Cianjur
Email : nadiramu.watbd@student.poltekkesbandung.ac.id

b. Riwayat Pendidikan

1. PAUD Winaya Bhakti (2007 - 2008)
2. SDN Cidaun 1 (2008 - 2014)
3. SMPN Cidaun 1 (2014 - 2017)
4. MA Al-Holilyah (2017 - 2020)
5. Poltekkes Kemenkes Bandung (2020 - sekarang)