

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul penelitian :

Efektifitas pengkajian metode NIHSS dan ESS dalam membuat diagnosa keperawatan aktual pada pasien stroke berat fase akut di RSUP Fatmawati Jakarta

Peneliti : Dedi Damhudi, S.Kp

Nomor Hp: 085214422595

Pembimbing :

1. Dewi Irawaty, MA., PhD
2. Rr. Tutik Sri Hayati, S.Kp., MARS

Tujuan :

Saya diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian bagaimana efektifitas pengkajian metode NIHSS dan ESS dalam membuat diagnosa keperawatan aktual pada pasien stroke berat fase akut

Prosedur :

Tahap pertama saya akan dikaji menggunakan metode NIHSS. Setelah itu, 15 menit kemudian dikaji menggunakan metode ESS. Disaat pengkajian saya bersedia bekerjasama dengan peneliti.

Gambaran resiko dan ketidaknyamanan yang mungkin akan terjadi :

Saya mengerti bahwa resiko yang akan terjadi sangat kecil. Apabila selama proses pengkajian saya merasa tidak enak atau tidak nyaman, maka peneliti dan tim kesehatan yang ada di ruangan akan menangani saya dengan profesional.

Manfaat bagi subjek penelitian :

Peran serta saya dalam penelitian ini akan membantu saya untuk mengerti bagaimana pengaruh pengkajian yang baik akan menghasilkan diagnosa yang tepat sehingga sangat menentukan kualitas asuhan keperawatan terhadap penyakit saya.

Kerahasiaan identitas/catatan penelitian :

Saya mengerti bahwa catatan penelitian akan dirahasiakan. Saya berhak menolak untuk berperan serta dalam penelitian ini atau mengundurkan diri tanpa adanya hukuman atau kehilangan hak saya.

Jakarta,

Tanda tangan responden/wali responden

Tanda tangan peneliti

.....

.....

2. Pengkajian metode NIHSS

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa Keperawatan aktual
1.	<p>a. Derajat kesadaran Pemeriksa harus menilai apapun respon pasien jika saat pemeriksaan terdapat halangan pada pasien seperti selang endotrakeal, trauma /balutan orotrakeal. Nilai 3 hanya diberikan jika pasien tidak bergerak dalam merespon stimulus berbahaya/menyakitkan.</p>	<p>0= sadar penuh 1= somnolen 2= stupor 3= koma</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak efektifnya bersihan jalan nafas berhubungan dengan tidak efektifnya reflek batuk akibat sekunder dari ketidaksadaran 2. Perubahan perfusi jaringan otak berhubungan dengan iskemia, edema otak atau peningkatan TIK 3. Perubahan persepsi/sensori (penglihatan, perabaan, kinestetik) berhubungan dengan penurunan kesadaran. 4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan kesadaran. 5. Inkontinensia uri dan alvi total berhubungan dengan disfungsi neurologi, penurunan kesadaran.
	<p>b. Menjawab pertanyaan Tanyakan pada pasien tentang bulan dan tanggal kelahirannya. Jawaban haruslah benar. Pasien apasia dan stupor yang tidak dapat menjawab dengan benar diberi nilai 2. Pasien yang tidak mampu bicara karena intubasi endotrakeal, trauma orotrakeal, disatria berat dari penyebab lain, gangguan bahasa atau penyebab lain bukan dari akibat apasia diberi nilai 1.</p>	<p>0= dapat menjawab dua pertanyaan dengan benar (misalnya, bulan apa sekarang dan usia pasien) 1= hanya dapat menjawab satu pertanyaan dengan benar atau tidak dapat berbicara karena terpasang pipa endotrakea atau disartria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gg proses pikir berhubungan dengan kerusakan otak, atau ketidak mampuan mengikuti perintah 2. Tidak ada diagnosa aktual

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa Keperawatan aktual
	Hanya jawaban awal yang dinilai dan pemeriksa tidak membantu pasien dengan petunjuk verbal atau non verbal.	2= tidak dapat menjawab kedua pertanyaan dengan benar atau afasia atau stupor menjawab kedua pertanyaan dengan benar atau afasia atau stupor	
	<p>c. Mengikuti perintah Anjurkan pasien menutup dan membuka mata kemudian menggenggam dan melepaskan tangan pada tangan yang tidak paresis. Mengganti salah satu perintah dapat dilakukan jika tangan tidak dapat digunakan. Penilaian dapat diberikan jika usaha maksimal sudah dilakukan walaupun tidak lengkap karena kelemahan. Jika pasien tidak berespon terhadap perintah, tugas itu harus di contohkan kepada dia (tanpa suara) dan hasilnya dinilai (seperti tidak mengikuti, mengikuti satu atau dua perintah). Pasien dengan trauma, amputasi atau halangan fisik harus diberikan penyesuaian dengan salah satu perintah. Hanya jawaban pertama yang dinilai.</p>	<p>0= dapat melakukan dua perintah dengan benar (misalnya buka dan tutup mata, kepal dan buka tangan pada sisi yang sehat) 1= hanya dapat melakukan satu perintah dengan benar 2= tidak dapat melakukan kedua perintah dengan benar</p>	<p>1. Gg proses pikir berhubungan dengan kerusakan otak, atau ketidak mampuan mengikuti perintah 2. Tidak ada diagnosa aktual</p>

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa Keperawatan aktual
2.	<p>Gerakan mata konyugat horizontal Hanya gerakan horizontal mata yang di periksa. Jika pasien mempunyai deviasi konyugat pada mata yang terjadi secara reflek, dapat diberi nilai 1. Jika pasien mempunyai paresis saraf perifer yang terisolasi (N III, N IV, VI) diberi nilai 1. Gerakan mata konyugat horizontal dapat dilakukan pada semua pasien apasia. Pasien dengan trauma mata, yang diperban, sebelum terjadi kebutaan atau atau penyakit ketajaman penglihatan atau lapangan pandang harus dilakukan pemeriksaan dengan gerakan reflek yang di sesuaikan oleh pemeriksa. Kemampuan mempertahankan kontak mata dan diikuti gerakan dari sisi ke sisi akan sangat membantu dalam melihat adanya kelemahan gerakan mata konyugat sebagian.</p>	<p>0= normal 1= gerakan abnormal hanya pada satu mata 2= deviasi konyugat yang kuat atau paresis konyugat total pada kedua mat</p>	<p>1. Perubahan persepsi/sensori (penglihatan, perabaan, kinestetik) berhubungan dengan gangguan penglihatan 2. Tidak ada diagnosa aktual</p>
3.	<p>Lapangan pandang Lapangan pandang (bagian atas dan bawah) di uji dengan menggunakan hitungan jari. Jika pasien dapat melihat pada sisi jari yang bergerak dengan tepat, bisa beri nilai normal. Jika terdapat kebutaan sebelah atau enuklasi dapat diberi nilai apa adanya. Nilai 1 diberikan jika melihat</p>	<p>0= tidak ada gangguan 1= kuandranopia 2= hemianopia total 3= hemianopia bilateral atau buta kortikal</p>	<p>1. Perubahan persepsi/sensori (penglihatan, perabaan, kinestetik) berhubungan dengan gangguan penglihatan 2. Unilateral negleg (pengabaian sepihak) berhubungan dengan efek gangguan kemampuan penglihatan atau hemianopsia</p>

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa Keperawatan aktual
	dengan jelas tapi tidak simetris, termasuk jika terdapat quadranopia. Jika pasien buta oleh penyebab lain diberi nilai 3. Jika hal ini terkait dengan tingkat kesadaran (somnia) hasilnya bisa untuk menilai point unilateral negleg.		
4.	<p>Paresis Wajah Gunakan pertanyaan atau gunakan pantomime untuk mendorong pasien menunjukkan gigi atau mengangkat alis mata dan menutup mata. Nilai simetris wajah yang menyeringai adalah respon dari stimulus yang berbahaya terhadap kurangnya respon atau ketidakpahaman pasien. Jika wajah trauma atau terbalut, selang orotrakeal, atau penghalang lainnya pada wajah harus dianggap normal terhadap penilaian.</p>	<p>0= normal 1= paresis ringan 2= paresis sebagian 3= paresis total</p>	<p>1. Perubahan persepsi/sensori (penglihatan, perabaan, kinestetik) berhubungan dengan gangguan sensasi</p> <p>2. Tidak ada diagnosa aktual</p>
5.	<p>a. Motorik lengan kanan Pasien mengangkat tangan 90° (jika duduk) atau 45° (jika baring telentang). Penilaian adanya gangguan apabila tangan tidak bisa menggapung dan jatuh sebelum 10 detik. Pasien apasia di anjurkan menggunakan alat bantu suara atau pantomime. Setiap lengan di uji dengan diputar, dimulai dengan lengan yang tidak paresis. Hanya pada kasus amputasi</p>	<p>0= tidak ada kelainan bila pasien bisa mengangkat kedua lengannya selama 10 detik 1= Lengan jatuh ke bawah sebelum 10 detik 2= Lengan terjatuh ke kasur atau badan atau tidak dapat diluruskan secara penuh 3= tidak dapat melawan gravitasi</p>	<p>1. <i>Self care defisit</i> (kebersihan diri, nutrisi, eliminasi) berhubungan dengan dampak stroke</p> <p>2. Tidak ada diagnosa aktual</p>

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa Keperawatan aktual
	atau bahu yang mengalami penyambungan, pemeriksa harus memberikan penilaian tidak dapat diperiksa.	4= tidak ada gerakan X= tidak dapat diperiksa	
	b. Motorik lengan kiri Pasien mengangkat tangan 90° (jika duduk) atau 45° (jika baring telentang). Penilaian adanya gangguan apabila tangan tidak bisa mengampung dan jatuh sebelum 10 detik. Pasien apasia di anjurkan menggunakan alat bantu suara atau pantomime. Setiap lengan di uji dengan diputar, dimulai dengan lengan yang tidak paresis. Hanya pada kasus amputasi atau bahu yang mengalami penyambungan, pemeriksa harus memberikan penilaian tidak dapat diperiksa.	0= tidak ada kelainan bila pasien bisa mengangkat kedua lengannya selama 10 detik 1= Lengan menyimpang ke bawah sebelum 10 detik 2= Lengan terjatuh ke kasur atau badan atau tidak dapat diluruskan secara penuh 3= tidak dapat melawan gravitasi 4= tidak ada gerakan X= tidak dapat diperiksa	1. <i>Self care defisit</i> (kebersihan diri, nutrisi, eliminasi) berhubungan dengan dampak stroke 1. Tidak ada diagnosa aktual 1.
6.	a. Motorik tungkai kanan Pasien mengangkat kaki 30° (di uji dengan posisi telentang). Penilaian adanya gangguan apabila kaki jatuh sebelum 5 detik. Pasien apasia di anjurkan menggunakan alat bantu suara atau pantomime, tetapi tidak dengan stimulus yang berbahaya. Setiap tungkai di uji dengan diputar, dimulai dengan lengan yang tidak paresis. Pada kasus amputasi / kaki yang mengalami penyambungan maka tidak dapat diperiksa.	0= tidak ada gangguan bila pasien bisa mengangkat kedua tungkai selama 10 detik dan diangkat bergantian. 1= Kaki jatuh ke bawah sebelum 5 detik 2= Kaki terjatuh ke kasur / tidak dapat diluruskan secara penuh 3= tidak dapat melawan gravitasi 4= tidak ada gerakan X= tidak dapat diperiksa	2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan defisit neurologi 3. Tidak ada diagnosa aktual

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa Keperawatan aktual
	<p>b. Motorik tungkai kiri Pasien mengangkat kaki 30° (selalu di uji dengan posisi telentang/supinasi). Penilaian adanya gangguan apabila kaki jatuh sebelum 5 detik. Pasien apasia di anjurkan menggunakan alat bantu suara atau pantomime, tetapi tidak dengan stimulus yang berbahaya. Setiap tungkai di uji dengan diputar, dimulai dengan lengan yang tidak paresis. Hanya pada kasus amputasi atau kaki yang mengalami penyambungan, pemeriksa harus memberikan penilaian tidak dapat diperiksa.</p>	<p>0= tidak ada gangguan bila pasien bisa mengangkat kedua tungkai selama 5 detik dan diangkat bergantian. 1= Kaki jatuh ke bawah sebelum 5 detik 2= Kaki terjatuh ke kasur atau badan atau tidak dapat diluruskan secara penuh 3= tidak dapat melawan gravitasi 4= tidak ada gerakan X= tidak dapat diperiksa jika amputasi, penyambungan paha.</p>	<p>1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan defisit neurologi 2. Tidak ada diagnosa aktual</p>
7.	<p>Ataksia anggota badan Bagian ini bertujuan untuk menemukan lesi serebral sepihak. Saat pemeriksaan, pasien membuka mata. Pemeriksaan dilakukan dengan cara gerakan tangan pasien dari jari-hidung-jari dan tumit-mata kaki-lutut. Pemeriksaan dilakukan pada kedua sisi dan penilaian adanya ataksia ditemukan jika ada kelemahan yang terlalu kuat. Ataksia tidak ditemukan pada pasien yang tidak paham terhadap instruksi atau paralisis. Hanya pada kasus amputasi atau penyambungan,</p>	<p>0= tidak ada 1= pada satu ekstremitas 2= pada dua atau lebih ekstremitas X= tidak dapat diperiksa jika amputasi, penyambungan.</p>	<p>1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan defisit neurologi 2. Tidak ada diagnosa aktual</p>

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa Keperawatan aktual
	<p>pemeriksa harus memberikan penilaian tidak dapat diperiksa. Pada kasus kebutaan, pemeriksaan dilakukan dengan pasien menyentuh hidung dari posisi tangan dibentangkan.</p>		
8.	<p>Sensorik Adanya sensasi atau menyeringai apabila dilakukan tes dengan ujung jarum. Pemeriksa harus menguji pada banyak bagian tubuh seperti pada lengan, kaki, wajah dan badan untuk mendapatkan hasil yang akurat terhadap kehilangan hemisensorik. Nilai 2 "berat atau kehilangan sensorik total" diberikan pada pasien yang mengalami kehilangan sensorik total atau sangat parah. Pasien stupor dan aphasia diberi nilai 1 atau 0. Pasien dengan stroke yang memiliki kehilangan sensasi bilateral diberi nilai 2. Jika pasien tidak berespon atau koma atau quadriplegi diberi nilai 2.</p>	<p>0= normal 1= defisit parsial yaitu merasa tetapi berkurang 2= defisit berat yaitu jika pasien tidak merasa atau terdapat gangguan bilateral</p>	<p>1. Perubahan persepsi/sensori (penglihatan, perabaan, kinestetik) berhubungan dengan gangguan sensasi 2. Tidak ada diagnosa aktual</p>
9.	<p>Bahasa terbaik Instruksikan pasien untuk melihat gambar dari pemeriksa. Tanyakan apa yang terjadi terkait dengan gambar, nama dari gambar tersebut dan membaca apa yang terdapat pada gambar tersebut. Pemahaman bahasa didapat dari respon</p>	<p>0= tidak ada afasia 1= afasia ringan-sedang 2= afasia berat 3= tidak dapat bicara (bisu) atau global afasia atau koma</p>	<p>1. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan cedera otak atau penurunan kesadaran. 2. Inkontinensia uri dan BAB total berhubungan dengan disfungsi neurologi, gangguan komunikasi.</p>

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa Keperawatan aktual
	<p>seperti halnya perintah-perintah pada proses pemeriksaan neurologi secara umum. Jika terdapat kekurangan penglihatan saat pemeriksaan, tanyakan pada pasien untuk mengidentifikasi benda yang diletakkan di tangan, ulangi dan hasilkan pembicaraan. Pasien yang mengalami intubasi sebaiknya ditanya dengan tulisan. Pasien dengan koma otomatis di beri nilai 3. Nilai 3 diberikan jika pasien bisu dan tidak dapat mengikuti perintah apapun.</p>		1.
10.	<p>Disartria Kekurangan saat bicara dapat terlihat dengan menganjurkan untuk membaca atau mengulang kalimat yang ada dibacaan. Jika pasien memiliki afasia berat, kejelasan artikulasi dapat dinilai dari pembicaraan secara spontan. Jika pasien mempunyai intubasi atau halangan fisik lain terkait dengan bicara, pemeriksa harus mencatat tidak dapat diperiksa.</p>	<p>0= artikulasi normal 1= disartria ringan-sedang 2= disartria berat X= tidak dapat diperiksa jika intubasi atau halangan fisik lain terkait bicara.</p>	<p>2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan cedera otak</p> <p>3. Kelemahan menelan berhubungan dengan kelemahan neuromuskular</p>

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa Keperawatan aktual
11.	<p>Unilateral Negleg atau tidak ada atensi Kurangnya informasi untuk mengidentifikasi adanya negleg perlu di prioritaskan selama pemeriksaan. Jika pasien mempunyai masalah penglihatan yang berat, dan stimulus pada kulit normal maka nilainya adalah normal. Jika pasien apasia tetapi mampu mengenali adanya benda di kedua sisinya berarti nilainya normal. Adanya pengabaian sepihak atau anosagnosia adalah suatu tanda yang tidak normal.</p>	<p>0= tidak ada 1= parsial 2= total</p>	<p>1. Unilateral negleg (pengabaian sepihak) berhubungan dengan efek gangguan kemampuan penglihatan atau hemianopsia</p> <p>2. Tidak ada diagnosa aktual</p>
Total perolehan diagnosa aktual:		buah

2. Pengkajian metode ESS

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa keperawatan aktual
1.	<p>Derajat kesadaran: mengukur tingkat kesadaran pasien mulai dari kompos mentis, apatis, somnolen, stupor/pre coma dan koma.</p>	<p>10 = sadar penuh, merespon dengan baik 8 = somnolen/mengantuk tetapi dapat dibangunkan dengan stimulus ringan, menjawab atau berespon 6 = diperlukan stimulus yang berulang atau pasien lesu, diperlukan stimulus keras atau stimulus yang sedikit menyakitkan (nyeri ringan) untuk membuat pasien bergerak 4 = tidak dapat dibangunkan dengan berbagai rangsangan, bereaksi dengan stimulus yang agak menyakitkan (nyeri sedang) untuk membuat pasien bergerak. 2 = tidak dapat dibangunkan dengan berbagai rangsangan, bereaksi dengan stimulus yang sangat menyakitkan (nyeri berat) untuk membuat pasien bergerak 0 = tidak dapat dibangunkan dengan berbagai rangsangan, dan tidak bereaksi dengan stimulus yang sangat menyakitkan (nyeri berat) untuk membuat pasien bergerak</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak efektifnya bersihan jalan nafas berhubungan dengan tidak efektifnya reflek batuk akibat sekunder dari ketidaksadaran. 2. Perubahan perfusi jaringan otak berhubungan dengan iskemia, edema otak atau peningkatan TIK. 3. Perubahan persepsi/sensori (penglihatan, perabaan, kinestetik) berhubungan dengan penurunan kesadaran. 4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan kesadaran 5. Inkontinensia uri dan alvi total berhubungan dengan disfungsi neurologi, penurunan kesadaran

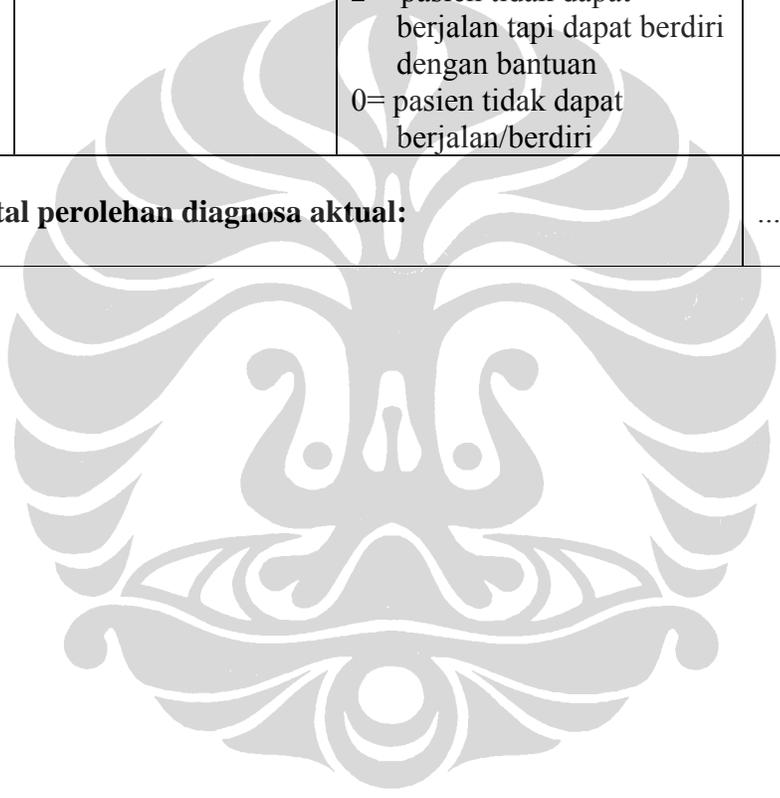
No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa keperawatan aktual
2	<p>Pengertian: Anjurkan pasien untuk mengikuti perintah seperti: (a) mengeluarkan lidah, (b) meletakkan jari ke hidung, (c) menutup kelopak mata. Pemeriksa tidak mencontohkan perintah tersebut.</p>	<p>8 = pasien melaksanakan 3 perintah 4= pasien melaksanakan 1-2 perintah 0= pasien tidak melaksanakan perintah</p>	<ol style="list-style-type: none"> Gg proses pikir berhubungan dengan kerusakan otak, atau ketidak mampuan mengikuti perintah Tidak ada diagnosa aktual
3	<p>Bicara: pemeriksa membuat percakapan umum dengan pasien</p>	<p>8 = bicara normal 6= agak sulit bicara, pembicaraan masih bisa dilakukan 4= sangat sulit bicara, pembicaraan sulit dilakukan 2= hanya "ya" dan "tidak" 0= tidak ada suara</p>	<ol style="list-style-type: none"> Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan cedera otak Kelemahan menelan berhubungan dengan kelemahan neuromuskular Inkontinensia uri dan alvi total berhubungan dengan disfungsi neurologi, gangguan komunikasi.
4.	<p>Lapangan pandang: pemeriksa berdiri dekat lengan pasien dan bandingkan pandangan mata pasien dengan mempercepat pergerakan jari dari batas luar ke arah dalam. Pasien di diminta untuk menatap pupil pemeriksa. Tes dilakukan dengan membuka satu mata menutup satunya dan begitu sebaliknya.</p>	<p>8 = normal 0= kurang/gangguan</p>	<ol style="list-style-type: none"> Perubahan persepsi/sensori (penglihatan, perabaan, kinestetik) berhubungan dengan gangguan penglihatan Unilateral negleg (pengabaian sepihak) berhubungan dengan efek gangguan kemampuan penglihatan

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa keperawatan aktual
5.	Gerakan mata konyugat horizontal: pemeriksa melihat kepada pasien dan bertanya kepada pasien dengan mengikuti jari pemeriksa. Pemeriksa mengobservasi posisi mata pasien istirahat/berhenti sejenak dan sesudah itu pergerakan penuh dengan mengikuti pergerakan jari dari kiri ke kanan lalu sebaliknya.	8 = normal 4= posisi mata di tengah, ada penyimpangan ke salah satu sisi 2= posisi mata di samping, bisa kembali ke ke posisi tengah 0= posisi mata di samping, tidak bisa kembali ke posisi tengah	1. Perubahan persepsi/sensori (penglihatan, perabaan, kinestetik) berhubungan dengan gangguan penglihatan 2. Unilateral negleg (pengabaian sepihak) berhubungan dengan efek gangguan kemampuan penglihatan
6.	Gerakan wajah: wajah pasien di dilihat pada saat berbicara dan senyum, dengan catatan ke tidaksemetrisan. Hanya otot-otot setengah bagian bawah pada wajah yang dikaji.	8= normal 4= paresis 0= paralisis	1. Perubahan persepsi/sensori (penglihatan, perabaan, kinestetik) berhubungan dengan gangguan sensasi 2. Tidak ada diagnosa aktual
7.	Lengan tangan (kemampuan lengan tangan untuk mempertahankan posisi dibentangkan/angkat tangan): Anjurkan pasien menutup mata. Pasien yang tangannya aktif diangkat 45° dengan posisi datar horizontal, dengan kedua tangan pada posisi tengah	4 = lengan tangan mampu bertahan 5 detik 3= lengan tangan mampu bertahan 5 detik tapi posisi tangan telungkup 2= lengan tangan mampu mengapung kurang dari 5 detik tapi bisa dipertahankan dengan posisi lebih rendah 1= lengan tangan tidak mampu mempertahankan posisi tapi mampu melawan gravitasi.	1. Self care defisit (personal hygiene, nutrisi, eliminasi) berhubungan dengan dampak stroke 2. Tidak ada diagnosa aktual

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa keperawatan aktual
	berhadapan satu sama lain. Pasien di anjurkan untuk mempertahankan posisi selama 5 detik setelah pemeriksa melihat kekuatannya. Hanya sisi yang aktif yang dievaluasi	0= lengan tangan jatuh / tidak mampu melawan gravitasi	
8.	Lengan tangan (peningkatan gerak) Letakkan lengan tangan pada kaki dengan tangan di posisi tengah. Pasien diminta untuk mengangkat lengan tangan lalu dibentangkan dengan posisi 90° (vertikal).	4 = normal 3= lengan tangan lurus, pergerakan tidak penuh 2= lengan tangan fleksi/benkok 1= pergerakan sedikit-sedikit/lambat 0= tidak bergerak	1. Self care defisit (personal hygiene, nutrisi, eliminasi) berhubungan dengan dampak stroke 2. Tidak ada diagnosa aktual
9.	Keluasan grakan pergelangan tangan: pasien di uji dengan lengan bawah dialas. Tangan tidak di alas tetapi di lemaskan pada posisi telentang (pronasi). Pasien di diminta untuk mengangkat tangan.	8= normal (pergerakan terisolasi penuh, tidak ada penurunan kekuatan) 6= pergerakan terisolasi penuh, ada penurunan kekuatan 4= pergerakan tidak terisolasi 2= pergerakan sedikit-sedikit/lambat 0= tidak ada pergerakan	1. Self care defisit (personal hygiene, nutrisi, eliminasi) berhubungan dengan dampak stroke 2. Tidak ada diagnosa aktual
10.	Jari: pasien diminta untuk mencubit dengan ibu jari dan telunjuk untuk melawan tarikan yang lemah.	8= kekuatan seimbang 4= kekuatan berkurang pada sisi aktif 0= Jari tidak bisa mencubit pada sisi aktif	1. Self care defisit (personal hygiene, nutrisi, eliminasi) berhubungan dengan dampak stroke 2. Tidak ada diagnosa aktual

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa keperawatan aktual
11.	<p>Kaki (mempertahankan posisi): pemeriksa mengangkat kaki pasien pada posisi yang aktif, dengan paha yang tegak lurus pada tempat tidur dan kaki yang lebih rendah sejajar pada tempat tidur. Pasien diminta untuk menutup mata dan mempertahankan posisi kaki selama 5 detik tanpa di alas.</p>	<p>4= kaki bisa diangkat tinggi dan dapat mempertahankan posisi selama 5 menit 2= kaki turun pada posisi tengah, dapat mempertahankan posisi selama 5 menit 1= kaki dapat mempertahankan posisi selama 5 menit lalu jatuh pada tempat tidur tetapi tidak secara tiba-tiba. 0= kaki jatuh tiba-tiba pada tempat tidur</p>	<p>1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan defisit neurologi 2. Tidak ada diagnosa aktual</p>
12.	<p>Kaki (fleksio): pasien posisi telentang (supinasi) dengan kaki di bentangkan. Pasien diminta untuk menekuk pinggul dan lutut.</p>	<p>4= normal 3= bergerak melawan tahanan, kekuatan menurun 2= bergerak melawan gravitasi. 1= bergerak perlahan 0= tidak ada gerakan</p>	<p>1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan defisit neurologi 2. Tidak ada diagnosa aktual</p>
13.	<p>Dorsofleksio pada kaki: kaki pasien di bentangkan, dengan pasien diminta untuk menekukkan punggu kaki.</p>	<p>8= normal (kaki dapat di bentangkan, pergerakan penuh, tidak ada penurunan kekuatan) 6= kaki dapat di bentangkan, pergerakan penuh, ada penurunan kekuatan 4= kaki dapat di bentangkan, pergerakan tidak penuh atau lutut fleksi atau kaki telentang 2= pergerakan perlahan 0= tidak ada gerakan</p>	<p>1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan defisit neurologi 2. Tidak ada diagnosa aktual</p>

No	Komponen dan cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Diagnosa keperawatan aktual
14.	Gaya berjalan: Instruksikan pasien untuk berjalan seperti biasa dan lihat kondisi saat berjalan.	10= normal 8= gaya berjalan tidak normal atau terbatas atau kecepatan terbatas 6= pasien dapat berjalan dengan bantuan 4= pasien dapat berjalan dengan bantuan orang lain satu atau dua orang 2= pasien tidak dapat berjalan tapi dapat berdiri dengan bantuan 0= pasien tidak dapat berjalan/berdiri	1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan defisit neurologi 2. Tidak ada diagnosa aktual
Total perolehan diagnosa aktual:		buah



Tabel *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*

No	Komponen cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai
1.	<p>a. Derajat kesadaran Pemeriksa harus menilai apapun respon pasien jika saat pemeriksaan terdapat halangan pada pasien seperti selang endotrakeal, trauma /balutan orotrakeal. Nilai 3 hanya diberikan jika pasien tidak bergerak dalam merespon stimulus berbahaya/menyakitkan.</p>	<p>0= sadar penuh 1= somnolen 2= stupor 3= koma</p>	
	<p>b. Menjawab pertanyaan Tanyakan pada pasien tentang bulan dan tanggal kelahirannya. Jawaban haruslah benar. Pasien apasia dan stupor yang tidak dapat menjawab dengan benar diberi nilai 2. Pasien yang tidak mampu bicara karena intubasi endotrakeal, trauma orotrakeal, disatria berat dari penyebab lain, gangguan bahasa atau penyebab lain bukan dari akibat apasia diberi nilai 1. Hanya jawaban awal yang dinilai dan pemeriksa tidak membantu pasien dengan petunjuk verbal atau non verbal.</p>	<p>0= dapat menjawab dua pertanyaan dengan benar (misalnya, bulan apa sekarang dan usia pasien) 1= hanya dapat menjawab satu pertanyaan dengan benar atau tidak dapat berbicara karena terpasang pipa endotrakea atau disartria 2= tidak dapat menjawab kedua pertanyaan dengan benar atau afasia atau stupor</p>	
	<p>c. Mengikuti perintah Anjurkan pasien menutup dan membuka mata dan kemudian menggenggam dan melepaskan tangan bukan pada tangan paresis. Mengganti salah satu perintah dapat dilakukan jika tangan tidak dapat digunakan. Penilaian dapat diberikan jika usaha maksimal sudah dilakukan walaupun tidak lengkap karena kelemahan. Jika pasien tidak berespon terhadap perintah, tugas itu harus di contohkan kepada dia (tanpa suara) dan hasilnya dinilai (seperti tidak mengikuti, mengikuti satu atau dua perintah).</p>	<p>0= dapat melakkan dua perintah dengan benar (misalnya buka dan tutup mata, kepal dan buka tangan pada sisi yang sehat) 1= hanya dapat melakukan satu perintah dengan benar 2= tidak dapat melakukan kedua perintah dengan benar</p>	

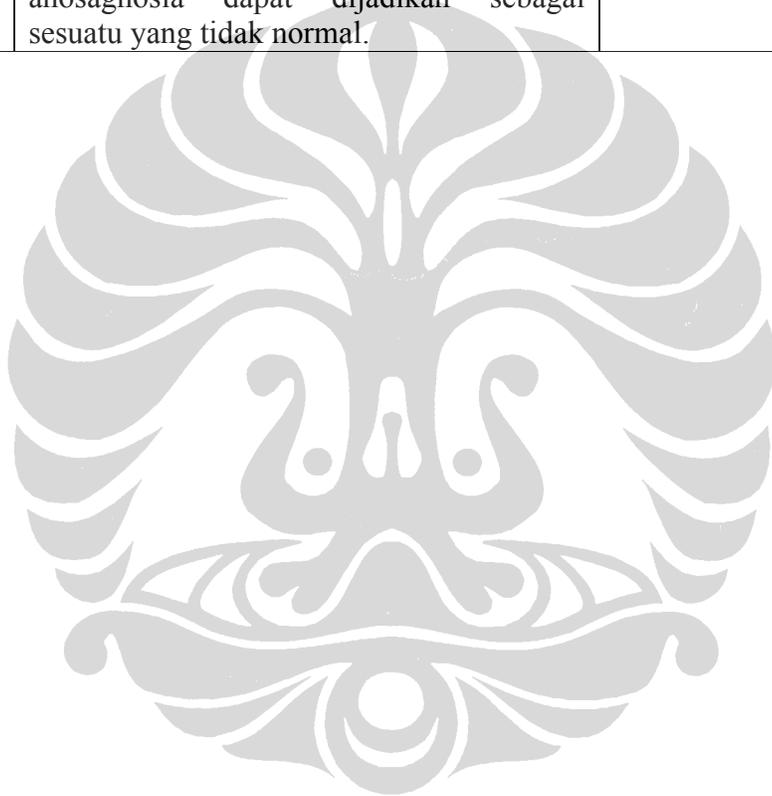
No	Komponen cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai
2.	<p>Gerakan mata konyugat horizontal Hanya gerakan horizontal mata yang di periksa. Jika pasien mempunyai deviasi konyugat pada mata yang terjadi secara reflek, dapat diberi nilai 1. Jika pasien mempunyai paresis saraf perifer yang terisolasi (N III, N IV, VI) diberi nilai 1. Gerakan mata konyugat horizontal dapat dilakukan pada semua pasien apasia. Pasien dengan trauma mata, yang diperban, sebelum terjadi kebutaan atau atau penyakit ketajaman penglihatan atau lapangan pandang harus dilakukan pemeriksaan dengan gerakan reflek yang di sesuaikan oleh pemeriksa. Kemampuan mempertahankan kontak mata dan diikuti gerakan dari sisi ke sisi akan sangat membantu dalam melihat adanya kelemahan gerakan mata konyugat sebagian.</p>	0= normal 1= gerakan abnormal hanya pada satu mata 2= deviasi konyugat yang kuat atau paresis konyugat total pada kedua mata	
3.	<p>Lapangan pandang Lapangan pandang (bagian atas dan bawah) di uji dengan menggunakan hitungan jari. Jika pasien dapat melihat pada sisi jari yang bergerak dengan tepat, bisa beri nilai normal. Jika terdapat kebutaan sebelah atau enuklasi dapat diberi nilai apa adanya. Nilai 1 diberikan jika melihat dengan jelas tapi tidak simetris, termasuk jika terdapat quadranopia. Jika pasien buta oleh penyebab lain diberi nilai 3. Jika hal ini terkait dengan tingkat kesadaran (sommolen) hasilnya bisa untuk menilai point unilateral negleg.</p>	0= tidak ada gangguan 1= kuandranopia 2= hemianopia total 3= hemianopia bilateral atau buta kortikal	
4.	<p>Paresis Wajah Tanya atau menggunakan pantomime untuk mendorong pasien menunjukkan gigi atau mengangkat alis mata adan menutup mata. Nilai simetris wajah yang menyeringai adalah respon dari stimulus yang berbahaya terhadap kurangnya respon atau ketidak pahaman pasien. Jika wajah trauma atau terbalut, selang orotrakeal harus dianggap normal terhadap penilaian.</p>	0= normal 1= paresis ringan 2= paresis sebagian 3= paresis total	

No	Komponen cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai
5.	<p>a. Motorik lengan kanan Pasien mengangkat tangan 90° (jika duduk) atau 45° (jika baring telentang). Penilaian adanya gangguan apabila tangan tidak bisa mengapung dan jatuh sebelum 10 detik. Pasien apasia di anjurkan menggunakan alat bantu suara atau pantomime. Setiap lengan di uji dengan diputar, dimulai dengan lengan yang tidak paresis. Hanya pada kasus amputasi atau bahu yang mengalami penyambungan, pemeriksa harus memberikan penilaian tidak dapat diperiksa.</p>	<p>0= tidak ada kelainan bila pasien bisa mengangkat kedua lengannya selama 10 detik 1= Lengan jatuh ke bawah sebelum 10 detik 2= Lengan terjatuh ke kasur atau badan atau tidak dapat diluruskan secara penuh 3= tidak dapat melawan gravitasi 4= tidak ada gerakan X= tidak dapat diperiksa</p>	
	<p>b. Motorik lengan kiri Pasien mengangkat tangan 90° (jika duduk) atau 45° (jika baring telentang). Penilaian adanya gangguan apabila tangan tidak bisa mengapung dan jatuh sebelum 10 detik. Pasien apasia di anjurkan menggunakan alat bantu suara atau pantomime. Setiap lengan di uji dengan diputar, dimulai dengan lengan yang tidak paresis. Hanya pada kasus amputasi atau bahu yang mengalami penyambungan, pemeriksa harus memberikan penilaian tidak dapat diperiksa.</p>	<p>0= tidak ada kelainan bila pasien bisa mengangkat kedua lengannya selama 10 detik 1= Lengan menyimpang ke bawah sebelum 10 detik 2= Lengan terjatuh ke kasur atau badan atau tidak dapat diluruskan secara penuh 3= tidak dapat melawan gravitasi 4= tidak ada gerakan X= tidak dapat diperiksa</p>	
6.	<p>a. Motorik tungkai kanan Pasien mengangkat kaki 30° (selalu di uji dengan posisi telentang/supinasi). Penilaian adanya gangguan apabila kaki jatuh sebelum 5 detik. Pasien apasia di anjurkan menggunakan alat bantu suara atau pantomime, tetapi tidak dengan stimulus yang berbahaya. Setiap tungkai di uji dengan diputar, dimulai dengan lengan yang tidak paresis. Hanya pada kasus amputasi atau kaki yang mengalami penyambungan, pemeriksa harus memberikan penilaian tidak dapat diperiksa.</p>	<p>0= tidak ada gangguan bila pasien bisa mengangkat kedua tungkai selama 10 detik dan diangkat bergantian. 1= Kaki jatuh ke bawah sebelum 5 detik 2= Kaki terjatuh ke kasur atau badan atau tidak dapat diluruskan secara penuh 3= tidak dapat melawan gravitasi 4= tidak ada gerakan X= tidak dapat diperiksa.</p>	

No	Komponen cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai
	<p>b. Motorik tungkai kiri Pasien mengangkat kaki 30° (selalu di uji dengan posisi telentang/supinasi). Penilaian adanya gangguan apabila kaki jatuh sebelum 5 detik. Pasien apasia di anjurkan menggunakan alat bantu suara atau pantomime, tetapi tidak dengan stimulus yang berbahaya. Setiap tungkai di uji dengan diputar, dimulai dengan lengan yang tidak paretis. Hanya pada kasus amputasi atau kaki yang mengalami penyambungan, pemeriksa harus memberikan penilaian tidak dapat diperiksa.</p>	<p>0= tidak ada gangguan bila pasien bisa mengangkat kedua tungkai selama 5 detik dan diangkat bergantian. 1= Kaki jatuh ke bawah sebelum 5 detik 2= Kaki terjatuh ke kasur atau badan atau tidak dapat diluruskan secara penuh 3= tidak dapat melawan gravitasi 4= tidak ada gerakan X= tidak dapat diperiksa jika amputasi, penyambungan paha.</p>	
7.	<p>Ataksia anggota badan Bagian ini bertujuan untuk menemukan lesi serebral sepihak. Saat pemeriksaan, pasien membuka mata. Pemeriksaan dilakukan dengan cara gerakan tangan pasien dari jari-hidung-jari dan tumit-mata kaki-lutut. Pemeriksaan dilakukan pada kedua sisi dan penilaian adanya ataksia ditemukan jika ada kelemahan yang terlalu kuat. Ataksia tidak ditemukan pada pasien yang tidak paham terhadap instruksi atau paralisis. Hanya pada kasus amputasi atau penyambungan, pemeriksa harus memberikan penilaian tidak dapat diperiksa. Pada kasus kebutaan, pemeriksaan dilakukan dengan pasien menyentuh hidung dari posisi tangan dibentangkan.</p>	<p>0= tidak ada 1= pada satu ekstremitas 2= pada dua atau lebih ekstremitas X= tidak dapat diperiksa jika amputasi, penyambungan.</p>	

No	Komponen cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai
8.	<p>Sensorik Adanya sensasi atau menyeringai apabila di lakukan tes dengan ujung jarum. Pemeriksa harus menguji pada banyak bagian tubuh seperti pada lengan, kaki, wajah dan badan untuk mendapatkan hasil yang akurat terhadap kehilangan hemisensorik. Nilai 2 "berat atau kehilangan sensorik total" diberikan pada pasien yang mengalami kehilangan sensorik total atau sangat parah. Pasien stupor dan aphasia diberi nilai 1 atau 0. Pasien dengan stroke yang memiliki kehilangan sensasi bilateral diberi nilai 2. Jika pasien tidak berespon atau koma atau quadriplegi diberi nilai 2.</p>	<p>0= normal 1= defisit parsial yaitu merasa tetapi berkurang 2= defisit berat yaitu jika pasien tidak merasa atau terdapat gangguan bilateral</p>	
9.	<p>Bahasa terbaik Anjurkan pasien untuk melihat gambar dari pemeriksa. Tanyakan apa yang terjadi terkait dengan gambar, nama dari gambar tersebut dan membaca apa yang terdapat pada gambar tersebut. Pemahaman bahasa didapat dari respon seperti halnya perintah-perintah pada proses pemeriksaan neurologi secara umum. Jika terdapat kekurangan penglihatan saat pemeriksaan, tanya pasien untuk mengidentifikasi benda yang diletakkan di tangan, ulangi dan hasilkan pembicaraan. Pasien yang mengalami intubasi sebaiknya ditanya dengan tulisan. Pasien dengan koma otomatis di beri nilai 3. Nilai 3 diberikan jika pasien bisu dan tidak dapat mengikuti perintah apapun.</p>	<p>0= tidak ada afasia 1= afasia ringan-sedang 2= afasia berat 3= tidak dapat bicara (bisu) atau global afasia atau koma</p>	
10.	<p>Disartria Kekurangan saat bicara dapat terlihat dengan menganjurkan untuk membaca atau mengulang kalimat yang ada dibacaan. Jika pasien memiliki afasia berat, kejelasan artikulasi dapat dinilai dari pembicaraan secara spontan. Jika pasien mempunyai intubasi atau halangan fisik lain terkait dengan bicara, pemeriksa harus mencatat tidak dapat diperiksa.</p>	<p>0= artikulasi normal 1= disartria ringan-sedang 2= disartria berat X= tidak dapat diperiksa jika intubasi atau halangan fisik lain terkait bicara.</p>	

No	Komponen cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai
11.	<p>Unilateral Negleg atau tidak ada atensi Kurangnya informasi untuk mengidentifikasi adanya negleg perlu di prioritaskan selama pemeriksaan. Jika pasien mempunyai masalah penglihatan yang berat, dan stimulus pada kulit normal maka nilainya adalah normal. Jika pasien apasia tetapi mampu mengenali adanya benda di kedua sisinya berarti nilainya normal. Adanya pengabaian sepihak atau anosagnosia dapat dijadikan sebagai sesuatu yang tidak normal.</p>	0= tidak ada 1= parsial 2= total	



Tabel *Eropean Stroke Scale (ESS)*

No	Komponen cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai
1.	<p>Derajat kesadaran mengukur tingkat kesadaran pasien mulai dari kompos mentis, apatis, somnolen, stupor/pre coma dan koma.</p>	<p>10 = sadar penuh, merespon dengan baik 8= somnolen/mengantuk tetapi dapat dibangunkan dengan stimulus ringan , menjawab atau berespon 6= diperlukan stimulus yang berulang atau pasien lesu, diperlukan stimulus keras atau stimulus yang sedikit menyakitkan (nyeri ringan) untuk membuat pasien bergerak 4= tidak dapat dibangunkan dengan berbagai rangsangan, bereaksi dengan stimulus yang agak menyakitkan (nyeri sedang) untuk membuat pasien bergerak. 2= tidak dapat dibangunkan dengan berbagai rangsangan, bereaksi dengan stimulus yang sangat menyakitkan (nyeri berat) untuk membuat pasien begerak 0= tidak dapat dibangunkan dengan berbagai rangsangan, dan tidak bereaksi dengan stimulus yang sangat menyakitkan (nyeri berat) untuk membuat pasien begerak</p>	
2	<p>Pengertian: anjurkan pasien untuk mengikuti perintah seperti: (a) mengeluarkan lidah, (b) meletakkan jari ke hidung, (c) menutup kelopak mata. Pemeriksa tidak mencontohkan perintah tersebut.</p>	<p>8 = pasien melaksanakan 3 perintah 4= pasien melaksanakan 1-2 perintah 0= pasien tidak melaksanakan perintah</p>	

No	Komponen cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai
3	Bicara: pemeriksa membuat percakapan umum dengan pasien	8 = bicara normal 6= agak sulit bicara, pembicaraan masih bisa dilakukan 4= sangat sulit bicara, pembicaraan sulit dilakukan 2= hanya "ya" dan "tidak" 0= tidak ada suara	
4.	Lapangan pandang: pemeriksa berdiri dekat lengan pasien dan bandingkan pandangan mata pasien dengan mempercepat pergerakan jari dari batas luar ke arah dalam. Pasien di diminta untuk menatap pupil pemeriksa. Tes dilakukan dengan membuka satu mata menutup satunya dan begitu sebaliknya.	8 = normal 0= kurang/gangguan	
5.	Gerakan mata konyugat horizontal: pemeriksa melihat kepada pasien dan bertanya kepada pasien dengan mengikuti jari pemeriksa. Pemeriksa mengobservasi posisi mata pasien istirahat/berhenti sejenak dan sesudah itu pergerakan penuh dengan mengikuti pergerakan jari dari kiri ke kanan lalu sebaliknya.	8 = normal 4= posisi mata di tengah, ada penyimpangan ke salah satu sisi 2= posisi mata di samping, bisa kembali ke ke posisi tengah 0= posisi mata di samping, tidak bisa kembali ke posisi tengah	
6.	Gerakan wajah: wajah pasien di dilihat pada saat berbicara dan senyum, dengan catatan ke tidaksemetrisan. Hanya otot-otot setengah bagian bawah pada wajah yang dikaji.	8= normal 4= paresis 0= paralisis	

No	Komponen cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai
7.	<p>Lengan tangan (kemampuan lengan tangan untuk mempertahankan posisi dibentangkan/angkat tangan): Anjurkan pasien menutup mata. Pasien yang tangannya aktif diangkat 45° dengan posisi datar horizontal, dengan kedua tangan pada posisi tengah berhadapan satu sama lain. Pasien di anjurkan untuk mempertahankan posisi selama 5 detik setelah pemeriksa melihat kekuatannya. Hanya sisi yang aktif yang dievaluasi</p>	<p>4 = lengan tangan mampu bertahan 5 detik 3= lengan tangan mampu bertahan 5 detik tapi posisi tangan telungkup 2= lengan tangan mampu mengapung kurang dari 5 detik tapi bisa dipertahankan dengan posisi lebih rendah 1= lengan tangan tidak mampu mempertahankan posisi tapi mampu melawan gravitasi 0= lengan tangan jatuh / tidak mampu melawan gravitasi</p>	
8.	<p>Lengan tangan (peningkatan gerak) Letakkan lengan tangan pada kaki dengan tangan di posisi tengah. Pasien diminta untuk mengangkat lengan tangan lalu dibentangkan dengan posisi 90° (vertikal).</p>	<p>4 = normal 3= lengan tangan lurus, pergerakan tidak penuh 2= lengan tangan fleksi/benkok 1= pergerakan sedikit-sedikit/lambat 0= tidak bergerak</p>	
9.	<p>Keluasan grakan pergelangan tangan: pasien di uji dengan lengan bawah dialas. Tangan tidak di alas tetapi di lemaskan pada posisi telentang (pronasi). Pasien di diminta untuk mengangkat tangan.</p>	<p>8= normal (pergerakan terisolasi penuh, tidak ada penurunan kekuatan) 6= pergerakan terisolasi penuh, ada penurunan kekuatan 4= pergerakan tidak terisolasi 2= pergerakan sedikit-sedikit/lambat 0= tidak ada pergerakan</p>	
10.	<p>Jari: pasien diminta untuk mencubit dengan ibu jari dan telunjuk untuk melawan tarikan yang lemah.</p>	<p>8= kekuatan seimbang 4= kekuatan berkurang pada sisi aktif 0= Jari tidak bisa mencubit pada sisi aktif</p>	

No	Komponen cara pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai
11.	Kaki (mempertahankan posisi): pemeriksa mengangkat kaki pasien pada posisi yang aktif, dengan paha yang tegak lurus pada tempat tidur dan kaki yang lebih rendah sejajar pada tempat tidur. Pasien diminta untuk menutup mata dan mempertahankan posisi kaki selama 5 detik tanpa di alas.	4= kaki bisa diangkat tinggi dan dapat mempertahankan posisi selama 5 menit 2= kaki turun pada posisi tengah, dapat mempertahankan posisi selama 5 menit 1= kaki dapat mempertahankan posisi selama 5 menit lalu jatuh pada tempat tidur tetapi tidak secara tiba-tiba. 0= kaki jatuh tiba-tiba pada tempat tidur	
12.	Kaki (fleksi): pasien posisi telentang (supinasi) dengan kaki di bentangkan. Pasien diminta untuk menekuk pinggul dan lutut.	4= normal 3= bergerak melawan tahanan, kekuatan menurun 2= bergerak melawan gravitasi. 1= bergerak perlahan 0= tidak ada gerakan	
13.	Dorsofleksi pada kaki: kaki pasien di bentangkan, pasien diminta untuk menekukkan punggu kaki.	8= normal (kaki dapat di bentangkan, pergerakan penuh, tidak ada penurunan kekuatan) 6= kaki dapat di bentangkan, pergerakan penuh, ada penurunan kekuatan 4= kaki dapat di bentangkan, pergerakan tidak penuh atau lutut fleksi atau kaki telentang 2= pergerakan perlahan 0= tidak ada gerakan	
14.	Gaya berjalan: Instruksikan pasien untuk berjalan seperti biasa dan lihat kondisi saat berjalan.	10= normal 8= gaya berjalan tidak normal atau terbatas atau kecepatan terbatas 6= pasien dapat berjalan dengan bantuan 4= pasien dapat berjalan dengan batuan orang lain satu atau dua orang 2= pasien tidak dapat berjalan tapi dapat berdiri dengan bantuan 0= pasien tidak dapat berjalan/berdiri	

LEMBAR KONSULTASI

Judul Penelitian : Efektifitas pengkajian metode NIHSS dan ESS dalam membuat diagnosa keperawatan aktual pada pasien stroke berat fase akut di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Mahasiswa : Dedi Damhudi.

Jurusan: Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

NPM: 0606037153

Pembimbing I: Dewi Irawaty, MA., PhD

No.	Tanggal	Materi konsul	Saran dan perbaikan	Paraf

LEMBAR KONSULTASI

Judul Penelitian : Efektifitas pengkajian metode NIHSS dan ESS dalam membuat diagnosa keperawatan aktual pada pasien stroke berat fase akut di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Mahasiswa : Dedi Damhudi.

Jurusan: Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

NPM: 0606037153

Pembimbing II : Rr. Tutik Sri Hayati, S.Kp., MARS

No.	Tanggal	Materi konsul	Saran dan perbaikan	Paraf



UNIVERSITAS INDONESIA

TESIS

**EFEKTIFITAS PENGAJIAN METODE NIHSS DAN ESS
(FOKUS NEUROLOGI) DALAM MEMBUAT DIAGNOSA KEPERAWATAN
AKTUAL PADA PASIEN STROKE BERAT FASE AKUT
DI RSUP FATMAWATI JAKARTA**

Oleh :

DEDI DAMHUDI

0606037153

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama** : Dedi Damhudi
- Tempat & Tanggal Lahir** : Tekarang, 26 Februari 1976
- Alamat Rumah** : Perumahan Dosen Akper Singkawang.
Jl. Dr. Sutomo No.46, RT. 32/RW.13, Kelurahan Pasiran,
Kecamatan Singkawang Barat, Singkawang.
Kalimantan Barat. Kode Pos : 79123.
- Telepon / HP** : 085214422595
- Email** : dedi_skp@yahoo.co.id
- Asal Institusi** : Poltekkes Pontianak, Jurusan Keperawatan Singkawang
Jl. Dr. Sutomo No.46, RT. 32/RW.13, Kelurahan Pasiran,
Kecamatan Singkawang Barat, Singkawang.
Kalimantan Barat. Kode Pos : 79123.
Telp. (0562) 631917, Fax: (0562) 638884
- Riwayat Pendidikan** : 1. S-2 Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah
FIK-UI, Angkatan tahun 2006
2. FIK-UI Jakarta, lulus tahun 2001
4. AKTA Mengajar IV, UT Pontianak, tahun 2003
5. Akper Muhammadiyah Pontianak, lulus tahun 1998
6. SMA Negeri 1, Tebas, lulus tahun 1994
7. SMP Negeri 1 Tebas, lulus tahun 1991
8. SD Negeri 27 Tebas, lulus tahun 1988
- Riwayat Pekerjaan** : 1. AKPER YARSI Pontianak, 2001 – 2002
2. Poltekkes Pontianak, Jurusan Keperawatan Singkawang
2002 - sekarang

Tabel
Rencana Waktu Penelitian

No	Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Memilih Judul	■																							
2.	Studi pendahuluan		■																						
3.	Menyusun proposal			■	■	■	■	■	■																
4.	Seminar proposal																								
5.	Revisi proposal																								
6.	Pelaksanaan penelitian															■	■								
7.	Analisa data																■								
8.	Penyusunan laporan																	■	■						
9.	Seminar hasil penelitian																				■				
10.	Revisi hasil penelitian																					■			
11.	Sidang Tesis																						■		
12.	Perbaikan tesis																							■	
13.	Penyerahan hasil penelitian																								■

