

Lampiran 1

**Jadwal Kegiatan Penelitian Asuhan Keperawatan pada Lansia
Rheumatoid Arthritis Dengan Gangguan Mobilitas Fisik
Di Wilayah UPT Kesmas Sukawati I
Tahun 2019**

No	Kegiatan	Waktu																							
		Jan 2019				Feb 2019				Mar 2019				Apr 2019				Mei 2019				Juni 2019			
		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	Penyusunan proposal			■	■	■	■	■	■	■	■	■													
2	Seminar proposal											■	■	■											
3	Revisi proposal																								
4	Pengurusan izin penelitian																								
5	Pengumpulan data																								
6	Pengolahan data																								
7	Analisis data																								
8	Penyusunan laporan																								
9	Sidang hasil penelitian																								
10	Revisi laporan																								
11	Pengumpulan KTI																								

Lampiran 2

**REALISASI ANGGARAN BIAYA PENELITIAN GAMBARAN ASUHAN
KEPERAWATAN PADA LANSIA *RHEUMATOID ARTHRITIS* DENGAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI WILAYAH KERJA UPT
KESMAS SUKAWATI 1 GIANYAR
TAHUN 2019**

Alokasi dana yang diperlukan dalam studi kasus ini direncanakan sebagai berikut.

No	Keterangan	Biaya
A	Tahap Persiapan	
	Penyusunan KTI	Rp. 400.000
	Penggandaan KTI	Rp. 350.000
	Revisi KTI	Rp. 200.000
B	Tahap Pelaksanaan	
	Transportasi dan Akomodasi untuk peneliti	Rp. 150.000
	Pengolahan dan Analisis data	Rp. 100.000
C	Tahap Akhir	
	Penyusunan Laporan	Rp. 400.000
	Penggandaan Laporan	Rp. 350.000
	Presentasi Laporan	Rp. 100.000
	Revisi Laporan	Rp. 100.000
	Biaya Tidak Terduga	Rp. 150.000
Total Biaya		Rp. 2.300.000

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth : Saudara Calon Responden

Di :

UPT Kesmas Sukawati I

Dengan hormat,

Saya mahasiswa D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar semester VI bermaksud akan melakukan penelitian tentang **“Gambaran Asuhan Keperawatan pada Lansia *Rheumatoid Arthritis* Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati I Tahun 2019”**, sebagai persyaratan untuk menyelesaikan mata kuliah karya tulis ilmiah pada program studi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan di Politeknik Kesehatan Denpasar. Berkaitan dengan hal tersebut diatas, saya mohon kesediaan bapak/ibu/saudara untuk menjadi responden yang merupakan sumber informasi bagi penelitian ini.

Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Denpasar, April 2019

Penulis



Ni Kadek Ari Juni Arsani

NIM : P07120016077

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian : *Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia Rheumatoid Arthritis dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati I Tahun 2019*

Peneliti : Ni Kadek Ari Juni Arsani

NIM : P07120016077

Pembimbing : 1. Dr. Agus Sri Lestari, S.Kep,Ns,M.Erg
2. Ketut Sudiantara, S.Kep.,Ns., M.Kes

Saya telah diminta dalam memberikan persetujuan untuk berperan serta dalam penelitian "**Gambaran Asuhan Keperawatan pada Lansia *Rheumatoid Arthritis* Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati I Tahun 2019**" yang dilakukan oleh Ni Kadek Ari Juni Arsani. saya mengerti bahwa catatan atau data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini akan dijamin selegal mungkin, semua berkas yang dicantumkan identitas subjek penelitian akan digunakan dalam data.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Gianyar, Maret 2019

Responden



(...Wayan kintekin.....)

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia *Rheumatoid Arthritis* dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati I Tahun 2019

Peneliti : Ni Kadek Ari Juni Arsani

NIM : P07120016077

Pembimbing : 1. Dr. Agus Sri Lestari, S.Kep,Ns,M.Erg
2. Ketut Sudiantara, S.Kep.,Ns., M.Kes

Saya telah diminta dalam memberikan persetujuan untuk berperan serta dalam penelitian "**Gambaran Asuhan Keperawatan pada Lansia *Rheumatoid Arthritis* Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati I Tahun 2019**" yang dilakukan oleh Ni Kadek Ari Juni Arsani. saya mengerti bahwa catatan atau data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini akan dijamin selegal mungkin, semua berkas yang dicantumkan identitas subjek penelitian akan digunakan dalam data.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Gianyar, Maret 2019

Responden



(.....*Made Saning*.....)

Lampiran 5

PERSETUJUAN PENJELASAN (INFORMED CONSENT) SEBAGAI PESERTA PENELITIAN

Yang terhormat Bapak/ Ibu / Saudara / Adik, kami meminta kesediannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela / tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia <i>Rheumatoid Arthritis</i> Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati 1 Gianyar Tahun 2019
Peneliti Utama	Ni Kadek Ari Juni arsani
Institusi	Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan
Peneliti lain	-
Lokasi Penelitian	Di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati I
Sumber Pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada lansia *Rheumatoid Arthritis* Dengan Gangguan Mobilitas di wilayah kerja UPT Kesmas Sukawati I tahun 2019. Jumlah peserta sebanyak dua orang dengan syaratnya yaitu pasien sudah bersedia menjadi responden, pasien yang beumur diatas 60 tahun, dan peserta yang tidak termasuk syarat yaitu pasien rheumatoid arthritis yang sedang dirawat di rumah sakit dan pasien rheumatoid arthritis yang tidak kooperatif. Pada penelitian ini tidak ada perlakuan yang akan diberikan kepada peserta.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi gambaran informasi yang lebih banyak tentang asuhan keperawatan pada Lansia *Rheumatoid Arthritis* Dengan Gangguan Mobilitas Fisik.

Atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan sehingga pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. kompensasi lain yaitu peneliti akan menanggung biaya perawatan yang diberikan selama menjadi peserta penelitian ini. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Bapak/Ibu/Saudara/Adik pada penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara/Adik dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/ kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara/Adik diminta untuk menandatangani formulir 'Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian/ *Wali' setelah Bapak/Ibu/Saudara/Adik benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibu/Saudara/Adik akan diberi salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani ini.


Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara/Adik.

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti :

NI KADEK ARI JUNI ARSANI dengan no HP 087750988456


Tanda tangan Bapak/Ibu/Saudara/Adik dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu/Saudara/Adik telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang tentang penelitian ini dan **menyetujui untuk menjadi peserta *penelitian/Wali.**

Peserta/ Subjek Penelitian,

 , Wayan binbin

.....
Tanggal (wajib diisi) : 15 / 04 / 2019

Peneliti

 , Ni Kadek Ari Juni Arsani
Tanda Tangan dan Nama

15 April 2019
Tanggal

Tanda tangan saksi diperlukan pada formulir Consent ini hanya bila

- Peserta penelitian memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- Wali dari peserta penelitian tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta

- Komisi Etik secara spesifik mengharuskan tanda tangan saksi pada penelitian ini (misalnya untuk penelitian resiko tinggi dan atau prosedur penelitian invasive)

Catatan

Saksi harus merupakan keluarga peserta penelitian, tidak boleh anggota tim penelitian

Saksi :

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan diengerti oleh peserta penelitian atau walinya dan persetujuan untuk menjadi peserta penelitian diberikan secara sukarela

Nama dan Tanda tangan saksi

Tanggal

(Jika tidak diperlukan tanda tangan saksi, bagian tanda tangan saksi ini dibiarkan kosong)

* Coret yang tidak perlu

**PERSETUJUAN PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)
SEBAGAI PESERTA PENELITIAN**

Yang terhormat Bapak/ Ibu / Saudara / Adik, kami meminta kesediannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela / tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia <i>Rheumatoid Arthritis</i> Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati 1 Gianyar Tahun 2019
Peneliti Utama	Ni Kadek Ari Juni arsani
Institusi	Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan
Peneliti lain	-
Lokasi Penelitian	Di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati I
Sumber Pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada lansia *Rheumatoid Arthritis* Dengan Gangguan Mobilitas di wilayah kerja UPT Kesmas Sukawati I tahun 2019. Jumlah peserta sebanyak dua orang dengan syaratnya yaitu pasien sudah bersedia menjadi responden, pasien yang beumur diatas 60 tahun, dan peserta yang tidak termasuk syarat yaitu pasien rheumatoid arthritis yang sedang dirawat di rumah sakit dan pasien rheumatoid arthritis yang tidak kooperatif. Pada penelitian ini tidak ada perlakuan yang akan diberikan kepada peserta.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi gambaran informasi yang lebih banyak tentang asuhan keperawatan pada Lansia *Rheumatoid Arthritis* Dengan Gangguan Mobilitas Fisik.

Atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan sehingga pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. kompensasi lain yaitu peneliti akan menanggung biaya perawatan yang diberikan selama menjadi peserta penelitian ini. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Kepesertaan Bapak/Ibu/Saudara/Adik pada penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/ Ibu/Saudara/Adik dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada

penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/ kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara/Adik diminta untuk menandatangani formulir 'Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian/ *Wali' setelah Bapak/Ibu/Saudara/Adik benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibu/Saudara/Adik akan diberi salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani ini.

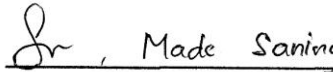
Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara/Adik.

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti :

NI KADEK ARI JUNI ARSANI dengan no HP 087750988456


Tanda tangan Bapak/Ibu/Saudara/Adik dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu/Saudara/Adik telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan **menyetujui untuk menjadi peserta *penelitian/Wali.**

Peserta/ Subjek Penelitian,

 _____

.....
Tanggal (wajib diisi) : 15 / 04 / 2019

Peneliti

 _____

Tanda Tangan dan Nama

15 April 2019

Tanggal

Tanda tangan saksi diperlukan pada formulir Consent ini hanya bila

- Peserta penelitian memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- Wali dari peserta penelitian tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta

- Komisi Etik secara spesifik mengharuskan tanda tangan saksi pada penelitian ini (misalnya untuk penelitian resiko tinggi dan atau prosedur penelitian invasive)

Catatan

Saksi harus merupakan keluarga peserta penelitian, tidak boleh anggota tim penelitian

Saksi :

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan diengerti oleh peserta penelitian atau walinya dan persetujuan untuk menjadi peserta penelitian diberikan secara sukarela

Nama dan Tanda tangan saksi

Tanggal

(Jika tidak diperlukan tanda tangan saksi, bagian tanda tangan saksi ini dibiarkan kosong)

* Coret yang tidak perlu

Lampiran 6

LEMBAR OBSERVASI KEKUATAN OTOT EKSTREMITAS BAWAH

Nama Responden :Ny. WK

Petunjuk:

1. Ukur kekuatan otot sesuai dengan cara pemeriksaan kekuatan otot daerah pinggul, lutut, pergelangan kaki, dan jari-jari kaki pada ekstremitas yang terkena hemiparesis
2. Pemeriksaan kekuatan pinggul
Caranya:
 - a. Atur posisi tidur pasien, lebih baik pemeriksaan dilakukan dalam posisi supine
 - b. Minta pasien untuk melakukan gerakan fleksi dan ekstensi tungkai dengan melawan tahanan
 - c. Minta pasien untuk melakukan gerakan abduksi dan adduksi tungkai melawan tahanan
 - d. Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5
3. Pemeriksaan kekuatan otot lutut
Caranya:
 - a. Minta pasien untuk melakukan gerakan fleksi lutut dengan melawan tahanan
 - b. Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5
4. Pemeriksaan kekuatan otot pergelangan kaki
Caranya:
 - a. Minta pasien untuk melakukan gerakan plantar fleksi, inversi, dan eversi dengan melawan tahanan
 - b. Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5
5. Pemeriksaan kekuatan otot jari-jari kaki
Caranya:
 - a. Minta pasien untuk melakukan gerakan fleksi dan ekstensi jari-jari kaki dengan melawan tahanan

b. Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5

Ekstremitas Bawah	Kekuatan Otot	
	Hari:Senin Tgl:15-04-19	Hari:Jumat Tgl:19-04-19
Pinggul	4	5
Lutut	4	5
Pergelangan kaki	4	5
Jari-jari kaki	4	5

LEMBAR OBSERVASI KEKUATAN OTOT EKSTREMITAS BAWAH

Nama Responden : Ny. MS

Petunjuk:

1. Ukur kekuatan otot sesuai dengan cara pemeriksaan kekuatan otot daerah pinggul, lutut, pergelangan kaki, dan jari-jari kaki pada ekstremitas yang terkena hemiparesis
2. Pemeriksaan kekuatan pinggul
Caranya:
 - a. Atur posisi tidur pasien, lebih baik pemeriksaan dilakukan dalam posisi supine
 - b. Minta pasien untuk melakukan gerakan fleksi dan ekstensi tungkai dengan melawan tahanan
 - c. Minta pasien untuk melakukan gerakan abduksi dan adduksi tungkai melawan tahanan
 - d. Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5
3. Pemeriksaan kekuatan otot lutut
Caranya:
 - a. Minta pasien untuk melakukan gerakan fleksi lutut dengan melawan tahanan
 - b. Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5
4. Pemeriksaan kekuatan otot pergelangan kaki
Caranya:
 - a. Minta pasien untuk melakukan gerakan plantar fleksi, inversi, dan eversi dengan melawan tahanan
 - b. Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5
5. Pemeriksaan kekuatan otot jari-jari kaki
Caranya:
 - a. Minta pasien untuk melakukan gerakan fleksi dan ekstensi jari-jari kaki dengan melawan tahanan
 - b. Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5

Ekstremitas Bawah	Kekuatan Otot	
	Hari:Senin Tgl:15-04-19	Hari:Jumat Tgl:19-04-19
Pinggul	4	5
Lutut	4	5
Pergelangan kaki	4	5
Jari-jari kaki	4	5

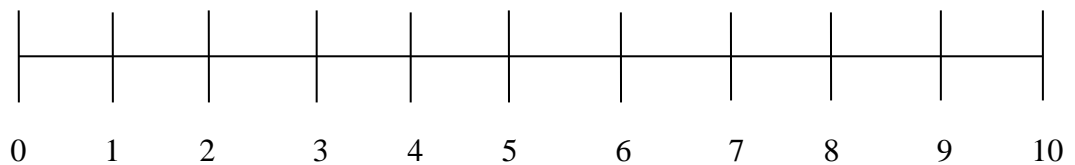
Lampiran 7

Lembar Observasi Nyeri

Nama Responden: Ny. WK

Pengukuran nyeri menggunakan *verbal descriptor scale* (VDS), minta pasien untuk menunjukkan di angka (1-10) atau intensitas (tidak nyeri- nyeri hebat tidak terkontrol) nyeri yang dirasakan saat ini

Skala *verbal descriptor scale* (VDS)



Keterangan:

0: tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan

4-6 : nyeri sedang

7-9 : nyeri berat terkontrol

10 : nyeri berat tidak terkontrol

Pengukuran skala nyeri

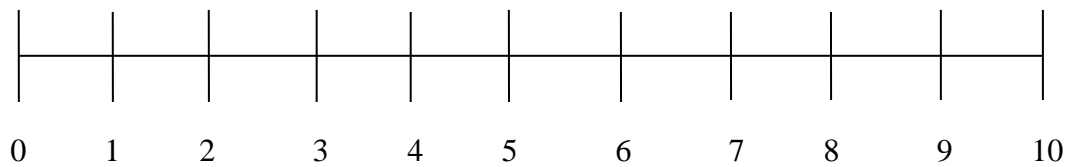
Hari:Senin Tgl:15-04-19	Hari:Selasa Tgl:16-04-19	Hari:Rabu Tgl:17-04-19	Hari:Kamis Tgl:18-04-19	Hari:Jumat Tgl:19-04-19
4	4	3	3	2

Lembar Observasi Nyeri

Nama Responden: Ny. MS

Pengukuran nyeri menggunakan *verbal descriptor scale* (VDS), minta pasien untuk menunjukkan di angka (1-10) atau intensitas (tidak nyeri- nyeri hebat tidak terkontrol) nyeri yang dirasakan saat ini

Skala *verbal descriptor scale* (VDS)



Keterangan:

0: tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan

4-6 : nyeri sedang

7-9 : nyeri berat terkontrol

10 : nyeri berat tidak terkontrol

Pengukuran skala nyeri

Hari:Senin	Hari:Selasa	Hari:Rabu	Hari:Kamis	Hari:Jumat
Tgl:15-04-19	Tgl:16-04-19	Tgl:17-04-19	Tgl:18-04-19	Tgl:19-04-19
5	5	4	3	3

Lampiran 8

Lembar SOP Asuhan Keperawatan Pada Lansia *Rheumatoid Arthritis* Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati I Tahun 2019

SOP Pemberian Boreh Jahe Pada Penderita *Rheumatoid Arthritis*

A. Pengertian

Kompres atau boreh jahe merupakan pengobatan tradisonal atau terapi alternative untuk mengurangi nyeri pada penderita *rheumatoid arthritis*

B. Tujuan

Tujuan diberikannya kompres atau boreh jahe adalah:

1. Memberikan rasa nyaman
2. Memberikan efek hangat
3. Mengurangi rasa nyeri

C. Prosedur Kerja

1. Alat

- a) 1 atau 2 rimpang jahe
- b) Tempat menumbuk

2. Cara kerja

- a) Panaskan jahe di atas api atau bara
- b) Kemudian ditumbuk
- c) Tempelkan tumbukan jahe pada daerah yang sakit.

Lampiran 9

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA *RHEUMATOID ARTHRITIS* DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI WILAYAH KERJA UPTKESMAS SUKAWATI 1 GIANYAR TAHUN 2019

1. Pengkajian

A. Data Biografi

Nama pasien :

Jenis kelamin :

Golongan darah :

Tempat & tanggal lahir :

Pendidikan terakhir :

Agama :

Status perkawinan :

Tinggi / berat badan :

Penampilan :

Alamat :

Diagnosa Medis :

Penanggung jawab :

Nama :

Hub dengan klien :

Alamat & telepon :

B. Status Kesehatan

Keluhan utama :

.....

Riwayat kesehatan sekarang :

.....

Riwayat kesehatan terdahulu:

.....

Riwayat kesehatan keluarga:

.....

C. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum :

Tingkat Kesadaran :

GCS :

Tanda-tanda Vital : S : Nadi : Respirasi :

Tekanan darah:

Head To Toe :

1. Kepala

.....

2. Mata- Telinga- Hidung

a) Penglihatan :

.....

b) Pendengaran :

.....

c) Hidung, Pembau :

.....

3. Leher :

.....

4. Dada dan punggung :

a) Paru-paru :

.....

b) Jantung : Reguler/ irreguler, suhu akral :

.....

5. Abdomen dan pinggang

6. Ekstremitas atas dan bawah :

.....

.....

7. Reproduksi :

.....

.....

8. Persarafan :

.....

.....
.....

D. Aktivitas Hidup Sehari-Hari

Indeks Katz :

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri : Bantuan hanya satu bagian yaitu mandi (seperti punggung dan ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi mandiri sepenuhnya Tergantung : Bantuan mandi yaitu lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk serta keluar dari bak mandi, dan tidak mandi sendiri		
2	Berpakaian Mandiri : Mengambil baju di dalam lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian,		

	<p>mengancingi dan mengikat pakaian.</p> <p>Tergantung :</p> <p>Tidak dapat memakai baju sendiri dan hanya sebagian</p>		
3	<p>Ke Kamar Kecil Mandiri :</p> <p>Masuk dan keluar dari kamar kecil setelah itu membersihkan genetalia sendiri</p> <p>Tergantung :</p> <p>Menerima bantuan untuk dapat masuk ke dalam kamar kecil serta menggunakan pispot</p>		
4	<p>Berpindah Mandiri :</p> <p>Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Tergantung :</p> <p>Bantuan dalam naik serta turun dari tempat tidur</p>		

	dan kursi, tidak melakukan satu atau lebih perpindahan		
5	<p>Kontinen</p> <p>Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol secara mandiri</p> <p>Tergantung : Inkontinensia parsial atau total penggunaan kateter, enema, pembalut (pampers) dan pispot</p>		
6	<p>Makan</p> <p>Mandiri : Mengambil makanan dari piring serta memakannya sendiritanpa bantuan</p> <p>Tergantung : Bantuan di dalam hal pengambilan makanan dari piring dan memakannya</p>		

	sendiri, tidak makan sama sekali serta makan parenteral (NGT)		
--	---	--	--

Analisis Hasil :

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar mandi dan berpakaian.

Nilai B : Kemandirian didalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut.

Nilai C : Kemandirian didalam semua hal, kecuali mandi serta satu fungsi tambahan

Nilai D : Kemandirian didalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian serta fungsi tambahan

Nilai E : Kemandirian didalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, serta satu fungsi tambahan

Nilai F : Kemandirian didalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah serta satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tambahan

E. Hasil pengkajian kognitif dan mental

a. Short Porteble Mental Status Questionaire (SPMSQ)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang? Jawab :		
2	Tahun berapa sekarang? Jawab :		
3	Kapan Bapak/ Ibu lahir? Jawab :		
4	Berapa umur Bapak/ Ibu sekarang? Jawab :		
5	Dimana alamat Bapak/ Ibu sekarang?		

	Jawab :		
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/ Ibu?		
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/ Ibu? Jawab :		
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia? Jawab		
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang? Jawab :		
10	Coba hitung terbalik angka 20 ke1 ? Jawab :		
	JUMLAH		

Analisis Hasil :

Skore salah :

0-2 : fungsi intelektual utuh

3-4 : kerusakan intelektual ringan

5-7 : kerusakan intelektual sedang

8-10 : kerusakan intelektual berat

b. Mini – Mental State Exam (MMSE)

No	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?		
	2. Bulan apa sekarang?		
	3. Tanggal berapa sekarang?		
	4. Hari apa sekarang?		
	5. Musim apa sekarang?		
	6. Di negara mana anda tinggal?		

	7. Di Provinsi mana anda tinggal?		
	8. Di kabupaten mana anda tinggal?		
	9. Di kecamatan mana anda tinggal?		
	10. Di desa mana anda tinggal?		
2	REGISTER		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11.		
	12.		
	13.		
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal “TIDAK”		
	14. K		
	15. A		
	16.D		
	17. I		
	18. T		
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek di atas		
	19.		
	20		
	21		
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan		
	22. Jam tangan		
	23. Pensil		
	b. Pengulangan		
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “Jika tak ada, atau tetapi, dan”		
	c. Perintah tiga langkah		

	25. Ambil buku!		
	26. Lipat tiga!		
	27. taruh di meja!		
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup telinga		
	29. Tulis satu kalimat		
	30. Salin gambar		
	JUMLAH		

Analisis hasil :

Nilai ≤ 21 : Kerusakan kognitif

c. Inventaris Depresi GDS short fom =

No	Pertanyaan	Tidak	Ya
1	Apakah sebenarnya puas dengan kehidupan anda?		
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/ kesenangan diri anda?		
3	Apakah anda merasa jika kehidupan anda kosong?		
4	Apakah anda sering merasa bosan?		
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?		
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi terhadap diri anda?		
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?		
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya?		
9	Apakah anda lebih sering di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan hal yang baru?		

10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?		
11	Apakah kehidupan sekarang anda pikir menyenangkan?		
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?		
13	Apakah anda merasa penuh semangat?		
14	Apakah anda merasa bahwa tidak ada harapan dalam keadaan ini?		
15	Apakah anda pikir bahwa keadaan orang lain, lebih baik daripada anda?		

Setiap jawaban yang sesuai mempunyai skor “1” (satu) :

Skor 5-9 : kemungkinan depresi

Skor 10 atau lebih : depresi

I. ANALISA DATA

NO.	DATA (SIGN/ SYMPTOM)	INTERPRETASI (ETIOLOGI)	MASALAH (PROBLEM)

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN / PRIORITAS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. INTERVENSI KEPERAWATAN

Hari/ tanggal /jam	Dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional

IV. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Hari/tanggal /jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi Formatif	TTD

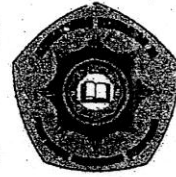
V. EVALUASI

No	Hari/tanggal	Jam	No. Dx	Evaluasi Sumatif	TTD



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**

Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan, Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id



BLANKO BIMBINGAN

NAMA : Ni Kadek Ari Juni Arsani
 NIM : 207120016077
 JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia Rheumatoid Arthritis Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di UPT kesmas Sukawati I Gianyar
 PEMBIMBING : dr. Agus Sri lestari S. Kep. Ns. M. Erg

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
29 Mei 2019	I	Bab V	- Pada bab V di Rambahasan tambahkan teori terkait rheumatoid arthritis	
Kamis 2 Mei 2019	II	Revisi Bab V	- Tambahkan prolog pada sub judul	
Rabu 8 Mei 2019	III	Revisi Bab V	- lanjut Bab VI	
Jumat 10 Mei 2019	IV	Bab VI	- Perbaiki simpulan pada bab VI - Perbaiki tata tulis - lengkapi intervensi	



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**

Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan, Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id



BLANKO BIMBINGAN

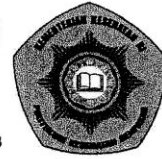
NAMA : Ni Kadet Ari Juni Arsani
 NIM : 902120016077
 JUDUL SKRIPSI : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia Rheumatoid Arthritis Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di UPT Kesmas Sukawati
 PEMBIMBING : dr. Agus Sri Lestari S. kep. Ns. M. Erg.

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Jumat 31 Mei 2019	V	Revisi bab VI	<ul style="list-style-type: none"> Perbaiki saran Tambahkan hasil pada evaluasi 	
Jumat 7 Juni 2019	VI	Bab I sampai lampiran	ace ujian KTI	



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**

Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan, Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id



BLANKO BIMBINGAN

NAMA : NI Kadef Ari Juni Arsani
 NIM : 207120016077
 JUDUL SKRIPSI : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia Rheumatoid Arthritis Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di UPT Kesmas Sukawati I
 PEMBIMBING : Ketut Sudiantara, S.Kep. Ns., M.Kes

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
30 Mei 2019	I	Bab V	<ul style="list-style-type: none"> - Pada bab V tambahkan program kerja dan justifikasi apakah sudah berjalan atau belum - tambahkan juga lokasi penelitian 	
Jumat 3 Mei 2019	II	Revisi Bab V	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Spasi - Perbaiki judul tabel tambahkan tahun - Perbaiki penulisan 	
Kamis 9 Mei 2019	III	Revisi Bab V	<ul style="list-style-type: none"> - lanjut bab VI 	
Senin 13 Mei 2019	IV	Bab VI	<ul style="list-style-type: none"> - Masalah ditulis pada Diagnosa keperawatan. - Saran ditambahkan 	



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**

Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan, Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id



BLANKO BIMBINGAN

NAMA : Ni Kadek Ari Juni Arsani
NIM : 201220016077
JUDUL SKRIPSI : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia Rheumatoid Arthritis Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di UPT Kesmas Sukawati I Gianyar
PEMBIMBING : Ketut Sudiantara, S. Kep., Ns., M. Kes

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Kamis 30 Mei 2019	V	Revisi Bab VI	- Pada daftar lampiran diperbaiki diganti dengan real - Pada sub judul huruf awal capital	
Senin 3 Juni 2019	VI	Revisi Bab VI	- pada abstrak Pendahuluan cukup 1 kalimat.	
10 Juni 2019	VII	Bab 1 sampai dengan lampiran		

Portal Perkuliahan (mhs) Laporan (Mhs) Yudisium (Mhs) **SISTEM INFORMASI MANAJEMEN AKADEMIK**

[Edit](#)

Data Skripsi Mahasiswa

N I M P07120016077

Nama Mahasiswa Ni Kadek Ari Juni Arsani

Info Akademik Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Prodi D3 Keperawatan
Semester : 6

Skripsi Bimbingan Jurnal Ilmiah Seminar Proposal Syarat Sidang

Bimbingan					
No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen	
1	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	BAB 1	5 Feb 2019	✓	
1	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	BAB 1	4 Feb 2019	✓	
2	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	Revisi BAB 1	6 Feb 2019	✓	
2	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi BAB 1 dan BAB II	15 Feb 2019	✓	
3	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi BAB II	18 Feb 2019	✓	
3	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	Revisi BAB 1	7 Feb 2019	✓	
4	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	BAB III	22 Feb 2019	✓	
4	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	BAB II	14 Feb 2019	✓	
5	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	Revisi BAB II dan BAB III	21 Feb 2019	✓	
5	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi BAB III dan BAB IV	4 Mar 2019	✓	
6	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi BAB IV	5 Mar 2019	✓	
6	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	Revisi BAB III dan BAB IV	1 Mar 2019	✓	
7	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	BAB I, II, III, dan IV	12 Mar 2019	✓	
7	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	BAB I, II, III, dan IV	11 Mar 2019	✓	
8	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	BAB V	29 Mei 2019	✓	
8	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	BAB V	30 Mei 2019	✓	
9	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi BAB V	3 Mei 2019	✓	
9	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	Revisi BAB V	2 Mei 2019	✓	
10	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	Revisi BAB V	8 Mei 2019	✓	
10	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi BAB V	9 Mei 2019	✓	
11	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	BAB VI	13 Mei 2019	✓	
11	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	BAB VI	10 Mei 2019	✓	
12	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi BAB VI	30 Mei 2019	✓	
12	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	Revisi BAB VI	31 Mei 2019	✓	
13	196408131985032002 - Dr AGUS SRI LESTARI, S.Kep., Ns., M.Erg.	BAB I, II, III, IV, dan BAB VI	7 Jun 2019	✓	
13	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi BAB VI	3 Jun 2019	✓	
14	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	BAB I, II, III, IV, dan BAB VI	10 Jun 2019	✓	



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**

Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan, Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id



**BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN AKHIR PROGRAM (UAP)
PADA POLTEKES DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN**

Nama Mahasiswa : NI Kadek Ari Juni Arsani
NIM : 202120016077
Program Studi : DIII

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Sudah lulus semua Mata Kuliah mulai Semester I-VI	31/05/2019		Ns. Imd Sukaga
2	Perpustakaan	31/05/2019		Dw Nym Triwijaya, S.Sos., S. IPI.
3	Laboratorium	31/05/2019		Ari Kresna
4	IKM	31/05/2019		Gd Sumenik A.Y.
5	Lunas Administrasi Keuangan	31/05/2019		Ni Nd Astub.

Keterangan :

Mahasiswa dapat mengikuti Ujian Akhir Program (UAP) jika seluruh persyaratan diatas (1 - 5) terpenuhi.

Denpasar, 31 Mei 2019
Ketua Jurusan Keperawatan,

I Dw.Pt.Gd.Putra Yasa, S.Kp., M.Kep., SP., MB
NIP : 197108141994021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**

Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan, Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id



Nomor : PP.02.02/020/0609/2019

29 Maret 2019

Hal : Mohon Ijin Penelitian

Kepada Yth.

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Propinsi Bali

Di -

Tempat

Sehubungan dengan pembuatan tugas akhir pada mahasiswa semester VI Program Studi D-III Keperawatan Reguler Poltekkes Denpasar Jurusan keperawatan, kami mohon perkenannya untuk memberikan ijin penelitian di kepada mahasiswa kami an :

Nama : Ni Kadek Ari Juni Arsani

NIM : P07120016077

Judul Penelitian :

Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia Rheumatoid Arthritis Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Upt Kesmas Sukawati 1 Tahun 2019.

Demikian kami sampaikan atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Ketua Jurusan Keperawatan

I.Dw.Pt.Gd.Putra Yasa., S.Kp., Sp., MB
NIP : 197108141994021001



PEMERINTAH KABUPATEN GIANYAR
DINAS KESEHATAN
UPT KESMAS SUKAWATI I



Jln. Lettu Nengah Duadji Sukawati

Tlp. (0361)299155

email : uptkesmasskw1@gmail.com

SURAT KETERANGAN

Nomor : 800/670-5 / SKW1/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. I Made Udayana, S.Ked

NIP : 19820331 200803 1 001

Pangkat/Gol : Pembina / IVa

Jabatan : Kepala UPT Kesmas Sukawati 1

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Ni Kadek Ari Juni Arsani

NIM : P07120215077

Jurusan/Fakultas : D-III Keperawatan Poltekkes Denpasar

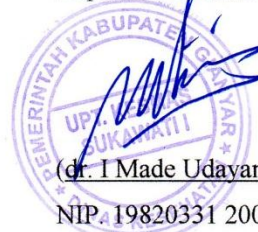
Judul Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia *Rheumatoid Arthritis* Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja UPT. Kesmas Sukawati 1 Tahun 2019

Pernah melaksanakan penelitian di wilayah kerja UPT Kesmas Sukawati 1 untuk keperluan Penelitian Karya Tulis Ilmiah. Demikian surat ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Sukawati

Pada Tanggal : 27 Mei 2019

Kepala UPT Kesmas Sukawati 1



(dr. I Made Udayana, S.Ked)

NIP. 19820331 200803 1 001



PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU

Jalan Raya Puputan, Niti Mandala Denpasar 80235
Telp./Fax (0361) 243804/256905
website: www.dpmtsp.baliprov.go.id e-mail: dpmtsp@baliprov.go.id

Nomor : 070/06810/DPMTSP-B/2019
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi

Kepada
Yth: Bupati Gianyar
cq. Kepala Badan Kesbang
Linmas Kabupaten Gianyar
di -
Tempat

I. Dasar

1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 33 Tahun 2018 Tanggal 15 Mei 2018 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Peraturan Gubernur Bali Nomor 45 Tahun 2018 Tanggal 21 Juni 2018 Tentang Tata Cara Penerbitan Perizinan dan Non Perizinan pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Permohonan dari Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Denpasar Nomor PP.02.02/020/0609/2019, tanggal 29 Maret 2019, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi kepada:

Nama : NI KADEK ARI JUNI ARSANI
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Dusun Anjingan, Desa Getakan, Banjarangkan Klungkung
Judul/bidang : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia Rheumatoid Arthritis Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati 1 Gianyar Tahun 2019
Lokasi Penelitian : UPT Kesmas Sukawati 1 Gianyar
Jumlah Peserta : 1 Orang
Lama Penelitian : 1 Bulan (01 Apr 2019 s/d 01 May 2019)

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut:

- a. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang
- b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan Rekomendasi/Ijin akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
- c. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
- d. Apabila masa berlaku Rekomendasi/Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Rekomendasi/Ijin agar ditujukan kepada instansi pemohon.
- e. Menyerahkan hasil kegiatan kepada Pemerintah Provinsi Bali, melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali

Denpasar, 04 April 2019

a.n. GUBERNUR BALI
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PTSP PROVINSI BALI



**IZIN INI DIKENAKAN
TARIF Rp 0,-**



DEWA PUTU MANTERA, SH., MH.
Peminda Utama Muda
NIP. 19621231-198503 1 192

Tembusan kepada Yth :

1. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi Bali



PEMERINTAH KABUPATEN GIANYAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Manik Nomor 16A Telepon/Faximile 0361 943403
G I A N Y A R

Nomor : 070/1063/Bid.IV/BKBP/2019 KEPADA
Lampiran : -
Perihal : Ijin/Rekomendasi Penelitian/ Yth. Kepala Puskesmas Sukawati I,
Survey/ Studi Perbandingan/ Gianyar.
KKL/ KKN/ Kersos/ PKL/ Di -
Studi Wisata/ Pengabdian Masyarakat
Masyarakat **Tempat.**

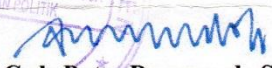
Berdasarkan Surat dari Gubernur Bali c.q. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali, Nomor **070/06810/DPMPSTP-B/2019, Tanggal 4 April 2019**, Perihal Rekomendasi Penelitian, dan setelah dilakukan penelitian administrasi rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Ijin/Rekomendasi Penelitian/ Survey/ Studi Perbandingan/ KKL/ KKN/ Kersos/ PKL/ Studi Wisata/ Pengabdian Masyarakat kepada:

Nama : NI KADEK ARI JUNI ARSANI
Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
Alamat : Dusun Anjangan Getakan , Banjarangkan Klungkung.
Bidang/Judul : GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA RHEUMATOID ARTHRITIS DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI WILAYAH KERJA UPT KESMAS SUKAWATI I GIANYAR TAHUN 2019.
Tempat/lokasi penelitian : UPT Kesmas Sukawati I, Gianyar.
Jumlah Peserta : 1 Orang
Lamanya penelitian : 1 Bulan (01 April s/d 1 Mei 2019)

Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :

1. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Camat setempat atau pejabat yang berwenang;
2. Dilarang melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan, maka Ijin/Rekomendasi akan dicabut dan dihentikan segala kegiatannya;
3. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku, serta mengindahkan norma adat istiadat dan budaya setempat.
4. Apabila masa berlaku Ijin/Rekomendasi ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Ijin/Rekomendasi agar ditujukan kepada instansi pemohon;
5. Menyerahkan 2 (dua) eksemplar dokumen hasil kegiatan kepada Bupati Gianyar melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Gianyar.

DIKELUARKAN DI G I A N Y A R
PADA TANGGAL 8 April 2019
a.n. BUPATI GIANYAR,
KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KABUPATEN GIANYAR,
Ub. Sekretaris


Cokorda Gede Putra Darmayuda, SIP.M.Si
Pembina Tingkat I
NIP.19720527 199703 1 007

Tembusan disampaikan kepada Yth.:

1. Bupati Gianyar sebagai laporan;
2. Kepala Kepolisian Resor Gianyar;
3. Komandan Komando Distrik Militer 1616/Gianyar;
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gianyar;
5. Kepala Bappeda dan Litbang Kabupaten Gianyar;
6. Pimpinan Lembaga/Instansi/Rektor yang bersangkutan;