

**Lampiran 1**

**Jadwal Kegiatan Penelitian**  
**Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Dengan Nausea**  
**Di Ruang Arjuna RSUD Sanjiwani Gianyar**  
**Tahun 2019**

No	Kegiatan	Waktu																							
		Jan 2019				Feb 2019				Maret 2019				April 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	Studi pendahuluan				■																				
2	Penyusunan proposal					■	■	■	■	■	■	■	■												
3	Seminar proposal													■	■	■	■								
4	Revisi proposal																	■	■	■	■				
5	Pengurusan izin penelitian													■	■	■	■	■	■	■	■				
6	Pengumpulan data																	■	■	■	■				
7	Analisis data																					■	■	■	■
8	Penyusunan laporan																					■	■	■	■
9	Sidang hasil penelitian																								■
10	Revisi laporan																								■
11	Pengumpulan KTI																								

## Lampiran 2

### Anggaran Penelitian

#### Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Dengan Nausea di Ruang Arjuna RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2019

Alokasi dana yang diperlukan dalam penelitian ini direalisasikan sebagai berikut :

No	Keterangan	Biaya
1	<b>Tahap Persiapan</b>	
	a. Printcopy untuk bimbingan 47 lembar x Rp. 300 X 12 rangkap	Rp. 169.000,00
	b. Print cover 4 lembar x Rp. 1.500 x 4 angkap	Rp. 24.000,00
	c. Print untuuk proposal : 47 lembar x Rp. 300 x rangkap 4	Rp. 56.400,00
	d. ATK	Rp. 20.000,00
	e. Revisi proposal: 47 lembar x Rp. 300 x rangkap 1	Rp. 14.100,00
2	<b>Tahap Pelaksanaan</b>	
	a. Pengurusan Izin Penelitian	Rp. 200.000,00
	b. Penggandaan Lembar Pengumpulan Data 5 lembar x Rp. 300 x rangkap 2	Rp. 3.000,00
3	<b>Tahap Akhir</b>	
	a. Penggandaan laporan	
	Printcopy untuk bimbingan 103 x Rp.300 x 12 rangkap	Rp. 370.800,00
	Printcopy laporan: 102 x Rp.300 x 1 rangkap	Rp. 30.600,00
	Fotocopy laporan 102 x Rp.300x 3 rangkap	Rp. 91.800,00
	Print berwarna 1 x Rp. 1.500 x 4 rangkap	Rp. 6.000,00
	b. Akomodasi	Rp. 100.000,00
	c. ATK	Rp. 20.000,00
	d. Revisi laporan 104 x Rp.300 x 1 rangkap	Rp. 31.400,00
	e. Transport	Rp. 100.000,00
	f. Biaya Tidak Terduga	Rp. 100.000,00
<b>Total biaya</b>		<b>Rp. 1.337.000,00</b>

### Lampiran 3

#### Format Pengumpulan Data Dokumentasi

Judul Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Dengan Nausea di Ruang Arjuna RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2019

Kode Responden : Ny. MA

Tanggal Penelitian : 14 Mei 2019

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah setiap pertanyaan lembar observasi dengan teliti dan benar
2. Isi pada kolom yang tersedia, dengan cara memberi tanda  $\checkmark$  pada kolom yang sesuai dengan keadaan pasien.

#### A. Pengkajian

1. Data tanda dan gejala mayor minor

Masalah Keperawatan	Gejala dan Tanda Mayor						
	Subjektif	Ya	Tidak	Objektif	Ya	Tidak	
Nausea	Mengeluh mual	$\checkmark$		(tidak tersedia)			
	Merasa ingin muntah		$\checkmark$				
	Tidak berminat makan	$\checkmark$					
	Gejala dan Tanda Minor						
	Subjektif	Ya	Tidak	Objektif	Ya	Tidak	
	Merasa asam dimulut		$\checkmark$	Saliva meningkat		$\checkmark$	
	Sensasi panas dingin		$\checkmark$	Pucat		$\checkmark$	
	Sering menelan		$\checkmark$	Diaphoresis		$\checkmark$	
				Takikardia		$\checkmark$	

				Pupil dilatasi		√
--	--	--	--	----------------	--	---

## B. Rumusan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (PES)	Observasi	
		Ya	Tidak
1	<i>Problem</i>		
	Nausea	√	
2	<i>Etiology</i>		
	Gangguan Biokimiawi (uremia, ketoasidosis diabetik)	√	
	Iritasi lambung		√
	Aroma tidak sedap		√
	Rasa makanan/minuman tidak sedap		√
	Faktor psikologis (kecemasan, stress, ketakutan)		√
	Efek agen farmakologis		√
3	<i>Symptoms</i>		
	Mengeluh mual		√
	Merasa ingin muntah		√
	Tidak berminat makan		√
	Merasa asam dimulut		√
	Sensasi panas dingin		√
	Sering menelan		√
	Saliva meningkat		√
	Pucat		√
	Diaphoresis		√
	Takikardia		√
	Pupil dilatasi		√

### C. Intervensi

No	Intervensi keperawatan (SIKI)	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1.	Manajemen mual		
	a. Identifikasi pengalaman mual		√
	b. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misalnya nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran dan tidur)	√	
	c. Indikasi faktor penyebab mual ( misalnya pengobatan dan prosedur)		√
	d. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual		√
	e. Monitor mual (misalnya frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)		√
	f. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik		√
	g. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna		√
	h. Anjurkan membersihkan mulut		√
	i. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (misalnya biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi music, akupresure)		√
	j. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu	√	

#### D. Implementasi

No	Intervensi keperawatan (SIKI)	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1.	Manajemen mual		
	a. Mengidentifikasi pengalaman mual		√
	b. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misalnya nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran dan tidur)	√	
	c. Mengidentifikasi faktor penyebab mual (misalnya pengobatan dan prosedur)		√
	d. Mengidentifikasi antiemetik untuk mencegah mual		√
	e. Memonitor mual (misalnya frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)		√
	f. Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik		√
	g. Memberikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna		√
	h. Menganjurkan membersihkan mulut		√
	i. Mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (misalnya biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi music, akupresure)		√
	j. Berkolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu	√	

## E. Evaluasi

No	Evaluasi Keperawatan	Observasi	
		Ya	Tidak
1	Nafsu makan meningkat		√
2	Keluhan mual menurun		√
3	Perasaan ingin muntah menurun		√
4	Sensasi panas menurun		√
5	Sensasi dingin menurun		√
6	Frekuensi menelan menurun		√
7	Diaphoresis menurun		√
8	Jumlah saliva menurun		√
9	Pucat membaik		√
10	Takikardi membaik		√
11	Dilatasi pupil membaik		√



## Lampiran 4

### Format Pengumpulan Data Dokumentasi

Judul Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Dengan Nausea di Ruang Arjuna RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2019

Kode Responden : Ny. MN

Tanggal Penelitian : 15 Mei 2019

---

Petunjuk pengisian :

- Bacalah setiap pertanyaan lembar observasi dengan teliti dan benar
- Isi pada kolom yang tersedia, dengan cara memberi tanda  $\surd$  pada kolom yang sesuai dengan keadaan pasien.

#### A. Pengkajian

- Data tanda dan gejala mayor minor

Masalah Keperawatan	Gejala dan Tanda Mayor						
	Subjektif	Ya	Tidak	Objektif	Ya	Tidak	
Nausea	Mengeluh mual	$\surd$		(tidak tersedia)			
	Merasa ingin muntah						
	Tidak berminat makan	$\surd$					
	Gejala dan Tanda Minor						
	Subjektif	Ya	Tidak	Objektif	Ya	Tidak	
	Merasa asam dimulut			Saliva meningkat			
	Sensasi panas dingin			Pucat			
	Sering menelan			Diaphoresis			
				Takikardia			

				Pupil dilatasi		
--	--	--	--	----------------	--	--

## B. Rumusan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (PES)	Observasi	
		Ya	Tidak
1	<i>Problem</i>		
	Nausea	√	
2	<i>Etiology</i>		
	Gangguan Biokimiawi (uremia, ketoasidosis diabetik)	√	
	Iritasi lambung		√
	Aroma tidak sedap		√
	Rasa makanan/minuman tidak sedap		√
	Faktor psikologis (kecemasan, stress, ketakutan)		√
	Efek agen farmakologis		√
3	<i>Symptoms</i>		
	Mengeluh mual		√
	Merasa ingin muntah		√
	Tidak berminat makan		√
	Merasa asam dimulut		√
	Sensasi panas dingin		√
	Sering menelan		√
	Saliva meningkat		√
	Pucat		√
	Diaphoresis		√
	Takikardia		√
	Pupil dilatasi		√

### C. Intervensi

No	Intervensi keperawatan (SIKI)	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1.	Manajemen mual		
	k. Identifikasi pengalaman mual		√
	l. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misalnya nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran dan tidur)	√	
	m. Indikasi faktor penyebab mual ( misalnya pengobatan dan prosedur)		√
	n. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual		√
	o. Monitor mual (misalnya frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)		√
	p. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik		√
	q. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna		√
	r. Anjurkan membersihkan mulut		√
	s. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (misalnya biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi music, akupresure)		√
	t. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu	√	

#### D. Implementasi

No	Intervensi keperawatan (SIKI)	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1.	Manajemen mual		
	k. Mengidentifikasi pengalaman mual		√
	l. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misalnya nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran dan tidur)	√	
	m. Mengidentifikasi faktor penyebab mual (misalnya pengobatan dan prosedur)		√
	n. Mengidentifikasi antiemetik untuk mencegah mual		√
	o. Memonitor mual (misalnya frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)		√
	p. Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik		√
	q. Memberikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna		√
	r. Menganjurkan membersihkan mulut		√
	s. Mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (misalnya biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi music, akupresure)		√
	t. Berkolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu	√	

## E. Evaluasi

No	Evaluasi Keperawatan	Observasi	
		Ya	Tidak
1	Nafsu makan meningkat		√
2	Keluhan mual menurun		√
3	Perasaan ingin muntah menurun		√
4	Sensasi panas menurun		√
5	Sensasi dingin menurun		√
6	Frekuensi menelan menurun		√
7	Diaphoresis menurun		√
8	Jumlah saliva menurun		√
9	Pucat membaik		√
10	Takikardi membaik		√
11	Dilatasi pupil membaik		√

**Lampiran 5**

	<b>PENGKAJIAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP</b>	Nama : Ny.MA
		Tgl Lahir : 26/06/1969
		No RM : 609809

**Keluhan Utama :** Nyeri pada punggung seperti ditusuk-tusuk

**Riwayat penyakit :** Pasien mengeluh nyeri punggung seperti ditusuk-tusuk, mual (+) muntah (-)

**Riwayat Penyakit Sebelumnya**

Riwayat hospitalisasi :  Ada  Tidak ada, Riwayat penyakit yang sama :  Ada  Tidak ada

Riwayat penyakit yang pernah diderita :  Asma  Hipertensi  Diabetes Millitus

Lainnya, Sebutkan :

**Riwayat Penyakit Keluarga**

Riwayat penyakit keturunan :  Tidak ada  Ada,  
sebutkan.....

Riwayat penyakit menular :  Tidak ada  Ada,  
sebutkan.....

Riwayat alergi :  Tidak ada  Ada,  
sebutkan.....

**Kedadaan Umum**

Kesadaran  CM  Apatis  Somnolent  Sopor  Coma, GCS : E4V5M6

Tanda Vital : S : 36,8°C      N : 84 X/Menit      RR : 18 X/Menit      TD : 130/70mmHg

<p><b>Pemeliharaan Kesehatan</b></p> <p>Persepsi terhadap arti kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/> Penting <input type="checkbox"/> Tidak Penting</p> <p>Pengetahuan tentang penatalaksanaan regimen terapeutik : <input checked="" type="checkbox"/> Tahu <input type="checkbox"/> Tidak Tahu</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manajemen regimen terapeutik yang efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Manajemen regimen terapeutik yang tidak</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Pengetahuan tentang praktek kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/>Tahu <input type="checkbox"/>Tidak Tahu</p> <p>Kemampuan mengambil keputusan : <input checked="" type="checkbox"/>Mampu <input type="checkbox"/>Tidak Mampu</p> <p>Kemampuan memilih fasilitas kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/>Mampu <input type="checkbox"/>Tidak Mampu</p> <p>Kebiasaan berobat <input type="checkbox"/>Dukun <input checked="" type="checkbox"/>Tenaga Kesehatan</p> <p>Lainnya.....</p>	<p>efektif</p>
<p><b>Pola Nutrisi</b></p> <p><b>Pola makan :</b> <input type="checkbox"/>1 kali/hari <input type="checkbox"/>2kali/hari <input checked="" type="checkbox"/>3kali/hari</p> <p>Jenis makanan : <input type="checkbox"/>Cair/ASI/PASI <input checked="" type="checkbox"/>Lunak <input type="checkbox"/>Padat</p> <p>Rute makan : <input checked="" type="checkbox"/>Oral <input type="checkbox"/>NGT <input type="checkbox"/>Parentral <input type="checkbox"/>Puasa</p> <p>Porsi makan : 1/2 porsi</p> <p>Riwayat alergi makanan : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada</p> <p>Jenisnya.....</p> <p>Masalah dalam hal makan : <input checked="" type="checkbox"/>Ada, jenisnya : <input checked="" type="checkbox"/>Mual  <input type="checkbox"/>Muntah <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada nafsu makan <input checked="" type="checkbox"/>Sulit menelan  <input type="checkbox"/>Lainnya..... <input type="checkbox"/>Tidak ada</p> <p>BB sebelum sakit : .....kg, BB saat pengkajian : .....</p> <p>TB : .....LLA : ..... cm, IMT : .....</p> <p><b>Pola minum</b></p> <p>Jumlah minum sehari : 4 gelas (800 cc/hari)</p> <p>Jenis minuman : <input checked="" type="checkbox"/>Air putih <input type="checkbox"/>Alcohol <input type="checkbox"/>Karbonasi <input type="checkbox"/>Kopi<input type="checkbox"/>Teh</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pola makan bayi tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan menelan</p> <p><input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</p> <p><input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mual muntah</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang volume cairan</p>



<p>Masalah dalam hal minum : <input type="checkbox"/>Tidak Ada    <input checked="" type="checkbox"/>Ada, jenisnya :  <input checked="" type="checkbox"/>Mual        <input type="checkbox"/>Muntah <input type="checkbox"/>Tidak ada nafsu minum,</p> <p>Tanda-tanda dehidrasi : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, jenisnya : <input type="checkbox"/>Mata  cowong, <input type="checkbox"/>Mukosa bibir kering, <input type="checkbox"/>Uzun-uzun cekung, <input type="checkbox"/>Turgor  kulit menurun, <input type="checkbox"/>Lemas</p>	<p><input type="checkbox"/> Risiko kekurangan  volume cairan</p> <p><input type="checkbox"/> Kelebihan volume cairan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko ketidakseimbangan  volume cairan</p>
<p><b>Pola Eliminasi BAB</b></p> <p>Eliminasi BAB : <input checked="" type="checkbox"/>1 kali/hari <input type="checkbox"/>2kali/hari <input type="checkbox"/>3kali/hari <input type="checkbox"/>Lebih  dari 3kali/hari, Volume : .....cc</p> <p>Konsistensi : <input type="checkbox"/>Keras <input checked="" type="checkbox"/>Lembek <input type="checkbox"/>Encer <input type="checkbox"/>Cair</p> <p>Bau : <input checked="" type="checkbox"/>Khas Faeces <input type="checkbox"/>Amis <input type="checkbox"/>Busuk</p> <p>Warna : <input checked="" type="checkbox"/>Kuning <input type="checkbox"/>Hitam <input type="checkbox"/>Hijau <input type="checkbox"/>Putih <input type="checkbox"/>dempul</p> <p>Terdapat Darah : <input type="checkbox"/>Ya <input checked="" type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Terdapat lender : <input type="checkbox"/>Ya <input checked="" type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Frekuensi peristaltic usus : <input checked="" type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Meningkat,  Frekuensi.....Kali/menit</p> <p>Nyeri tekan : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, sebutkan dimana.....</p> <p>Pembesaran organ : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, sebutkan nama  organ.....</p> <p>Keluhan lain.....</p> <p><b>Pola Eliminasi BAK</b></p> <p>Frekuensi BAK : 4 kali/hari, Volume : 1000 cc</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Diare</p> <p><input type="checkbox"/> Konstipasi</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang volume cairan</p> <p><input type="checkbox"/> Inkontinensia alvi</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan eliminasi urine</p> <p><input type="checkbox"/> Retensi Urine</p> <p><input type="checkbox"/> Inkontinensia urine</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri akut</p> <p><input type="checkbox"/> PK</p>

<p>Warna : <input checked="" type="checkbox"/>Jernih <input type="checkbox"/>Kuning <input type="checkbox"/>Warna teh <input type="checkbox"/>Bercampur darah/nanah</p> <p>Bau : <input checked="" type="checkbox"/>Khas urine <input type="checkbox"/>Amis <input type="checkbox"/>Busuk</p> <p>Keluhan.....</p>	
<p><b>Pola Aktivitas</b></p> <p>Keluhan sesak nafas : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada</p> <p>Irama Pernafasan : <input type="checkbox"/>Eupneu <input type="checkbox"/>Apneu <input type="checkbox"/>Orthopnoe <input type="checkbox"/>Bradipnea <input type="checkbox"/>Dispnea</p> <p>Jenis pernafasan : <input type="checkbox"/>Kusmaul <input type="checkbox"/>Bio <input type="checkbox"/>Cheyne Stokes</p> <p>Suara Nafas : <input type="checkbox"/>Vesikuler <input type="checkbox"/>Bronkovesikuler <input type="checkbox"/>Bronchial <input type="checkbox"/>Wheezing <input type="checkbox"/>Ronci</p> <p>Keluhan Batuk : <input type="checkbox"/>Tidak Ada <input type="checkbox"/>Ada, <input type="checkbox"/>Kering <input type="checkbox"/>Berdahak <input type="checkbox"/>Hernoptisis</p> <p>Sulit Sekret : <input type="checkbox"/>Kental <input type="checkbox"/>Lengket <input type="checkbox"/>Encer</p> <p>Suara jantung : S1 S2 : <input type="checkbox"/>Tunggal <input type="checkbox"/>Reguler <input type="checkbox"/>Irreguler <input type="checkbox"/>Aritmia <input type="checkbox"/>Mur-mur</p> <p>Berdebar setelah beraktivitas : <input type="checkbox"/>Ada <input type="checkbox"/>Tidak Ada</p> <p>CRT berapa detik.....</p> <p>Keluhan lain.....</p> <p>Kekuatan Otot : ..... Tonus Otot : ..... Refleks Patologis : ..... Reflek Fisiologis : .....</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Keletihan</li> <li><input type="checkbox"/> Kerusakan Mobilitas Fisik</li> <li><input type="checkbox"/> Intoleransi Aktivitas</li> <li><input type="checkbox"/> Kurang perawatan diri</li> <li><input type="checkbox"/> Syndrome kurang percaya diri</li> <li><input type="checkbox"/> Bersihan jalan nafas tidak efektif</li> <li><input type="checkbox"/> Pola nafas tidak efektif</li> <li><input type="checkbox"/> Kerusakan pertukaran gas</li> <li><input type="checkbox"/> Perfusi Jaringan renal</li> <li><input type="checkbox"/> Perfusi Jaringan serebral</li> </ul>

Kriteria	Skoring				
	0	1	2	3	4
Kemampuan perawatan diri		√			
Kemampuan melakukan ROM		√			
Kemampuan mobilisasi di tempat tidur		√			
Kemampuan toileting		√			
Kemampuan mandi		√			
Kemampuan berpindah		√			
Kemampuan berpakaian		√			
Kemampuan makan/minum		√			

0 : Mandiri, 1 : dibantu dengan alat, 2 : dibantu orang lain, 3 : dibantu alat dan orang lain, 4 : ketergantungan penuh

<p><b>Pola Tidur dan Istirahat</b></p> <p>Jam mulai tidur malam : 21.00 Wita, Jam bangun tidur 06.00 Wita</p> <p>Kebiasaan tidur siang : <input type="checkbox"/>Ya <input checked="" type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Jumlah jam tidur sehari : <input type="checkbox"/> &lt;6 jam <input type="checkbox"/> 6-8 jam <input type="checkbox"/> &gt;8 jam</p> <p>Keluhan saat tidur : <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan..... <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Keluhan lemas : <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Kehitaman di sekitar kelopak mata : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan pola tidur</p> <p><input type="checkbox"/> Devriipasi tidur</p>
<p><b>Kebutuhan Komunikasi/Pendidikan dan Pengajaran</b></p> <p>Kebutuhan edukasi : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Edukasi diberikan kepada : <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Keluarga</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan persepsi sensorial (visual, auditori,</p>

<p><input type="checkbox"/>Lainnya.....</p> <p>Bicara : <input checked="" type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Serangan awal gangguan bicara, Kapan.....</p> <p>Bahasa sehari-hari : <input checked="" type="checkbox"/>Indonesia (Aktif/Pasif) <input type="checkbox"/>Daerah.....</p> <p><input type="checkbox"/>Inggris (Aktif/Pasif) <input type="checkbox"/>Lainnya.....</p> <p>Agama : <input checked="" type="checkbox"/>Hindu <input type="checkbox"/>Islam <input type="checkbox"/>Kristen <input type="checkbox"/>Katolik <input type="checkbox"/>Budha</p> <p>Perlu penterjemah : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak <input type="checkbox"/>Ya, Bahasa.....</p> <p>Bahasa isyarat : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak <input type="checkbox"/>Ya</p> <p>Hambatan belajar : <input type="checkbox"/>Bahasa <input type="checkbox"/>Cemas <input type="checkbox"/>Pendengaran <input type="checkbox"/>Emosi <input type="checkbox"/>Kognitif</p> <p>Hilang memori : <input type="checkbox"/>Kesulitan bicara <input type="checkbox"/>Motivasi buruk <input type="checkbox"/>Masalah penglihatan <input type="checkbox"/>Secara fisiologis tidak mampu belajar <input type="checkbox"/>Tidak ditemukan hambatan belajar</p> <p>Cara belajar yang disukai : <input type="checkbox"/>Menulis <input type="checkbox"/>Audio-visual/gambar <input type="checkbox"/>Diskusi</p>	<p>kinestori, gustatory, taktil)</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko cedera</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan orientasi</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan komunikasi verbal</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertermi</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotermi</p> <p><input type="checkbox"/> Sistem termoregulasi tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri akut</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri kronik</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Identifikasi Risiko Pasien Jatuh

Parameter	Kriteria	Skor	Skoring
Umur	Kurang dari 60 tahun	0	0
	60-80 tahun	1	
	>80 tahun	2	
Defisit Sensoris	Kaca mata bukan bifocal	0	0
	Kacamata bifocal	1	
	Gangguan pendengaran	1	
	Kacamata multifocal	2	
	Katarak/Glaukoma	2	
	Hampir tidak dapat melihat/buta	3	
Aktifitas	Mandiri	0	
	ADL dibantu sebagian	1	
	ADL dibantu penuh	2	2
Riwayat Jatuh	Tidak pernah	0	0
	Jatuh <1 tahun	1	
	Jatuh < 1 bulan	2	
	Jatuh pada saat dirawat sekarang	3	
Kognisi	Orientasi baik	0	0
	Kesulitan mengerti perintah	2	
	Gangguan memori	2	
	Kebingungan	3	

	Disorientasi	3	
Pengobatan	≥ 4 jenis obat	1	1
	Sedati/Psikotropika/Narkotika	2	
	Antidepresan/Antihipertensi/Hipoglikemia	2	
	Infus epidural/spinal	2	
Mobilitas	Mandiri	0	
	Menggunakan alat bantu	1	
	Koordinasi/keseimbangan buruk	2	
	Dibantu sebagian	3	3
	Dibantu penuh	4	
Pola BAB/BAK	Teratur	0	0
	Inkontinensia feses/urine	1	
	Nokturia	2	
	Urgensi/Frekuensi	3	
Komorbid	Diabetes/Penyakit Jantung/Stroke/ISK/Gangguan saraf pusat/Parkinson	2	
	Pasca bedah 0-24 jam	3	
Total			6

Skor 0-7 : risiko rendah untuk jatuh

Skor 8-13 : risiko sedang untuk jatuh

Skor ≥ 14 : risiko tinggi untuk jatuh

<p><b>Konsep Diri</b></p> <p>Adanya kecemasan <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada</p> <p>Adanya ketakutan <input type="checkbox"/>Ada, terhadap apa ..... <input type="checkbox"/>Tidak ada</p> <p>Dampak sakit terhadap konsep diri : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada Ada, Jenisnya:</p> <p>*( Gangguan terhadap gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri)*</p> <p>Ekspresi wajah : <input checked="" type="checkbox"/>Rileks <input type="checkbox"/>Tegang <input type="checkbox"/>Gugup</p> <p>Perasaan tidak berdaya <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anxietas</p> <p><input type="checkbox"/> Ketakutan</p> <p><input type="checkbox"/> Harga diri rendah kronik</p> <p><input type="checkbox"/> Harga diri rendah situasional</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan body images/citra tubuh</p> <p><input type="checkbox"/> Keputusasaan</p>
<p><b>Pola Peran dan Hubungan</b></p> <p>Peran klien : <input checked="" type="checkbox"/>KK <input checked="" type="checkbox"/>Ibu RT <input type="checkbox"/>Anak <input type="checkbox"/>Pekerja <input type="checkbox"/>Pelajar</p> <p>Kemampuan klien menjalankan peran selama sakit : <input checked="" type="checkbox"/>Mampu <input type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Kepuasan klien terhadap peran : <input checked="" type="checkbox"/>Puas <input type="checkbox"/>Tidak puas</p> <p>Hubungan klien terhadap dengan anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien : <input type="checkbox"/>Baik <input checked="" type="checkbox"/>cukup baik <input type="checkbox"/>kurang baik</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Risiko kerusakan kedekatan orang tua/bayi/anak</p> <p><input type="checkbox"/> Konflik peran orang tua</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi social</p> <p><input type="checkbox"/> Penampilan peran tidak efektif</p>

## HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

No. Pasien : - Dokter : -  
Nama : Ny. MA Tanggal : 16 Mei 2019  
J.Kelamin : Perempuan Jam : 00.22.20  
Umur : 50 Tahun Unit : Arjuna

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
Ureum	166	15-43	Mg/dL		H
Creatinin	20.4	0.5-1	Mg/dL		H



	<b>PERENCANAAN KEPERAWATAN</b>	Nama : Ny.MA
	<b>PASIEN RAWAT INAP</b>	Tgl Lahir : 26/06/1969
		No RM : 609809

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
14 Mei 2019 11.55 Wita	Mual muntah b/d <input type="checkbox"/> Distensi lambung <input checked="" type="checkbox"/> Gangguan biokimia (mis., uremia, ketoasidosis diabetik) <input type="checkbox"/> Iritasi lambyng <input type="checkbox"/> Program pengobatan <input type="checkbox"/> Tumor abdomen	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mual pasien teratasi dengan kroteria hasil: <i><b>Nausea and vomiting            control</b></i> <input checked="" type="checkbox"/> Pasien dapat menghindari faktor penyebab nausea dengan baik <i><b>Nausea and vomiting            severity</b></i> <input checked="" type="checkbox"/> pasien mengatakan tidak mual <input checked="" type="checkbox"/> Pasien mengatakan tidak muntah <input type="checkbox"/> Tidak ada peningkatan sekresi saliva	<b>Tindakan Mandiri :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Lakukan pengkajian lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual dan faktor yang menyebabkan mual <input checked="" type="checkbox"/> Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien, aktivitas sehari-hari dan pola tidur pasien <input checked="" type="checkbox"/> Anjurkan makan sedikit tapi sering dan dalam keadaan hangat <input checked="" type="checkbox"/> Beri istirahat dan tidur yang adekuat untuk mengurangi mual  <b>Tindakan Delegasi/Kolaborasi</b> <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian antiemetik

	<b>TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN</b>																		Nama : Ny.MA		
	<b>RAWAT INAP RSUD SANJIWANI GIANYAR</b>																		Tgl Lahir : 31/12/1955		
	No RM : 649453																				

Tindakan keperawatan	Tanggal 14 Mei 2019						Tanggal 15 Mei 2019						Tanggal 16 Mei 2019						Tanggal 17 Mei 2019					
	Pa gi	Pa raf	sia ng	Pa raf	Mal am	par af	pa gi	Pa raf	sia ng	Pa raf	mal am	pa raf	pa gi	Pa raf	sia ng	Pa raf	mal am	pa raf	pa gi	Par af	sia ng	Pa raf	mal am	pa raf
Memonitor tanda-tanda vital (setiap jam 6 jam sekali)	08 00		17 00		05 00		08 00		17 00		05 00		08 00		17 00		05 00		08 00		17 00		05 00	
Mengkaji lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual dan fsktor yang menyebabkan mual	08 00						08 00						08 00						08 00					
Mengevaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien, aktivitas sehari-hari dan pola tidur	08 00						10 00						08 00						08 00					

Memberi obat injeksi Ondansentron 1x 4 mg	08 00						08 00						08 00					08 00				
----------------------------------------------	----------	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	----------	--	--	--	--

	<b>CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN RAWAT INAP TERINTEGRASI</b>	Nama : Ny.MA
		Tgl Lahir : 26/06/1969
		No RM : 609809

Tanggal	Jam	Pukul	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Tanda tangan
17/05/2019	09.00	Perawat wita pagi	<p>S : pasien mengatakan merasa mual, tidak muntah, tidak ada nafsu makan</p> <p>O : lemas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tekanan darah :130/70 mmHg</li> <li>- nadi : 80 x/menit</li> <li>- suhu : 36 °C</li> <li>- respirasi : 20 x/menit</li> </ul> <p>A : mual</p> <p>P : - observasi keadaan umum kolaborasi dengan dokter untuk terapi</p>	

**Lampiran 6**

	<b>PENGAJIAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP</b>	Nama : Ny.MN
		Tgl Lahir : 31/12/1955
		No RM : 419768

**Keluhan Utama :** Pasien mengeluh nyeri pada punggung

**Riwayat penyakit :** Pasien mengeluh nyeri pada punggung dan lemas sejak 1 jam yang lalu, mual (+), muntah (-), pasien memiliki riwayat gagal ginjal dan rutin cuci darah.

**Riwayat Penyakit Sebelumnya**

Riwayat hospitalisasi :  Ada  Tidak ada, Riwayat penyakit yang sama :  Ada  Tidak ada

Riwayat penyakit yang pernah diderita :  Asma  Hipertensi  Diabetes Millitus

Lainnya, Sebutkan :

**Riwayat Penyakit Keluarga**

Riwayat penyakit keturunan :  Tidak ada  Ada,  
sebutkan.....

Riwayat penyakit menular :  Tidak ada  Ada,  
sebutkan.....

Riwayat alergi :  Tidak ada  Ada,  
sebutkan.....

**Keadaan Umum**

Kesadaran  CM  Apatis  Somnolent  Sopor  Coma, GCS : E4V5M6

Tanda Vital : S : 36,3°C      N : 77 X/Menit      RR : 20 X/Menit      TD : 140/70 mmHg

<p><b>Pemeliharaan Kesehatan</b></p> <p>Persepsi terhadap arti kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/> Penting <input type="checkbox"/> Tidak Penting</p> <p>Pengetahuan tentang penatalaksanaan regimen terapeutik :</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manajemen regimen terapeutik yang efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Manajemen regimen</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><input checked="" type="checkbox"/>Tahu <input type="checkbox"/>Tidak Tahu</p> <p>Pengetahuan tentang praktek kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/>Tahu <input type="checkbox"/>Tidak Tahu</p> <p>Kemampuan mengambil keputusan : <input checked="" type="checkbox"/>Mampu <input type="checkbox"/>Tidak Mampu</p> <p>Kemampuan memilih fasilitas kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/>Mampu <input type="checkbox"/>Tidak Mampu</p> <p>Kebiasaan berobat <input type="checkbox"/>Dukun <input checked="" type="checkbox"/>Tenaga Kesehatan</p> <p>Lainnya.....</p>	<p>terapiutik yang tidak efektif</p>
<p><b>Pola Nutrisi</b></p> <p><b>Pola makan :</b> <input type="checkbox"/>1 kali/hari <input type="checkbox"/>2kali/hari <input checked="" type="checkbox"/>3kali/hari</p> <p>Jenis makanan : <input type="checkbox"/>Cair/ASI/PASI <input checked="" type="checkbox"/>Lunak <input type="checkbox"/>Padat</p> <p>Rute makan : <input checked="" type="checkbox"/>Oral <input type="checkbox"/>NGT <input type="checkbox"/>Parentral <input type="checkbox"/>Puasa</p> <p>Porsi makan : 1 porsi</p> <p>Riwayat alergi makanan : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada</p> <p>Jenisnya.....</p> <p>Masalah dalam hal makan : <input checked="" type="checkbox"/>Ada, jenisnya : <input checked="" type="checkbox"/>Mual  <input type="checkbox"/>Muntah <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada nafsu makan <input type="checkbox"/>Sulit menelan  <input type="checkbox"/>Lainnya..... <input type="checkbox"/>Tidak ada</p> <p>BB sebelum sakit : .....kg, BB saat pengkajian : .....</p> <p>TB : .....LLA : ..... cm, IMT : .....</p> <p><b>Pola minum</b></p> <p>Jumlah minum sehari : 4 gelas (800 cc/hari)</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pola makan bayi tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan menelan</p> <p><input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</p> <p><input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mual muntah</p>

<p>Jenis minuman : <input checked="" type="checkbox"/> Air putih <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Karbonasi <input type="checkbox"/> Kopi <input type="checkbox"/> Teh</p> <p>Masalah dalam hal minum : <input type="checkbox"/> Tidak Ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada, jenisnya :  <input checked="" type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Tidak ada nafsu minum,</p> <p>Tanda-tanda dehidrasi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, jenisnya : <input type="checkbox"/> Mata  cowong, <input type="checkbox"/> Mukosa bibir kering, <input type="checkbox"/> Ubun-ubun cekung, <input type="checkbox"/> Turgor  kulit menurun, <input type="checkbox"/> Lemas</p>	<input type="checkbox"/> Kurang volume cairan  <input type="checkbox"/> Risiko kekurangan volume cairan  <input type="checkbox"/> Kelebihan volume cairan  <input type="checkbox"/> Risiko ketidakseimbangan volume cairan
<p><b>Pola Eliminasi BAB</b></p> <p>Eliminasi BAB : <input checked="" type="checkbox"/> 1 kali/hari <input type="checkbox"/> 2 kali/hari <input type="checkbox"/> 3 kali/hari <input type="checkbox"/> Lebih  dari 3 kali/hari, Volume : .....cc</p> <p>Konsistensi : <input type="checkbox"/> Keras <input checked="" type="checkbox"/> Lembek <input type="checkbox"/> Encer <input type="checkbox"/> Cair</p> <p>Bau : <input checked="" type="checkbox"/> Khas Faeces <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Busuk</p> <p>Warna : <input checked="" type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> Hitam <input type="checkbox"/> Hijau <input type="checkbox"/> Putih <input type="checkbox"/> dempul</p> <p>Terdapat Darah : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Terdapat lender : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Frekuensi peristaltic usus : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Meningkat,  Frekuensi.....Kali/menit</p> <p>Nyeri tekan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan dimana.....</p> <p>Pembesaran organ : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan nama  organ.....</p> <p>Keluhan lain.....</p> <p><b>Pola Eliminasi BAK</b></p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <input type="checkbox"/> Diare  <input type="checkbox"/> Konstipasi  <input type="checkbox"/> Kurang volume cairan  <input type="checkbox"/> Inkontinensia alvi  <input type="checkbox"/> Kerusakan eliminasi urine  <input type="checkbox"/> Retensi Urine  <input type="checkbox"/> Inkontinensia urine  <input type="checkbox"/> Nyeri akut  <input type="checkbox"/> PK

<p>Frekuensi BAK : 4 kali/hari, Volume : 1000 cc</p> <p>Warna : <input checked="" type="checkbox"/>Jernih <input type="checkbox"/>Kuning <input type="checkbox"/>Warna teh <input type="checkbox"/>Bercampur darah/nanah</p> <p>Bau : <input checked="" type="checkbox"/>Khas urine <input type="checkbox"/>Amis <input type="checkbox"/>Busuk</p> <p>Keluhan.....</p>	
<p><b>Pola Aktivitas</b></p> <p>Keluhan sesak nafas : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada</p> <p>Irama Pernafasan : <input type="checkbox"/>Eupneu <input type="checkbox"/>Apneu <input type="checkbox"/>Orthopnoe <input type="checkbox"/>Bradipnea <input type="checkbox"/>Dispnea</p> <p>Jenis pernafasan : <input type="checkbox"/>Kusmaul <input type="checkbox"/>Bio <input type="checkbox"/>Cheyne Stokes</p> <p>Suara Nafas : <input type="checkbox"/>Vesikuler <input type="checkbox"/>Bronkovesikuler <input type="checkbox"/>Bronchial <input type="checkbox"/>Wheezing <input type="checkbox"/>Ronci</p> <p>Keluhan Batuk : <input type="checkbox"/>Tidak Ada <input type="checkbox"/>Ada, <input type="checkbox"/>Kering <input type="checkbox"/>Berdahak <input type="checkbox"/>Hemoptisis</p> <p>Sulit Sekret : <input type="checkbox"/>Kental <input type="checkbox"/>Lengket <input type="checkbox"/>Encer</p> <p>Suara jantung : S1 S2 : <input type="checkbox"/>Tunggal <input type="checkbox"/>Reguler <input type="checkbox"/>Irreguler <input type="checkbox"/>Aritmia <input type="checkbox"/>Mur-mur</p> <p>Berdebar setelah beraktivitas : <input type="checkbox"/>Ada <input type="checkbox"/>Tidak Ada</p> <p>CRT berapa detik.....</p> <p>Keluhan lain.....</p> <p>Kekuatan Otot : ..... Tonus Otot : ..... Refleksi Patologis : ..... Reflek Fisiologis : .....</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Keletihan</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan Mobilitas Fisik</p> <p><input type="checkbox"/> Intoleransi Aktivitas</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang perawatan diri</p> <p><input type="checkbox"/> Syndrome kurang percaya diri</p> <p><input type="checkbox"/> Bersihan jalan nafas tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Pola nafas tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan pertukaran gas</p> <p><input type="checkbox"/> Perfusi Jaringan renal</p> <p><input type="checkbox"/> Perfusi Jaringan serebral</p>



--	--

Kriteria	Skoring				
	0	1	2	3	4
Kemampuan perawatan diri		√			
Kemampuan melakukan ROM		√			
Kemampuan mobilisasi di tempat tidur		√			
Kemampuan toileting		√			
Kemampuan mandi		√			
Kemampuan berpindah		√			
Kemampuan berpakaian		√			
Kemampuan makan/minum		√			

0 : Mandiri, 1 : dibantu dengan alat, 2 : dibantu orang lain, 3 : dibantu alat dan orang lain, 4 : ketergantungan penuh

<p><b>Pola Tidur dan Istirahat</b></p> <p>Jam mulai tidur malam : 21.00 Wita, Jam bangun tidur 06.00 Wita</p> <p>Kebiasaan tidur siang : <input type="checkbox"/>Ya <input checked="" type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Jumlah jam tidur sehari : <input type="checkbox"/> &lt; 6 jam <input type="checkbox"/> 6-8 jam <input type="checkbox"/> &gt; 8 jam</p> <p>Keluhan saat tidur : <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan..... <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Keluhan lemas : <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Kehitaman di sekitar kelopak mata : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan pola tidur</p> <p><input type="checkbox"/> Devriipasi tidur</p>
<p><b>Kebutuhan Komunikasi/Pendidikan dan Pengajaran</b></p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p>

<p>Kebutuhan edukasi : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Edukasi diberikan kepada : <input type="checkbox"/>Pasien <input type="checkbox"/>Keluarga <input type="checkbox"/>Lainnya.....</p> <p>Bicara : <input checked="" type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Serangan awal gangguan bicara, Kapan.....</p> <p>Bahasa sehari-hari : <input checked="" type="checkbox"/>Indonesia (Aktif/Pasif) <input type="checkbox"/>Daerah..... <input type="checkbox"/>Inggris (Aktif/Pasif) <input type="checkbox"/>Lainnya.....</p> <p>Agama : <input checked="" type="checkbox"/>Hindu <input type="checkbox"/>Islam <input type="checkbox"/>Kristen <input type="checkbox"/>Katolik <input type="checkbox"/>Budha</p> <p>Perlu penterjemah : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak <input type="checkbox"/>Ya, Bahasa.....</p> <p>Bahasa isyarat : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak <input type="checkbox"/>Ya</p> <p>Hambatan belajar : <input type="checkbox"/>Bahasa <input type="checkbox"/>Cemas <input type="checkbox"/>Pendengaran <input type="checkbox"/>Emosi <input type="checkbox"/>Kognitif</p> <p>Hilang memori : <input type="checkbox"/>Kesulitan bicara <input type="checkbox"/>Motivasi buruk <input type="checkbox"/>Masalah penglihatan <input type="checkbox"/>Secara fisiologis tidak mampu belajar <input type="checkbox"/>Tidak ditemukan hambatan belajar</p> <p>Cara belajar yang disukai : <input type="checkbox"/>Menulis <input type="checkbox"/>Audio-visual/gambar <input type="checkbox"/>Diskusi</p>	<p><input type="checkbox"/> Gangguan persepsi sensori (visual, auditori, kinestori, gustatory, taktil)</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko cedera</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan orientasi</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan komunikasi verbal</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertermi</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotermi</p> <p><input type="checkbox"/> Sistem termoregulasi tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri akut</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri kronik</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Identifikasi Risiko Pasien Jatuh

Parameter	Kriteria	Skor	Skoring
Umur	Kurang dari 60 tahun	0	
	60-80 tahun	1	1
	>80 tahun	2	
Defisit Sensoris	Kaca mata bukan bifocal	0	
	Kacamata bifocal	1	
	Gangguan pendengaran	1	
	Kacamata multifocal	2	
	Katarak/Glaukoma	2	
	Hampir tidak dapat melihat/buta	3	
Aktifitas	Mandiri	0	
	ADL dibantu sebagian	1	1
	ADL dibantu penuh	2	
Riwayat Jatuh	Tidak pernah	0	
	Jatuh <1 tahun	1	
	Jatuh < 1 bulan	2	
	Jatuh pada saat dirawat sekarang	3	
Kognisi	Orientasi baik	0	0
	Kesulitan mengerti perintah	2	
	Gangguan memori	2	
	Kebingungan	3	

	Disorientasi	3	
Pengobatan	≥ 4 jenis obat	1	1
	Sedati/Psikotropika/Narkotika	2	
	Antidepresan/Antihipertensi/Hipoglikemia	2	
	Infus epidural/spinal	2	
Mobilitas	Mandiri	0	
	Menggunakan alat bantu	1	
	Koordinasi/keseimbangan buruk	2	
	Dibantu sebagian	3	3
	Dibantu penuh	4	
Pola BAB/BAK	Teratur	0	0
	Inkontinensia feses/urine	1	
	Nokturia	2	
	Urgensi/Frekuensi	3	
Komorbid	Diabetes/Penyakit Jantung/Stroke/ISK/Gangguan saraf pusat/Parkinson	2	2
	Pasca bedah 0-24 jam	3	
Total			8

Skor 0-7 : risiko rendah untuk jatuh

Skor 8-13 : risiko sedang untuk jatuh

Skor ≥ 14 : risiko tinggi untuk jatuh

<p><b>Konsep Diri</b></p> <p>Adanya kecemasan <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada</p> <p>Adanya ketakutan <input type="checkbox"/>Ada, terhadap apa ..... <input type="checkbox"/>Tidak ada</p> <p>Dampak sakit terhadap konsep diri : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada Ada, Jenisnya:</p> <p>*( Gangguan terhadap gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri)*</p> <p>Ekspresi wajah : <input checked="" type="checkbox"/>Rileks <input type="checkbox"/>Tegang <input type="checkbox"/>Gugup</p> <p>Perasaan tidak berdaya <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ansietas</p> <p><input type="checkbox"/> Ketakutan</p> <p><input type="checkbox"/> Harga diri rendah kronik</p> <p><input type="checkbox"/> Harga diri rendah situasional</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan body images/citra tubuh</p> <p><input type="checkbox"/> Keputusanasaan</p>
<p><b>Pola Peran dan Hubungan</b></p> <p>Peran klien : <input checked="" type="checkbox"/>KK <input checked="" type="checkbox"/>Ibu RT <input type="checkbox"/>Anak <input type="checkbox"/>Pekerja <input type="checkbox"/>Pelajar</p> <p>Kemampuan klien menjalankan peran selama sakit : <input checked="" type="checkbox"/>Mampu <input type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Kepuasan klien terhadap peran : <input checked="" type="checkbox"/>Puas <input type="checkbox"/>Tidak puas</p> <p>Hubungan klien terhadap dengan anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien : <input type="checkbox"/>Baik <input checked="" type="checkbox"/>cukup baik <input type="checkbox"/>kurang baik</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Risiko kerusakan kedekatan orang tua/bayi/anak</p> <p><input type="checkbox"/> Konflik peran orang tua</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi social</p> <p><input type="checkbox"/> Penampilan peran tidak efektif</p>

## HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

No. Pasien : - Dokter : -  
Nama : Ny.MN Tanggal : 17 Mei 2019  
J.Kelamin : Perempuan Jam : 10.18.37  
Umur : 62 Tahun Unit : Arjuna

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
Ureum	53	15-43	Mg/dL		H
creatinin	4.5	0.5-1	Mg/dL		H

	<b>PERENCANAAN KEPERAWATAN</b>	Nama : Ny.MN
	<b>PASIEN RAWAT INAP</b>	Tgl Lahir : 31/12/1955
		No RM : 419768

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
15 Mei 2019 09.00 Wita	Mual muntah b/d <input type="checkbox"/> Distensi lambung <input checked="" type="checkbox"/> Gangguan biokimia (mis., uremia, ketoasidosis diabetik) <input type="checkbox"/> Iritasi lambyng <input type="checkbox"/> Program pengobatan <input type="checkbox"/> Tumor abdomen	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mual pasien teratasi dengan kroteria hasil: <i><b>Nausea and vomiting control</b></i> <input checked="" type="checkbox"/> Pasien dapat menghindari faktor penyebab nausea dengan baik <i><b>Nausea and vomiting severity</b></i> <input checked="" type="checkbox"/> pasien mengatakan tidak mual <input checked="" type="checkbox"/> Pasien mengatakan tidak muntah <input type="checkbox"/> Tidak ada peningkatan sekresi saliva	<b>Tindakan Mandiri :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Lakukan pengkajian lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual dan faktor yang menyebabkan mual <input checked="" type="checkbox"/> Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien, aktivitas sehari-hari dan pola tidur pasien <input checked="" type="checkbox"/> Anjurkan makan sedikit tapi sering dan dalam keadaan hangat <input checked="" type="checkbox"/> Beri istirahat dan tidur yang adekuat untuk mengurangi mual  <b>Tindakan Delegasi/Kolaborasi</b> <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian antiemetik

	<b>TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN</b>	Nama : Ny.MN
	<b>RAWAT INAP RSUD SANJIWANI GIANYAR</b>	Tgl Lahir : 31/12/1955
		No RM : 419768

Tindakan keperawatan	Tanggal 15 Mei 2019						Tanggal 16 Mei 2019						Tanggal 17 Mei 2019						Tanggal 18 Mei 2019					
	P a g i	Par af	sia ng	Pa raf	Mal am	par af	pa gi	Pa raf	sia ng	Pa raf	mal am	pa raf	pa gi	Pa raf	sia ng	Pa raf	mal am	pa raf	pa gi	Par af	sia ng	Pa raf	mal am	pa raf
Memonitor tanda-tanda vital (setiap jam 6 jam sekali)	0 9 0 0		17 00		05 00		08 00		17 00		05 00		08 00		17 00		05 00		08 00		17 00		05 00	
Mengkaji lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual dan fsktor yang menyebabkan mual	0 8 0 0						08 00						08 00						08 00					
Mengevaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien, aktivitas sehari-hari dan pola	0 8 0 0						10 00						08 00						08 00					



tidur																								
Memberi obat injeksi Ondansentron 1x 4 mg	0 8 0 0						08 00						08 00							08 00				

	<b>CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN RAWAT INAP TERINTEGRASI</b>	Nama : Ny. MN
		Tgl Lahir : 31/12/1955
		No RM : 419768

Tanggal	Jam	Pukul	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Tanda tangan
18/05/2019	10.00 wita	Perawat pagi	<p>S : pasien mengatakan merasa mual, tidak muntah, makan minum baik</p> <p>O : keadaan umum lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tekanan darah :130/80 mmHg</li> <li>- nadi : 76 x/menit</li> <li>- suhu : 36 °C</li> <li>- respirasi : 20 x/menit</li> </ul> <p>A : mual</p> <p>P : - observasi keadaan umum - kolaborasi pemberian obat</p>	



**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](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)



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

Nama Mahasiswa : Ni Made Dwi Cahyani  
NIM : 207120016052  
Program Studi : D III Keperawatan

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Sudah lulus semua Mata Kuliah mulai Semester I-VI	11 Juni 2019		Ners. I Made Sukarga, S.Kep., M.Kep
2	Perpustakaan	11 Juni 2019		Dewa Nyoman Triwijaya, S.Sos., S.IPI
3	Laboratorium	12 Juni 2019		Ni Luh Gede Ari Kresna Dewa, S.Kep. Ners
4	IKM	11 Juni 2019		I Gede Jumenek Arta Yasa
5	Lunas Administrasi Keuangan	11 Juni 2019		Wagn. Parwati

**Keterangan :**

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

Denpasar.....  
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](http://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 Made Dwi Cahyani

NIM : P07120016052

**Judul Penelitian :**

Gambaran asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronis dengan nausea di ruang arjuna RSUD Sanjiwani Gianyar 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 PROVINSI BALI**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU**  
**PINTU**

Jalan Raya Puputan, Niti Mandala Denpasar 80235  
Telp./Fax (0361) 243804/256905

website: [www.dpmpptsp.baliprov.go.id](http://www.dpmpptsp.baliprov.go.id) e-mail: [dpmpptsp@baliprov.go.id](mailto:dpmpptsp@baliprov.go.id)

Nomor : 070/06831/DPMPTSP-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 Kemenkes 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 MADE DWI CAHYANI  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Br. Dinas Ababi, Ababi, Abang, Karangasem  
Judul/bidang : Gambaran asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronis dengan nausea di ruang arjuna RSUD Sanjiwani Gianyar tahun 2019  
Lokasi Penelitian : RSUD Sanjiwani Gianyar  
Jumlah Peserta : 1 Orang  
Lama Penelitian : 1 Bulan (15 Apr 2019 s/d 15 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



**DEWA PUTU MANTERA, SH., MH.**  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19621231 198503 1 192



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

Tembusan kepada Yth :

1. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi Bali
2. Yang Bersangkutan



KIR-15

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

Nomor : 070/2070/Bid.IV/BKBP/2019 KEPADA  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin/Rekomendasi Penelitian/ Yth : Direktur RSUD Sanjiwani Gianyar  
Survey/ Studi Perbandingan/ Di -  
KKL/ KKN/ Kersos/ PKL/  
Studi Wisata/ Pengabdian **Tempat.**  
Masyarakat

Berdasarkan Surat dari Gubernur Bali c.q. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali, Nomor **070/06831/DPMPTSP-B/2019, Tanggal 04 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 MADE DWI CAHYANI  
Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa  
Alamat : Br. Dinas Ababi, Abang - Karangasem  
Bidang/Judul : GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS DENGAN NAUSEA DI RUANG ARJUNA RSUD SANJIWANI GIANYAR TAHUN 2019.  
Tempat/lokasi penelitian : RSUD Sanjiwani Gianyar  
Jumlah Peserta : 1 Orang  
Lamanya penelitian : 1 Bulan (15 April s/d 15 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 15 APRIL 2019

a.n. BUPATI GIANYAR,  
KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
KABUPATEN GIANYAR,  
u.b. 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. Dinas Kesehatan Kabupaten Gianyar;
5. Kepala Bappeda dan Litbang Kabupaten Gianyar;
6. Pimpinan Lembaga/Instansi/Rektor yang bersangkutan;
7. Arsip.



PEMERINTAH KABUPATEN GIANYAR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SANJIWANI

Jln : Ciung Wanara No 2 Gianyar  
Website : <http://rsudsanjwani.org>

Telp/Fax : ( 0361) 943049  
E-Mail : [sanjwanigianyar@yahoo.com](mailto:sanjwanigianyar@yahoo.com)



**SURAT KETERANGAN**  
NOMOR : 420/10087/RSU

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : dr. Ida Komang Upekta  
NIP : 19620909 198911 1 001  
Jabatan : Direktur RSUD Sanjiwani Kab. Gianyar  
Pangkat/Golongan : Pembina Utama Muda

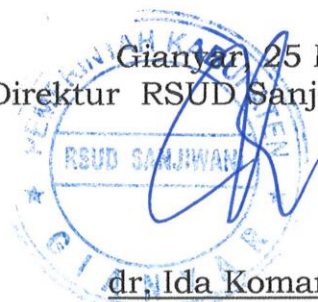
Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : Ni Made Dwi Cahyani  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Br. Dinas Ababi, Abang Karangasem

Memang benar yang bersangkutan di atas telah melaksanakan Penelitian di Ruang Arjuna Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Kabupaten Gianyar dari tanggal 15 April s.d 15 Mei 2019.

Demikian surat keterangan ini di buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Gianyar, 25 Mei 2019  
Direktur RSUD Sanjiwani Kab Gianyar

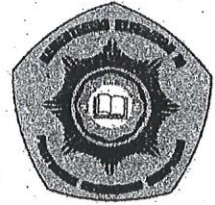


dr. Ida Komang Upekta  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19620909 198911 1 001



**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](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)



**BLANKO BIMBINGAN**

NAMA : Ni Made Dwi Cahyani  
 NIM : 207120016052  
 JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis dengan Nausea diruang Ardyana RSUD Sanghyani Gianyar  
 PEMBIMBING : I Ketut Suardana, SKP., M.kes.

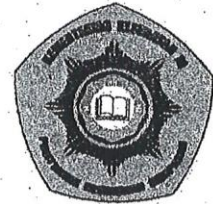
HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Selasa, 28 Mei 2019	I	BAB <u>IV</u>	- Judul tabel tri tempur dan Ht - subyek krusial gawat dan Besi - Implementasi buku ref trial di Rt	
Selasa, 11 Juni 2019	II	BAB <u>V</u> dan BAB <u>VI</u>	- Pembahasan tri keperawatan yg belum dilakukan ept/ptd saran - Ri lampiran data yg sebetulnya	
Rabu, 12 Juni 2019	III	BAB <u>V</u> , <u>VI</u> dan Abstrak	- abstrak cek kata kunci dg judul lampiran masih berbunyi rencana, gmn dg realisasi - Judul tabel dan badan tabel tdk boleh beda halaman Lengkapi dg lampiran surat surat setelah di Ruang paku kuruf Besar km mengayuh tempur	
Kamis, 13 Juni 2019	IV	KTI dan Lampiran		





**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](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)



### BLANKO BIMBINGAN

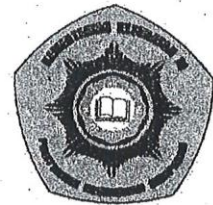
NAMA : Ni Made Dwi Cahyani  
NIM : D071201602  
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Gagal Kronis Dengan Nausea di Ruang Arguna RSUD Sangriwan, Gianyar Tahun 2019  
PEMBIMBING : I. Ketut Suwandana, S.Kp., M.Kes.

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Jumat, 14 Juni 2019	<u>V</u>	KTI dan Lampiran	Kesempulan lebih lengkap, jangan membuat uraian pencatikan daftar isi 1/2 spasi	
Senin, 17 Juni 2019	<u>VI</u>	KTI dan Lampiran	Abstrak sempurna isi Acc akhir	



**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](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)



**BLANKO BIMBINGAN**

NAMA : Ni Made Dwi Cahyani  
NIM : PA120016052  
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Dengan Nausea di Ruang Rawat RSUD Sanggah Ganyar Tahun 2019  
PEMBIMBING : I. Made Martha S.KP., M.Kep.

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Selasa, 28 Mei 2019	I	BAB <del>IV</del>	- Perbaiki tentang gambaran keluhan fisiologi, fisiologi data vital - perbaiki sistematika penulisan	
Selasa, 11 Juni 2019	II	BAB <u>V</u> dan BAB <u>VI</u>	- bab <u>V</u> dan <u>VI</u> - perbaiki format dan simpulan - lanjut abstrak	
Rabu, 13 Juni 2019	III	BAB <u>V</u> , <u>VI</u> dan Abstrak	- bab <u>V</u> , <u>VI</u> dan Abstrak - perbaiki abstrak tgl revisi, jumlah kata dan kata kunci	

**Data Skripsi Mahasiswa**

N I M : P07120016052

Nama Mahasiswa : Ni Made Dwi Cahyani

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	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Pengajuan BAB I	4 Feb 2019	✓
2	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Revisi BAB I	12 Feb 2019	✓
3	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Revisi BAB I dan BAB II,III,IV	25 Feb 2019	✓
4	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Revisi BAB III dan IV	11 Mar 2019	✓
5	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Revisi BAB III dan BAB IV	12 Mar 2019	✓
6	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	BAB I, II,III dan IV	13 Mar 2019	✓
7	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Pengajuan BAB I	6 Feb 2019	✓
8	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Revisi BAB I, pengajuan BAB II	13 Feb 2019	✓
9	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Revisi BAB II dan III	25 Feb 2019	✓
10	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Revisi BAB II dan III	11 Mar 2019	✓
11	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	BAB III,IV dan lampiran	12 Mar 2019	✓
12	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	BAB I,II,III,IV dan lampiran	13 Mar 2019	✓
13	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	BAB V	28 Mei 2019	✓
16	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	BAB V dan VI	11 Jun 2019	✓
17	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	BAB V, VI dan Abstrak	12 Jun 2019	✓
18	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	KTI dan Lampiran	14 Jun 2019	✓
19	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	KTI dan Lampiran	13 Jun 2019	✓
20	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	KTI dan Lampiran	17 Jun 2019	✓
21	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	BAB V	28 Mei 2019	✓
22	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	BAB V dan VI	11 Jun 2019	✓
23	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	BAB V, VI dan Abstrak	12 Jun 2019	✓
24	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	KTI dan Lampiran	13 Jun 2019	✓
25	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	KTI dan Lampiran	14 Jun 2019	✓
26	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	KTI dan Lampiran	17 Jun 2019	✓