

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Penelitian

**Jadwal Kegiatan Penelitian**  
**Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik**  
**dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sahadewa**  
**RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2020**

No	Kegiatan	Waktu														
		Januari 2020			Februari 2020			Maret 2020			April 2020			Mei 2020		
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 Biaya Penelitian*

**Realisasi Biaya Penelitian  
Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Stroke Non Hemoragik  
dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sahadewa  
RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2020**

Alokasi dana yang diperlukan dalam penelitian ini direncanakan sebagai berikut:

No	Kegiatan	Rencana Biaya
1	Tahap Persiapan a. Printcopy proposal untuk bimbingan : 52 lembar x Rp 300 x 13 rangkap b. Print warna : 26 lembar x Rp 1000 c. Printcopy untuk ujian proposal : 52 lembar x Rp 300 x 4 rangkap d. Revisi proposal : 52 lembar x Rp 300 x 1 rangkap e. Map : 7 buah x Rp 2000 f. Blinder clips : 14 biji x Rp 1500 g. Pulpen faster : 1 buah x Rp 3000 h. Transportasi	Rp 203.000  Rp 26.000 Rp 62.000  Rp 16.000  Rp 14.000 Rp 21.000 Rp 3.000 Rp 100.000
2	Tahap Pelaksanaan a. Pengurusan ijin penelitian b. Penggandaan lembar pengumpulan data : 5 lembar x Rp 500 x 2 rangkap c. Transportasi	Rp 150.000 Rp 5.000 Rp 100.000
3	Tahap Akhir a. Printcopy laporan untuk bimbingan : 55 lembar x Rp 300 x 12 rangkap b. Print warna : 25 lembar x Rp 1000 c. Print laporan untuk ujian : 55 lembar x Rp 300 x 4 rangkap d. Printcopy lampiran : 20 lembar x Rp 300	Rp 198.000  Rp 25.000 Rp 66.000  Rp 24.000

	x 4 rangkap	
	e. Revisi laporan : 55 lembar x Rp 300	Rp 17.000
	x 1 rangkap	
	f. Transportasi	Rp 100.000
	g. Biaya tidak terduga	Rp 150.000
	<b>Jumlah</b>	<b>Rp 1.280.000</b>

Lampiran 3 Lembar Studi Dokumentasi (Check List)

**PEDOMAN PENGUMPULAN DATA**

Judul Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2020.

Tanggal : 6 – 8 April 2020

Pasien Pertama	Pasien Kedua
Nama : Ny. AT	Nama : Ny. KM
Umur : 65 tahun	Umur : 68 tahun
RM : 649453	RM : 204865

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah setiap pertanyaan lembar observasi dengan teliti
2. Jawablah pada kolom yang tersedia, dengan cara memberi tanda  pada kolom yang sesuai dengan dokumen yang tertulis pada rekam medis (RM)

**A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

Gangguan Mobilitas Fisik				
Gejala dan Tanda Mayor	Observasi			
	Pasien Pertama		Pasien Kedua	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
<b>Subyektif</b>				
Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas		√		√
<b>Obyektif</b>				
Kekuatan otot menurun	√		√	
Rentang gerak (ROM) menurun	√		√	
Gejala dan Tanda Minor				
<b>Subyektif</b>				
Nyeri saat bergerak	√			
Enggan melakukan pergerakan		√		√

Merasa cemas saat bergerak		√		
<b>Obyektif</b>				
Sendi kaku		√		
Gerakan tidak terkoordinasi		√		
Gerakan terbatas		√		√
Fisik lemah	√		√	

## B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

NO	Diagnosis Keperawatan (PES)	Observasi			
		Pasien Pertama		Pasien Kedua	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<i>Problem</i>				
	Gangguan Mobilitas Fisik	√		√	
2	<i>Etiologi</i>				
	Kerusakan integritas struktur tulang		√		√
	Perubahan metabolisme		√		√
	Ketidakbugaran fisik		√		√
	Penurunan kendali otot		√		√
	Penurunan massa otot		√		√
	Penurunan kekuatan otot		√		√
	Keterlambatan perkembangan		√		√
	Kekakuan sendi		√		√
	Kontraktur		√		√
	Malnutrisi		√		√
	Gangguan muskuloskeletal		√		√
	Gangguan neuromuscular	√		√	
	Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia		√		√
	Efek agen farmakologis		√		√
	Program pembatasan gerak		√		√
	Nyeri		√		√

	Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik		√		√
	Kecemasan		√		√
	Gangguan kognitif		√		√
	Keengganan melakukan pergerakan		√		√
	Gangguan sensoripersepsi		√		√
3	<i>Symptoms</i>				
	Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas		√		√
	Kekuatan otot menurun		√		√
	Rentang gerak (ROM) menurun		√		√
	Nyeri saat bergerak		√		√
	Enggan melakukan pergerakan		√		√
	Merasa cemas saat bergerak		√		√
	Sendi kaku		√		√
	Gerakan tidak terkoordinasi		√		√
	Gerakan terbatas		√		√
	Fisik lemah		√		√

### C. PERENCANAAN KEPERAWATAN

NO	Rencana Keperawatan	Direncanakan			
		Pasien Pertama		Pasien Kedua	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya		√		√
2	Identifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan pergerakan		√		√
3	Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilitas		√		√
4	Monitor keadaan umum selama melakukan mobilitas	√		√	

5	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur)	√		√	
6	Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu	√		√	
7	Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	√		√	
8	Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi		√		√
9	Anjurkan melakukan mobilisasi dini	√		√	
10	Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	√		√	
11	Monitor status oksigenasi		√		√
12	Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif	√		√	
13	Hindari gerakan		√		√

#### D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	Tindakan Keperawatan	Dilakukan			
		Pasien Pertama		Pasien Kedua	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya		√		√
2	Mengidentifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan pergerakan		√		√
3	Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilitas		√		√
4	Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilitas	√		√	
5	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur)	√		√	

6	Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu	√		√	
7	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	√		√	
8	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi		√		√
9	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	√		√	
10	Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	√		√	
11	Memonitor status oksigenasi		√		√
12	Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif	√		√	
13	Menghindari gerakan		√		√

#### E. EVALUASI KEPERAWATAN

NO	Evaluasi Keperawatan	Observasi			
		Pasien Pertama		Pasien Kedua	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Pergerakan ekstremitas meningkat		√		√
2	Kekuatan otot meningkat		√		√
3	Rentang gerak (ROM) meningkat		√		√
4	Nyeri menurun		√		√
5	Enggan melakukan pergerakan menurun		√		√
6	Kecemasan menurun		√		√
7	Kaku sendi menurun		√		√
8	Gerakan tidak terkoordinasi menurun		√		√
9	Gerakan terbatas menurun		√		√
10	Kelemahan fisik menurun	√		√	



**FORMAT HASIL PENGUMPULAN DATA  
DOKUMEN SUBYEK 1**

	<b>PENGAJIAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP</b>	Nama : Ny. AT
		Tgl Lahir : 26/8/1955
		No RM : 649453

**Keluhan Utama :** lemas separuh tubuh kiri

**Riwayat penyakit :** Pasien mengeluh lemas pada tubuhnya terutama tubuh bagian

kiri, nyeri saat bergerak, nyeri kepala Kekuatan otot 111 | 555 edema - | -  
 111 | 555 - | -

**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.....

<b>Keadaan Umum</b>	
Kesadaran <input checked="" type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Coma, GCS : E4V5M6	
Tanda Vital : S : 36oC N : 90 X/Menit RR : 20 X/Menit TD : 180/100 mmHg	
<b>Pemeliharaan Kesehatan</b>	<b>Masalah Keperawatan</b>
Persepsi terhadap arti kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/> Penting <input type="checkbox"/> Tidak Penting	<input type="checkbox"/> Manajemen regimen terapiutik yang efektif
Pengetahuan tentang penatalaksanaan regimen terapeutik : <input checked="" type="checkbox"/> Tahu <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	

<p>Pengetahuan tentang praktek kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/>Tahu <input type="checkbox"/>Tidak Tahu  Kemampuan mengambil keputusan : <input type="checkbox"/>Mampu <input type="checkbox"/>Tidak Mampu  Kemampuan memilih fasilitas kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/>Mampu <input type="checkbox"/>Tidak Mampu  Kebiasaan berobat <input type="checkbox"/>Dukun <input checked="" type="checkbox"/>Tenaga Kesehatan  Lainnya.....</p>	<p><input type="checkbox"/>Manajemen regimen terapiutik yang tidak efektif</p>
<p><b>Pola Nutrisi</b>  <b>Pola makan :</b> <input type="checkbox"/> 1 kali/hari <input type="checkbox"/> 2kali/hari <input checked="" type="checkbox"/> 3kali/hari  Jenis makanan : <input type="checkbox"/> Cair/ASI/PASI <input checked="" type="checkbox"/> Lunak <input type="checkbox"/> Padat  Rute makan : <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> NGT <input type="checkbox"/> Parentral <input type="checkbox"/> Puasa  Porsi makan : 1 porsi  Riwayat alergi makanan : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada  Jenisnya.....  Masalah dalam hal makan : <input type="checkbox"/> Ada, jenisnya : <input type="checkbox"/> Mual Muntah  <input type="checkbox"/> Tidak ada nafsu makan <input type="checkbox"/> Sulit menelan <input type="checkbox"/> Lainnya  Tidak ada <input type="checkbox"/>  BB sebelum sakit : .....kg, BB saat pengkajian : .....  TB : .....LLA : ..... cm, IMT : .....</p> <p><b>Pola minum</b>  Jumlah minum sehari : 4 gelas (800 cc/hari)  Jenis minuman : <input checked="" type="checkbox"/> Air putih <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Karbonasi  <input type="checkbox"/> Kopi <input type="checkbox"/> Teh  Masalah dalam hal minum : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada, jenisnya :  <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Tidak ada nafsu minum  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><b>Masalah Keperawatan</b>  <input type="checkbox"/> Pola makan bayi tidak efektif  <input type="checkbox"/> Kerusakan menelan  <input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan  <input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan  <input type="checkbox"/> Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan  <input type="checkbox"/> Risiko ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan  <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>
<p><b>Pola Eliminasi BAB</b>  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  Konsistensi : <input type="checkbox"/> Keras <input checked="" type="checkbox"/> Lembek <input type="checkbox"/> Encer <input type="checkbox"/> Cair  Bau : <input checked="" type="checkbox"/> Khas Faeces <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Busuk  Warna : <input checked="" type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> Hitam <input type="checkbox"/> Hijau <input type="checkbox"/> Putih <input type="checkbox"/> dempul  Terdapat Darah : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b>  <input type="checkbox"/> Diare  <input type="checkbox"/> Konstipasi  <input type="checkbox"/> Kurang volume cairan  <input type="checkbox"/> Inkontinensia alvi</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>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><input type="checkbox"/> Kerusakan eliminasi urine</p> <p><input type="checkbox"/> Retensi Urine</p> <p><input type="checkbox"/> PK</p> <p><input type="checkbox"/> Inkontinensia urine</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri akut</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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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 : keadaan umum lemah</p> <p>Kekuatan Otot : <math display="block">\begin{array}{r l} 111 &amp; 555 \\ \hline 111 &amp; 555 \end{array}</math></p> <p>Tonus Otot : ..... Refleks Patologis : .....</p> <p>Reflek Fisiologis : .....</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Keletihan</p> <p><input checked="" 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	Scoring				
	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>            Jam mulai tidur malam : 21.00 Wita, Jam bangun tidur 06.00 Wita            Kebiasaan tidur siang : <input type="checkbox"/>Ya <input type="checkbox"/>Tidak            Jumlah jam tidur sehari : <input type="checkbox"/> &lt;6 jam <input type="checkbox"/> 6-8 jam <input type="checkbox"/> &gt;8 jam            Keluhan saat tidur : <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan..... <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada            Keluhan lemas : <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada            Kehitaman di sekitar kelopak mata : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b>  <input type="checkbox"/> Gangguan pola tidur  <input type="checkbox"/> Devriipasi tidur</p>
<p><b>Kebutuhan Komunikasi/Pendidikan dan Pengajaran</b>            Kebutuhan edukasi : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak            Edukasi diberikan kepada : <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Keluarga  <input type="checkbox"/> Lainnya.....            Bicara : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Serangan awal gangguan bicara, Kapan.....            Bahasa sehari-hari : <input checked="" type="checkbox"/> Indonesia (Aktif/Pasif)  <input type="checkbox"/> Daerah..... <input type="checkbox"/> Inggris (Aktif/Pasif)  <input type="checkbox"/> Lainnya.....            Agama : <input checked="" type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Budha            Perlu penterjemah : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Bahasa.....            Bahasa isyarat : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya            Hambatan belajar : <input type="checkbox"/> Bahasa <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Pendengaran <input type="checkbox"/> Emosi <input type="checkbox"/> Kognitif            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><b>Masalah Keperawatan</b>  <input type="checkbox"/> Gangguan persepsi sensori (visual, auditori, kinestori, gustatory, taktil)  <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan  <input type="checkbox"/> Risiko cedera  <input type="checkbox"/> Gangguan orientasi  <input type="checkbox"/> Kerusakan komunikasi verbal  <input type="checkbox"/> Hipertermi  <input type="checkbox"/> Hipotermi  <input type="checkbox"/> Sistem termoregulasi tidak</p>

<p>Cara belajar yang disukai : <input type="checkbox"/> Menulis <input type="checkbox"/> Audio-visual/gambar <input type="checkbox"/> Diskusi</p>	<p>efektif <input type="checkbox"/> Nyeri akut <input type="checkbox"/> Nyeri kronik</p>
<p><b>Konsep Diri</b> Adanya kecemasan <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada Adanya ketakutan <input type="checkbox"/> Ada, terhadap apa ..... <input type="checkbox"/> Tidak ada Dampak sakit terhadap konsep diri : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada Ada, Jenisnya: *(Gangguan terhadap gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri)* Ekspresi wajah : <input checked="" type="checkbox"/> Rileks <input type="checkbox"/> Tegang <input type="checkbox"/> Gugup Perasaan tidak berdaya <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b> <input type="checkbox"/> Anxietas <input type="checkbox"/> Ketakutan <input type="checkbox"/> Harga diri rendah kronik <input type="checkbox"/> Harga diri rendah situasional <input type="checkbox"/> Gangguan body images/citra tubuh <input type="checkbox"/> Keputusasaan</p>
<p><b>Pola Peran dan Hubungan</b> 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 Kemampuan klien menjalankan peran selama sakit : <input checked="" type="checkbox"/> Mampu <input type="checkbox"/> Tidak Kepuasan klien terhadap peran : <input checked="" type="checkbox"/> Puas <input type="checkbox"/> Tidak puas 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> <input type="checkbox"/> Risiko kerusakan kedekatan orang tua/bayi/anak <input type="checkbox"/> Konflik peran orang tua <input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi sosial <input type="checkbox"/> Penampilan peran tidak efektif</p>
<p><b>Seksual dan Reproduksi</b> Riwayat pernikahan : Berapa kali..... Pemakaian alat kontrasepsi : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jenisnya.... Riwayat persalinan : Jumlah..... Jenisnya..... Jumlah anak.....orang Dampak sakit terhadap seksualitas : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, jenis... Menarcho : Umur.....tahun Riwayat haid :..... Siklus :..... Jumlah :..... Lama :..... Keluhan saat haid : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan :..... Menopause : umur..... tahun Riwayat penyakit gyneologi : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan Riwayat penyakit hubungan seksual/IMS: <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, jenis penyakit..... Discharge : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan..... Pemeriksaan genetalia : <input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Ada kelainan, jenisnya.....</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b> <input type="checkbox"/> Disfungsi seksual <input type="checkbox"/> Pola seksual tidak efektif <input type="checkbox"/> Nyeri akut/kronis <input type="checkbox"/> PK. Anemia <input type="checkbox"/> PK. Perdarahan</p>
<p><b>Manajemen Koping Terhadap Stressor</b></p>	<p><b>Masalah</b></p>

Kontak mata : <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada Efek penyakit terhadap tingkat stres : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada Penggunaan obat untuk menangani stres : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada Mekanisme koping yang biasa digunakan : <input checked="" type="checkbox"/> Adaptif <input type="checkbox"/> Maladaptif Penerimaan keluarga terhadap status sakit : <input checked="" type="checkbox"/> Menerima <input type="checkbox"/> Tidak menerima	<b>Keperawatan</b> <input type="checkbox"/> Koping individu tidak efektif <input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi sosial <input type="checkbox"/> Defisit koping <input type="checkbox"/> Koping keluarga melemah
<b>Sistem Nilai dan Keyakinan</b> Pola nilai, keyakinan termasuk spiritual: <input checked="" type="checkbox"/> Yakin <input type="checkbox"/> Tidak yakin Nilai agama yang bertentangan dengan kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan..... Pantangan dalam agama selama sakit : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan.....	<b>Masalah Keperawatan</b> <input type="checkbox"/> Konflik pengambilan keputusan <input type="checkbox"/> Distres spiritual <input type="checkbox"/> Potensial kesiapan dalam peningkatan perilaku agama

#### 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	
	Kaca mata 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	
	Inkontinensia feses/urine	1	0
	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

<b>PERENCANAAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP</b>	Nama : Ny. AT
	Tgl Lahir : 26/8/1955
	No RM : 649453

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
6 April 2020 09.00 Wita	Kerusak mobilitas fisik b/d <input type="checkbox"/> Perubahan metabolisme tubuh <input type="checkbox"/> Penurunan kekuatan dan ketahanan <input type="checkbox"/> Pengobatan <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input checked="" type="checkbox"/> Gangguan neurologis	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien adekuat dengan kriteria hasil: <input checked="" type="checkbox"/> Pasien mandiri dalam mobilisasi <input checked="" type="checkbox"/> Mampu menggunakan alat bantu secara benar	<b>Tindakan Mandiri :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas fisik <input checked="" type="checkbox"/> Ajarkan pasien menggunakan alat bantu mobilitas secara benar <input checked="" type="checkbox"/> Berikan penguatan positif selama beraktivitas <input checked="" type="checkbox"/> Awasi pasien selama beraktivitas dan berikan bantuan bila pasien membutuhkan <input checked="" type="checkbox"/> Ajarkan dan dukung pasien dalam melaksanakan rentang gerak (ROM) pasif maupun aktif <input checked="" type="checkbox"/> Lakukan perubahan posisi setiap 2 jam <b>Tindakan Delegasi/Kolaborasi</b> <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan fisiotherapist dalam pengembangan perencanaan, mempertahankan atau meningkatkan



			mobilitas
--	--	--	-----------

	<b>TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN            RAWAT INAP RSUD SANJIWANI GIANYAR</b>												Nama : Ny. AT					
													Tgl Lahir : 26/8/1955					
													No RM : 649453					
Tindakan Keperawatan	Tanggal 6 April 2020						Tanggal 7 April 2020						Tanggal 8 April 2020					
	pag i	par af	sia ng	par af	ma la m	par af	pag i	par af	sia ng	par af	ma la m	par af	pag i	par af	sia ng	par af	ma la m	par af
Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas fisik	08 00						08 00											
Membantu meningkatkan ROM pasif	08 00		14 00				10 00		14 00									
Membantu dalam melakukan ADL	10 00		15 00				10 00		17 00									
Merubah posisi pasien	08 00		15 00		20 00		08 00		15 00		20 00							
Menjaga keamanan pasien	08 00						08 00											
Mengajarkan keluarga untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan	08 00						08 00						08 35					
Inj. Citicolin 2 x 250 mg	09 00				20 00		09 00				20 00		08 00					
Inj. Vitamin B1B6B12 1 x 1 amp	09 00						09 00						09 00					

<b>CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN RAWAT INAP TERINTEGRASI</b>	Nama : Ny. AT
	Tgl Lahir : 26/8/1955
	No RM : 649453

Tanggal	Jam	Pukul	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Tanda Tangan
6/04/2020	08.00	Perawat wita pagi	<p>S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kiri</p> <p>O : KU lemah, Tekanan darah : 130/90 mmHg</p> <p>A : Kerusakan mobilitas fisik</p> <p>P : Observasi TTV</p> <p>Bantu ADL</p> <p>Kolaborasi dengan dokter therapy</p>	
	19.00	Perawat wita sore	<p>S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kiri</p> <p>O : KU lemah, Tekanan darah : 130/90 mmHg</p> <p>A : Kerusakan mobilitas fisik</p> <p>P : Observasi TTV</p> <p>Bantu ADL</p> <p>Kolaborasi dengan dokter therapy</p>	
	22.00	Perawat wita malam	<p>S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kiri</p> <p>O : KU lemah, ADL dibantu</p> <p>A : Kerusakan mobilitas fisik</p> <p>P : Observasi TTV</p> <p>Bantu ADL</p>	

7/04/2020	08.00 wita	Perawat pagi	S : Pasien mengeluh lemas separuh tubuh kiri O : KU lemah, ADL dibantu A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	
	14.00 wita	Perawat sore	S: Pasien mengeluh lemas separuh tubuh kiri O : KU baik, ADL dibantu A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	
	20.00 wita	Perawat malam	S : Pasien mengeluh lemas separuh tubuh kiri O : KU baik, Tekanan darah : 130/90 mmHg A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	
8/04/2020	10.00 wita	Perawat pagi	S : Pasien mengeluh lemas separuh tubuh kiri O : Kesadaran umum baik, ADL dibantu A: Kerusakan mobilitas fisik, Masalah teratasi P: - BPL - Edukasi mengenai ROM secara berkala	

**FORMAT HASIL PENGUMPULAN DATA  
DOKUMEN SUBYEK 2**

	<b>PENGAJIAN KEPERAWATAN</b>	Nama : Ny. KM
	<b>PASIEN RAWAT INAP</b>	Tgl Lahir : 31/12/1952
		No RM : 204865

**Keluhan Utama :** lemas separuh tubuh kiri

**Riwayat penyakit :** Pasien mengeluh lemas separuh badan, sering terjatuh saat berjalan, Kekuatan otot

555	222	edema	-	-
555	222		-	-

**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.....

<b>Keadaan Umum</b>	
Kesadaran <input checked="" type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Coma, GCS : E4V5M6	
Tanda Vital : S : 36,6°C N : 80 X/Menit RR : 20 X/Menit TD : 170/90 mmHg	
<b>Pemeliharaan Kesehatan</b>	<b>Masalah Keperawatan</b>
Persepsi terhadap arti kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/> Penting <input type="checkbox"/> Tidak Penting	<input type="checkbox"/> Manajemen regimen terapiutik yang efektif
Pengetahuan tentang penatalaksanaan regimen terapeutik : <input checked="" type="checkbox"/> Tahu <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	<input type="checkbox"/> Manajemen regimen terapiutik
Pengetahuan tentang praktek kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/> Tahu <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
Kemampuan mengambil keputusan : <input checked="" type="checkbox"/> Mampu <input type="checkbox"/> Tidak	

<p>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>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 type="checkbox"/>Ada, jenisnya : <input type="checkbox"/>Mual Muntah</p> <p><input type="checkbox"/>Tidak ada nafsu makan <input type="checkbox"/>Sulit menelan <input type="checkbox"/>Lainnya</p> <p>Tidak ada <input type="checkbox"/></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</p> <p><input type="checkbox"/>Kopi <input type="checkbox"/>Teh</p> <p>Masalah dalam hal minum : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada <input type="checkbox"/>Ada, jenisnya :</p> <p><input 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,</p> <p><input type="checkbox"/>Turgor kulit menurun, <input type="checkbox"/>Lemas</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 type="checkbox"/>Kurang volume cairan</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</p> <p><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,</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>Frekuensi.....Kali/menit  Nyeri tekan : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, sebutkan dimana.....  Pembesaran organ : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, sebutkan nama organ.....  Keluhan lain.....</p> <p><b>Pola Eliminasi BAK</b>  Frekuensi BAK : 4 kali/hari, Volume : 1000 cc  Warna : <input checked="" type="checkbox"/>Jernih <input type="checkbox"/>Kuning <input type="checkbox"/>Warna teh <input type="checkbox"/>Bercampur darah/nanah  Bau : <input checked="" type="checkbox"/>Khas urine <input type="checkbox"/>Amis <input type="checkbox"/>Busuk  Keluhan.....</p>	<p><input type="checkbox"/>PK  <input type="checkbox"/>Inkontinensia urine  <input type="checkbox"/>Nyeri akut</p>
<p><b>Pola Aktivitas</b>  Keluhan sesak nafas : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada  Irama Pernafasan : <input type="checkbox"/>Eupneu <input type="checkbox"/>Apneu <input type="checkbox"/>Orthopnoe  <input type="checkbox"/>Bradipnea <input type="checkbox"/>Dispnea  Jenis pernafasan : <input type="checkbox"/>Kusmaul <input type="checkbox"/>Bio <input type="checkbox"/>Cheyne Stokes  Suara Nafas : <input type="checkbox"/>Vesikuler <input type="checkbox"/>Bronkovesikuler <input type="checkbox"/>Bronchial  <input type="checkbox"/>Wheezing <input type="checkbox"/>Ronci  Keluhan Batuk : <input type="checkbox"/>Tidak Ada <input type="checkbox"/>Ada, <input type="checkbox"/>Kering <input type="checkbox"/>Berdahak  <input type="checkbox"/>Hernoptisis  Sulit Sekret : <input type="checkbox"/>Kental <input type="checkbox"/>Lengket <input type="checkbox"/>Encer  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  Berdebar setelah beraktivitas : <input type="checkbox"/>Ada <input type="checkbox"/>Tidak Ada  CRT berapa detik :  Keluhan lain : keadaan umum lemah  Kekuatan Otot : <math display="block">\begin{array}{r l} 555 &amp; 222 \\ \hline 555 &amp; 222 \end{array}</math>  Tonus Otot : ..... Refleks Patologis : .....  Reflek Fisiologis : .....</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b>  <input type="checkbox"/>Keletihan  <input checked="" type="checkbox"/>Kerusakan Mobilitas Fisik  <input type="checkbox"/>Intoleransi Aktivitas  <input type="checkbox"/>Kurang perawatan diri  <input type="checkbox"/>Syndrome kurang percaya diri  <input type="checkbox"/>Bersihan jalan nafas tidak efektif  <input type="checkbox"/>Pola nafas tidak efektif  <input type="checkbox"/>Kerusakan pertukaran gas  <input type="checkbox"/>Perfusi Jaringan renal  <input type="checkbox"/>Perfusi Jaringan serebral</p>

Kriteria	Scoring				
	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>            Jam mulai tidur malam : 21.00 Wita, Jam bangun tidur 06.00 Wita            Kebiasaan tidur siang : <input type="checkbox"/>Ya <input checked="" type="checkbox"/>Tidak            Jumlah jam tidur sehari : <input type="checkbox"/> &lt;6 jam <input type="checkbox"/> 6-8 jam <input type="checkbox"/> &gt;8 jam            Keluhan saat tidur : <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan..... <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada            Keluhan lemas : <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada            Kehitaman di sekitar kelopak mata : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b>  <input type="checkbox"/> Gangguan pola tidur  <input type="checkbox"/> Devriipasi tidur</p>
<p><b>Kebutuhan Komunikasi/Pendidikan dan Pengajaran</b>            Kebutuhan edukasi : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak            Edukasi diberikan kepada : <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Keluarga  <input type="checkbox"/> Lainnya.....            Bicara : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Serangan awal gangguan bicara, Kapan.....            Bahasa sehari-hari : <input checked="" type="checkbox"/> Indonesia (Aktif/Pasif)  <input type="checkbox"/> Daerah..... <input type="checkbox"/> Inggris (Aktif/Pasif)  <input type="checkbox"/> Lainnya.....            Agama : <input checked="" type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Budha            Perlu penterjemah : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Bahasa.....            Bahasa isyarat : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya            Hambatan belajar : <input type="checkbox"/> Bahasa <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Pendengaran <input type="checkbox"/> Emosi <input type="checkbox"/> Kognitif            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><b>Masalah Keperawatan</b>  <input type="checkbox"/> Gangguan persepsi sensori (visual, auditori, kinestori, gustatory, taktil)  <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan  <input type="checkbox"/> Risiko cedera  <input type="checkbox"/> Gangguan orientasi  <input type="checkbox"/> Kerusakan komunikasi verbal  <input type="checkbox"/> Hipertermi  <input type="checkbox"/> Hipotermi  <input type="checkbox"/> Sistem termoregulasi tidak</p>



<p>Cara belajar yang disukai : <input type="checkbox"/> Menulis <input type="checkbox"/> Audio-visual/gambar <input type="checkbox"/> Diskusi</p>	<p>efektif <input type="checkbox"/> Nyeri akut <input type="checkbox"/> Nyeri kronik</p>
<p><b>Konsep Diri</b> Adanya kecemasan <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada Adanya ketakutan <input type="checkbox"/> Ada, terhadap apa ..... <input type="checkbox"/> Tidak ada Dampak sakit terhadap konsep diri : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jenisnya: *(Gangguan terhadap gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri)* Ekspresi wajah : <input checked="" type="checkbox"/> Rileks <input type="checkbox"/> Tegang <input type="checkbox"/> Gugup Perasaan tidak berdaya <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b> <input type="checkbox"/> Anxietas <input type="checkbox"/> Ketakutan <input type="checkbox"/> Harga diri rendah kronik <input type="checkbox"/> Harga diri rendah situasional <input type="checkbox"/> Gangguan body images/citra tubuh <input type="checkbox"/> Keputusasaan</p>
<p><b>Pola Peran dan Hubungan</b> 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 Kemampuan klien menjalankan peran selama sakit : <input checked="" type="checkbox"/> Mampu <input type="checkbox"/> Tidak Kepuasan klien terhadap peran : <input checked="" type="checkbox"/> Puas <input type="checkbox"/> Tidak puas 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> <input type="checkbox"/> Risiko kerusakan kedekatan orang tua/bayi/anak <input type="checkbox"/> Konflik peran orang tua <input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi sosial <input type="checkbox"/> Penampilan peran tidak efektif</p>
<p><b>Seksual dan Reproduksi</b> Riwayat pernikahan : Berapa kali..... Pemakaian alat kontrasepsi : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jenisnya.... Riwayat persalinan : Jumlah..... Jenisnya..... Jumlah anak.....orang Dampak sakit terhadap seksualitas : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, jenis... Menarcho : Umur.....tahun Riwayat haid :..... Siklus :..... Jumlah :..... Lama :..... Keluhan saat haid : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan :..... Menopause : umur..... tahun Riwayat penyakit gyneologi : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan Riwayat penyakit hubungan seksual/IMS: <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, jenis penyakit..... Discharge : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan..... Pemeriksaan genetalia : <input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Ada kelainan, jenisnya.....</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b> <input type="checkbox"/> Disfungsi seksual <input type="checkbox"/> Pola seksual tidak efektif <input type="checkbox"/> Nyeri akut/kronis <input type="checkbox"/> PK.Anemia <input type="checkbox"/> PK.Perdarahan</p>
<p><b>Manajemen Koping Terhadap Stressor</b></p>	<p><b>Masalah</b></p>

<p>Kontak mata : <input checked="" type="checkbox"/>Ada <input type="checkbox"/>Tidak ada  Efek penyakit terhadap tingkat stres : <input type="checkbox"/>Ada <input type="checkbox"/>Tidak ada  Penggunaan obat untuk menangani stres : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada  Mekanisme koping yang biasa digunakan : <input checked="" type="checkbox"/>Adaptif  <input type="checkbox"/>Maladaptif  Penerimaan keluarga terhadap status sakit : <input checked="" type="checkbox"/>Menerima  <input type="checkbox"/>Tidak menerima</p>	<p><b>Keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Koping individu tidak efektif</li> <li><input type="checkbox"/>Kerusakan interaksi sosial</li> <li><input type="checkbox"/> Defisit koping</li> <li><input type="checkbox"/> Koping keluarga melemah</li> </ul>
<p><b>Sistem Nilai dan Keyakinan</b></p> <p>Pola nilai, keyakinan termasuk spiritual: <input checked="" type="checkbox"/>Yakin <input type="checkbox"/>Tidak yakin  Nilai agama yang bertentangan dengan kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada  <input type="checkbox"/>Ada, sebutkan.....  Pantangan dalam agama selama sakit : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada,  sebutkan.....</p>	<p><b>Masalah Keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Konflik pengambilan keputusan</li> <li><input type="checkbox"/> Distres spiritual</li> <li><input type="checkbox"/> Potensial kesiapan dalam peningkatan perilaku agama</li> </ul>

### 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	0
	Kaca mata 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	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	
	Inkontinensia feses/urine	1	0
	Nokturia	2	
	Urgensi/Frekuensi	3	
Komorbid	Diabetes/Penyakit Jantung/Stroke/ISK/Gangguan saraf pusat/Parkinson	2	2
	Pasca bedah 0-24 jam	3	
Total			10

Skor 0-7 : risiko rendah untuk jatuh

Skor 8-13 : risiko sedang untuk jatuh

Skor ≥ 14 : risiko tinggi untuk jatuh

<b>PERENCANAAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP</b>	Nama : Ny. KM
	Tgl Lahir : 31/12/1952
	No RM : 204865

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
6 April 2020 09.00 Wita	Kerusak mobilitas fisik b/d <input type="checkbox"/> Perubahan metabolisme tubuh <input type="checkbox"/> Penurunan kekuatan dan ketahanan <input type="checkbox"/> Pengobatan <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input checked="" type="checkbox"/> Gangguan neurologis	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien adekuat dengan kriteria hasil: <input checked="" type="checkbox"/> Pasien mandiri dalam mobilisasi <input checked="" type="checkbox"/> Mampu menggunakan alat bantu secara benar	<b>Tindakan Mandiri :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas fisik <input checked="" type="checkbox"/> Ajarkan pasien menggunakan alat bantu mobilitas secara benar <input checked="" type="checkbox"/> Berikan penguatan positif selama beraktivitas <input checked="" type="checkbox"/> Awasi pasien selama beraktivitas dan berikan bantuan bila pasien membutuhkan <input checked="" type="checkbox"/> Ajarkan dan dukung pasien dalam melaksanakan rentang gerak (ROM) pasif maupun aktif <input checked="" type="checkbox"/> Lakukan perubahan posisi setiap 2 jam <b>Tindakan Delegasi/Kolaborasi</b> <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan fisiotherapist dalam pengembangan perencanaan, mempertahankan atau meningkatkan mobilitas

		<b>TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN            RAWAT INAP RSUD SANJIWANI GIANYAR</b>											Nama : Ny. KM					
													Tgl Lahir : 31/12/1952					
													No RM : 204865					
Tindakan Keperawatan	Tanggal 6 April 2020						Tanggal 7 April 2020						Tanggal 8 April 2020					
	pag i	par af	sia ng	par af	ma la m	par af	pag i	Par af	sia ng	Par af	ma la m	par af	pag i	par af	sia ng	par af	ma la m	par af
Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas fisik	08 00						08 00						08 00					
Membantu meningkatkan ROM pasif	08 00		14 00				08 00		14 00				07 30					
Membantu dalam melakukan ADL	10 00		15 00				10 00		17 00									
Merubah posisi pasien	08 00		15 00		20 00		08 00		15 00		20 00		08 00		15 00		20 00	
Menjaga keamanan pasien	08 00						08 00						08 00					
Mengajarkan keluarga untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan	08 00						08 00						08 35					
Inj. Citicolin 2 x 250 mg	09 00				20 00		09 00				20 00		08 00					
Inj. Vitamin B1B6B12 1 x 1 amp	09 00						09 00						09 00					

	<b>CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN RAWAT INAP TERINTEGRASI</b>	Nama : Ny. KM
		Tgl Lahir : 31/12/1952
		No RM : 204865

Tanggal	Jam	Pukul	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Tanda Tangan
6/04/2020	08.00 wita	Perawat pagi	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan  O : KU lemah, Tekanan darah : 160/90 mmHg  A : Kerusakan mobilitas fisik  P : Observasi TTV  Bantu ADL  Kolaborasi dengan dokter therapy	
	19.00 wita	Perawat sore	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan  O : KU lemah, Tekanan darah : 180/70 mmHg  A : Kerusakan mobilitas fisik  P : Observasi TTV  Bantu ADL  Kolaborasi dengan dokter therapy	
	22.00 wita	Perawat malam	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan  O : KU lemah, ADL dibantu, Tekanan darah : 170/100 mmHg  A : Kerusakan mobilitas fisik  P : Observasi TTV  Bantu ADL	

7/08/2020	14.00 wita	Perawat sore	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah, ADL dibantu A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	
	20.00 wita	Perawat malam	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah, Tekanan darah : 180/90 mmHg A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	
8/04/2020	08.00 wita	Perawat pagi	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah, ADL dibantu A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV, bantu ADL	
	14.00 wita	Perawat sore	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah, ADL dibantu A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	
	20.00 wita	Perawat malam	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah, ADL dibantu A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	



**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 Meita Sari  
NIM : 207120017131  
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2020  
PEMBIMBING : Ns. Ni Made Wedri, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE-	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Senin, 13 April 2020	I	Bimbingan BAB <u>V</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hasil penelitian harus sesuai dengan data yang ada</li><li>- Sinkronkan rumah sakit (lokasi penelitian) dengan data</li><li>- Perhatikan tata tulis</li></ul>	
Rabu, 15 April 2020	II	Bimbingan revisi BAB <u>V</u> dan Bimbingan BAB <u>VI</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pada keterbatasan tidak perlu dicantumkan keterbatasan waktu</li><li>- Simpulan dibuat ringkas dan jelas</li></ul>	
Kamis, 16 April 2020	III	Bimbingan revisi BAB <u>V</u> dan BAB <u>VI</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sasaran saran dipertegas</li><li>- Disimpulkan tambahkan presentase data mayor dan minor</li></ul>	





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



## BLANKO BIMBINGAN

NAMA : Ni Made Meita Sari  
NIM : 207120017131  
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2020  
PEMBIMBING : Ns. Ni Made Wedri, A.Per.Per., S.Kep., M.Kes.

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE-	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Senin, 20 April 2020	iy	Bimbingan abstrak dan ringkasan penelitian	- Abstrak max 200 kata dari awal sampai kata kunci	
Rabu, 22 April 2020	iv	Bimbingan revisi abstrak dan bimbingan lampiran	- Pada ringkasan penelitian tambahkan simpulan dan saran secara ringkas	
Jumat, 24 April 2020	vi	Bimbingan KTI lengkap	- Periksa ulang keseluruhan KTI dari awal - Siapkan ujian	



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



## BLANKO BIMBINGAN

NAMA : Ni Made Meita Sari  
NIM : 20120017131  
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Sahadeasa RSUD Sanjiwani Banyar Tahun 2020  
PEMBIMBING : I Wayan Surasta, S.Kp., M.Fis

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE-	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Selasa, 14 April 2020	I	Bimbingan BAB V	- Pada bagian hasil penelitian sebaiknya menggunakan tabel	
Kamis, 16 April 2020	II	Bimbingan revisi BAB V dan Bimbingan BAB VI	- Simpulan dibuat ringkas dan jelas	
Jumat, 17 April 2020	III	Bimbingan revisi BAB V dan BAB VI	- Perhatikan penomoran tabel	



**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 Meita Sari  
NIM : 07120017131  
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Sahadeewa RSUD Sanjayaani Gianyar Tahun 2020  
PEMBIMBING : I. Wayan Surasta, S.Kp., M.Fis.

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE-	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Selasa, 21 April 2020	√	Bimbingan abstrak dan ringkasan penelitian	- Abstrak maksimal 200 kata	
Rabu, 22 April 2020	√	Bimbingan revisi abstrak dan bimbingan lampiran	- Perbaikan spasi ringkasan penelitian	
Jumat, 24 April 2020	√	Bimbingan FTI lengkap	- Periksa ulang FTI dari awal - Siapkan ujian	





Edit

## Data Skripsi Mahasiswa

N I M P07120017131  
 Nama Mahasiswa Ni Made Meita Sari  
 Info Akademik Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi D-III Keperawatan  
 Semester : 6

Skripsi Bimbingan Jurnal Ilmiah Seminar Proposal Syarat Sidang

## Bimbingan

No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan BAB I	13 Jan 2020	✓
2	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan BAB II	15 Jan 2020	✓
3	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan BAB III	20 Jan 2020	✓
4	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan BAB IV	24 Jan 2020	✓
5	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan revisi BAB IV	27 Jan 2020	✓
6	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan proposal lengkap	29 Jan 2020	✓
7	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan BAB I	14 Jan 2020	✓
8	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan BAB II	16 Jan 2020	✓
9	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan BAB III	21 Jan 2020	✓
10	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan BAB IV	24 Jan 2020	✓
11	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan revisi BAB IV	28 Jan 2020	✓
12	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan BAB I - IV	29 Jan 2020	✓
13	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan lampiran	30 Jan 2020	✓
14	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan BAB V	13 Apr 2020	✓
15	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Revisi BAB V dan Bimbingan BAB VI	15 Apr 2020	✓
16	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan revisi BAB V dan BAB VI	16 Apr 2020	✓
17	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan abstrak dan ringkasan penelitian	20 Apr 2020	✓
18	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan revisi abstrak dan bimbingan lampiran	22 Apr 2020	✓
19	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan KTI lengkap	24 Apr 2020	✓
20	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan BAB V	14 Apr 2020	✓
21	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan revisi BAB V dan bimbingan BAB VI	16 Apr 2020	✓
22	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan revisi BAB V dan BAB VI	17 Apr 2020	✓
23	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan abstrak dan ringkasan penelitian	21 Apr 2020	✓
24	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan revisi abstrak dan bimbingan lampiran	22 Apr 2020	✓
25	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan KTI lengkap	24 Apr 2020	✓