

LAMPIRAN 1

JADWAL PENYUSUNAN KTI (JANUARI s/d JULI 2018)

Nama Mahasiswa : Fatmawati
 NIM : P17210176028

NO	KEGIATAN	JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Informasi Penyelenggaraan KTI	X																											
2	Pengajuan judul dan nama pembimbing		X																										
3	Konfirmasi judul dan nama pembimbing			X																									
4	Revisi judul KTI				X																								
5	Penelusuran literatur, proses bimbingan dan penyusunan proposal					X	X	X	X	X	X																		
6	Pengumpulan proposal ke panitia pendaftaran seminar proposal										X	X																	
7	Seminar proposal										X	X																	
8	Revisi persetujuan proposal												X	X	X	X													
9	Penelitian																X	X											
10	Penulisan Laporan Penelitian																	X	X	X	X								
11	Pendaftaran ujian KTI																				X	X							
12	Pelaksanaan ujian KTI																						X	X					
13	Revisi laporan KTI																								X	X			
14	Penyerahan laporan KTI																								X	X			

Mengetahui,
 Pembimbing KTI

Malang, Maret 2018
 Peneliti

LAMPIRAN 2

PERMOHONAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini mahasiswa Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang Program Studi D-III Keperawatan Malang Program RPL,

Nama Mahasiswa : Fatmawati

NIM : P17210176028

Bermaksud akan melakukan penelitian yang berjudul “Asuhan
keperawatan pada Penderita Typus Abdominalis di Puskesmas Lekok Kabupaten
Pasuruan”.

Tujuan penelitian ini untuk melakukan asuhan keperawatan pada penderita
typus Abdominalis di Puskesmas Lekok Kabupaten Pasuruan. Penderita yang
bersedia menjadi responden akan diwawancarai, dilakukan pengkajian dan
selanjutnya dilakukan asuhan keperawatan. Sehubungan dengan hal tersebut, saya
meminta penderita menjadi responden dengan menjawab sejujur-jujurnya dan
tanpa paksaan dari siapa pun. Identitas yang diberikan akan dirahasiakan. Jika
terjadi hal-hal yang tidak diinginkan, saya bertanggung jawab atas hal tersebut,
selama hal tersebut berhubungan dengan proses penelitian ini.

Atas kesediaan dan bantuan Anda, saya mengucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Fatmawati

LAMPIRAN 3

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :

Berdasarkan permintaan serta penjelasan peneliti yang sudah disampaikan kepada saya bahwa akan dilakukan penelitian tentang “Asuhan Keperawatan pada Penderita Typus Abdominalis di Puskesmas Lekok Kabupaten Pasuruan”. Maka saya,

Bersedia / Tidak Bersedia *

Untuk berperan serta sebagai responden tanpa ada unsure paksaan demi membantu dan berpartisipasi dalam kelancaran penelitian yang akan dilakukan tersebut diatas

Pasuruan,
Responden

()

Keterangan :

* Coret yang tidak Perlu

LAMPIRAN 4

FORM PENGKAJIAN KEPERAWATAN

PENGKAJIAN

1. Pengumpulan Data

a. Biodata

No. Registerasi :

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat :

Pendidikan :

Status perkawinan :

Agama :

Pekerjaan :

Tinggi Badan :

Berat Badan :

Tanggal MRS :

b. Diagnosa Medis :

2. Keluhan Utama :

3. Riwayat Penyakit Dahulu :

4. Riwayat Penyakit Sekarang :

5. Riwayat Kesehatan Keluarga :

6. Pola Aktifitas Sehari-hari

a. Pola Nutrisi :

- b. Pola Aktifitas :
- c. Pola Istirahat Tidur :
- d. Pola Eliminasi BAK dan BAB :
- 7. Riwayat Psikologis :
- 8. Pemeriksaan Fisik
 - a. Keadaan Umum :
 - b. Tanda Vital :
 - c. Kepala dan Leher :
 - d. Dada dan Abdomen :
 - e. Payudara :
 - f. Abdomen :
 - g. Genetalia :
 - h. Extremitas :
- 9. Pemeriksaan Neurologis :
- 10. Pemeriksaan Penunjang :
- 11. Penatalaksanaan :

ANALISA DATA

Nama Pasien :

Umur :

No Register :

DATA FOKUS	MASALAH	KEMUNGKINAN PENYEBAB

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Umur :

No Register :

PERENCANAAN

Prioritas Masalah

Daftar Masalah

Ruang :

Nama Pasien :

No Register :

No Dx	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	TTD

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Ruang :

Nama Pasien :

No Register :

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien :

No Register :

Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Data