

LAMPIRAN 1

JADWAL PENYUSUNAN KTI (JANUARI-JULI 2018)

Nama Mahasiswa: Hasanah
 NIM : P17210176017

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

Mengetahui,
 Pembimbing KTI

Drs. M. Z. Rahman, M.Kes
 NIP. 19620228 198503 1 001

Malang, Agustus 2018
 Peneliti

Hasanah
 NIM. P17210176017

LAMPIRAN 5

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 : Hasanah

NIM : P17210176017

Bermaksud akan melakukan penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada
Klien Hipertensi dengan Masalah Kurang Pengetahuan Diet Rendah Garam di
Puskesmas Dinoyo Malang".

Tujuan penelitian ini untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien
hipertensi dengan masalah kurang pengetahuan diet rendah garam di Puskesmas
Dinoyo Malang. Klien yang bersedia menjadi responden akan diwawancara,
dilakukan pengkajian dan selanjutnya dilakukan asuhan keperawatan. Sehubungan
dengan hal tersebut, saya meminta klien menjadi responden dengan menjawab
pertanyaan 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,

Hasanah

LAMPIRAN 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN *INFORM CONSENT*

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 Klien Hipertensi dengan Masalah Kurang Pengetahuan Diet Rendah Garam di Puskesmas Dinoyo Malang". Maka saya,

Bersedia / Tidak Bersedia *)

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

Malang,
RESPONDEN

()

Keterangan :

*) Coret yang tidak perlu

LAMPIRAN 7

FORM PENGKAJIAN HIPERTENSI

PENGKAJIAN	KLIEN 1	KLIEN 2
Identitas Klien		
Inisial		
Tgl. Periksa		
No. RM		
Umur		
Jenis kelamin		
Alamat		
No. Telp		
Suku		
Agama		
Pendidikan terakhir		
Status pernikahan		
Diagnosis Medis		
Riwayat Penyakit		
Keluhan utama		
Riwayat penyakit sekarang		
Riwayat penyakit dahulu		
Riwayat penyakit keluarga		
Riwayat psikososial	<p>Identitas diri: klien sebagai..... Tinggal bersama.....</p> <p>Ideal diri: klien mengatakan ingin cepat sembuh dll....</p> <p>Harga diri: klien mengatakan.....(tentang perasaannya terhadap penyakit yg diderita)</p> <p>Gambaran diri: klien mengatakan penyakit yang dideritanya karena...</p>	<p>Identitas diri: klien sebagai..... Tinggal bersama.....</p> <p>Ideal diri: klien mengatakan ingin cepat sembuh dll....</p> <p>Harga diri: klien mengatakan.....(tentang perasaannya terhadap penyakit yg diderita)</p> <p>Gambaran diri: klien mengatakan penyakit yang dideritanya karena...</p>
Pola kesehatan		

Asupan cairan		
Makanan		
Pola istirahat tidur		
Personal hygiene		
Aktivitas		
Eliminasi		
Pemeriksaan fisik		
Keadaan umum		
Tanda-tanda vital	Tensi: Nadi: Suhu: RR:	Tensi: Nadi: Suhu: RR:
Pemeriksaan kepala dan leher	Kepala: bentuk ..., ada massa/tidak, distribusi rambut..., warna kulit Mata: reflek pupil -/- kunjungtiva anemis/tidak, gangguan penglihatan ada/tidak Hidung: penyumbatan ada/tidak, lesi ada/tidak Leher: kekakuan ada/tidak Pembesaran vena jugularis ada/tidak Nyeri tekan ada/tidak Oedem & lesi ada/tidak	Kepala: bentuk ..., ada massa/tidak, distribusi rambut..., warna kulit Mata: reflek pupil -/- kunjungtiva anemis/tidak, gangguan penglihatan ada/tidak Hidung: penyumbatan ada/tidak, lesi ada/tidak Leher: kekakuan ada/tidak Pembesaran vena jugularis ada/tidak Nyeri tekan ada/tidak Oedem & lesi ada/tidak
Pemeriksaan integumen	Kulit bersih/tidak, warna..., CRT </> 2 detik, dekubitus ada/tidak	Kulit bersih/tidak, warna..., CRT </> 2 detik, dekubitus ada/tidak
Dada dan thorax	Inspeksi: bentuk dada..., tarikan intercostae ada/tidak Palpasi: tarikan dada kanan kiri simetris/tidak Perkusi:..... Auskultasi: ronchi +/-,	Inspeksi: bentuk dada..., tarikan intercostae ada/tidak Palpasi: tarikan dada kanan kiri simetris/tidak Perkusi:..... Auskultasi: ronchi +/-,

	wheezing +/-	wheezing +/-
Payudara	Simetris/tidak, benjolan ada/tidak, nyeri tekan ada/tidak	Simetris/tidak, benjolan ada/tidak, nyeri tekan ada/tidak
abdomen	Inspeksi: bentuk...., ada benjolan/tidak, ada bekas luka/tidak Palpasi: nyeri tekan ada/tidak Perkusi: ... Auskultasi: bising ususx/menit	Inspeksi: bentuk...., ada benjolan/tidak, ada bekas luka/tidak Palpasi: nyeri tekan ada/tidak Perkusi: ... Auskultasi: bising ususx/menit
Genetalia		
Ekstremitas	Gangguan pergerakan ada/tidak, oedem ada/tidak, kekuatan otot baik/tidak	Gangguan pergerakan ada/tidak, oedem ada/tidak, kekuatan otot baik/tidak
Neurologi	Letargi ada/tidak Tremor ada/tidak Penurunan mental ada/tidak	Letargi ada/tidak Tremor ada/tidak Penurunan mental ada/tidak
Terapi obat		
Pemeriksaan penunjang	Hemoglobin: Hematokrit: BUN/kreatinin: GDS: Urinalisa: EKG: Foto Thorax:	Hemoglobin: Hematokrit: BUN/kreatinin: GDS: Urinalisa: EKG: Foto Thorax:

LAMPIRAN 8

RENCANA KEPERAWATAN

NO	KLIEN	DIAGNOSA KEPERAWATAN	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI

KUNCI JAWABAN

1. Ya
2. Ya
3. Ya
4. Tidak
5. Ya
6. Tidak
7. Tidak
8. Tidak
9. Ya
10. Tidak