

**FORMULIR
PENENTUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Zhafira Refanza

NIM : P032014401083

Judul KTI yang diusulkan berdasarkan prioritas :

| No | Bidang/departemen | Judul |
|----|----------------------|--|
| 1 | Keperawatan Gerontik | Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia Katarak dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera |
| 2 | Keperawatan Gerontik | Penerapan Metode Otago Home Exercise pada Lansia dengan Pasca Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Utama Risiko Jatuh |
| 3 | Keperawatan Gerontik | Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas pada Pasien Pasca Stroke |

Usulan nama pembimbing :

1. Idayanti S.Pd, M.Kes

2.. Ns. Kurniawati, M.Kep

Hari/Tanggal Pengumpulan : Senin / 13 Februari 2023

Pukul : 13.45

Judul KTI yang disetujui : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia Katarak dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera

Mengetahui
Kaprosdi D-III Keperawatan



(Idayanti, S.Pd., M.Kes)
NIP. 196910221994032002

Pekanbaru, 13 Februari 2023
Koordinator MK KTI
Program Studi Keperawatan



(Ns. Erni Forwaty, S.Kep., M.Kep)
NIP. 198210172006042025

**FORMULIR
KESEDIAAN PEMBIMBING**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Idayanti, S.Pd, M. Kes
2. NIP : 196910221994032002
3. Pangkat/golongan : Penata Tk 1/III
4. Jabatan : Ka. Prodi DIII Keperawatan
5. Asal institusi : Poltekkes Kemenkes Riau
6. Pendidikan terakhir : S-2 Kes. Masyarakat
7. Kontak person
 - a) Alamat rumah : Jl. Kenanga II NO. 5 Pekanbaru
 - b) Telp/HP : 0853 - 5538 - 0069
 - c) Alamat kantor : Jl. Melur 103 Pekanbaru
 - d) Telp kantor : 0761 - 36581

Menyatakan (bersedia/~~tidak bersedia~~*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa :

Nama : Zhafira Refanza

NIM : P032014401083

Dengan Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia Ektarak dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera

*) coret yang tidak dipilih

Pekanbaru, 13 Februari 2023



(Idayanti, S.Pd, M. Kes)

NIP. 196910221994032002

**FORMULIR
KESEDIAAN PEMBIMBING**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Ns. Kurniawati, M. Kep
2. NIP : 199011262019032008
3. Pangkat/golongan : Penata Muda tingkat 1 / III B
4. Jabatan : Asisten Ahli
5. Asal institusi : Poltekkes Kemenkes Riau
6. Pendidikan terakhir : S-2 Keperawatan
7. Kontak person
 - a) Alamat rumah : Jln. Durtan 99 murni no.10 Labuh baru timur, payung sekaki
 - b) Telp/Hp : 0822 - 8682 - 2628
 - c) Alamat kantor : Jln. Melur no. 103 Pekanbaru
 - d) Telp kantor : 0761 - 36581

Menyatakan (bersedia/~~tidak bersedia~~*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa :


Nama : Zhafira Refanza

NIM : 2032014401003

Dengan Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Katarak Dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera

*) coret yang tidak dipilih

Pekanbaru, 13 Februari 2023


(Kurniawati)
NIP. 199011262019032008

LOG BOOK






KARYA TULIS ILMIAH STUDI KASUS



| | |
|---------------------------------|---|
| NAMA MAHASISWA | : Zhafira Refanza |
| NIM | : P032014401083 |
| DOSEN PEMBIMBING 1 | : Idayanti S.Pd, M.Kes |
| DOSEN PEMBIMBING 2 | : Ns. Kurniawati, M.Kep |
| JUDUL KARYA TULIS ILMIAH | : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Katarak dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera |




**PRODI DIII KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RIAU
2023**

***KEGIATAN BIMBINGAN PROPOSAL**

| No. | Tanggal | Jam | Kegiatan | Hasil | Tanda Tangan |
|-----|---------|-------|---|--|---|
| 1. | 13/2/23 | 13.15 | 1. Pengajuan Judul dan 2. Konsultasi BAB 1 | 1. ACC judul NO.1 2. Latar belakang belum memenuhi komponen → lengkapi |  |
| 2. | 17/2/23 | 16.00 | Konsultasi BAB 2 | 1. Tulisan di kolom intervensi berjarak 1 spasi 2. Daftar pustaka → 4 spasi |  |
| 3. | 21/2/23 | 11.00 | Pengarahan pembuatan BAB 3 | 1. Penjelasan definisi operasional & tempat dan waktu penelitian |  |
| 4 | 1/3/23 | 15.46 | Konsultasi BAB 3 | -Siapkan Skala Jarak keftet - lembar pengelajian. Geranik- |  |
| 5 | 10/3-23 | 8.15. | Konsultasi BAB 1-3 | ACC Ujian Proposal |  |

*Bimbingan yang dilakukan selama penyusunan proposal

***KEGIATAN BIMBINGAN PROPOSAL**

| No. | Tanggal | Jam | Kegiatan | Hasil | Tanda Tangan |
|-----|-----------|-----------|--|---|---|
| 1. | 22/2/2023 | 15.00 WIB | Konsul penulisan bab 1 & bab 2 | margin → 4333 Penulisan referensi & Daftar Pustaka |  |
| 2. | 8/3/2023 | 15.30 WIB | Konsul penulisan bab 3 | Perbaikan Definisi Operasional |  |
| 3. | 14/3/2023 | 11.30 WIB | Konsul penulisan Daftar Pustaka & Lampiran | Lampiran tidak ada nomor halaman |  |
| | | | | | |
| | | | | | |

*Bimbingan yang dilakukan selama penyusunan proposal

Lampiran 5 Rencana Jadwal Kegiatan Penelitian

RENCANA JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia Katarak dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera di Puskesmas Karya Wanita Pekanbaru

| Kegiatan Penelitian | | Kunjungan Ke- | | | | | | |
|---------------------|--|---------------|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | Melaksanakan pengumpulan data di Puskesmas Karya Wanita Pekanbaru | | | | | | | |
| 2. | Melakukan identifikasi alamat subjek penelitian dan melakukan kontrak waktu Pengkajian | | | | | | | |
| 3. | Melakukan pengkajian subjek penelitian | | | | | | | |
| 4. | Menegakkan diagnosis keperawatan dan menyusun intervensi keperawatan | | | | | | | |
| 5. | Melaksanakan implementasi keperawatan | | | | | | | |
| 6. | Melakukan evaluasi keperawatan | | | | | | | |

**FORMULIR
PERNYATAAN PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam asuhan keperawatan yang akan dilaksanakan selama 6 (enam) hari yang dilakukan oleh :

Nama : Zhafira Refanza

NIM : P032014401083

Prodi : D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia Katarak dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera di Puskesmas Karya Wanita Pekanbaru

Berdasarkan penjelasan yang diberikan oleh mahasiswa tersebut, dengan ini saya menyatakan tidak keberatan untuk menjadi responden dan akan memberikan jawaban yang sebenar-benarnya sebagaimana yang diperlukan.

Demikian ini pernyataan dibuat tanpa adanya paksaan dan tekanan dari pihak manapun agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pekanbaru,.....2023

(.....)

Lampiran 7 Format Pengkajian Gerontik

PENGAJIAN KLIEN GERONTIK

1. Identitas Klien

Nama :
Umur :
Alamat :
Pendidikan :
Tanggal Masuk Panti :
Jenis Kelamin :
Suku :
Agama :
Status Perkawinan :
Tanggal Pengkajian :

2. Status Kesehatan Saat Ini :

3. Riwayat Kesehatan Sekarang :

4. Riwayat Kesehatan Dahulu :

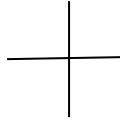
5. Riwayat Kesehatan Keluarga :

6. Tinjauan Sistem

a. Keadaan Umum :
b. Sistem Integumen :
c. Sistem Hemopoietik :
d. Kepala :
e. Mata :
f. Telinga :
g. Mulut, Tenggorok, dan Leher :
h. Payudara :
i. Sistem Pernapasan :
j. Sistem Kardiovaskuler :
k. Sistem Gastrointestinal :

- l. Sistem Perkemihan :
- m. Sistem Genitoreproduksi :
- n. Sistem Muskuloskeletal :

Kekuatan otot



- o. Sistem Saraf Pusat

GCS: 15

N I :

N II :

N III, IV, VI :

N V :

N VII :

N VIII :

N IX, X, XII :

N XI :

7. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

- a. Perubahan psikologis, data yang dikaji:

- 1) Bagaimana sikap lansia terhadap proses penuaan?
- 2) Apakah dirinya merasa di butuhkan atau tidak?
- 3) Apakah optimis dalam memandang suatu kehidupan?
- 4) Bagaimana mengatasi stres yang di alami?
- 5) Apakah mudah dalam menyesuaikan diri?
- 6) Apakah lansia sering mengalami kegagalan?
- 7) Apakah harapan pada saat ini dan akan datang?

8) Perlu di kaji juga mengenai fungsi kognitif : daya ingat, proses pikir, alam perasaan, orientasi, dan kemampuan dalam menyelesaikan masalah.

b. Perubahan sosial ekonomi, data yang dikaji:

- 1) Darimana sumber keuangan lansia?
- 2) Apa saja kesibukan lansia dalam mengisi waktu luang?
- 3) Dengan siapa dia tinggal?
- 4) Kegiatan organisasi apa yang diikuti lansia?
- 5) Bagaimana pandangan lansia terhadap lingkungannya?
- 6) Seberapa sering lansia berhubungan dengan orang lain di luar rumah?
- 7) Siapa saja yang bisa mengunjungi?
- 8) Apakah dapat menyalurkan hobi atau keinginan dengan fasilitas yang ada?

c. Perubahan spiritual, data yang dikaji :

- 1) Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya?
- 2) Apakah secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan keagamaan, misalnya pengajian dan penyantunan anak yatim atau fakir miskin?
- 3) Bagaimana cara lansia menyelesaikan masalah apakah dengan berdoa?
- 4) Apakah lansia terlihat tabah dan tawakal?

8. Pengkajian Fungsional Klien (KATZ Indeks)

| Skor | Kriteria |
|------|---|
| A | Kemandirian dalam hal makan, minum, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi |

| Skor | Kriteria |
|-----------|---|
| B | Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut |
| C | Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan |
| D | Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan |
| E | Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan |
| F | Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan |
| G | Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan |
| Lain-lain | Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E atau F |

Keterangan:

iIndex Katz di atas untuk mencocokkan kondisi lansia dengan skor yang diperoleh

9. Modifikasi dari Barthel Indeks

| No | KRITERIA | Nilai |
|----|-------------------|--|
| 1 | Makan | 1. Tidak mampu 2. Butuh bantuan memotong, mengoles mentega dll. 3. Mandiri |
| 2 | Mandi | 1. Tergantung orang lain 2. Mandiri |
| 3 | Perawatan diri | 1. Membutuhkan bantuan orang lain 2. Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur |
| 4 | Berpakaian | 1. Tergantung orang lain 2. Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 3. Mandiri |
| 5 | Buang air kecil | 1. Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 2. Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam) 3. Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari) |
| 6 | Buang air besar | 1. Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 2. Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 3. Kontinensia (teratur) |
| 7 | Penggunaan toilet | 1. Tergantung bantuan orang lain 2. Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 3. Mandiri |

| No | KRITERIA | Nilai |
|--------------------|-------------------|--|
| 8 | Transfer | 1. Tidak mampu 2. Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 3. Bantuan kecil (1 orang) |
| 9 | Mobilitas | 1. Immobile (tidak mampu) 2. Menggunakan kursi roda 3. Berjalan dengan bantuan satu orang 4. Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat) |
| 10 | Naik turun tangga | 1. Tidak mampu 2. Membutuhkan bantuan (alat bantu) 3. Mandiri |
| Score Total | | |

Interpretasi hasil :

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan Total

10. Pengkajian Status Mental Gerontik

a. *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

| BENAR | SALAH | NO | PERTANYAAN |
|------------|------------|----|--|
| | | 01 | Tanggal berapa hari ini? |
| | | 02 | Hari apa sekarang ini? |
| | | 03 | Apa nama Tempat ini |
| | | 04 | Dimana alamat anada? |
| | | 05 | Berapa umur anda? |
| | | 06 | Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir) |
| | | 07 | Siapa presiden Indonesia sekarang? |
| | | 08 | Siapa presiden Indonesia sebelumnya? |
| | | 09 | Siapa nama ibu anda? |
| | | 10 | Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun |
| $\Sigma =$ | $\Sigma =$ | | |

Kesimpulan:

Kesalahan 0-2: fungsi intelektual utuh

Kesalahan 3-4: kerusakan intelektual ringan

Kesalahan 5-7: kerusakan intelektual sedang

Kesalahan 8-10: kerusakan intelektual berat

b. *Mini Mental Status Exam (MMSE)*

| NO | ASPEK KOGNITIF | NILAI MAKS. | NILAI KLIEN | KRITERIA |
|----|-------------------------|-------------|-------------|---|
| 1 | Orientasi | 5 | | Menyebutkan dengan benar: <input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Musim <input type="checkbox"/> Tanggal <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Bulan |
| | Orientasi | 5 | | Dimana kita sekarang berada? <input type="checkbox"/> Negara Indonesia <input type="checkbox"/> Propinsi Riau <input type="checkbox"/> Kota..... <input type="checkbox"/> Kecamatan..... <input type="checkbox"/> Kelurahan..... |
| 2 | Registrasi | 3 | | Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi (untuk disebutkan) <input type="checkbox"/> Obyek..... <input type="checkbox"/> Obyek..... <input type="checkbox"/> Obyek..... |
| 3 | Perhatian dan kalkulasi | 5 | | Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 |
| 4 | Mengingat | 3 | | Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada no.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 point untuk masing-masing obyek |

| NO | ASPEK KOGNITIF | NILAI MAKS. | NILAI KLIEN | KRITERIA |
|--------------------|----------------|-------------|-------------|--|
| 5 | Bahasa | 9 | | <p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (misal jam tangan) <input type="checkbox"/> (misal pensil) <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut: "tak ada jika, dan, atau, tetapi". Bila benar, nilai 1 point.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah (contoh: tak ada, tetapi). <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah: "ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai"</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda <input type="checkbox"/> Lipat dua <input type="checkbox"/> Taruh di lantai <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> "tutup mata anda" <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat atau menyalin gambar</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat <input type="checkbox"/> Menyalin gambar |
| TOTAL NILAI | | 30 | | |

Interpretasi:

Nilai 24-30 : tidak ada kelainan kognitif

Nilai 18-23 : kelainan kognitif ringan

Nilai 0-17 : kelainan kognitif berat

ANALISA DATA

| No. | Data | Etiologi | Masalah Keperawatan |
|------------|-------------|-----------------|----------------------------|
| | | | |

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- a.
- b.
- c.
- d.

INTERVENSI KEPERAWATAN

| No. | Diagnosis Keperawatan (SDKI) | Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI) | Intervensi Keperawatan (SIKI) |
|------------|---|---|--|
| | | | |

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

| Hari/Tanggal/Jam | Diagnosis Keperawatan (SDKI) | Implementasi Keperawatan | Evaluasi Formatif | Paraf |
|-------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------|--------------|
| | | | | |

EVALUASI KEPERAWATAN

| Hari/Tanggal/Jam | Diagnosis Keperawatan (SDKI) | Evaluasi Sumatif | Paraf |
|-------------------------|---|-----------------------------|--------------|
| | | | |

Lampiran 8 Format *Morse Fall Scale* (MFS)/ Skala Jatuh Morse

MORSE FALL SCALE (MFS)/ SKALA JATUH MORSE

Nama Lansia :
 Umur :
 Tanggal Pengkajian :

| NO | PENGAJIAN | SKALA | NILAI | KET. |
|-------------|---|-------|-------|------|
| 1. | Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir? | Tidak | 0 | |
| | | Ya | 25 | |
| 2. | Diagnosa sekunder: apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit? | Tidak | 0 | |
| | | Ya | 15 | |
| 3. | Alat Bantu jalan: | | | |
| | - Bed rest/dibantu perawat | | 0 | |
| | - Kruk/ tongkat/ walker | | 15 | |
| | - Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja) | | 30 | |
| 4. | Terapi Intravena : apakah saat ini lansiaterpasang infus? | Tidak | 0 | |
| | | Ya | 20 | |
| 5. | Gaya berjalan/ cara berpindah: | | | |
| | - Normal/bed rest/ immobile (tidak dapat bergerak sendiri) | | 0 | |
| | - Lemah (tidak bertenaga) | | 10 | |
| | - Gangguan/ tidak normal (pincang/ diseret) | | 20 | |
| 6. | Status Mental | | | |
| | - Lansia menyadari kondisi dirinya | | 0 | |
| | - Lansia mengalami keterbatasan daya ingat | | 15 | |
| Total Nilai | | | | |

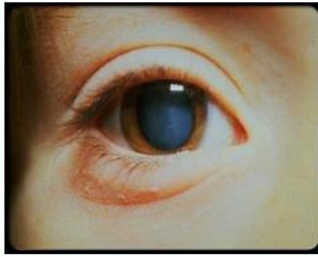
Pemeriksa

()

Keterangan :

| Tingkatan Risiko | Nilai MFS | Tindakan |
|------------------|-----------|---|
| Tidak berisiko | 0 – 24 | Perawatan dasar |
| Risiko rendah | 25 – 50 | Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar |
| Risiko tinggi | ≥ 51 | Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh risiko tinggi |

KATARAK



Oleh :
Zhaflra Refanza
P032014402083

POLTEKES KEMENKES RIJALI
PRODI D-III KEPERAWATAN
2023

APAKAH YANG DIMAKSUD DENGAN KATARAK ?

Katarak adalah suatu keadaan dimana lensa mata yang jernih dan bening menjadi keruh.



APA PENYEBAB TERJADINYA KATARAK ?

1. Proses penuaan/usia lanjut
2. Penyakit lain, seperti Diabetes Melitus
3. Kelainan bawaan
4. Infeksi virus pada saat kehamilan
5. Obat-obatan yang dapat mengakibatkan kekeruhan lensa, seperti kortikosteroid
6. Trauma / cedera
7. Rokok

JENIS-JENIS KATARAK

Secara umum terdapat 4 jenis katarak seperti berikut:

1. **Katarak kongenital** adalah katarak yang mulai terjadi sebelum atau segera setelah bayi lahir dan bayi berusia kurang dari satu tahun.

2. **Katarak traumatik** merupakan katarak yang terjadi karena trauma atau cedera pada mata.

3. **Katarak komplikata** merupakan katarak akibat penyakit lain dan keracunan beberapa jenis obat.

4. **Katarak senilis** merupakan katarak yang berkaitan dengan usia, merupakan jenis katarak yang paling umum.

APA TANDA-TANDA KATARAK ?

1. Penglihatan kabur
2. Penglihatan semakin buram pada sore hari
3. Peka terhadap sinar atau cahaya.
4. Mata tidak sakit dan tidak merah.
5. Kadang penglihatan menjadi berbayang.
6. Memerlukan pencahayaan yang terang untuk dapat membaca.
7. Lensa mata berubah menjadi buram seperti kaca susu.



BAGAIMANAKAH CARA PENCEGAHANNYA ?

1. Mengonsumsi buah-buahan yang mengandung vitamin C, sayuran hijau, kacang-kacangan, susu, hati, vitamin E.
2. Mengontrol gula darah, penderita diabetes melitus.
3. Tidak merokok dan menghindari asap rokok.
4. Tidak mengonsumsi kortikosteroid jangka panjang.
5. Mencegah trauma langsung terhadap mata.
6. Kurangi paparan langsung sinar UV.
7. Deteksi dini katarak ke Dokter Spesialis Mata.

SEGERA HUBUNGI DOKTER

BAGAIMANAKAH PENANGANAN KATARAK?

“PEMBEDAHAN”

Pembedahan terdiri dari dua langkah penting :

1. Pengangkatan lensa
2. Penggantian lensa dengan lensa buatan



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

AYO LATIHAN FISIK UNTUK LEBIH BUGAR

GERMAS

Pencegahan Cedera

Sebelum melakukan latihan fisik dianjurkan melakukan pemanasan dan setelah latihan fisik melakukan pendinginan.
Golden Periode penanganan dari mulai cedera adalah 2 hari.

Saat Cedera ingat **RICE !!!**

Rest

Segera istirahatkan bagian yang cedera



Ice

Lakukan kompres dingin pada bagian tubuh yang cedera



Compression

Balut rekat pada daerah yang cedera menggunakan bandage/pembalut/perban



Elevation

Dilakukan dengan meninggikan bagian yang cedera



www.p2ptm.kemkes.go.id @p2ptmkemenkesRI @p2ptmkemenkesRI @p2ptmkemenkesRI






STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PEMERIKSAAN VISUS

| | |
|----------------------|---|
| PENGERTIAN | Prosedur ini digunakan untuk mengukur ketajaman penglihatan individu. Prosedur Pemeriksaan Mata ini dilakukan dengan menggunakan Kartu Snellen. |
| TUJUAN | Memeriksa ketajaman penglihatan |
| INDIKASI | 1. Semua klien 2. Klien yang mengalami gangguan penglihatan |
| KONTRAINDIKASI | Tidak ada |
| ALAT DAN BAHAN | 1. Kartu Snellen (<i>Snellen Chart</i>) 2. Buku Pencatat |
| PROSEDUR PELAKSANAAN | <p>A. Tahap Pra-Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi kebutuhan keluarga/klien untuk pemeriksaan visus 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat di dekat klien dengan sistematis dan rapi <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan, kontrak waktu dan prosedur tindakan pada klien/keluarga 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien sebelum prosedur dilakukan |
| | <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan dilakukan di tempat yang cukup terang, responden tidak boleh menentang sinar matahari. 2. Gantungkan kartu Snellen atau kartu E yang sejajar mata responden dengan jarak 6 meter (sesuai pedoman tali). 3. Pemeriksaan dimulai dengan mata kanan. 4. Mata kiri responden ditutup dengan telapak tangannya tanpa menekan bolumata. 5. Responden disuruh baca huruf dari kiri-ke kanan setiap baris kartu Snellen atau memperagakan posisi huruf E pada kartu E dimulai baris teratas atau huruf yang paling besar sampai huruf terkecil (baris yang tertera angka 20/20). 6. Penglihatan normal bila responden dapat membaca sampai huruf terkecil (20/20). |

Lampiran 11 Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemeriksaan Visus

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none">7. Bila dalam baris tersebut responden dapat membaca huruf atau memperagakan posisi huruf E kurang dari setengah baris maka yang dicatat ialah baris yang tertera angka di atasnya.8. Bila dalam baris tersebut responden dapat membaca huruf atau memperagakan posisi huruf E setengah baris atau lebih dari setengah baris maka yang dicatat ialah baris yang tertera angka tersebut. Pemeriksaan Tajam Penglihatan dengan hitung jari:9. Bila responden belum dapat melihat huruf teratas atau terbesar dari kartu Snellen atau kartu E maka mulai hitung jari pada jarak 3 meter (tuliskan 03/060).10. Hitung jari 3 meter belum bisa terlihat maka maju 2 meter (tuliskan 02/060), bila belum terlihat maju 1 meter (tuliskan 01/060).11. Bila belum juga terlihat maka lakukan goyangan tangan pada jarak 1 meter (tuliskan 01/300).12. Goyangan tangan belum terlihat maka senter mata responden dan tanyakan apakah responden dapat melihat sinar senter (tuliskan 01/888).13. Bila tidak dapat melihat sinar disebut buta total (tuliskan 00/000). <p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengevaluasi hasil tindakan dan respon klien2. Berikan Pendidikan Kesehatan terkait hasil3. Menjelaskan bahwa Tindakan sudah selesai dilakukan pada klien/keluarga dan pamit.4. Mendokumentasikan Tindakan. |
|--|--|

***KEGIATAN BIMBINGAN REVISI PROPOSAL**

| No. | Tanggal | Jam | Kegiatan | Hasil | Tanda Tangan |
|-----|---------|-----------|------------------------------------|--|--|
| 1. | 24/3/23 | 11.00 WIB | Revisi Proposal KTI | <ul style="list-style-type: none"> - Pembatasan mengenai batasan lansia menurut WHO & Depkes, mana yang digunakan pada penelitian di halaman 5 - Analisis Data diubah menjadi cara pengalihan |  DR. Ibnu Rusdi, S.Kp, M.Kes |
| 2. | 24/3/23 | 11.15 WIB | Revisi Proposal KTI | <ul style="list-style-type: none"> - Penulisan huruf kapital pada halaman iii - Letak tanda baca koma setelah gelar halaman iii - Penambahan penulisan terkait halaman 2 - Perbaikan jarak antar sub bab - Penulisan garis miring dan kapital pada lampiran |  Ns. Usaleli, M.Kep |
| 3 | 27/3/23 | 11.30 WIB | Bimb pasca Rumi dari pinguji 1 & 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Naskah proposal sudah direvisi & diperlihatkan ke pinguji 1 & 2 Aze U/pendidikan |  Idayanti |
| | | | | | |
| | | | | | |

*Bimbingan yang dilakukan setelah seminar proposal

Lampiran 13 Surat Izin Prapenelitian

SURAT IZIN PRA PENELITIAN/ PENELITIAN(*)

Kepada Yth.
Direktur Poltekkes Kemenkes Riau
di
Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini.

Nama : Zhafira Refanza
NIM : P032014401083
No.Hp : 089513613156
Prodi : DIII Keperawatan
Judul penelitian : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Katarak dengan
Masalah Keperawatan Risiko Cedera
Tempat penelitian : Puskesmas Karya Wanita

Dengan ini mengajukan izin survei awal penelitian/ penelitian(*) untuk memenuhi tugas akhir karya tulis ilmiah mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau tahun akademik 2022/ 2023

Demikian surat ini saya sampaikan atas izin Bapak/Ibu saya ucapkan terimakasih.

Pekanbaru,13 Februari 2023

Mengetahui

Pembimbing I



(Idayanti S.Pd, M.Kes)
NIP. 196910221994032002

Mahasiswa



(Zhafira Refanza)
NIM. P032014401083

(*) *Coret yang tidak perlu.*

Lampiran 14 Surat Rekomendasi Penelitian Satu Pintu



PEMERINTAH PROVINSI RIAU DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Gedung Menara Lancang Kuning Lantai I dan II Komp. Kantor Gubernur Riau
Jl. Jend. Sudirman No. 460 Telp. (0761) 39064 Fax. (0761) 39117 PEKANBARU
Email : dpmpstp@riau.go.id

REKOMENDASI

Nomor : 503/DPMPSTP/NON IZIN-RISET/54684
T E N T A N G



PELAKSANAAN KEGIATAN RISET/PRA RISET DAN PENGUMPULAN DATA UNTUK BAHAN KTI

1.04.02.01

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Riau, setelah membaca Surat Permohonan Pra Riset dari : **Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau, Nomor : KH.03.01/1.1/047/2023 Tanggal 20 Februari 2023**, dengan ini memberikan rekomendasi kepada:

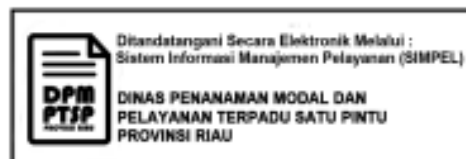
1. Nama : **ZHAFIRA REFANZA**
2. NIM / KTP : **032014401083**
3. Program Studi : **DIII KEPERAWATAN**
4. Jenjang : **DIII**
5. Alamat : **JL. DAGANG NO. 09, RT/RW 006/003, KELURAHAN JADIREJO, KECAMATAN SUKAJADI, KOTA PEKANBARU, PROVINSI RIAU**
6. Judul Penelitian : **ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA LANSIA KATARAK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO CEDERA DI PUSKESMAS KARYA WANITA PEKANBARU**
7. Lokasi Penelitian : **PUSKESMAS KARYA WANITA PEKANBARU**

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Tidak melakukan kegiatan yang menyimpang dari ketentuan yang telah ditetapkan.
2. Pelaksanaan Kegiatan Penelitian dan Pengumpulan Data ini berlangsung selama 6 (enam) bulan terhitung mulai tanggal rekomendasi ini diterbitkan.
3. Kepada pihak yang terkait diharapkan dapat memberikan kemudahan serta membantu kelancaran kegiatan Penelitian dan Pengumpulan Data dimaksud.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sepenuhnya.

Dibuat di : Pekanbaru
Pada Tanggal : 13 Maret 2023



Tembusan :

Disampaikan Kepada Yth :

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Riau di Pekanbaru
2. Walikota Pekanbaru
Up. Kaban Kesbangpol dan Linmas di Pekanbaru
3. Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau di Pekanbaru
4. Yang bersangkutan



PEMERINTAH KOTA PEKANBARU
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
JL. ARIFIN AHMAD NO. 39 TELP. – FAX : (0761) 39399 PEKANBARU

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : BL.04.00/Kesbangpol/943/2023



- a. Dasar : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008 Tentang Keterbukaan Informasi Publik.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik.
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah.
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 Tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian.
5. Peraturan Daerah Kota Pekanbaru Nomor 9 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Pekanbaru.
- b. Menimbang : Rekomendasi dari Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Riau, nomor 503/DPMPTSP/NON IZIN-RISSET/55488 tanggal 5 April 2023, perihal pelaksanaan kegiatan Penelitian Riset/Pra Riset dan pengumpulan data untuk bahan Skripsi.

MEMBERITAHUKAN BAHWA :

1. Nama : ZHAFIRAH REFANZA
2. NIM : P032014401083
3. Fakultas : KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES RIAU
4. Jurusan : ILMU KEPERAWATAN
5. Jenjang : DIII
6. Alamat : JL. DAGANG NO. 09 KEL. JADIREJO KEC. SUKAJADI-PEKANBARU
7. Judul Penelitian : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA LANSIA KATARAK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO CEDERA DI PUSKESMAS KARYA WANITA PEKANBARU
8. Lokasi Penelitian : DINAS KESEHATAN KOTA PEKANBARU

Untuk Melakukan Penelitian, dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak melakukan kegiatan yang menyimpang dari ketentuan yang telah ditetapkan yang tidak ada hubungan dengan kegiatan Riset/Pra Riset/ Penelitian dan pengumpulan data ini.
2. Pelaksanaan kegiatan Riset ini berlangsung selama 6 (enam) bulan terhitung mulai tanggal Surat Keterangan Penelitian ini diterbitkan.
3. Berpakaian sopan, mematuhi etika Kantor/Lokasi Penelitian, bersedia meninggalkan photo copy Kartu Tanda Pengenal.
4. Melaporkan hasil Penelitian kepada Walikota Pekanbaru c.q Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Pekanbaru, paling lambat 1 (satu) minggu setelah selesai.

Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pekanbaru, 5 April 2023



Tembusan

- Yth : 1. Wakil Direktur I POLTEKKES KEMENKES Riau di Pekanbaru.
2. Yang Bersangkutan.



**PEMERINTAH KOTA PEKANBARU
DINAS KESEHATAN**

Perkantoran Tenayan Raya Jl. Abdul Rahman Hamid
Gedung B-2 Lantai 1 – 2
Pekanbaru

Pekanbaru, 13 April 2023

Nomor : B.KS.30/Dinkes/315/2023
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Riset an Zhafira Refanza

Kepada
Yth. Kepala Puskesmas
Karya Wanita
di -
Pekanbaru

Menindaklanjuti surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor : BL.04.00/Kesbangpol/892/2023 tanggal 3 April, tentang rekomendasi penelitian kepada :

Nama : Zhafira Refanza
NIM : P032014401083
Instansi : Poltekkes Kemenkes Riau
Fakultas/Jurusan : Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Katarak
Dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera di
Puskesmas Karya Wanita Pekanbaru

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, kami mengharapkan kepada Saudara untuk dapat membantu kelancaran pengumpulan data dan penilaian kepada yang bersangkutan di atas.

Atas perhatian dan kerja sama Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Pekanbaru, 13 April 2023
a.n. KEPALA DINAS KESEHATAN



Tembusan :
Yth. Wakil Diektur I Poltekkes Kemenkes Riau



PEMERINTAH KOTA PEKANBARU
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS RI KARYA WANITA

Jl. Gabus Raya No. 03 Kecamatan Rumbai
Telp. (0761) 53126 Email: karyawanita.2013@gmail.com



Pekanbaru, 13 April 2023

Nomor : P.KS.30/Diskes-PKMKW/33/2023
Sifat : Penting
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin dan Bantuan Penelitian Kesehatan

Kepada
Yth. RT/RW di Kelurahan Meranti
Pandak
di -
Pekanbaru

Menindaklanjuti Surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru Nomor B.KS.30/Dinkes/314/2023, tanggal 13 April 2023, tentang Riset Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Riau Jurusan Keperawatan:

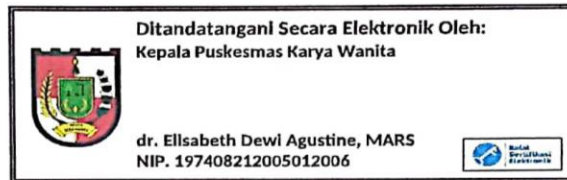
| No | Nama/NIM | Judul Penelitian |
|----|--|---|
| 1 | Nur Afni Yolanda Putri/ P032014401069 | Penerepan Effleurage Massage pada Ibu Hamil Trimester III untuk Mengurangi Nyeri Punggung di Wilayah Kerja Puskesmas Karya Wanita |
| 2 | Farah Ferennisa/ P032014401052 | Penerapan Senam Rematik Terhadap Penurunan Nyeri Sendi pada Lansia dengan Rheumatoid Arthritis (Rematik) di Wilayah Kerja Puskesmas Rawat Inap Karya Wanita |
| 3 | Selyana Ariani/ P032014401076 | Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif dalam Mengatasi Gangguan Pola Tidur pada Lansia Hipertensi |
| 4 | Mila Agustina/ P032014401062 | Penerapan Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri pada Lansia dengan Rheumatoid Arthritis di Wilayah Kerja Puskesmas Karya Wanita |
| 5 | Zhafira Refanza/ P032014401083 | Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia Katarak dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera di Puskesmas Karya Wanita Pekanbaru |
| 6 | Nadila Lorenza/ P032014401066 | Penerapan Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Sendi pada Lansia dengan osteoarthritis di Wilayah Kerja Puskesmas Karya Wanita |

Lampiran 17 Surat Permohonan Izin dan Bantuan Penelitian Kesehatan

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| 7 | Mona Safrida/ P032014401063 | Asuhan Keperawatan Rheumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Karya Wanita |
|---|--------------------------------|---|

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mengharapkan kepada Bapak/Ibu untuk dapat memberikan izin melakukan penelitian kesehatan kepada masyarakat di Wilayah Bapak/Ibu dan kami juga mengharapkan untuk dapat membantu kelancaran pengumpulan data dan penelitian kepada yang bersangkutan di atas.

Atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.



Tembusan:
Yth. Lurah Meranti Pandak.

**FORMULIR
PERNYATAAN PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ny. H
Umur : 69 Tahun
Pekerjaan : Tidak bekerja
Alamat : Jl. Pesisir gg. rumbio

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam asuhan keperawatan yang akan dilaksanakan selama 6 (enam) hari yang dilakukan oleh :

Nama : Zhafira Refanza
NIM : P032014401083
Prodi : D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia Katarak dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera di Puskesmas Karya Wanita Pekanbaru

Berdasarkan penjelasan yang diberikan oleh mahasiswa tersebut, dengan ini saya menyatakan tidak keberatan untuk menjadi responden dan akan memberikan jawaban yang sebenar-benarnya sebagaimana yang diperlukan.

Demikian ini pernyataan dibuat tanpa adanya paksaan dan tekanan dari pihak manapun agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pekanbaru, 12 April 2023



(.....)

**FORMULIR
PERNYATAAN PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ny. N
Umur : 79 tahun
Pekerjaan : Tidak bekerja
Alamat : Jl. Pesisir gang rumbia

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam asuhan keperawatan yang akan dilaksanakan selama 6 (enam) hari yang dilakukan oleh :

Nama : Zhafira Refanza
NIM : P032014401083
Prodi : D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia Katarak dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera di Puskesmas Karya Wanita Pekanbaru

Berdasarkan penjelasan yang diberikan oleh mahasiswa tersebut, dengan ini saya menyatakan tidak keberatan untuk menjadi responden dan akan memberikan jawaban yang sebenar-benarnya sebagaimana yang diperlukan.

Demikian ini pernyataan dibuat tanpa adanya paksaan dan tekanan dari pihak manapun agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pekanbaru, 12 April 2023






(.....)

Lampiran 20 Dokumentasi Penelitian



***KEGIATAN BIMBINGAN HASIL PENELITIAN**



Pembimbing 1 : Idayanti, S.Pd., M.Kes

| No. | Tanggal | Jam | Kegiatan | Hasil | Tanda Tangan |
|-----|------------|------------------------------------|----------------------------|---|---|
| 1 | 2 / 5 2023 | 9 ⁰⁰ - 10 ⁰⁰ | Bimbingan Bms 4 & 5 | <ul style="list-style-type: none"> - perbaikan implementasi dan DP-I - BAB 5 → (kesimpulan & saran Mengikuti per Tujuan & Maksud) |  |
| 2 | 4/5 2023 | 14.30 | Bimb Matrikul | <ul style="list-style-type: none"> - komponen lengkapi - lengkapi dokumen U Seminar Hkhd |  |
| 3 | 5/5 2023 | 8.40 | Bimb hasil KTI BMS 1-5 dll | AEC U/ujian Hasil KTI. |  |
| | | | | | |
| | | | | | |

*Bimbingan yang dilakukan selama pengumpulan data penelitian

***KEGIATAN BIMBINGAN HASIL PENELITIAN**

Pembimbing II : Ns. Kurnawati, M. Kep

| No. | Tanggal | Jam | Kegiatan | Hasil | Tanda Tangan |
|-----|---------|-------|--|--------------------------------------|---|
| 1. | 3/5/23 | 10.00 | Konsul penulisan BAB 4 dan 5 | Perbaikan penyajian dan implementasi |  |
| 2. | 5/5/23 | 07.45 | Konsul penulisan Bab 4, bab 5, dan abstrak | Bab 4, Bab 5, Abstrak di ACC |  |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

*Bimbingan yang dilakukan selama pengumpulan data penelitian

Lampiran 22 Surat Keterangan Selesai Penelitian



PEMERINTAH KOTA PEKANBARU
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS RI KARYA WANITA
Jl. Gabus Raya No. 03 Kecamatan Rumbai
Telp. (0761) 53126 Email: karyawanita.2013@gmail.com



SURAT KETERANGAN

Nomor : P.PN.01/Diskes-PKMKW/37/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

- a. Nama : dr. Elisabeth Dewi Agustine, MARS
- b. NIP : 197408212005012006
- c. Jabatan : Kepala UPT Puskesmas RI Karya Wanita

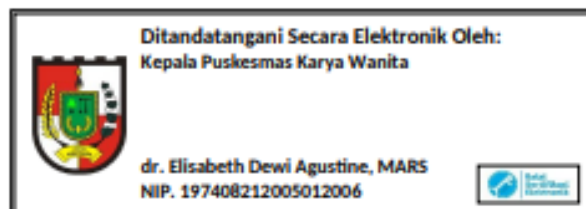
dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama : Zhafira Refanza
- b. NIM : P032014401083
- c. Instansi : Poltekkes Kemenkes Riau
- d. Fakultas / Jurusan : D III Keperawatan






Maksud : Yang tersebut diatas benar telah melakukan penelitian di UPT Puskesmas RI Karya Wanita pada tanggal 12 s.d 17 April 2023 dengan Judul Penelitian " Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia Katarak dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera di Puskesmas Karya Wanita Pekanbaru."

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Pekanbaru, 10 Mei 2023



***KEGIATAN BIMBINGAN REVISI LAPORAN PENELITIAN**

| No. | Tanggal | Jam | Kegiatan | Hasil | Tanda Tangan |
|-----|-----------|-------|-------------------------------|---|---|
| 1. | 10/5/23 | 10.35 | Revisi Laporan Penelitian KTI | <ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan Tujuan dan manfaat disesuaikan dengan kesimpulan dan saran - Perbaikan Keterangan penelitian |  Dr. Ibnu Rusdi, S.Kp. M. Kes |
| 2. | 12/5/23 | 13.30 | Revisi Laporan Penelitian KTI | Perbaikan penulisan bab 4 dan bab 5 KTI |  N.S. Usraleti, M. Kep |
| 3. | 18/5/23 | 14.00 | Revisi Laporan Penelitian KTI | Penambahan pembahasan pada bab 4 dan penambahan daftar pustaka |  N.S. Usraleti, M. Kep |
| 4 | 26/5 2023 | 15.00 | Revisi Laporan Penelitian KTI | Acc setelah seminar hasil KTI |  N.S. Usraleti, M. Kep |
| 5 | 26/5.2023 | 15.25 | Acc naskah KTI | Acc Naskah KTI sudah direvisi pasca Simharde |  Idaupmi Sidi, M. Kes |

*Bimbingan yang dilakukan setelah seminar hasil penelitian