

Lampiran 1: Surat Izin Data Awal Universitas Bhakti Kencana



Jl. Pembangunan No.112 Tarogong Kidul Kab.Garut 44151
(0262) 2248380 - 2800993
bku.ac.id psdku.garut@bku.ac.id

No : 414/03.FKP.LPPM-K.GRT/XII/2024
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Data Awal

Garut, 19 Desember 2024

KepadaYth.
Dinas Kesehatan Kab.Garut
Di Tempat

Assalamualaikumwr.wb.

Berdasarkan kurikulum Prodi D III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut T.A 2024.2025 mahasiswa/i dituntut untuk melaksanakan penelitian berupa karya tulis ilmiah sebagai salah satu dari tiga pilar dalam Pendidikan di Perguruan Tinggi dan sebagai tugas akhir Pendidikan di UBK Garut.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk kesediaannya memberikan data awal kepada Mahasiswa/i kami yang terlampir dibawah ini :

Nama : REGITA PUTRI
NIM : 221FK06117

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum wr.wb.

Hormat Kami
Ketua Panitia

Santi Rinjani, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN. 0430058904



Lampiran 2: Surat Izin Pengambilan Data Awal Dari Badan Kesatuan Dan Politik



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Patriot No.10A, Telp. (0262) 2247473 Garut, Jawa Barat 44151

Nomor : 072/0153-Bakesbangpol/I/2025
Lampiran : 1 Lembar
Perihal : Permohonan Data Awal

Garut, 30 Januari 2025
Kepada :
Yth. Direktur UOBK RSUD
dr. Slamet Garut

Dalam rangka membantu Mahasiswa/i Universitas Bhakti Kencana Garut bersama ini terlampir Keterangan Permohonan Data Awal Nomor : **072/0153-Bakesbangpol/I/2025** Tanggal 30 Januari 2025, Atas Nama **REGITA PUTRI / 221FK06117** yang akan melaksanakan Permohonan Data Awal dengan mengambil lokasi di RSUD dr. Slamet Garut. Demi kelancaran Permohonan Data Awal dimaksud, mohon bantuan dan kerjasamanya untuk membantu Kegiatan tersebut.

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik



Drs. H. NURRODHIN, M.Si.
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19661019 199203 1 005

Tembusan, disampaikan kepada:

1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
2. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Garut;
3. Yth. Ketua Universitas Bhakti Kencana Garut;
4. Arsip.



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Patriot No.10A, Telp. (0262) 2247473 Garut, Jawa Barat 44151

SURAT KETERANGAN PERMOHONAN DATA AWAL

Nomor : 072/0153-Bakesbangpol/I/2025

- a. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168)
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian.
- b. Memperhatikan : Surat dari Universitas Bhakti Kencana Garut, Nomor 412/03.FKP.LPPM-K.GRT/XII/2024 Tanggal 19 Desember 2024

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK, memberikan Surat Keterangan Penelitian kepada:

1. Nama / NPM /NIM/ NIDN : REGITA PUTRI/ 221FK06117
2. Alamat : Kp. Sukaeurih RT/RW 002/011, Ds. Ibun, Kec. Ibun, Kab. Bandung
3. Tujuan : Permohonan Data Awal
4. Lokasi/ Tempat : RSUD dr. Slamet Garut
5. Tanggal Permohonan Data Awal/ Lama Permohonan Data Awal : 30 Januari 2025 s/d 28 Februari 2025
6. Bidang/ Status/ Judul Permohonan Data Awal : Asuhan Keperawatan pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) dengan Masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut
7. Penanggung Jawab : Santi Rinjani, S.Kep., Ners., M.Kep
8. Anggota : -

Yang bersangkutan berkewajiban melaporkan hasil Permohonan Data Awal ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Garut. Menjaga dan menjunjung tinggi norma atau adat istiadat dan Kebersihan, Ketertiban, Keindahan (K3) masyarakat setempat dilokasi Permohonan Data Awal. Serta Tidak melakukan hal-hal yang bertentangan dengan hukum.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik

Tembusan, disampaikan kepada:
1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
2. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Garut;
3. Yth. Ketua Universitas Bhakti Kencana Garut;
4. Arsip.



Drs. H. NURRODHIN, M.Si.
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19661019 199203 1 005

Lampiran 3: Surat Izin Pengambilan Data Awal Dari Dinas Kesehatan Garut



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
DINAS KESEHATAN

Jl. Proklamasi No. 7, Jayaraga, Kec. Tarogong Kidul, Kabupaten Garut, Jawa Barat
44151 web : <https://dinkes.garutkab.go.id> E-mail dinkesgarut1@gmail.com

Nomor : 800.1.11.8/5766/Dinkes
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Permohonan data awal

16 April 2025

Kepada Yth,
Direktur UOBK RSUD dr. Slamet Garut

Di
Tempat

Menindaklanjuti Surat Dari Bakesbangpol Nomor 072/0153-Bakesbangpol/I/2025

Perihal Permohonan data awal Pada Prinsipnya

kami Tidak Keberatan dan Memberikan Izin kepada :

Nama : Regita Putri
NPM : 221FK06117
Tujuan : Permohonan data awal
Lokasi/Tempat : RSUD DR. Slamet Garut
Tanggal/Observasi : 30 April s/d 28 Mei 2025
Bidang/Judul : Asuhan keperawatan pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) dengan masalah intoleransi Aktivitas di ruang agate bawah RSUD dr. Slamet Garut

Untuk Melaksanakan Permohonan data awal di UOBK RSUD dr Slamet Garut

Demikian

agar menjadi maklum

An. Kepala Dinas Kesehatan
Sekretaris
u.b.

Kepala Sub Bagian Umum Dan
Kepegawaian



Engkus Kusman, S.IP MSI
Penata Tingkat 1 NIP.19710620 199103 1 002

Lampiran 4 Surat LOLOS Uji Etik



Jl. Soekarno Hatta No 754 Bandung
☎ 022 7830 760, 022 7830 768
✉ bku.ac.id contact@bku.ac.id

No : 92/KEPK_UBK_GRT/07/2025
Lampiran : -
Perihal : Surat Keputusan Uji Etik

Garut, 08 Juli 2025

Kepada Yth.
Direktur RSUD dr. Slamet Garut
Di Tempat

Assalamualaikum wr.wb.

Berdasarkan kurikulum Universitas Bhakti Kencana (UBK) Garut Tahun Akademik 2024/2025 Mahasiswa/I dituntut untuk membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) sebagai salah satu tugas akhir dan merupakan satu dari tiga pilar dalam pendidikan Perguruan Tinggi. Untuk menjamin keamanan penelitian KTI di UBK Garut harus melalui Uji Etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) dari penelitian yang akan dilaksanakan.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka setelah dilaksanakan Uji Etik Penelitian tersebut kami menyatakan penelitian Mahasiswa/I kami dibawah ini :

Nama : REGITA PUTRI
NIM : 221FK06.....
Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DENGAN MASALAH POLA NAFAS TIDAK EFEKTIF MELALUI TERAPI SLOW DEEP BREATHING DI RSUD dr. SLAMET GARUT TAHUN 2025
Kesimpulan : **LOLOS Uji Etik** untuk bisa dilanjutkan ketahap penelitian

Demikian surat pernyataan ini kami sampaikan dan dapat digunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum wr.wb.

Penelaah KEPK UBK Garut



Ridwan Riadul Jinan, SKM., Ivi.Si.
NIDN : 0424088404



Lampiran 5: Permohonan Menjadi Responden

Surat Permohonan Menjadi Responden

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa dari Universitas Bhakti Kencana Garut:

Nama : Regita Putri

NIM : 221FK06117

Alamat : Kp. Sukaaurih Rt/Rw 002/011 Desa Ibun Kecamatan Ibun Kabupaten Bandung

Akan mengadakan penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Masalah Pola Nafas Tidak Efektif Melalui Terapi Relaksasi *Slow deep breathing* Di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2025”.

Dengan demikian untuk keperluan tersebut saya memohon kesediaan dari saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Selanjutnya saya mengharapkan saudara untuk mengikuti prosedur tindakan yang saya berikan dan jawaban saudara dijamin kerahasiaannya, dan penelitian ini akan bermanfaat semaksimal mungkin untuk mendapatkan treatment tanpa ada kerugian. Jika saudara tidak bersedia menjadi responden, tidak ada sanksi bagi saudara. Atas perhatian dan kerja samanya, saya ucapkan terimakasih.

Peneliti

Regita Putri

Lampiran 6: *Informend Consent*

Persetujuan Responden (*Informed Consent*):

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Agama :

Menyetujui untuk menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Regita Putri

NIM : 221FK06117

Judul Penelitian “Asuhan Keperawatan Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Masalah Pola Nafas Tidak Efektif Melalui Terapi *Slow deep breathing* RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2025”.

Berdasarkan penjelasan yang telah diberikan peneliti, bersama ini saya menyatakan tidak keberatan untuk menjadi responden studi kasus peneliti. Demikian pernyataan ini saya buat, tanpa paksaan dan tekanan dari peneliti.

Garut, 24 Juli 2024

Peneliti

Responden

(Regita Putri)

()

Lampiran 7 Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*):

Saya Regita Putri Nim 221FK060117 adalah peneliti dari Universitas Bhakti Kencana PSDKI Garut dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Masalah Pola Nafas Tidak Efektif Melalui Terapi Slow Deep Breathing Di RSUD Dr Slamet Garut Tahun 2025" dengan beberapa penjelasan sebagai berikut :

1. Tujuan dari penelitian ini untuk melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) dan Penerapan Slow Deep Breathing untuk memaksimalkan pola nafas tidak efektif dan mengurangi sesak nafas RSUD Dr Slamet Garut.
2. Anda dilibatkan dalam penelitian karena dalam penerapan Penerapan Slow Deep Breathing untuk pasien CHF dengan pola nafas tidak efektif. Keterlibatan anda dalam penelitian ini bersifat sukarela.
3. Seandainya anda tidak menyetujui cara ini maka anda dapat memilih cara lain yaitu mengundurkan diri atau anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu anda tidak akan dikenai sanksi apapun
4. Penelitian ini akan berlangsung selama 6-8 jam hari di bulan juli dengan sampel dengan melakukan asuhan keperawatan.
5. Anda akan diberikan imbalan pengganti kompensasi berupa pengetahuan terkait terapi yang dilakukan atas kehilangan waktu/kehidaiannya lainnya.
6. Setelah selesai penelitian, anda akan diberikan informasi tentang hasil penelitian secara umum melalui laporan tertulis.
7. Anda akan mendapatkan informasi tentang keadaan kesehatan anda selama pengambilan data/sampel dengan observasi dan monitoring.
8. Anda akan mendapatkan informasi bila ditemukan temuan yang tidak diharapkan selama penelitian ini.
9. Anda juga akan diinformasikan data lain yang berhubungan dengan keadaan anda yang kemungkinan ditemukan saat pengambilan sampel/data berlangsung.
10. Prosedur pengambilan sampel adalah dengan penelitian deskriptif kualitatif melalui pendekatan studi kasus, melakukan wawancara pengkajian, penemuan diagnosis, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi, cara ini mungkin menyebabkan Rasa sakit dan rasa tidak nyaman yang kemungkinan dialami oleh subjek, dari tindakan/ intervensi/ perlakuan yang diterima selama penelitian, dan kemungkinan bahaya bagi subjek akibat keterlibatan dalam penelitian. Termasuk risiko terhadap kesehatan dan kesejahteraan subjek dan keluarganya.

30. Penelitian ini hanya observasional menggunakan instrument kuisioner, tidak menggunakan catatan medis dan hasil laboratorium perawatan klinis milik anda.
31. Penelitian ini menggunakan sampel Sputum milik anda. Peneliti hanya akan menggunakan sampel tersebut sesuai tujuan penelitian ini dan bila ada sisa sampel akan dilakukan pemusnahan agar tidak disalahgunakan.

ATAU

- Penelitian ini tidak menggunakan catatan medis dan hasil laboratorium perawatan klinis milik anda, sehingga tidak diperlukan pengumpulan, penyimpanan, dan penggunaan bahan biologi.
32. Penelitian ini melibatkan anda sebagai pasien dan anda berhak mengikuti terus penelitian ini atau mengundurkan diri bila terjadi kesalahan dalam intervensi penelitian.

ATAU

- Penelitian ini hanya observasional menggunakan instrument kuisioner, semua responden mendapat perlakuan yang sama dan apabila ada yang membutuhkan tentang informasi tentang kesehatan akan dijelaskan oleh peneliti, termasuk bila ada wanita usia subur.
33. Penelitian ini melibatkan anda sebagai pasien dan anda berhak mengikuti terus penelitian ini atau mengundurkan diri bila terjadi kesalahan dalam penelitian.

ATAU

- Penelitian ini hanya observasional menggunakan instrument kuisioner, semua responden mendapat perlakuan yang sama dan apabila ada yang membutuhkan tentang informasi tentang kesehatan akan dijelaskan oleh peneliti, termasuk bila ada wanita hamil/menyusui
34. Penelitian ini hanya observasional menggunakan instrument kuisioner, semua responden mendapat perlakuan yang sama dan apabila ada yang membutuhkan tentang informasi tentang kesehatan akan dijelaskan oleh peneliti, termasuk disitu bila ada individu yang pernah mengalami atau menjadi korban bencana.
 35. Penelitian ini tidak dilakukan secara online dan tidak menggunakan alat online atau digital.

Saya berharap Saudara bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini dimana saudara akan melakukan pengisian kuisioner yang terkait dengan penelitian. Setelah Saudara membaca maksud dan tujuan penelitian diatas maka saya mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan dibawah ini. Saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Nama : Sihab

Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*):

Saya Regita Putri Nim 221FK060117 adalah peneliti dari Universitas Bhakti Kencana PSDKI Garut dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Masalah Pola Nafas Tidak Efektif Melalui Terapi Slow Deep Breathing Di RSUD Dr Slamet Garut Tahun 2025" dengan beberapa penjelasan sebagai berikut :

1. Tujuan dari penelitian ini untuk melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) dan Penerapan Slow Deep Breathing untuk memaksimalkan pola nafas tidak efektif dan mengurangi sesak nafas RSUD Dr Slamet Garut.
2. Anda dilibatkan dalam penelitian karena dalam penerapan Penerapan Slow Deep Breathing untuk pasien CHF dengan pola nafas tidak efektif. Keterlibatan anda dalam penelitian ini bersifat sukarela.
3. Seandainya anda tidak menyetujui cara ini maka anda dapat memilih cara lain yaitu mengundurkan diri atau anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu anda tidak akan dikenai sanksi apapun
4. Penelitian ini akan berlangsung selama 6-8 jam hari di bulan juli dengan sampel dengan melakukan asuhan keperawatan.
5. Anda akan diberikan imbalan pengganti kompensasi berupa pengetahuan terkait terapi yang dilakukan atas kehilangan waktu/kehidaiannya lainnya.
6. Setelah selesai penelitian, anda akan diberikan informasi tentang hasil penelitian secara umum melalui laporan tertulis.
7. Anda akan mendapatkan informasi tentang keadaan kesehatan anda selama pengambilan data/sampel dengan observasi dan monitoring.
8. Anda akan mendapatkan informasi bila ditemukan temuan yang tidak diharapkan selama penelitian ini.
9. Anda juga akan diinformasikan data lain yang berhubungan dengan keadaan anda yang kemungkinan ditemukan saat pengambilan sampel/data berlangsung.
10. Prosedur pengambilan sampel adalah dengan penelitian deskriptif kualitatif melalui pendekatan studi kasus, melakukan wawancara pengkajian, penemuan diagnosis, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi, cara ini mungkin menyebabkan Rasa sakit dan rasa tidak nyaman yang kemungkinan dialami oleh subjek, dari tindakan/ intervensi/ perlakuan yang diterima selama penelitian, dan kemungkinan bahaya bagi subjek akibat keterlibatan dalam penelitian. Termasuk risiko terhadap kesehatan dan kesejahteraan subjek dan keluarganya.

30. Penelitian ini hanya observasional menggunakan instrument kuisioner, ada menggunakan catatan medis dan hasil laboratorium perawatan klinis untuk anda.
31. Penelitian ini menggunakan sampel sukutun anda. Peneliti hanya akan menggunakan sampel tersebut untuk tujuan penelitian ini dan bila ada apa saja yang akan dilakukan perawatan agar tidak disalahgunakan.
- ATAU
- Penelitian ini tidak menggunakan catatan medis dan hasil laboratorium perawatan klinis untuk anda, sehingga tidak diperlukan persetujuan, penyimpanan, dan penggunaan bahan biologis.
32. Penelitian ini melibatkan anda sebagai pasien dan anda berhak mengikis persetujuan ini atau mengundurkan diri bila terjadi kegagalan dalam intervensi penelitian.
- ATAU
- Penelitian ini hanya observasional menggunakan instrument kuisioner, semua responden mendapat perlakuan yang sama dan apabila ada yang membutuhkan tentang informasi tentang kesehatan akan diberikan oleh peneliti, termasuk bila ada masalah anda.
33. Penelitian ini melibatkan anda sebagai pasien dan anda berhak mengikis persetujuan ini atau mengundurkan diri bila terjadi kesalahan dalam penelitian.
- ATAU
- Penelitian ini hanya observasional menggunakan instrument kuisioner, semua responden mendapat perlakuan yang sama dan apabila ada yang membutuhkan tentang informasi tentang kesehatan akan diberikan oleh peneliti, termasuk bila ada masalah anda/masyarakat.
34. Penelitian ini hanya observasional menggunakan instrument kuisioner, semua responden mendapat perlakuan yang sama dan apabila ada yang membutuhkan tentang informasi tentang kesehatan akan diberikan oleh peneliti, termasuk dokter bila ada individu yang pernah mengalami atau menjadi korban bencana.
35. Penelitian ini tidak dilakukan secara online dan tidak menggunakan alat online atau digital.
- Saya berharap Saudara bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini, dimana saudara akan melakukan pengisian kuisioner yang terkait dengan penelitian. Setelah Saudara membaca maksud dan tujuan penelitian diatas maka saya mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan dibawah ini. Saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Nama : Uddat Kira

3

Tanda tangan : [Signature]

Terimakasih atas kepedulian anda untuk ikut serta di dalam penelitian ini.

Dengan hormat
Peneliti

Saksi

[Signature]
Azzahra ...

[Signature]
Rafiqul ...

4

Lampiran 8: Satuan Acara Penyuluhan (SAP) *Slow deep breathing*

Komponen	Uraian
Hari/Tanggal (Disesuaikan)	
Waktu	30 menit
Tempat	Ruang Penyuluhan / Ruang Rawat Inap
Sasaran	Pasien dan/atau keluarga pasien yang mengalami gangguan pernapasan, kecemasan, atau penyakit kronis seperti gagal jantung
Tujuan Umum	Setelah diberikan penyuluhan, peserta mampu memahami dan mempraktikkan teknik <i>Slow deep breathing</i> secara mandiri.
Tujuan Khusus	Setelah mengikuti penyuluhan, peserta mampu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pengertian <i>slow deep breathing</i>. 2. Menyebutkan manfaat <i>slow deep breathing</i>. 3. Menjelaskan langkah-langkah melakukan <i>slow deep breathing</i>. 4. Mempraktikkan <i>slow deep breathing</i> dengan benar.
Materi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian <i>slow deep breathing</i>. 2. Manfaat <i>slow deep breathing</i>: Menurunkan kecemasan dan stres, Meningkatkan oksigenasi, Menurunkan tekanan darah dan detak jantung, Meningkatkan relaksasi 3. Langkah-langkah <i>slow deep breathing</i>: Duduk dengan nyaman atau berbaring. Letakkan satu tangan di dada dan satu di perut. Tarik napas perlahan melalui hidung selama 4 detik, rasakan perut mengembang. Tahan napas selama 2 detik. Hembuskan napas perlahan melalui mulut selama 6 detik. Ulangi 5–10 kali.
Metode	Ceramah, demonstrasi, tanya jawab, praktik langsung
Media / Alat Bantu	Leaflet, gambar anatomi pernapasan, stopwatch
Waktu & Kegiatan	
Waktu	Kegiatan
-----	-----
5 menit	Pembukaan: Salam, pengenalan, penjelasan tujuan
10 menit	Penyampaian materi: penjelasan teori dan manfaat

Komponen	Uraian
5 menit	Demonstrasi oleh penyuluh
5 menit	Praktik oleh peserta dan evaluasi
5 menit	Tanya jawab dan penutup

Lampiran 9: Brosur CHF

BROSUR EDUKASI PASIEN: GAGAL JANTUNG (CONGESTIVE HEART FAILURE / CHF)

Apa itu Gagal Jantung?

Gagal jantung adalah kondisi ketika jantung tidak mampu memompa darah secara efisien ke seluruh tubuh. Akibatnya organ dan jaringan tidak dapat-
katkan cukup oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan.

Penyebab Gagal Jantung:

- Tekanan darah tinggi (hipertensi)
- Penyakit jantung koroner
- Serangan jantung sebenarnya
- Penyakit katup jantung
- Kelainan otot jantung (kardiomiopati)
- Aritmia (gangguan irama jantung)

Gejala Gagal Jantung:

- Sesak napas, terutama saat beraktivitas atau rebaring
- Kelelahan berlebihan
- Bengkak pada kaki, pergelangan, atau perut
- Batuk kronis atau mengi
- Denyut jantung cepat atau tidak teratur
- Penambahan berat badan tiba-tiba (karena retensi cairan)

Penanganan dan Pengobatan:

• Obat-obatan:

- Diuretik (mengurangi cairan berlebih)
- ACE inhibitor / ARB (menurunkan tekanan darah dan memperbaiki fungsi jantung)
- Batu kronis atau mengi
- Obat lain sesuai anjuran dokter

Kapan Harus Segera ke Dokter?

- Sesak napas tiba-tiba
- Nyeri dada
- Pingsan atau hampir pingsan
- Bengkak yang semakin parah
- Berat badan naik >2kg dalam 2 hari

Pesan Penting:

Gagal jantung tidak bisa disembuhkan, tetapi bisa kendalikan dengan pengobatan dan gaya hidup sehat. Kerja sama antara pasien dan tenaga kesehatan sangat penting untuk kualitas hidup yang lebih baik.

Lampiran 10: Brosur *Slow deep breathing*



Slow Deep Breathing adalah teknik pernapasan yang dilakukan secara lambat dan dalam untuk membantu tubuh menjadi lebih rileks, mengurangi stres, serta meningkatkan oksigenasi tubuh.

MANFAAT SLOW DEEP BREATHING

- ✓ Mengurangi stres dan kecemasan
- ✓ Sebelum tidur untuk membantu relaksasi
- ✓ Meningkatkan fokus dan konsentrasi
- ✓ Mengurangi ketegangan otot
- ✓ Saat terjebak macet

CARA MELAKUKAN SLOW DEEP BREATHING

1. Duduk atau berbaring dalam posisi yang nyaman.
2. Pejamkan mata, jika memungkinkan.
3. Tarik napas dalam lewat hidung selama **4 detik** (perut mengembang).
4. Tahan napas selama **4 detik**.
5. Hembuskan napas perlahan lewat mulut selama **6 detik** (perut mengempis).
6. Ulangi selama 5–10 menit atau sampai merasa lebih tenang.

TIPS TAMBAHAN

- 🕒 Lakukan di tempat tenang
- 🔇 Matikan notifikasi ponsel
- 🎧 Bisa dibantu dengan musik relaksasi
- 📅 Latihan secara teratur untuk hasil optimal

TIPSTAN semaksimal mungkin per merencanakan orang peratapan sanja asma COPD berlatar konsultasi kesehatan belum umum.



Lampiran 11: Standar Operasional Prosedur Terapi

Berikut ini merupakan standar operasional *slow deep breathing* pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) :

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR	SOP <i>SLOW DEEP BREATHING</i>
Pengertian	Suatu bentuk asuhan keperawatan berupa teknik bernapas secara lambat, dalam, dan rileks, yang dapat memberikan respon relaksasi.
Tujuan	<p>Meningkatkan dan mengontrol pertukaran gas, untuk mengurangi kinerja bernapas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan anxietas, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot yang tidak berguna dan tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas.</p> <p>Indikasi teknik <i>slow deep breathing</i> meliputi pasien dengan sesak napas akibat gagal jantung, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), asma, atau kondisi stres dan kecemasan yang memperberat pernapasan. Teknik ini juga bermanfaat untuk pasien pasca operasi yang memerlukan peningkatan ventilasi paru dan untuk meningkatkan kontrol pernapasan.</p> <p>Kontraindikasi <i>slow deep breathing</i> antara lain pada pasien dengan gangguan kesadaran, insufisiensi pernapasan berat yang membutuhkan</p>

	<p>ventilasi mekanik, trauma dada yang parah, atau kondisi di mana meningkatkan volume pernapasan bisa memperburuk keadaan, seperti pneumotoraks yang tidak teratasi atau emboli paru aktif.</p>
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memberi tahu dan menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur yang akan dilakukan, tujuan, dan manfaatnya agar pasien merasa tenang dan kooperatif. 2) Menjaga privasi pasien dengan menutup tirai atau pintu ruangan agar pasien merasa aman dan nyaman. 3) Menciptakan suasana nyaman, misalnya dengan pencahayaan yang redup, suhu ruangan yang sesuai, dan posisi pasien yang ergonomis (semi Fowler atau Fowler). 4) Memeriksa status pernapasan pasien sebelum terapi: <ul style="list-style-type: none"> • Observasi frekuensi napas, pola napas, dan kedalaman napas. • Periksa adanya penggunaan otot bantu napas (otot leher, dada atas). • Dengarkan suara napas untuk mendeteksi adanya wheezing, ronki, atau tanda gangguan ventilasi. • Monitor saturasi oksigen dengan pulse oximeter jika tersedia. • Tanyakan keluhan sesak napas atau nyeri dada yang mungkin mengganggu latihan pernapasan.

-
- 5) Pastikan pasien dalam kondisi sadar dan mampu mengikuti instruksi pernapasan.
 - 6) Siapkan alat bantu jika diperlukan (misalnya oksigen) dan alat monitoring tanda vital selama latihan.

Pelaksanaan

1. Meminta pada pasien agar rileks dan tenang. Tubuh dalam posisi yang nyaman dan menyenangkan bagi pasien, misalnya: duduk di kursi dengan sandaran atau berbaring di tempat tidur dengan menggunakan bantal sebagai alas kepala.
 2. Memastikan posisi tulang belakang pasien dalam keadaan lurus. Tungkai dan kaki tidak menyilang dan seluruh badan rileks (termasuk lengan dan paha).
 3. Meminta pasien mengucapkan dalam hati bahwa dalam waktu 5 menit tubuh akan kembali stabil, tenang, dan rileks.
 4. Meminta pasien meletakkan satu tangan pada abdomen(perut) dan tangan yang lain pada dada. Lutut difleksikan (ditekuk) dan mata dipejamkan.
 5. Meminta pasien mulai menarik napas dalam dan lambat melalui hidung sehingga udara masuk ke dalam paru-paru secara perlahan. Rasakan pergerakan abdomen akan mengembang dan minimalisir pergerakan dada. Inspirasi dapat dilakukan dalam hitungan 1..2..3..4..5..6.. sambil mengucapkan kata/ungkapan pendek dalam hati, seperti: "Saya". Kemudian menahan napas selama 3 detik.
 6. Meminta pasien menghembuskan napas (ekspirasi) secara perlahan melalui mulut, dengan
-

	<p>mengerutkan bibir seperti ingin bersiul (pursed lip breathing) dilakukan tanpa bersuara. Ekspirasi dapat dilakukan. dalam hitungan 1..2..3..4..5..6.. sambil mengucapkan kata atau ungkapan pendek (frasa) dalam hati, seperti: "rileks atau tenang Jangan melakukan ekspirasi kuat karena dapat meningkatkan turbulensi di airway/jalan napas akibat bronchospasme. Saat ekspirasi, rasakan abdomen mengempis/datar sampai paru-paru tidak terisi dengan udara.</p> <p>7. Meminta pasien mengulangi prosedur dengan menarik napas lebih dalam dan lebih lambat. Fokus dan rasakan tubuh benar-benar rileks "Bayangkan sedang duduk di bawah air terjun atau shower dan air membasuh serta menghilangkan perasaan tegang, gelisah, cemas, dan pikiran mengganggu yang sedang dirasakan". Prosedur dilakukan 15 menit selama 3 kali sehari atau kapanpun saat merasakan ketegangan.</p> <p>8. Untuk mengakhiri relaksasi napas dalam, secara perlahan-lahan meminta pasien untuk melakukan stretching atau peregangan otot tangan, kaki, lengan dan seluruh tubuh.</p> <p>9. Meminta pasien membuka mata perlahan-lahan dan nikmati seperti matahari terbit pada pagi hari dan mulai bernapas normal kembali. Duduk dengan tenang beberapa saat (selama 2 menit) kemudian melanjutkan aktivitas.</p>
Evaluasi	<p>1) Cek kembali frekuensi pernapasan</p> <p>2) Cek kembali Tanda-tanda vital</p> <p>3) Ekspresi wajah tampak lebih rileks, otot-otot wajah tidak tegang.</p>

4) Tidak ditemukan tanda-tanda gelisah

Dokumentasi

Tanggal/Waktu:

Diagnosa Keperawatan: Pola napas tidak efektif

Tindakan:

- 1) Mengajarkan teknik *Slow deep breathing*
- 2) Pelaksanaan 5 siklus latihan pernapasan selama ± 15 menit (1 menit tiap siklus, istirahat 2 menit)

Evaluasi:

- 1) Frekuensi napas:
 - 2) Nadi:
 - 3) Wajah tampak rileks, otot wajah tidak tegang
 - 4) Tidak tampak gelisah, pasien duduk tenang dan kooperatif
-

Mengetahui

Pembimbing I

Pembimbing II

Ns. Iman Nurjaman, M.Kep

Ns. Winasari Dewi, M.Kep

Lampiran 12: Kuesioner Evaluasi *Slow deep breathing* Pasien 1

<p>Lampiran 9: Kuesioner Evaluasi <i>Slow Deep Breathing</i> KUESIONER EVALUASI TERAPI SLOW DEEP BREATHING</p> <p>Petunjuk Pengisian: Silakan beri tanda (✓) pada jawaban yang paling sesuai dengan kondisi Anda setelah mengikuti terapi <i>Slow Deep Breathing</i>. Jawaban Anda sangat membantu untuk meningkatkan kualitas pelayanan.</p> <p>Identitas Responden</p> <ul style="list-style-type: none"> Nama (opsional): <u>11.6.E</u> Usia: <u>62</u> tahun Jenis Kelamin: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input checked="" type="checkbox"/> Perempuan Diagnosa medis (opsional): <u>CHF</u> Frekuensi terapi SDB: <u>3</u> kali/hari Durasi tiap sesi: <u>5-10</u> menit <hr/> <p>Bagian A – Efektivitas Terapi</p> <ol style="list-style-type: none"> Setelah melakukan terapi SDB, saya merasa lebih rileks. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Saya merasakan penurunan tingkat stres atau kecemasan setelah melakukan terapi. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Saya merasakan pemerasan saya menjadi lebih teratur dan dalam. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Terapi ini membantu saya mengurangi keluhan fisik (misalnya nyeri dada, sesak napas, sakit kepala). <input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input checked="" type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Selalu <hr/> <p>Bagian B – Kenyamanan dan Kepuasan</p> <ol style="list-style-type: none"> Saya merasa nyaman saat menjalani terapi SDB. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju 	<ol style="list-style-type: none"> Intuk a atau panduan yang ada dalam modul di dalam. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Saya bersedia melanjutkan terapi SDB secara rutin. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju <hr/> <p>Bagian C – Persepsi Manfaat</p> <ol style="list-style-type: none"> Menurut saya, terapi ini memberikan manfaat bagi kesehatan fisik saya. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Terapi ini membantu saya lebih fokus dan tenang dalam aktivitas sehari-hari. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input checked="" type="checkbox"/> Netral <input type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Saya akan merekomendasikan terapi ini kepada orang lain. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju <hr/> <p>Bagian D – Saran dan Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> Apakah Anda menyukai dari terapi <i>Slow Deep Breathing</i> ini? <i>bagian terapi ini mulai memberikan manfaat yang lebih signifikan</i> Apakah perlu diperbaiki dari pelaksanaan terapi ini? <ul style="list-style-type: none"> - Durasi dan frekuensi belum konsisten - Kurangnya pemahaman pasien /klien
---	---

Lampiran 9: Kuesioner Evaluasi Slow Deep Breathing
KUESIONER EVALUASI TERAPI SLOW DEEP BREATHING

Petunjuk Pengisian:

Silakan beri tanda (✓) pada jawaban yang paling sesuai dengan kondisi Anda setelah mengikuti terapi Slow Deep Breathing. Jawaban Anda sangat membantu untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

Identitas Responden

- Nama (opsional): De E
- Tidak: 60 tahun
- Jenis Kelamin: ☐ Laki-laki ☒ Perempuan
- Diagnosis medis (opsional): CHF
- Frekuensi terapi SDB: 3 kali/hari
- Durasi tiap sesi: 5-10 menit

Bagian A - Efektivitas Terapi

- Setelah melakukan terapi SDB, saya merasa lebih rileks.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☐ Netral ☒ Setuju ☐ Sangat Setuju
- Saya merasakan penurunan tingkat stres atau kecemasan setelah melakukan terapi.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☐ Netral ☒ Setuju ☐ Sangat Setuju
- Saya merasakan pemupasan saya menjadi lebih teratur dan dalam.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☐ Netral ☒ Setuju ☐ Sangat Setuju
- Terapi ini membantu saya mengurangi keluhan fisik (misalnya nyeri dada, sesak napas, sakit kepala).
☐ Tidak Pernah ☐ Jarang ☒ Kadang-kadang ☐ Sering ☐ Selalu

Bagian B - Kenyamanan dan Kepatuhan

- Saya merasa nyaman saat menjalani terapi SDB.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju

- Insuksi atau panduan yang diberikan mudah diikuti.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
- Saya bersedia melanjutkan terapi SDB secara rutin.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☒ Setuju ☐ Sangat Setuju

Bagian C - Persepsi Manfaat

- Motivasi saya, terapi ini memberikan manfaat bagi kesehatan fisik saya.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☐ Netral ☒ Setuju ☐ Sangat Setuju
- Terapi ini membantu saya lebih fokus dan tenang dalam aktivitas sehari-hari.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
- Saya akan merekomendasikan terapi ini kepada orang lain.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju

Bagian D - Saran dan Masukan

- Apakah Anda sudah dari terapi Slow Deep Breathing ini?
Saya mulai lebih terbiasa dan nyaman dengan time pemaparan
- Apakah perlu diperbaiki dari pelaksanaan terapi ini?
*- Durasi dan frekuensi belum konsisten
- Kurangnya pemahaman pasien / klien*

Lampiran 9: Kuesioner Evaluasi Slow Deep Breathing
KUESIONER EVALUASI TERAPI SLOW DEEP BREATHING

Petunjuk Pengisian:

Silakan beri tanda (✓) pada jawaban yang paling sesuai dengan kondisi Anda setelah mengikuti terapi Slow Deep Breathing. Jawaban Anda sangat membantu untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

Identitas Responden

- Nama (opsional): De E
- Tidak: 60 tahun
- Jenis Kelamin: ☐ Laki-laki ☒ Perempuan
- Diagnosis medis (opsional): CHF
- Frekuensi terapi SDB: 3 kali/hari
- Durasi tiap sesi: 5-10 menit

Bagian A - Efektivitas Terapi

- Setelah melakukan terapi SDB, saya merasa lebih rileks.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☐ Netral ☒ Setuju ☐ Sangat Setuju
- Saya merasakan penurunan tingkat stres atau kecemasan setelah melakukan terapi.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
- Saya merasakan pemupasan saya menjadi lebih teratur dan dalam.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
- Terapi ini membantu saya mengurangi keluhan fisik (misalnya nyeri dada, sesak napas, sakit kepala).
☐ Tidak Pernah ☐ Jarang ☒ Kadang-kadang ☐ Sering ☐ Selalu

Bagian B - Kenyamanan dan Kepatuhan

- Saya merasa nyaman saat menjalani terapi SDB.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju

- Insuksi atau panduan yang diberikan mudah diikuti.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
- Saya bersedia melanjutkan terapi SDB secara rutin.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☒ Setuju ☐ Sangat Setuju

Bagian C - Persepsi Manfaat

- Motivasi saya, terapi ini memberikan manfaat bagi kesehatan fisik saya.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
- Terapi ini membantu saya lebih fokus dan tenang dalam aktivitas sehari-hari.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
- Saya akan merekomendasikan terapi ini kepada orang lain.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju

Bagian D - Saran dan Masukan

- Apakah Anda sudah dari terapi Slow Deep Breathing ini?
Edukasi mengenai risiko yang kemungkinan terjadi, beberapa manfaat
- Apakah perlu diperbaiki dari pelaksanaan terapi ini?
*- Durasi dan frekuensi belum konsisten
- Kurangnya pemahaman pasien / klien*

Lampiran 13 Kuesioner Evaluasi *Slow deep breathing* Pasien 2

<p>Lampiran 9: Kuesioner Evaluasi <i>Slow Deep Breathing</i> KUESIONER EVALUASI TERAPI SLOW DEEP BREATHING</p> <p>Peringkat Pengisian: Silakan beri tanda (<u>✓</u>) pada jawaban yang paling sesuai dengan kondisi Anda setelah mengikuti terapi <i>Slow Deep Breathing</i>. Jawablah Anda sangat membantu untuk meningkatkan kualitas pelayanan.</p> <p>Identitas Responden</p> <ul style="list-style-type: none"> Nama (opsional): <u>Fitri - 20</u> Usia: <u>29</u> tahun Jenis Kelamin: <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan Diagnosa medis (opsional): <u>Hipertensi</u> Frustrasi terapi SDB: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Durasi tiap sesi: <u>5</u> - <u>10</u> menit <p>Bagian A – Efektivitas Terapi</p> <ol style="list-style-type: none"> Setelah melakukan terapi SDB, saya merasa lebih rileks. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Saya merasakan penurunan tingkat stres atau kecemasan setelah melakukan terapi. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Saya merasakan peningkatan saya menjadi lebih tenang dan damai. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Terapi ini membantu saya mengurangi keluhan fisik (misalnya nyeri dada, sesak napas, sakit kepala). <input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input checked="" type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Selalu <p>Bagian B – Kenyamanan dan Kepuasan</p> <ol style="list-style-type: none"> Saya merasa nyaman saat menjalani terapi SDB. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju 	<ol style="list-style-type: none"> Intensitas atau perasaan yang diberikan setelah latihan. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Saya merasa nyaman dengan terapi SDB secara umum. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju <p>Bagian C – Peringkat Manfaat</p> <ol style="list-style-type: none"> Manfaat saya terapi ini memberikan manfaat bagi kesehatan fisik saya. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Terapi ini membantu saya lebih fokus dan tenang dalam aktivitas sehari-hari. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Saya akan merekomendasikan terapi ini kepada orang lain. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju <p>Bagian D – Satis dan Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> Apakah Anda akan melakukan terapi <i>Slow Deep Breathing</i> ini? <u>meningkatkan fokus dan konsentrasi</u> Apakah perlu diberikan dan pelaksanaan terapi ini? <u>kurangnya panduan yang jelas</u> <u>kurang waktu latihan / setiap</u> <u>perlu waktu lebih banyak dalam tiap</u>
<p>Lampiran 9: Kuesioner Evaluasi <i>Slow Deep Breathing</i> KUESIONER EVALUASI TERAPI SLOW DEEP BREATHING</p> <p>Peringkat Pengisian: Silakan beri tanda (<u>✓</u>) pada jawaban yang paling sesuai dengan kondisi Anda setelah mengikuti terapi <i>Slow Deep Breathing</i>. Jawablah Anda sangat membantu untuk meningkatkan kualitas pelayanan.</p> <p>Identitas Responden</p> <ul style="list-style-type: none"> Nama (opsional): <u>Fitri - 20</u> Usia: <u>29</u> tahun Jenis Kelamin: <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan Diagnosa medis (opsional): <u>Hipertensi</u> Frustrasi terapi SDB: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Durasi tiap sesi: <u>5</u> - <u>10</u> menit <p>Bagian A – Efektivitas Terapi</p> <ol style="list-style-type: none"> Setelah melakukan terapi SDB, saya merasa lebih rileks. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Saya merasakan penurunan tingkat stres atau kecemasan setelah melakukan terapi. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Saya merasakan peningkatan saya menjadi lebih tenang dan damai. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Terapi ini membantu saya mengurangi keluhan fisik (misalnya nyeri dada, sesak napas, sakit kepala). <input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input checked="" type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Sering <input type="checkbox"/> Selalu <p>Bagian B – Kenyamanan dan Kepuasan</p> <ol style="list-style-type: none"> Saya merasa nyaman saat menjalani terapi SDB. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju 	<ol style="list-style-type: none"> Intensitas atau perasaan yang diberikan setelah latihan. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Saya merasa nyaman dengan terapi SDB secara umum. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju <p>Bagian C – Peringkat Manfaat</p> <ol style="list-style-type: none"> Manfaat saya terapi ini memberikan manfaat bagi kesehatan fisik saya. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Terapi ini membantu saya lebih fokus dan tenang dalam aktivitas sehari-hari. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju Saya akan merekomendasikan terapi ini kepada orang lain. <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Tidak Setuju <input type="checkbox"/> Netral <input checked="" type="checkbox"/> Setuju <input type="checkbox"/> Sangat Setuju <p>Bagian D – Satis dan Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> Apakah Anda akan melakukan terapi <i>Slow Deep Breathing</i> ini? <u>membantu mengurangi stres</u> Apakah perlu diberikan dan pelaksanaan terapi ini? <u>kurangnya konsistensi pelaksanaan</u> <u>perlu waktu lebih banyak dalam tiap</u>

Lampiran 9: Kuisioner Evaluasi Slow Deep Breathing
RT, SUSANA, EVELLE, AGOT, JASRI, NIKHA, ELLI, PHREACHING

Petunjuk Pengisian:
Silahkan beri tanda (X) pada jawaban yang paling sesuai dengan kondisi Anda setelah mengikuti terapi Slow Deep Breathing. Jawaban Anda sangat menentukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

Identitas Responden

- Nama responden : Tn M
- Usia : 39 tahun
- Jenis kelamin : Di laki-laki ☐ Perempuan
- Bagaimana kondisi responden : Di baik
- Frekuensi terapi SDB : 3 kali/hari
- Durasi terapi : 15-20 menit

Bagian A – Efektivitas Terapi

1. Setelah melakukan terapi SDB, saya merasa lebih rileks.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
2. Saya merasakan penurunan tingkat stres atau kecemasan setelah melakukan terapi.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
3. Saya merasa cukup pemupukan saya mempunyai lebih teratur dan dalam.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
4. Terapi ini membantu saya mengurangi keluhan fisik (misalnya nyeri dada, sakit kepala, sakit punggung).
☐ Tidak Pernah ☐ Jarang ☒ Kadang-kadang ☐ Sering ☐ Selalu

Bagian B – Kenyamanan dan Kepuasan

5. Saya merasa nyaman saat melakukan terapi SDB.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju

6. Terapi ini membantu saya lebih mudah tidur.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
7. Saya lebih mudah melakukan terapi SDB secara rutin.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju

Bagian C – Persepsi Manfaat

8. Manfaatnya, terapi ini memberikan manfaat bagi kesehatan fisik saya.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
9. Terapi ini membantu saya lebih fokus dan semangat dalam aktivitas sehari-hari.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju
10. Saya akan merekomendasikan terapi ini kepada orang lain.
☐ Sangat Tidak Setuju ☐ Tidak Setuju ☒ Netral ☐ Setuju ☐ Sangat Setuju

Bagian D – Saran dan Masukan

11. Apa yang Anda sukai dari terapi Slow Deep Breathing ini?
memberikan pikiran dan tubuh dengan lebih rileks
12. Apa yang perlu diperbaiki dan pelaksanaan terapi ini?
memberikan panduan yang jelas
Demonstrasi teknik / tempat
posisi tubuh saat latihan belum tepat

Lampiran 14: Format Pengkajian Keperawatan Dasar

a. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a) Identitas Pasien

Nama	:	
TTL	:	
Umur	:	
Jenis kelamin	:	
Agama	:	
Pendidikan	:	
Pekerjaan	:	
Status pernikahan	:	
Suku /Bangsa	:	
Tanggal asuk RS	:	Jam
Tanggal pengkajian	:	Jam
Tanggal /rencana operasi	:	Jam
No. Medrec	:	
Diagnosa Medis	:	
Alamat	:	

b) Identitas Penanggung Jawab Nama :

Umur	:	
Jenis Kelamin	:	
Pendidikan	:	
Pekerjaan	:	
Agama	:	
Hubungan dengan klien	:	
Alamat	:	

c) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

(a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Menguraikan saat keluhan pertama kali dirasakan, tindakan yang dilakukan sampai klien datang ke RS, tindakan yang sudah dilakukandi rumah sakit sampai klien menjalani perawatan.

(b) Keluhan Utama Saat Di kaji

Keluhan yang paling dirasakan oleh klien saat dikaji, diuraikan dalam konsep PQIRST dalam bentuk narasi

- (1) Provokatif dan paliatif : apa penyebabnya apa yang memperberat dan apa yang mengurangi
- (2) *Quality* /kuantitas : dirasakan seperti apa, tampilanya, suaranya, berapa banyak
- (3) *Region* /radiasi : lokasinya dimana , penyebarannya
- (4) *Saverity* /scale : intensitasnya (skala) pengaruh terhadap aktifitas
- (5) *Timing* : kapan muncul keluhan, berapa lama, bersipat (tiba- tiba, sering, bertahap)

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Mengidentifikasi riwayat kesehatan yang memiliki hubungan dengan klien dengan atau memperberat keadaan penyakit yang sedang diderita saat ini. Termasuk faktor predisposisi penyakit.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengidentifikasi apakah di keluarga ada riwayat penyakit menular atau turunan atau keduanya

- (a) Bila ditemukan riwayat penyakit menular di buat struktur keluarga, dimana diidentifikasi individu – individu yang tinggal serumah bukan genogram
- (b) Bila ditemukan riw. Penyakit keturunan dibuat genogram minimal 3 generasi

b) Pola aktivitas sehari-hari

Meliputi pola *activity daily living* (ADL) antara kondisi sehat dan sakit, diidentifikasi hal-hal yang memperburuk kondisi klien saat ini dari aspek ADL. Meliputi:

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi		
	Jenis Porsi		
	Keluhan		
	b. Minum		
	Frekuensi		
	Jumlah		
	Jenis		
	Keluhan		
2	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi		
	Warna Bau		
	Keluhan		
	b. BAK		
	Frekuensi		
	Jumlah		

a) Program dan Rencana Pengobatan

Therapy yang diberikan diidentifikasi mulai nama obat, dosis, waktu, cara pemberian

Jenis Terapi	Dosis	Cara pemberian	Waktu

2. Analisa Data

Melakukan interpretasi data data senjang dengan tinjauan patofisiologi

No	Data	Etiologi	Masalah
1			

Kelompok data senjang yang menunjang masalah dikelompokkan dalam data Subjektif dan objektif
Interpretasi data senjang secara ilmiah/fatofisiologi untuk setiapkelompok data senjang sehinggamemunculkan masalah
Rumusan masalah keperawatan

b. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

Diagnosa keperawatan disusun dalam format PES (problem, etiologi, simtomp orsign).

Daftar diagnosa keperawatan disusun berdasarkan prioritas masalah.

Diagnosa yang digunakan merujuk pada Standar Diagnosis KeperawatanIndonesia (SDKI)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Nama Perawat	Tanda Tangan
1				

c. Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan
1			

1. Rumusan tujuan mengandung konsep SMART dan mengandung kriteria indikator diagnosa keperawatan teratasi, merujuk pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

2. Rencana tindakan keperawatan dibuat secara eksplisit dan spesifik, merujuk pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

3. Rasional

Berisi mekanisme pencapaian hasil melalui tindakan yang dilakuakn berupa tujuan dri satu tindakan

Salah : distraksi mengurangi nyeri

Benar : distraksi bekerja di corteks serebri dengan mengalihkan persepsi nyeri pada persepsi objek yang dilihat

a. Implementasi

Pelaksanaan implementasi dan dilakukan evaluasi secara formatif setelah tindakan

DP	Tanggal	Jam	Tindakan	Nama & Ttd
1		09.00	Tindakan : Hasil :	

b. Evaluasi

1. Evaluasi formatif dituliskan sebagai hasil dari suatu tindakan yang dicatat dalam format implementasi
2. Evaluasi sumatif berupa pemecahan masalah diagnosa keperawatan dalam bentuk catatan perkembangan (SOAPIER) yang dibuat bila :
 1. Kerangka waktu di tujuan tercapai
 2. Diagnosa tercapai sebelum waktu di tujuan
 3. Terjadi perburukan kondisi
 4. Muncul masalah baru

Tanggal	DP	Evaluasi Sumatif	Nama
		& Ttd S : O : A : P : I : E : R :	

Lampiran 15 Surat Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN CONGESTIVE HEART
FAILURE (CHF) DENGAN MASALAH POLA NAFAS
TIDAK EFEKTIF MELALUI TERAPI SLOW
DEEP BREATHING DI RSUD DR. SLAMET
GARUT TAHUN 2025**

REGITA PUTRI



221FK06117

Disetujui oleh pembimbing untuk mengajukan Ujian Sidang Akhir pada Program

Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Garut, Juli 2025

Menyetujui

Pembimbing 1	Pembimbing 2
	
Ns. Iman Nurjaman, MKep NIDN: 418099005	Ns. Winasari Dewi, MKep NIDN: 042909890

Lampiran 16 Dokumentasi Penelitian

Dokumentasi Pasien 1



Dokumentasi Pasien 2



Lampiran 17: Catatan Bimbingan



12.03.00/FRM-03/CAB.GRT-SPMI


CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Regita Putri
NIM : 221FK06117
Judul Proposal :
Nama Pembimbing :
Ns. Iman Nurjaman
S.kep., Ner. M.Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Rabu/ 22 Januari 2025	<ul style="list-style-type: none">- Pengajuan judul- Sesuaikan buku panduan- Pemilihan judul- cari artikel yang sesuai dengan terapi- perbaiki studi pendahuluan sesuaikan dengan fenomena masalah- lanjutkan ke bab 2-3	

CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Regita Putri
NIM : 221FK06117
Judul Proposal :
Nama Pembimbing :
Ns.Iman Nurjaman.
S.Kep., Ners., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	10 Maret 2025	<ul style="list-style-type: none"> - BAB 1 <ul style="list-style-type: none"> 1. Intervensi masih belum terfokus apakah mau ROM atau Mobilisasi dini 2 hal yg berbeda - BAB 2 <ul style="list-style-type: none"> 1. Konsep ROM 2. Pengertian 3. Tujuan 4. Manfaat 5. SPO ROM - BAB 3 <ul style="list-style-type: none"> 1. Metode Kualitatif tambahkan - Lengkapi lampiran: - Surat2, Kampus, Kesbangpol, Dinkes, RSUD - SPO Pembimbing (ttd pembimbing) - Lembar Edukasi ROM - Lembar Edukasi CHF - Format Askep - Bukti Cek Plagiarisme - Semua tabel hanya horizontal tidak vertikal 	

CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Regita Putri


NIM : 221FK06117

Judul Proposal :

Nama Pembimbing :


Ns.Iman Nurjaman.

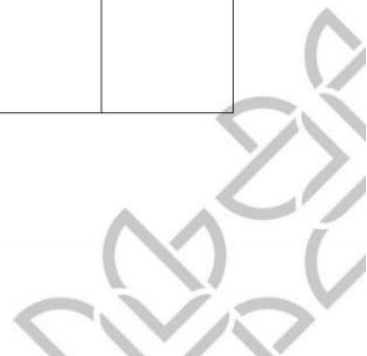
S.Kep., Ners., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	11 April 2025	<ul style="list-style-type: none">- Intervensi harus berdasarkan SDKI SLKI dan SIKI- Media Edukasi leaflet atau poster	

CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Regita Putri
NIM : 221FK06117
Judul Proposal :
Nama Pembimbing :
Ns.Iman Nurjaman.
S.Kep., Ners., M.Kep


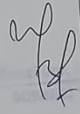
No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	30 April 2025	<ul style="list-style-type: none"> - Buat Daftar isi - Lengkapi lampiran: - Surat2, Kampus, Kesbangpol, Dinkes, RSUD - Media Edukasi ROM - Media Edukasi CHF - Bukti Cek Plagiarisme 	





CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Regita Putri
NIM : 221FE06112
Judul Proposal : ACUAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CHF DENGAN MASALAH POLA NAFAS
TIDAK EFEKTIF MELALUI TERAPI SLOW DEEP BREATHING
Nama Pembimbing : Hc. Winarni Dewi, M. Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	19/5/2025	<p>* BAB I :</p> <ul style="list-style-type: none">- Update & lengkapi data- Jurnal hasil penelitian terdahulu lengkapi- Tujuan & manfaat lengkapi <p>* BAB II :</p> <ul style="list-style-type: none">- Patof fisiologi- Penatalaksanaan sesuaikan- SOP perbaikan, konsep terapi lengkapi- Format askep sesuaikan- Analisa data, implementasi, & evaluasi perbaikan <p>* BAB III :</p> <ul style="list-style-type: none">- Desain penelitian perbaikan- Kriteria Sampel lengkapi	 

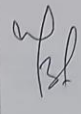
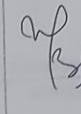
- Tahapan penelitian lengkapi
- DO belum ada
- Pengumpulan data & instrumen lengkapi
- Analisa data & etika lengkapi

* Daftar pustaka perbaikan

* Buat lampiran, kata pengantar dll

CATATAN BIMBINGAN

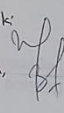
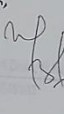
Nama Mahasiswa : Regia Putri
 NIM : 2217K06117
 Judul Proposal :
 Nama Pembimbing : Ms. Wina Sari Dewi, M. Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	21/5/2025	- Daftar isi dll perbaikan lengkap - Lampiran perbaikan + lengkap - BAB II: * Konsep Rx Kap tambahkan * Konsep terapi: lengkap, SOP perbaikan * Konsep askep: perbaiki sesuai, implementasi + evaluasi sesuai - BAB III: * Desain penelitian lengkap * Kriteria Sampel perbaiki * Definisi operasional belum ada * Instrumen lengkap * Belum ada pengolahan data	 

- Daftar pustaka perbaikan
 - Perbaikan lain ref di draft

CATATAN BIMBINGAN

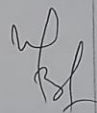
Nama Mahasiswa : Regita Putri
NIM : 2217K06117
Judul Proposal : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CHTS DENGAN MASALAH POLA NAFAS TIDAK EFEKTIF MELALUI TERAPI PERKARSI SLOW DEEP BREATHING
Nama Pembimbing : Ns. Winarni Dewi, M.Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	15/5/2025	<p>* BAB I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinkronisasi antarpargraf perbaiki - Data perbandingan lengkap - Justifikasi pemilihan tempat, tema, responden, terapi per jelas - Hasil Stufen lengkap - Peran perawat per jelas - Rumusan, tujuan, manfaat perbaiki <p>* BAB II:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsep penyakit: pathway perbaiki, penata ESIH lengkap - Konsep Dx Kp belum ada - Konsep terapi: lengkap, SOP perbaiki - Konsep askep: sesuaikan format askepnya, per jelas analisa data intervensi, implementasi, evaluasi 	 

* Perbaikan lain cek di draft

CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Regita Putri
 NIM : 2215060117
 Judul Proposal : Asuhan keperawatan pada pasien CHF dengan masalah intoleransi aktivitas di ruang agate bawah RSUD Li-Slamet Garut
 Nama Pembimbing : Ns. Winasari Dewi, M. Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	30/4/25	<ul style="list-style-type: none"> - Judul perjelas dgn terapi yg akan dilakukan - BAB I: <ul style="list-style-type: none"> * Data lengkapi * Fenomena masalah terkait tema yg dipilih? * Justifikasi kenapa harus ROM yg dipilih & intervensi pada Dx Kep yg ditentukan? * Jurnal terdahulu senaitan dgn tema yg dipilih * Pahami latar belakangnya dulu! 	



CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Regita Puari
NIM : 221FK06117
Judul Proposal :
Nama Pembimbing : Mc. Winasari Dewi, M.Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	26/5/2025	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki daftar isi, kata pengantar- BAB III:<ul style="list-style-type: none">* Desain penelitian perkelas* Kriteria sampel perkelas* DO perkelas* Pengumpulan data sesuaikan- Daftar pustaka perbaiki- Lampiran perbaiki & lengkapi	
	27/5/2025	<p>ACC 4/ seminar proposal KTI</p> <ul style="list-style-type: none">- Buat 2 draft 4/ penguji- Buat slide 4/ presentasi- Pahami isi draft proposal	

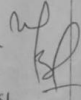
CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Regita Putri

NIM : 2151406112

Judul Proposal :

Nama Pembimbing :

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	23/7/2025	<p>BAB IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki & lengkapi pengkajian & penfis - Analisa data & Dx Kep sesuaikan - Implementasi & evaluasi peretas - Intervensi sesuaikan SKL & SIKI - Pembahasan sesuaikan hasil & bandingkan dgn teori diti <p>BAB V: sesuaikan kembali</p>	

CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : *Regita Puerni*

NIM : *2214000117*

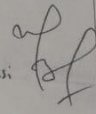
Judul Proposal :

Nama Pembimbing :

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	28/7/25	<ul style="list-style-type: none">* BAB IV :<ul style="list-style-type: none">- Pengisian pengelaras- Implementasi lengkapi- Pembahasan sesuaikan + lengkapi, buat kesimpulan teori = / # hasil* BAB V :<ul style="list-style-type: none">- Kesimpulan Perbaiki* Buat Daftar pustaka* Buat abstrak B.ind & B.lng* Lengkap dari BAB I-V* Lengkap lampiran* Lengkap cover dll	<div><i>[Signature]</i></div> <div><i>[Signature]</i></div>

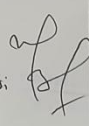
CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Regita Putri
NIM : 221506112
Judul Proposal :
Nama Pembimbing :

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	29/12/2025	<ul style="list-style-type: none"> Perbaiki abstrak B.lnd & B.lng Perbaiki pembahasan : intervensi, implementasi, & evaluasi Masukan hasil kuesioner evaluasi ke pembahasan (implementasi) Cek kembali lampiran 	

CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Regita Putri
M : 2215406117
Judul Proposal :
Nama Pembimbing :

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	29/7/2025	<ul style="list-style-type: none">* Perbaiki abstrak B.lnd & B.lng* Perbaiki pembahasan : intervensi, implementasi, & evaluasi* Masukkan hasil kuisioner evaluasi ke pembahasan (implementasi)* Cek kembali lampiran	



Universitas
Bhakti Kencana



12.03.00/FRM-03/CAB.GRT-SPMI

CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Regita Puari

NIM : 221406112

Judul Proposal :

Nama Pembimbing :

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	30/7/2025	ACC 4/ Sidang KTI: - Buat 2 draft 4 pengisi - Buat slide ppt 4 presentasi - Pahami isi draft KTI	

Lampiran 18 Hasil Turnitin

REGITA_PUTRI_KTI_BAB_15-1760231076593			
ORIGINALITY REPORT			
12%	11%	5%	10%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	repository.poltekkesbengkulu.ac.id	1	%
2	repository.bku.ac.id Internet Source	1	%
3	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	1	%
4	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	1	%
5	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	1	%
6	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1	%
7	pdfcoffee.com Internet Source	1	%
8	eprints.untirta.ac.id Internet Source	1	%
9	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	1	%

Lampiran 19 Riwayat Hidup



Identitas Pribadi

Nama : Regita Putri
Tempat, tanggal lahir : Bandung, 18 Oktober 2003
Alamat : Kp. Sukaeurih RT 002 RW 011 Desa Ibun, Kec. Ibun, Kab. Bandung.
Motto Hidup : “Hidup bukan untuk saling mendahului”

Nama Orang Tua

Ayah : Yanto Erawanto
Ibu : Neneng Sonya

Riwayat Pendidikan

SD : SDN IBUN 2 (2010-2016)
SMP/MTs : SMPN 2 IBUN (2016-2019)
SMA/SMK : SMA KP 1 PASEH (2019-2022)
UNIVERSITAS : UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA (2022-2025)