

LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Penelitian

No	Kegiatan	Waktu Kegiatan (Dalam Minggu)																			
		Januari				Februari				Maret				April				Mei			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan Judul KIAN																				
2	Pengurusan Perizinan Penelitian																				
3	Pengumpulan Data																				
4	Penyusunan dan Bimbingan KIAN																				
5	Ujian KIAN																				
6	Revisi Laporan																				
7	Pengumpulan KIAN																				

Lampiran 2 Realisasi Anggaran Biaya Penelitian

No	Kegiatan	Rencana Biaya
1	Penyusunan KIAN	Rp. 150.000,-
2	Pengadaan KIAN	Rp. 200.000,-
3	Presentasi KIAN	Rp. 250.000,-
4	Perbaikan KIAN	Rp. 210.000,-
5	Biaya tak terduga	Rp. 100.000,-
Total		Rp. 910.000,-

Lampiran 4 Persetujuan Setelah Penjelasan Penelitian (PSP)

Persetujuan Setelah Penjelasan

(Informed Consent)

Sebagai Peserta Penelitian

Yang terhormat Bapak/Ibu/Saudara/Adik, Kami meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Pemberian Massage Kaki Kombinasi Minyak VCO dan Rendaman Air Garam Untuk Memperbaiki Perfusi Perifer di RSUD Bangli

Peneliti Utama : Kadek Fransiska Sintya Dewi

Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar

Peneliti Lain : -

Lokasi Penelitian : RSUD Bangli

Sumber Pendanaan : Swadana

Adapun beberapa hal yang perlu kami sampaikan dalam penelitian ini meliputi

1. Penelitian ini menggunakan sampel tunggal dimana sampel yaitu pasien yang menderita penyakit diabetes melitus tipe 2 yang menjalani perawatan rawat inap di RSUD Bangli
2. Sampel dalam penelitian ini akan dilakukan perawatan dengan pemberian intervensi massage kaki kombinasi minyak VCO dan rendaman air garam hangat
3. Peneliti hanya akan menjalankan perawatan sesuai intervensi yang direncanakan tanpa adanya pemberian imbalan atau reward diluar dari pelaksanaan massage kaki dan rendam kaki air garam.
4. Kepesertaan Bapak/Ibu/Saudara/Adik pada penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara/Adik dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi

5. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.
6. Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara/Adik. Bila ada pernyataan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silahkan hubungi peneliti : CP : Sintya (+62 823-3981-4235).

Tanda tangan Bapak/Ibu/Saudara/Adik dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu/Saudara/Adik telah membaca, telah memahami dan telah mendapatkan kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan **menyetujui untuk menjadi peserta penelitian**

Peserta/ Subyek Penelitian, Wali

Peneliti

Tanggal: / /

tanggal : /

Lampiran 4 Standar Operasional Prosedur Massage Kaki Kombinasi Minyak VCO

Standar Operasional Prosedur Rendaman Kaki Dengan Air Hangat Garam dan Massage Kaki Kombinasi VCO	
Pengertian	Air Hangat berdampak fisiologis bagi tubuh yaitu berdampak pada pembuluh darah, membuat sirkulasi darah menjadi lancar. Massage Kaki adalah suatu Teknik terapi yang melibatkan pemijatan atau manipulasi jaringan lunak pada kaki.
Tujuan	a. Tujuan Rendam Kaki Air Hangat Garam 1. Produksi perasaan rileks 2. Merangsang ujung saraf untuk membuat perasaan segar kembali 3. Meningkatkan sirkulasi darah 4. Meningkatkan metabolisme jaringan 5. Menurunkan rasa nyeri 6. Menurunkan oedema b. Tujuan Massage kaki VCO 1. Meningkatkan peredaran darah 2. Mengurangi ketegangan otot 3. Meningkatkan sensasi dan persepsi 4. Meningkatkan rasa relaksasi dan kesejahteraan
Indikasi	Pasien dengan diabetes melitus
Kontraindikasi	1. Pasien dengan kondisi Kesehatan lain yang dapat mempengaruhi hasil penelitian, seperti gangguan sirkulasi yang parah, gangguan neurologis yang signifikan, atau kondisi medis yang memerlukan perawatan intensif 2. Wanita yang sedang hamil/menyusui 3. Pasien dengan riwayat alergi atau reaksi sensitive terhadap minyak kelapa (VCO)

Persiapan Pasien	1. Menyediakan alat 2. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan Tindakan 3. Mengukur ABI pasien sebelum melakukan rendam kaki air garam dan massage kaki lalu dicatat dalam lembar observasi
Persiapan Alat dan Bahan	Rendam air garam : 1. Kursi 2. Baskom 3. Thermometer air 4. Air panas 5. Air biasa 6. Garam 7. Tissue Massage Kaki : 1. Minyak Virgin Coconut Oil (VCO) 2. Alas untuk kaki
Cara Kerja	1. Cuci tangan 2. Minta pasien berbaring dan anjurkan pasien rileks 3. Pasang alas 4. Gunakan minyak VCO untuk melakukan Teknik massage kaki Tahap Pertama : a. Membawa peralatan mendekati responden b. Posisikan pasien dalam posisi duduk di kursi c. Masukkan air hangat ke dalam baskom sebanyak 2100 cc d. Masukkan garam e. Celupkan dan rendam kaki sampai mata kaki, biarkan selama 10 menit f. Setelah selesai, angkat kaki lalu keringkan dengan tissue

	Tahap Kedua : massage kaki bagian depan - Ambillah posisi menghadap ke kaki pasien dengan kedua lutut berada di samping betisnya - Letakkan tangan kita sedikit di atas pergelangan kaki dengan jari-jari menuju ke atas, dengan satu Gerakan tak putus luncurkan tangan ke atas pangkal paha dan kembali turun di sisi kaki mengikuti lekuk kaki - Tarik ibu jari dan buat bentuk V (posisi mulut naga). Letakkan tangan di atas tulang geras dibagian bawah kaki. Gunakan tangan secara bergantian untuk memijat perlahan hingga ke bawah lutut. Dengan tangan masih pada posisi V urut ke atas dengan sangat lembut hingga ke tempurung lutut, pisahkan tangan dan ikuti lekuk tempurung lutut pijat ke bagian bawah. - Lalu ulangi pijat keatas bagian tempurung lutut - Tekanlah dengan sisi luar telapak tangan membuat lingkaran secara bergantian mulai dari atas lutut hingga pangkal paha dan mendorong otot - Dengan kedua tangan pijatlah kebawah pada sisi kaki hingga ke pergelangan kaki. Kemudian remas bagian dorsum dan plantaris kaki dengan kedua tangan sampai ke ujung jari Tahap Ketiga : Massage pada telapak kaki Stroking Merangsang sirkulasi dan menghangatkan kaki. Pegang kaki pasien dengan kedua tangan, pada kaki bagian atas lakukan gerakan stroking yang Panjang, perlahan dan tegas dengan kedua ibu jari. Gunakan dimulai dari ujung jari kaki dan tekan menjauh dari terapis menuju ke pergelangan kaki,
--	--

	dan kembali ke ujung jari kaki dengan Gerakan <i>stroking</i> yang lebih ringan. Lakukan Gerakan ini 3-5 kali. Lanjutkan dengan gerakan stroke pada kaki bagian bawah dengan kedua ibu jari, dimulai pada pangkal jari kaki dan bergerak melalui lengkungan kaki menuju tumit dan Kembali lagi. Gunakan gerakan <i>stroking</i> yang Panjang dan tegas, tekan dengan lembut telapak kaki dengan kedua ibu jari. Lakukan gerakan ini 3-5 kali. b. <i>Ankle rotations</i> Longgarkan sendi dan relaksasikan kaki. Genggam kaki dibawah tumit dengan satu tangan, dibelakang pergelangan kaki. Genggam punggung dan telapak kaki dengan tangan yang lain kemudian putar telapak kaki. Gerakkan dilakukan masing-masing 3 kali pada masing-masing arah c. <i>Toe pulls and Squeezes</i> Jari-jari kaki sangat sensitive ketika disentuh. Genggam telapak kaki dengan satu tangan. Pegang pergelangan kaki untuk menahan kaki. Genggam punggung dan telapak kaki dengan tangan yang lain kemudian putar telapak kaki. Gerakan dilakukan masing-masing 3 kali pada masing-masing arah. Kemudian pegang masing-masing jari kaki sambil menekan geser jari ke ujung jari pasien dan Kembali lagi ke pangkal. Kemudian ulangi, tetapi penekanan lebih lembut dan putar ibu jari dan jari telunjuk tangan sambil digeser ke ujung jari kaki pasien. Ulangi gerakan ini pada kaki lainnya. d. <i>Toe Slides</i>
--	--

	Pegang kaki pada bagian belakang pergelangan kaki. Dengan jari telunjuk pada tangan lainnya, sisipkan jari diantara jari-jari kaki pasien, lakukan gerakan meju mundur sebanyak 3-5 kali e. <i>Arch Press</i> Pegang kaki pasien seperti pada Langkah ke empat. Berikan tekanan pada lengkungan telapak kaki dengan menggunakan pangkal telapak tangan, dimulai dari telapak kaki bagian tengah sampai ke tumit kaki pasien dan Kembali lagi. Lakkan gerakan ini sampai 5 kali.
Evaluasi	1. Tanyakan pada pasien bagaimana perasaannya 2. Kaji tekanan ABI pasien 3. Melakukan kontrak waktu kepada pasien bahwa akan Kembali lagi sesuai waktu yang ditentukan, jika perlu

Sumber : (Topan, 2018 & Wendi Jamaludin, 2017)

Lampiran 6 Asuhan Keperawatan Kasus Kelolaan Utama

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES

MELITUS TIPE II DI RUANG DAHLIA RSUD BANGLI

TANGGAL 19-22 NOVEMBER 2023

	ORIENTASI PASIEN BARU								
Nama : Tn. S Tanggal Lahir : 16 September 1976 No RM : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px;">3</td> <td style="width: 30px;">2</td> <td style="width: 30px;">3</td> <td style="width: 30px;">x</td> <td style="width: 30px;">x</td> <td style="width: 30px;">x</td> </tr> </table> ☐ ☐ ☐ ☐ L / P				3	2	3	x	x	x
3	2	3	x	x	x				
NO	PROSEDUR	DILAKUKAN	KET						
1	Memberi salam	☒ Ya ☐ Tidak							
2	Mengantar pasien ke ruangan	☒ Ya ☐ Tidak							
3	Memberi penjelasan kepada pasien dan keluarga pasien tentang : ➤ Peraturan rumah sakit tentang hak dan kewajiban pasien dan keluarga ➤ Informasi tentang petugas yang merawat ➤ Informasi tentang catatan perkembangan kondisi pasien dan rencana asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan ➤ Informasi tentang persiapan pasien pulang	☒ Ya ☐ Tidak ☒ Ya ☐ Tidak ☒ Ya ☐ Tidak ☒ Ya ☐ Tidak							

Denpasar, 27 April 2024

Pasien / Keluarga Pasien

Perawat

()

()

Form.JKP.01.03.2019		
	POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN FORMAT PENGKAJIAN	
Nama : Tn. S Tanggal Lahir/Umur : 16-09-1976/48 Tahun No RM : 323xxx Jenis Kelamin : laki-laki		PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELOMPOK DEWASA RAWAT INAP

Tgl :20/11/23

Jam :08.00

Sumber data : (☒) Pasien, (☒) Keluarga, (☒)
 Lainnya _____

Ruangan : Dahlia

IDENTITAS PASIEN
Kewarganegaraan : (☒) WNI, () WNA : _____ Agama : (☒) Hindu, () Islam, () Protestan, () Katolik, () Budha, () Lainnya : _____ Pendidikan : () Tidak Sekolah, () SD, () SMP, (☒) SMA, () Perguruan Tinggi
RIWAYAT KESEHATAN
Tanggal MRS : 20 November 2023 Pasien datang ke IGD RSUD Bangli pukul 02.00 wita dengan pusing, dan keringat dingin, mual dan saat dirumah hanya diberikan minuman hangat dan tidak ada minum obat-obatan, tidak enak badan sejak 2 hari yang lalu tetapi tidak memeriksakan suhu tubuhnya dan susah beraktivitas. Pasien juga mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes selama 4 tahun yang lalu dan sempat dirawat dengan gula darah tinggi. Pasien mengatakan jarang melakukan control gula darah, dan cek gula darah terakhir sekitar 3 bulan yang lalu. Pasien mengatakan sering merasa kesemutan dan terasa agak nyeri pada kaki. Pasien juga mengatakan tidak pernah memperhatikan makanan yang dimakan. Saat diperiksa oleh dokter diperoleh kadar gula darah pasien yaitu 380 g/dl. Pasien dipasangkan infus dan diberikan terapi IVFD NaCl 20 TPM, mendapatkan terapi obat omeprazole 40 mg (IV), Ondansentron 8mg (IV). Pasien disarankan untuk rawat inap dan disarankan untuk perawatan lebih lanjut dan akan diberikan terapi obat.
Diagnosa medis saat ini : Diabetes Mellitus Tipe II
Riwayat keluhan/penyakit saat ini : Pada pukul 08.00 wita pasien dipindahkan ke ruangan Dahlia, pasien dilakukan pemeriksaan vital sign dan menanyakan keluhan yang dirasakan. Pasien mengeluh lemas, mengeluh nyeri pada kaki dengan skala nyeri 3, dan sering terasa kesemutan, dan kaki terasa sedikit kebas. Pasien juga jarang mengontrol gula darahnya dan tidak memperhatikan pola makannya. Hasil pemeriksaan vital sign TD: 135/80 mmHg, N : 86 x/menit, S : 36,7°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, CRT > 3 detik, GDS dengan hasil 376 g/dl, pasien tampak lemas, warna kulit pucat dan kering, akral teraba dingin, turgor kulit menurun, nadi perifer pada ekstremitas bawah teraba lebih lemah, nyeri pada kaki, terdapat edema pada kaki, berdasarkan pengkajian diperoleh systole pada dorsalis pedis sebesar 115/61 mmHg dan didapatkan nilai ABI yaitu 0,85 yang artinya mengalami gangguan pembuluh darah ringan.

Riwayat penyakit terdahulu :

a. Riwayat MRS sebelumnya : () Tidak (✓) Ya, Lamanya : 4 hr, alasan : diabetes melitus

b. Riwayat dioperasi : (✓) Tidak () Ya, jelaskan : _____

c. Riwayat Kelainan Bawaan : (✓) Tidak () Ya, jelaskan : _____

d. Riwayat Alergi : (✓) Tidak () Ya, jelaskan : _____

e. Riwayat penyakit keluarga : (✓) Tidak () Ya, jelaskan : _____

PROSEDUR INVASIF (yang terpasang saat ini)

(✓)Infus intra vena, di pasang di : Tangan kiri tanggal : 20/11/23, ()Central line (CVP), di pasang di : tanggal : __/__/____

()Dower chateter, di pasang di : __ tanggal : __/__/__, ()Selang NGT, di pasang di : __ tanggal : __/__/__

()Tracheostomy, di pasang di : __ tanggal : __/__/__, ()Lain lain : tanggal : __/__/____

KONTROL RISIKO INFEKSI

Status : (✓)Tidak diketahui, ()Suspect, ()Diketahui : ()MRSA, ()TB, ()Infeksi Opportunistik/tropik,

Additional precaution yang harus dilakukan : ()Droplet, ()Airborn, ()Contact, ()Skin, (✓)Contact Multi- Resistent Organisme ()Standar

KEADAAN UMUM

Kesadaran : (✓) Compos mentis, () Apatis, () Somnolen, () Soporocoma, () Coma

Tanda-tanda Vital : Suhu : 36,7°C, Pernafasan : 20x/menit, Nadi : 86 x/menit, Tekanan Darah : 135/80 mmHg

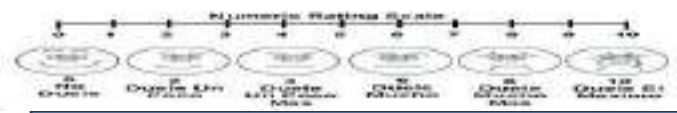
PENILAIAN NYERI :

Catatan : Untuk pasien sadar gunakan skala WBS dan NRS, untuk pasien tidak sadar gunakan skala BPS

Behavior Pain Scale (BPS)

Penilaian	Deskripsi	Skor
Ekspresi wajah	Rileks	1
	Tegang partial	2
	Tegang	3
	Meringis	4
Ekstremitas atas	Tidak bergerak	1
	Menekuk partial	2
	Menekuk dgn fleksi jari	3
	Retraksi permanen	4
Kepatuhan dengan ventilasi	Toleransi baik	1
	Batuk tapi sebagian besar toleransi dgn ventilasi	2
	Fighting dgn ventilator	3
	Tidak dapat mengontrol ventilator	4
Total Skor		

Wong Backer (WBS) dan Numeric Rating Scale (NRS)/VAS



Skor : 0 = Tidak Nyeri 1-4 = Nyeri Ringan

Nyeri : ()Tidak (✓)Ya, Skala WBS/NRS/BPS/VAS: 3

Lokasi nyeri : ekstremitas bawah

Frekuensi Nyeri : ()Jarang (✓)Hilang timbul

()Terus-menerus

Lama Nyeri : sekitar 5 menit

Menjalar : ()Tidak ()Ya, ke : _____

Kualitas Nyeri : (✓)Tumpul ()Tajam ()Panas/terbakar

() Lain-lain : _____

Faktor pemicu/yang memperberat : saat dibawa beraktivitas

Faktor yang mengurangi/menghilangkan nyeri : hilang sendiri atau saat kaki diistirahatkan

PEMERIKSAAN FISIK	
Kepala :	(√)Normosefali ()Mikrosefali ()Hidrosefali () lesi/luka () hematoma () perdarahan () luka sobek () lain-lain Warna rambut <u>hitam</u> Kelainan: rontok/dll
Mata :	Konjungtiva : (√)Merah muda ()Pucat () , Sklera : (√)Normal ()Ikterus Lain- lain_____ Penglihatan: (√) normal () kacamata Pupil : (√) isokor () anisokor () midriasis () katarak Kebutaan: (√) tidak ()ya, jelaskan_____
Leher :	Bentuk : (√)Normal Kelainan : (√)Tidak ()Ya, jelaskan:_____
Hidung:	Penghidu : (√) normal () ada gangguan Sekret/darah/polip Tarikan cuping hidung: () ya (√) tidak
Telinga:	Pendengaran: (√) normal () kerusakan () tuli kanan/kiri () tinnitus () alat bantu dengar () lainnya
Mulut dan gigi:	Bibir: () lembab (√) kering () sianosis () pecah-pecah Mulut dan tenggorokan: (√) normal () lesi () stomatitis Gigi: (√) penuh/normal () ompong () lain-lain
Dada :	Bentuk : (√)Simetris Kelainan : (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____ Irama Nafas : (√)Regular ()Irregular Suara Nafas : (√)Normal ()Wheezing : (√)Tidak ()Ya Batuk : (√)Tidak ()Ya Retraksi : (√)Tidak ()Ya Sekret : (√)Tidak ()Ada, Warna/Jumlah_____/_____
Abdomen :	Kembung : (√)Tidak ()Ya Bising Usus : (√)Normal ()Abnormal, jelaskan_____ Ascites: (√)Tidak ()Ya
Ekstremitas Atas :	Akral : (√)Hangat ()Dingin, Pergerakan : (√)Aktif ()Pasif, Kekuatan Otot : (√)Kuat ()Lemah Capillary Refill Time : (√) < 3 detik () > 3 detik Hemiplegi/parese : (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____ Edema: (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____ Kelainan : (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____
Ekstremitas Bawah :	Akral : ()Hangat (√)Dingin, Pergerakan : (√)Aktif ()Pasif, Kekuatan Otot: (√)Kuat ()Lemah Capillary Refill Time : () < 3 detik (√) > 3 detik Hemiplegi/parese : (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____ Edema: ()Tidak (√)Ya, jelaskan : Terdapat edema pada ekstremitas bawah Kelainan : (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____ Warna kulit : pucat
Kulit :	Warna : (√)Normal, ()Ikterus, Sianosis, Membran Mukosa : ()Lembab, (√)Kering, ()Stomatitis Hematoma : (√)Tidak, ()Ya Luka : (√)Tidak, ()Ya, jelaskan : _____ Perdarahan : (√)Tidak, ()Ya, Jika ya : ()Aktif, ()Tidak Masalah integritas kulit : (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____ <i>(Jika ya, kaji lebih lanjut dengan form skin risk assessment)</i>
Anus dan Genitalia :	Kelainan/masalah : (√)Tidak ()Ya, jelaskan:_____

DATA BIOLOGIS	
Pernapasan :	Kesulitan bernafas : (√)Tidak, ()Ya : memakai O ₂ ____lt/menit dengan : ()Nasal canule, ()Sungkup, ()Masker
Makan dan Minum :	Nafsu makan : (√)Baik, ()Tidak, Jenis Makanan : ()Bubur, (√)Nasi, Frekuensi <u>3x</u> /hari Kesulitan makan : (√)Tidak, ()Ya, Kebiasaan makan : (√)Mandiri, ()Dibantu, () Ketergantungan ()Menggunakan NGT Keluhan : Mual : ()Tidak, (√)Ya Muntah : (√)Tidak, ()Ya, Warna/Volume_____/_____ml Makanan pantangan: Makanan yang terlalu banyak mengandung glukosa seperti gula Makanan yang disukai: menyukai semua makanan Makanan yang tidak disukai: Tidak ada

Eliminasi : Bak : (√)Normal, ()Tidak, Masalah perkemihan : (√)Tidak ada, ()Ada : ()Retensi urine, ()Inkontinensia urine, ()Dialysis Warna urine : (√)Kuning jernih, ()Keruh, ()Kemerahan, Frekuensi : /hari Bab : (√) Normal, ()Tidak, Masalah defekasi : (√)Tidak ada, ()Ada : ()stoma, ()sthesia ani, ()konstipasi, ()diare Warna feses : (√)Kuning, ()Kecoklatan, ()Kehitaman, Perdarahan : (√)Tidak, ()Ya, Frekuensi : 1x /hari		
Istirahat Tidur : Lama tidur 8 – 9 jam/hari Kesulitan Tidur : (√)Tidak, ()Ya Tidur siang : (√)Tidak, ()Ya Kebiasaan pengantar tidur: Tidak ada Kebiasaan saat tidur: <u>Tidak ada</u>		
Mobilisasi : (√)Normal/mandiri, ()Dibantu, ()Menggunakan kursi roda, Lain-lain _____ Kegiatan di waktu luang: berinteraksi dengan keluarga atau tetangga		
DATA PSIKOLOGIS		
Masalah Perkawinan : (√)Tidak Ada ()Ada, Jelaskan ()Cerai () lain lain _____ Tinggal bersama keluarga : (√)Ya ()Tidak, Jelaskan _____ Trauma dalam kehidupan : (√)Tidak ada ()Ada, jelaskan : _____ Mengalami kekerasan fisik : (√)Tidak ada ()Ada Mencederai diri/orang lain : ()Pernah (√)Tidak pernah Gangguan Tidur : (√)Tidak ada ()Ada Konsultasi dengan psikolog/psikiater : (√)Tidak pernah ()Pernah Riwayat kebiasaan : ()Merokok ()Alkohol ()Lain lain _____ Jenis dan jumlah perhari : _____ Penggunaan alat bantu lihat: (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____ Penggunaan alat bantu dengar: (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____ Hal yang dipikirkan saat ini: Hal yang dipikirkan pasien adalah agar dirinya bisa cepat sembuh dan dapat berkumpul kembali dengan keluarganya di rumah. Harapan setelah menjalani perawatan: Pasien berharap setelah mendapat perawatan gula darah terkontrol dan rasa kebas pada kedua kaki dapat berkurang sehingga memudahkan pasien untuk melakukan aktivitas Suasana hati: Baik		
Bicara √Jelas Bahasa utama: Bahasa Indonesia √Relevan Bahasa daerah: Bahasa Bali √Mampu mengekspresikan √Mampu mengerti orang lain Gangguan seksual: (√)Tidak ()Ya,, jika ya: fertilitas menstruasi libido kehamilan ereksi alat kontrasepsi Yang dilakukan jika sedang stres: √ pemecahan masala cari pertolongan tidur makan makan obat lain-lain (misalnya marah, diam, dll)		
DATA SOSIAL, EKONOMI, DAN SPIRITUAL		

Tinggal bersama keluarga kandung : (✓)Ya ()Tidak, jelaskan :

Pembuat keputusan dalam keluarga: pasien

Kesulitan dalam keluarga:

Hubungan dengan orang tua

Hubungan dengan sanak keluarga

Hubungan dengan suami/istri

Pekerjaan: ()Pegawai Swasta ()PNS ()TNI/POLRI (✓)Wiraswasta ()Petani ()Tidak bekerja

Jumlah jam kerja: 35 jam seminggu

Jadwal kerja: pagi hingga sore

Kuangan: (✓)Memadai ()Kurang

Pembiayaan Kesehatan : ()Biaya sendiri (✓)Asuransi ()Perusahaan ()Lain-lain, jelaskan : _____

Kegiatan beribadah: (✓)Selalu ()Kadang ()Tidak pernah

Perlu Rohanian : (✓)Tidak ()Ya, jelaskan _____

Apakah Tuhan, Agama atau Kepercayaan penting untuk anda: ()Tidak (✓)Ya

Kegiatan agama atau kepercayaan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit, sebutkan: berdoa diatas tempat tidur

ASSESMENT FUNGSIONAL (Bartel Indeks)

NO	FUNGSI	SKOR				SKOR
		0	1	2	3	
01	Mengontrol BAB	Inkontinen/tidak teratur (perlu enema)	Kadang Inkontinen (1xseminggu)	Kontinen teratur		2
02	Mengontrol BAK	Inkontinen/pakai kateter dan tidak terkontrol	Kadang inkontinen (max 1x24jam)	Mandiri		1
03	Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	Butuh pertolongan orang lain	Mandiri			0
04	Penggunaan toilet, pergi ke dalam dari WC (melepas, memakai celana, menyeka, menyiram)	Tergantung pertolongan orang lain	Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas tetapi, dapat mengerjakan sendiri beberapa aktivitas lain			1
05	Makan	Tidak mampu	Perlu seseorang menolong memotong makanan	Mandiri		2
06	Berpindah tempat dari tidur ke duduk	Tidak mampu	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	Bantuan 1 orang	Mandiri	3
07	Mobilisasi/berjalan	Tidak mampu	Dengan kursi roda	Bantuan 1 orang	Mandiri	2
08	Berpakaian (memakai baju)	Tergantung orang lain	Sebagian dibantu (misal mengancing baju)	Mandiri		2
09	Naik turun tangga	Tidak mampu	Butuh pertolongan	Mandiri		2
10	Mandi	Tergantung orang lain	Mandiri	Mandiri		0

KETERANGAN : Mandiri (20-21) Keterangan Ringan (12-19) Ketergantungan Sedang (9-11) Ketergantungan Berat (5-8) Ketergantungan Total (0-4)	TOTAL	15
PENGKAJIAN RESIKO JATUH		
Skor Resiko Jatuh (Skala Morse) : _____ (✓)Rendah 0-7 ()Tinggi 8-13 ()Sangat Tinggi ≥ 14		
PENGKAJIAN INTEGRITAS KULIT		
<i>Lihat pada form pengkajian gangguan integritas kulit skala braden dan bates jensen assessment tool</i>		

SKRINING NUTRISI dengan MST (Malnutrisi Screening Tools)											
Berat Badan (BB) sekarang : <u>74kg</u> BB seharusnya/biasanya : <u> </u> kg Tinggi Badan (TB) : <u>160</u> cm 1. Apakah berat badan (BB) anda menurun akhir-akhir ini tanpa direncanakan? ☒ Tidak Ya, bila ya berapa penurunan berat baan Anda? <table style="width: 100%;"> <tr> <td>1-5 kg</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>6-10 kg</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>11-15 kg</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>>15 kg</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Tidak yakin</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>	1-5 kg	1	6-10 kg	2	11-15 kg	3	>15 kg	4	Tidak yakin	2	2. Apakah nafsu makan anda berkurang? ☒ Tidak ☐ Ya 1 Total Skor : 0 Nilai MST : Risiko Rendah (MST = 0-1) ✓ Risiko Sedang (MST = 2-3) Risiko Tinggi (MST = 4-5) Catatan : *Bila resiko rendah dilakukan skrinning ulang setiap 7 hari *Bila resiko sedang dan tinggi dilakukan pengkajian gizi lebih lanjut oleh ahli gizi, *Bila pasien resiko rendah dengan indikasi khusus yaitu DM, Gangguan ginjal, Jantung, TB, Paliatif, pediatric, geriatric, Gastro, Hipertensi, HIV, SARS, Flu Burung, Bedah/reseksi saluran cerna, penurunan Imun, kanker dan pasien tidak sadar dilakukan pengkajian oleh ahli gizi
1-5 kg	1										
6-10 kg	2										
11-15 kg	3										
>15 kg	4										
Tidak yakin	2										
Masalah Keperawatan											
1. Perfusi Perifer Tidak efektif											
Perawat Pengkaji,											
(Kadek Fransiska Sintya Dewi)											

Form.JKP.05.02.2019	
	POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN
	
Nama : Tn. S Tanggal Lahir/Umur : 16-09-1976 / 38 Tahun No RM : 323xxx Jenis Kelamin : laki-laki	PENGKAJIAN RISIKO GANGGUAN INTEGRITAS KULIT (SKALA BRADEN)

Pengkajian dilakukan saat:

- Initial assessment dilakukan pertama kali di ruang rawat inap
- Pengkajian ulang dilakukan setiap minggu

No.	Dimensi	Skor Pengkajian			
	Tanggal	20/04/24			
1	Sensori Persepsi	3			
2	Kelembaban Kulit	3			
3	Aktivitas	2			
4	Mobilisasi	3			
5	Status Nutrisi	3			
6	Pergesekan Kulit	2			
	Total Skor	14			
	Paraf>Nama Terang	Fransiska			

Protokol pengkajian risiko gangguan integritas kulit dengan Skala Braden

		1	2	3	4
1	Sensori persepsi	Keterbatasan total	Sangat terbatas	Agak terbatas	Tidak ada kelemahan
2	Kelembaban kulit	Selalu lembab	Sering lembab	Kadang-kadang lembab	Jarang lembab
3	Aktifitas	Bedrest	Bisa duduk	Kadang-kadang jalan	Sering jalan
4	Mobilisasi	Imobilisasi total	Sangat terbatas	Agak terbatas	Tidak ada batasan
5	Status nutrisi	Sangat kurang	Mungkin tidak cukup	Cukup	Sangat baik
6	Pergesekan	Bermasalah	Potensi ada masalah	Tidak ada masalah	

Derajat risiko:

Risiko rendah : 15-18
 Risiko sedang : 13-14
 Risiko tinggi : 10-12
 Risiko sangat tinggi : ≤ 9



POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN



Nama : Tn. S
Tanggal Lahir/Umur : 16-09-1976 / 38 Tahun
No RM : 323xxx
Jenis Kelamin : laki-laki

PENGKAJIAN RISIKO JATUH DEWASA
(SKALA MORSE)

Ruangan:		Lembar ke:											
No	Item penilaian	Tgl											
		Jam											
		Skor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Usia												
	a. Kurang dari 60 tahun	0											
	b. Lebih dari 60 tahun	1											
	c. Lebih dari 80 tahun	2											
2	Defisit Sensoris												
	a. Kacamata bukan bifokal	0											
	b. Kacamata bifokal	1											
	c. Gangguan pendengaran	1											
	d. Kacamata multifokal	2											
	e. Katarak/glaukoma	2											
	f. Hampir tidak melihat/buta	3											
3	Aktivitas												
	a. Mandiri	0											
	b. ADL dibantu sebagian	2											
	c. ADL dibantu penuh	3											
4	Riwayat Jatuh												
	a. Tidak pernah	0											
	b. Jatuh < 1 tahun	1											
	c. Jatuh < 1 bulan	2											
	d. Jatuh saat dirawat sekarang	3											
5	Kognisi												
	a. Orientasi baik	0											
	b. Kesulitan mengerti perintah	2											
	c. Gangguan memori	2											
	d. Kebingungan	3											
	e. Disorientasi	3											
6	Pengobatan dan Penggunaan Alat Kesehatan												
	a. > 4 jenis pengobatan	1											
	b. Antihipertensi /hipoglikemik/antidepresan	2											
	c. Sedatif/psikotropika/narkotika	2											
	d. Infus/epidural/spinal/dower kateter/traksi	2											
7	Mobilitas												
	a. Mandiri	0											
	b. Menggunakan alat bantu berpindah	1											
	c. Koordinasi/keseimbangan buruk	2											
	d. Dibantu sebagian	3											
	e. Dibantu penuh/bedrest/nurse assist	4											
	f. Lingkungan dengan banyak furniture	4											
8	Pola BAB/BAK												
	a. Teratur	0											
	b. Inkontinensia urine/feses	1											
	c. Nokturia	2											
	d. Urgensi/frekuensi	3											
9	Komorbiditas												
	a. Diabetes/penyakit jantung/stroke/ISK, dll	2											
	b. Gangguan saraf pusat/parkinson	3											
	c. Pasca bedah 0-24 jam	3											
Total skor													

Keterangan														
Risiko rendah	0-7													
Risiko tinggi	8-13													
Risiko sangat tinggi	≥ 14													
Nama/paraf														

Form.JKP.06.01.2019	
	POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN
Nama : Tn. S Tanggal Lahir/Umur : 16-09-1976 / 38 Tahun No RM : 323xxx Jenis Kelamin : laki-laki	PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Glukosa Darah			
Glukosa Darah Puasa		Mg/dL	70 – 100
Glukosa Darah sewaktu	H 376	Mg/dL	70 – 140



**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**



Nama : Tn. S
 Tanggal Lahir/Umur : 16-09-1976 / 38 Tahun
 No RM : 323xxx
 Jenis Kelamin : laki-laki

ANALISIS DATA

Gejala dan Tanda	Analisis Data	Masalah Keperawatan
Data subjektif: - Pasien mengeluhkan kaki sedikit kebas - Pasien mengeluh kaki sering kesemutan - Pasien mengatakan nyeri pada kaki yang hilang timbul dengan skala nyeri 3 (nyeri ringan) - Pasien mengatakan susah beaktivitas dan selama 2 hari sebelum MRS pasien hanya diruma dan tidak bekerja - Pasien mengatakan sudah jarang melakukan kontrol gula darah Data Objektif: - Nadi perifer pada ekstremitas bawah teraba lemah - Akral teraba dingin - Warna kulit terlihat pucat - Turgor kulit menurun - Terdapat sedikit edema pada kaki - Kulit kaki tampak kering - Nilai ABI yang didapatkan yaitu 0,85 - saat diperiksa didapatkan gula darah pasien 376 g/dL - Vital sign pasien TD: 135/80 mmHg, N : 86 x/mnt, S : 36,7°C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 99%, CRT > 3 detik	Diabetes mellitus ↓ Resistensi insulin ↓ Hiperglikemia ↓ Vikositas meningkat ↓ Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah menyebabkan penurunan oksigen dalam darah ↓ Aliran darah lambat ↓ neuropati perifer ↓ Sensitivitas ekstrimitas berkurang ↓ Perfusi perifer tidak efektif	Perfusi perifer tidak efektif

No	Diagnosis Keperawatan	Paraf/Tanda Tangan
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada kaki dengan skala nyeri 3, pasien mengeluh kaki sering terasa kesemutan, pasien mengeluh kaki terasa seperti sedikit kebas, nadi perifer pada ekstremitas bawah teraba lemah, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, terdapat sedikit edema pada kaki, CRT > 3 detik, nilai ABI 0,85 yang artinya mengalami gangguan pembuluh darah ringan	Sintya



**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**



Nama : Tn. S
Tanggal Lahir/Umur : 16-09-1976 / 38 Tahun
No RM : 323xxx
Jenis Kelamin : laki-laki

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Tgl.	Diagnosis Keperawatan	Kriteria Hasil	Rencana Tindakan Keperawatan	Tanda Tangan
20/11/23	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia Sumber : (PPNI,2017)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka Perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil : 5. Pengisian kapiler membaik 6. Akral membaik 7. Warna kulit pucat menurun 8. Turgor kulit membaik Sumber : (PPNI, 2018b)	Intervensi Utama C. Perawatan Sirkulasi Observasi : 4. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachialindex) 5. Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes melitus tipe II, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) 6. Monitor panas, kemerahan nyeri/ kesemutan, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 5. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6. Lakukan perawatan kaki Edukasi 6. Anjurkan olahraga rutin	Sari

			7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki) D. Manajemen sensasi perifer Observasi 8. Identifikasi penyebab perubahan sensasi 9. Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul 10. Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin 11. Monitor perubahan kulit Terapeutik 2. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya Edukasi 1. anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah Kolaborasi 3. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu Intervensi pendukung Perawatan kaki Observasi 4. Identifikasi perawatan kaki yang bisa dilakukan 5. Monitor insufisiensi arteri kaki dengan pengukuran ankle-brachial index (ABI) 6. Monitor kadar gula darah Terapeutik 6. Informasikan pentingnya perawatan kaki Kolaborasi	
--	--	--	---	--

			2. Rujuk podiastrist untuk memotong kuku yang menebal, jika perlu Sumber : (PPNI, 2018a)	
--	--	--	--	--





**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**



Nama : Tn. S
 Tanggal Lahir/Umur : 16-09-1985/38 Thn
 No RM : 323xxx
 Jenis Kelamin : Perempuan

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
20/11/2023	06.00 wita	- Melakukan pemeriksaan TTV pasien - Memonitor GDS pasien	DS : - Pasien mengatakan lemas DO : - Setelah dilakukan pemeriksaan, didapatkan TTV pasien : TD : 130/80 mmHg, N : 80 x/menit S : 36,5°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% GDS : 340 g/dL	Sintya
	06.10 wita	Mendelegasikan pemberian obat Cefotaxime 1 gr (IV) Ondansentron 2 mg (IV) Omeprazole 40 mg (IV)	DS : - Pasien mengatakan bersedia diberikan obat DO: - Pasien tampak sudah diberikan obat	Sintya
	07.30 wita	Mendelegasikan pemberian obat Novorapid 8 unit (SC)	DS : - Pasien mengatakan bersedia diberikan obat DO : - Pasien tampak sudah diberikan obat	Sintya
	08.05 Wita	Memeriksa sirkulasi perifer (mis. nadi)	DS: Pasien mengatakan	Sintya

		perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachialindex) • Mengidentifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes melitus tipe II, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) • Monitor panas, kemerahan nyeri/kesemutan, atau bengkak pada ekstremitas	kakinya terasa masih sedikit nyeri dengan skala nyeri 3, terasa kebas dan juga sering merasa kesemutan DO: • Pasien memiliki riwayat penyakit DM Tipe II • Nadi di esktrimitas bawah teraba lemah • CRT > 3 dtk • Terdapat sedikit edema pada kaki	
	09.00 Wita	• Mengidentifikasi penyebab perubahan sensasi • Memonitor perubahan kulit	DS: • Pasien kakinya masih terasa kebas DO: • Kulit pasien tampak kering dan pucat pada kaki	Sintya
	09.05 Wita	• Memeriksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul • Memeriksa perbedaan sensasi panas atau dingin	DS: • Pasien mengatakan terasa sedikit terasa saat diberikan rangsangan DO: • Saat diberikan sesasi tajam dan tumpul pasien kadang tidak bisa membedakannya • Saat diberikan rangsangan sensasi panas dan dingin pasien masih kurang merespon dengan baik	Sintya
	09.30	• Memberikan informasi terkait komplikasi DM, pentingnya perawatan kaki seperti massage	DS: • Pasien mengatakan mau mengetahui komplikasi yang bisa terjadi dan ingin mengetahui cara	Sintya

		kaki dan rendam kaki dengan air hangat garam dalam mencegah komplikasi	perawatan kaki DO : Pasien tampak mendengarkan dengan baik, dan sesekali bertanya mengenai informasi massage kaki dan rendaman air hangat garam	
	09.45	Melakukan kontrak waktu dengan pasien	DS : - Pasien mengatakan akan mau mencoba dilakukan massage kaki dengan minyak VCO dan rendam kaki dengan air hangat garam DO: - Pasien tampak mau akan dilakukan massage kaki dan rendam air hangat garam	Sintya
	10.00 Wita	mengidentifikasi perawatan kaki yang bisa dilakukan (melakukan <i>massage</i> kaki kombinasi minyak VCO, dan rendam air garam)	DS: - Pasien mengatakan belum pernah melakukan perawatan kaki sebelumnya DO: - Pasien tampak kooperatif saat dilakukan tindakan rendam kaki dengan air hangat garam selama 10 menit dan <i>massage</i> kaki kombinasi minyak VCO selama 15 menit dengan memberi jeda waktu selama 10 menit setelah rendaman kaki untuk dilanjutkan ke Massage kaki agar mengurangi risiko terjadinya luka. - Pasien tampak rileks - Pasien tampak	Sintya

			mengikuti anjurkan Kaki pasien tidak terdapat luka	
	10.50 wita	Mengukur nilai ABI	DS : - Pasien mengatakan sangat suka dilakukan massage kaki DO : - Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan systole pada dorsalis pedis sebesar 110/65 sistole di brakialis 127/88 mmHg dan didapatkan nilai ABI 0,85	Sintya
	13.00 wita	Mendelegasikan pemberian obat Novorapid 8 unit (SC)	DS : - Pasien mengatakan makanan yang diberikan sudah dihabiskan semua DO : - Pasien tampak sudah diberikan obat	Sintya
	14.00 wita	Memeriksa tanda-tanda vital pasien	DS : - Pasien mengatakan masih sedikit terasa lemas DO : - Setelah dilakukan pemeriksaan, didapatkan TTV pasien : TD : 120/84 mmHg N : 80 x/menit S : 36,4°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	Sintya
	14.10 Wita	- Delegasi pemberian obat kepada pasien - Cefotaxime 1 gr (IV) - Ondansentron 2 ml (IV)	DS: - Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan gula darah DO: - Pasien tampak kooperatif dan obat	Sintya

			sudah diberikan	
	17.00 wita	Menganjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat menggunakan minyak VCO untuk meminimkan terjadinya alergi pada kulit	DS: - Pasien mengatakan belum mengetahui perawatan kulit kaki yang tepat DO: - Pasien tampak paham dengan yang dijelaskan	Sintya
	18.00 wita	Mendelegasikan pemberian obat Novorapid 8 unit SC	DS: - Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan obat dan makanan yang diberikan habis DO : - Pasien telah diberikan obat -	Sintya
	22.00 Wita	- Memeriksa GDS pasien - Mendelegasikan pemberian obat kepada pasien Cefotaxime 1 gr (IV) Ondansentron 2 ml (IV) Omeprazole 40 mg (IV) (IV)Lantus 14 unit SC	DS: - Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan obat DO: - Pasien tampak kooperatif dan obat sudah diberikan GDS : 330 g/dL	Sintya
21/11/2023	06.00 Wita	Memonitor tanda – tanda vital pasien dan gula darah pasien	DS: - Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital. DO: - Pasien tampak kooperatif TD : 128/80 mmHg N : 68 x/menit S: 36,8⁰C RR: 22 x/menit GDP : 290 g/dL	Sintya
	06.10 wita	Mendelegasikan pemberian obat Cefotaxime 1 gr Ondansentron 2 ml (IV)	DS : Pasien mengatakan bersedia diberikan obat DO:	Sintya

		Omeprazole 40 mg (IV)	Pasien tampak sudah diberikan obat	
	07.30 wita	Mendelegasikan pemberian obat Novorapid 8 unit (SC)	DS: - Pasien mengatakan mau diberikan obat DO : - Pasien tampak sudah diberikan obat	Sintya
	09.00 Wita	Memeriksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachialindex)	DS: - Pasien mengatakan kebas di kaki sudah berkurang DO: - Pasien memiliki riwayat penyakit DM Tipe II - Nadi di esktrimitas bawah teraba masih lemah - CRT < 3 dtk	Sintya
	09.05 Wita	- Mengidentifikasi penyebab perubahan sensasi - Memonitor perubahan kulit	DS: - Pasien mengatakan kebas di kaki teasa berkurang DO: - Terdapat perubahan sensasi respon saat diberikan rangsangan berupa sentuhan ditelapak kaki - Kulit pasien tampak masih sedikit kering dan pucat	Sintya
	09.10 Wita	- Memeriksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul - Memeriksa perbedaan sensasi panas atau dingin	DS: - Pasien mengatakan saat diberi rangsangan sudah terasa dan sesasi panas dan dingin sudah mulai terasa DO: - Saat diberikan sesasi tajam dan tumpul pasien mulai merespon baik - Saat diberikan rangsangan sensasi	Sintya

			panas dan dingin sudah mulai direspon baik	
	09.15	Mengukur nilai ABI	DS : - Pasien mengatakan bersedia untuk diukur nilai ABI nya DO : - Hasil interpretasi dari pengukuran <i>ankle brachial index</i> (ABI) systole pada dorsalis pedis sebesar 107/64 sistole di brakialis 125/78 mmHg dan didapatkan nilai ABI 0,85 yang artinya mengalami masih gangguan pembuluh darah ringan	
	09.30	Memberikan kembali informasi terkait komplikasi DM, pentingnya perawatan kaki seperti massage kaki dan rendam kaki dengan air hangat garam dalam mencegah komplikasi	DS: - Pasien mengatakan suka diberikan massage kaki dan rendaman air hangat garam DO : - Pasien tampak mendengarkan dengan baik.	Sintya
	09.40	Melakukan kontrak waktu untuk dilakukan intervensi massage kaki dan rendaman kaki air garam hangat	DS: - Pasien mengatakan mau dilakukan massage kaki Kembali DO : - Pasien tampak antusias akan dilakukan intervensi	Sintya
	10.00 Wita	Identifikasi perawatan kaki yang bisa dilakukan (melakukan <i>massage</i> kaki kombinasi	DS: Pasien mengatakan bersedia dilakukan perendaman kaki, <i>massage</i> kaki, dan terakhir pemberian VCO	Sintya

		minyak VCO, dan rendam air garam)	DO: • Pasien tampak kooperatif saat dilakuka tindakan , perendaman kaki dengan air garam <i>massage</i> kaki, dan pemberian VCO • Pasien tampak rileks • Kaki pasien tidak terdapat luka • CRT < 3 dtk	
	10.50	• Mengukur nilai ABI	DS : • Pasien mengatakan sangat suka dilakukan <i>massage</i> kaki DO : • Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan systole pada dorsalis pedis sebesar 110/68 sistole di brakialis 125/86 mmHg dan didapatkan nilai ABI 0,88	Sintya
	13.30	• Mendelegasikan pemberian obat Novorapid 8 unit (SC)	DS: • Pasien mengatakan mau diberikan obat dan makanan yang di berikan sudah habis DO: • Pasien tampak sudah diberikan obat	Sintya
	14.00 wita	• Mengukur tanda-tanda vital pasien	DS : • Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan tensi DO : • Pada saat dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil TTV : TD: 120/80 mmHg N : 86 x/menit S : 36,3°C RR : 20 x/menit	Sintya

			SPO2 : 99%	
	14.10 wita	• Memonitor kadar gula darah • Delegasi pemberian obat kepada pasien - Cefotaxime 1 gr (IV) - Ondansentron 2 mg (IV)	DS: • Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan gula darah DO: • GDS : 280 g/dL • Pasien tampak kooperatif dan obat sudah diberikan	Sintya
	17.00 wita	• Menganjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat menggunakan minyak VCO untuk meminimalkan terjadinya alergi pada kulit	DS: • Pasien mengatakan sudah mengetahui perawatan kulit kaki yang tepat DO: • Pasien tampak paham dengan yang dijelaskan	Sintya
	18.00 Wita	• Delegasi pemberian obat kepada pasien Novorapid 8 unit (SC)	DS: • Pasien mau diberikan injeksi agar gula darahnya terkontrol dan makanan yang diberikan habis DO: • Pasien tampak kooperatif dan obat sudah diberikan	Sintya
	22.00 wita	• Mengecek gula darah pasien	DS: • Pasien mengatakan mau diperiksa gula darahnya DO : • GDS : 250 g/dL	Sintya
	22.10 Wita	Mendelegasi pemberian obat kepada pasien • Cefotaxime 1 gr (IV) • Omeprazole 40 mg (IV) • Ondansentron 2 mg (IV) • Lantus 14 unit SC	DS: • Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan obat DO: Pasien tampak kooperatif dan obat sudah diberikan	Sintya
22/11/23	06.00 Wita	Memonitor tanda – tanda vital pasien dan kadar gula	DS: • Pasien mengatakan bersedia dilakukan	Sintya

		darah pasien	pemeriksaan tanda-tanda vital. DO: Pasien tampak kooperatif TD : 120/60 mmHg N : 78 x/menit S: 36,4⁰C RR: 18x/menit SPO2 : 99% GDS: 210 g/dL	
	06.10 Wita	Delegasi pemberian obat kepada pasien Cefotaxime (IV) Omeprazole 40 mg (IV) Ondansentron 2 mg (IV)	DS: - Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan obat DO: - Pasien tampak kooperatif dan obat sudah diberikan	Sintya
	07.30	Mendelegasikan pemberian obat Novorapid 8 unit (SC)	DS: - Pasien mengatakan mau diberikan obat dan makanan yang diberikan habis DO : - Pasien tampak sudah diberikan obat	
	09.00 Wita	- Memeriksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachialindex) - Mengidentifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes melitus tipe II, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)	DS: - Pasien mengatakan kebas di kaki sudah hilang DO: - Pasien memiliki riwayat penyakit DM Tipe II - Nadi di esktrimitas bawah teraba - CRT < 3 dtk - Kulit sudah mulai lembab	Sintya
	09.10 Wita	- Mengidentifikasi penyebab perubahan sensasi - Memonitor perubahan kulit	DS: Pasien mengatakan sudah tidak merasakan kebas pada kaki, kesemutan sudah mulai jarang	Sintya

			dirasakan DO: • Kulit pasien tampak sudah mulai lembab • Turgor kulit elastis	
	09.20	• Pemeriksaan nilai ABI	DS : • Pasien mengatakan mau dilakukan pengukuran DO : • Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan systole pada dorsalis pedis sebesar 110/72 sistole di brakialis 120/84 mmHg dan didapatkan nilai ABI 0,91	
	09.30	• Melakukan kontrak waktu untuk dilakukan intervensi massage kaki dan rendaman kaki air garam hangat	DS: • Pasien mengatakan mau dilakukan massage kaki Kembali DO : • Pasien tampak antusias akan dilakukan intervensi	
	10.00 Wita	• Identifikasi perawatan kaki yang bisa dilakukan (melakukan <i>massage</i> kaki, pemberian VCO, dan rendam air garam)	DS: • Pasien mengatakan bersedia dilakukan perendaman kaki, <i>massage</i> kaki, dan terakhir pemberian VCO DO: • Pasien tampak kooperatif saat dilakukan tindakan , perendaman kaki dengan air garam <i>massage</i> kaki dan pemberian VCO • Pasien tampak rileks • Kaki pasien tidak terdapat luka • CRT < 3 dtk	Sintya
	10:40	• Melakukan pengukuran <i>ankle</i>	DS: • Pasien mengatakan	Sintya

		<i>brachial index</i> (ABI) adalah tes skrining vaskuler non invasive untuk mengidentifikasi penyakit arteri perifer (PAP) dengan membandingkan tekanan sistolik darah pada pergelangan kaki dorsalis pedis dan tibialis posterior serta tekanan sistolik pada lengan	bersedia dilakukan pengukuran kapiler kaki DO: Hasil interpretasi dari pengukuran <i>ankle brachial index</i> (ABI) yaitu 120/60 mmHg pada sistole brachialis, systole pada dorsalis pedis sebesar 110/80 mmHg sehingga memperoleh nilai ABI 0,95	
	14.00 wita	- Menganjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat menggunakan minyak VCO untuk meminimalkan terjadinya alergi pada kulit - menghindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya - menganjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah	DS: Pasien mengatakan sudah mengetahui perawatan kulit kaki yang tepat DO: Pasien tampak paham dengan yang dijelaskan	Sintya



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN
RAWAT INAP TERINTEGRASI**



Nama : Tn. S
Tanggal Lahir : 16-09-1985/ 48 Tahun
No RM : 323xxx

L /P

--	--	--	--	--	--

Tanggal / Jam	No. Dx	Profesi	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Ttd
22/09/2023 Pukul 15.00 wita	1	Perawat	S: - Pasien mengatakan kakinya sudah mulau terasa nyaman - Pasien mengatakan kebas di kaki sudah tidak dirasakan - Pasien mengatakan kesemutan pada kaki sudah jarang dirasakan - Pasien mengatakan nyeri pada kaki sudah tidak dirasakan - Pasien mengatakan lebih nyaman dan rilek saat dilakukan perendaman kaki, <i>massage</i> kaki kombinasi minyak VCO O: - Pasien memiliki riwayat penyakit DM Tipe II - Nadi di esktrimitas bawah teraba kuat - CRT < 3 dtk - Edema tidak ada - GDS : 210 g/dL - Hasil interpretasi dari pengukuran <i>ankle brachial index</i> (ABI) yaitu 120/60 mmHg pada sistol bracialis, systole pada dorsalis pedis sebesar 110/80 mmHg sehingga memperoleh nilai ABI 0,95 - Terdapat perubahan sensasi respon baik saat diberikan rangsangan berupa sentuhan ditelapak kaki - Kulit pasien tampak lembab, turgor kulit elastis - Akral teraba hangat A:	Sintya

			• Masalah gangguan perfusi perifer tidak efektif teratasi P: • Lanjutkan intervensi dilakukan perendaman kaki, <i>massage</i> kaki kombinasi minyak VCO	
--	--	--	--	--

Lampiran 8 Blanko Bimbingan Pembimbing 1



Kementerian Kesehatan
Pusat Pendidikan dan Pengembangan

Jalan Sarikat No. 1, Setiabudi,
Dempasar Selatan, Bali 80224
Telp. (0361) 710447
Email: pusdikkes@kemkes.go.id

BLANKO BIMBINGAN KIAN

NAMA MAHASISWA : Kadek Fransiska Sintya Dewi

NIM : P07120323069

PROGRAM STUDI : Profesi Ners

JUDUL KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan
Pemberian Massage Kaki Kombinasi Minyak VCO Dan Rendaman Air
Garam Untuk Memperbaiki Perifasi Perifer di RSUD Bangli

PEMBIMBING I : I Ketut Suardana, SKp., M.Kes

No	HARI TANGGAL	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1	03/01/24	Kesel judul KIAN	Judul KIAN ACC lanjutkan BAB I	ke
2	05/01/24	Bimbingan BAB I	Revisi di bagian tujuan dan manfaat pada BAB I	ke
3	07/01/24	Bimbingan BAB I & BAB II	Revisi bab II untuk menambahkan patofisiologi	ke
4	09/01/24	Bimbingan BAB II dan BAB III	Revisi bab III pada bagian alur untuk ditambahkan	ke
5	12/01/24	Bimbingan BAB II dan BAB IV	Revisi pada bagian anamnesa dalam untuk melengkapi bagian patofisiologi	ke
6	06/02/24	Bimbingan BAB V, VI, VII	Revisi penulisan, sesuaikan dengan kasus yang telah dibahas	ke
7	16/02/24	Bimbingan KIAN lengkap	ACC maju ujian	ke

Lampiran 9 Blanko Bimbingan Pembimbing 2



Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia

Jalan Satrio No. 1, Setiabudi,
Kecamatan Setiabudi, Distrik 00124
10111 Jakarta
Telp: 021-520447

http://kch.kemkes.go.id

BLANKO BIMBINGAN KIAN

NAMA MAHASISWA : Kadek Fransiska Sintya Dewi

NIM : P07120323069

PROGRAM STUDI : Profesi Ners

JUDUL KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan
Pemberian Massage Kaki Kombinasi Minyak VCO Dan Rendaman Air
Garam Untuk Memperbaiki Perfusi Perifer di RSUD Bangli

PEMBIMBING I : I Wayan Sumatra, SKp., M.Fis

No	HARI TANGGAL	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1	06/02/24	Bimbingan judul KIAN	Judul KIAN ACC. lanjutkan BAB 2	
2	20/02/24	Bimbingan BAB 3 dan BAB 4	Lanjutkan BAB 4 yang sudah diperbaiki kemudian	
3	05/03/24	Bimbingan BAB 5 dan 6	Sesuaikan BAB 6 dengan yang sudah kamu gunakan CDEI sebagai acuan	
4	21/03/24	Bimbingan BAB 7	Tata letak BAB 7 sesuai dengan yang yang telah dibuat	
5	06/04/24	Bimbingan BAB 8	Perbaiki kesimpulan yang telah telah dibuat	
6	16/04/24	Bimbingan KIAN lengkap	KIAN ACC. siap untuk ujian	

Lampiran 12 Surat Pernyataan Persetujuan Publikasi Repository

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Kadek Fransiska Sintya Dewi
NIM : P07120323069
Program Studi : Profesi Ners
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2023/2024
Alamat : Jl. Raya Celuk Sukawati
Nomor HP/Email : 082339814235

Dengan ini menyetorkan Karya Ilmiah Akhir Ners berupa Tugas Akhir dengan judul :
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Pemberian Massage Kaki
Kombinasi Minyak VCO dan Rendaman Air Garam Untuk Memperbaiki Perfusi Perifer di
RSUD Bangli

1. Dan menyetujui menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialih mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan dipublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, Mei 2024

Yang menyatakan,



Kadek Fransiska Sintya Dewi

NIM. P07120323069

Lampiran 13 Surat Ijin Pengambilan Data di RSUD Bangli



Nama : Kadek Fransiska Sintya Dewi
NPM : 2002521087

I. Penelitian

Jasa Sarana	Rp 40.000,-
Jasa Pelayanan	Rp 40.000,-
Jasa Pembimbing	Rp 90.000,-

TOTAL BIAYA : Rp. 170.000,-

Pembayaran tersebut diatas dibayarkan ke rekening BPD Cabang Bangli

Nama Rekening : RSUD BANGLI

No. Rekening : 020.0105004019

Bendahara Komikordik

Ni Putu Sriyanti Nata Safitri, A.Md.Keb



PEMERINTAH KABUPATEN BANGLI
RUMAH SAKIT UMUM

e-mail : rasbangli09@gmail.com
Jl. Brigjen Ngurah Rai No.99XBangli TLP. 0366-91521



LAMPIRAN CI PEMBIAYAAN STUDI PENDAHULUAN
JURUSAN KEPERAWATAN PROFESI NERS
POLITEKES DENPASAR

No	Nama CI	Nama Ruangan	Keterangan
1	Ni Wayan Sri Rahayu	Ruang Rekam Medis	

Bendahara Komikordik

Ni Putu Sriyanti Nata Safitri, A.Md.Keb



PEMERINTAH KABUPATEN BANGLI
RUMAH SAKIT UMUM
Website : rsud@banglikab.go.id, email : rsuhangli99@gmail.com
Jl. Brigjen Ngurah Rai No. 99a Bangli Telp./Fax. 0366-91521



Nomor : 400.7.22.2/834/RSUD
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Ijin Studi Pendahuluan
Kepada :
Yth. Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes
Denpasar
di-
Denpasar

Dengan hormat,

Schubungan dengan surat dari Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes
Denpasar, Nomor: KH.03.03/F.XXXII.13/1143/2024 Tanggal: 27 Maret 2024,
Prihal: Mohon Ijin Pengambilan Data Studi Pendahuluan, sebagai bahan dalam
penyusunan penelitian yang diberikan kepada mahasiswa:

Nama : Kadek Fransiska Sintya Dewi
NIM : P07120323069
Judul :

Pasien Dengan Diabetes Millitus Tipe 2

Pada prinsipnya dapat kami setuju sepanjang sesuai dengan ketentuan yang
berlaku.

Demikian surat ini dibuat, agar dapat digunakan sebagaimana mestinya

Direktur Rumah Sakit Umum Bangli


dr. I Dewa Gede Oka Darsana, Sp.An
NIP. 19730908-700101-002

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Dewan Pengawas RSUD Bangli
2. SPI RSUD Bangli
3. Wadir Pelayanan RSUD Bangli
4. Wadir Umum, Keuangan, dan SDM RSUD Bangli
5. Wadir Penunjang dan SARPRAS RSUD Bangli
6. Kabid Penunjang RSUD Bangli
7. Ka. Instalasi Rekam Medis RSUD Bangli
8. Ketua Komdikor RSUD Bangli
9. Sub Komite Penelitian RSUD Bangli
10. Arsip

Lampiran 14 Surat Ijin Menggunakan Tempat Praktik



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR

Alamat : Jalan Sanitasi No. 1 Sidalakarya, Denpasar

Telp : (0361) 710447, Faksimile : (0361) 710448

Laman (Website) : <https://www.poltekkes-denpasar.ac.id/>

Email : info@poltekkes-denpasar.ac.id



Nomor : PP.03.03/020/1382/2023 27 Juli 2023
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Hal : Mohon ijin Menggunakan Tempat Praktik
 Nama CI dan Rincian Biaya Praktik

Yth.
 Direktur RSUD Bangli
 Jl. Brigjen Ngurah Rai No 99X Bangli

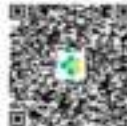
Dalam rangka memberikan pengalaman nyata di lapangan dan mengaplikasikan teori/praktik bagi mahasiswa, pada Mata Kuliah keperawatan Medikal Bedah (KMB) Program Studi Profesi Ners semester ganjil tahun akademik 2023/2024 Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar, maka dengan ini kami mohon ijin untuk mempraktikkan mahasiswa di RSUD Bangli. Adapun jumlah mahasiswa yang akan mengikuti praktik sebagai berikut.

No	Nama RS	Kelas/Semester	Jumlah	Kompetensi	Waktu Praktek	Ket
1	RSUD Bangli	Ners/1.A	10	KMB	25 September-4 November 2023	
2		Ners/1.B	9	KMB	30 Oktober-9 Desember 2023	
3		Ners/1.C	4	KMB	15 Oktober – 25 November 2023	

Sekaligus mohon nama Clinical Instruktur (CI) per ruangan 1 orang dan rincian biaya praktik. Ketrampilan kompetensi praktikum mahasiswa terlampir.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terimakasih

Ketua Jurusan Keperawatan,



I Made Sukarja, S.Kep, Ners, M.Kep

NIP 196812311992031020

Tembusan:

1. Kepala Bidang Keperawatan RSUD Bangli
2. Kepala Diklat RSUD Bangli
3. Kepala Komkordik RSUD Bangli
4. Arsip



Lampiran : kompetensi yang diharapkan

A. Tujuan Praktek

Keperawatan Medikal Bedah (KMB)

- Mampu memberikan asuhan keperawatan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (patient safety) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah atau belum tersedia;
- Mampu memberikan asuhan keperawatan pada area spesialisasi (keperawatan medikal bedah, sesuai dengan delegasi dari Ners spesialis;
- Mampu memberikan (administering) obat oral, topical, nasal, parenteral, dan supositoria sesuai standar pemberian obat dan kewenangan yang didelegasikan;
- Mampu menegakkan diagnosis keperawatan dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk
- Menetapkan prioritas asuhan keperawatan;
- Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dalam merespon kebutuhan klien (individu, keluarga dan masyarakat) secara regional, nasional dan Global.
- Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan atas perubahan kondisi klien yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat dan melaporkan kondisi dan tindakan asuhan kepada penanggung jawab perawatan;
- Mampu melakukan evaluasi dan revisi rencana asuhan keperawatan secara reguler dengan/atau tanpa tim kesehatan lain;
- Mampu melakukan komunikasi terapeutik dengan klien dan memberikan informasi yang akurat kepada klien dan/atau keluarga /pendamping/penasehat untuk mendapatkan persetujuan keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya;
- Mampu melakukan studi kasus secara teratur dengan cara refleksi, telaah kritis, dan evaluasi serta peer review tentang praktik keperawatan yang dilaksanakannya;
- Mampu melakukan upaya pencegahan terjadinya pelanggaran dalam praktik asuhan keperawatan;
- Mampu melakukan penelitian dalam bidang keperawatan untuk menghasilkan langkah-langkah pengembangan strategis organisasi
- Mampu melakukan Asuhan Keperawatan menggunakan pendekatan teknologi keperawatan berdasarkan pembuktian ilmiah (Evidence based practice) pada kasus-kasus tertentu (Perioperatif, Keperawatan Kritis dan kasus dengan tindakan Haemodialisa) ;
- Mampu melaksanakan prosedur Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI)
- Mampu melakukan kegiatan Penelitian Terapan Keperawatan

B. Nama Mahasiswa

Kelas A

Nama Mahasiswa	Tempat	Pembimbing
1. I Gusti ayu Sarah Putri Devayanthi 2. Ni Wayan Sukardi Yulistya Putri 3. Ni Made Purasih 4. Ni Wayan Tania Ananda Putri 5. Ni Kade Mas Ayu Putri LaksmiDewi 6. Ni Made Audia Maheswari 7. Ni Luh Putu Shinta Ari Suandewi 8. Komang Triana Yulia Dewi 9. Ni Kadek Astikananda Wulandari 10. Desak Made Liana Maharani Dewi	RSUD Bangli	I Made Mertha, S.Kp, M.Kep I Wayan Sukawana, S.Kep, Ns, M.Pd

Nama Mahasiswa	Tempat	Pembimbing
1. Kadek Melinda Sukmadewi	RSUD Bangil	I Made Mertha, S.Kp, M.Kep
2. Kadek Fransiska Sintya Dewi		
3. Kadek Ena Ardiyanti		
4. Ni Made Winda Permatasari		
5. Putu Lydia Kusuma Riawan		I Wayan Sukawana, S.Kep, Ns, M.Pd
6. Ni Nyoman Triyana Sari		
7. Ni Putu Dyah Aditya Pradnyani		
8. Ni Luh Sulista Dewi		
9. Ida Bagus Eka Utama Putra		

Nama Mahasiswa	Tempat	Pembimbing
1. Ni Luh Kadek Merry Antika	RSUD Bangli	I Made Mertha, S.Kp, M.Kep
2. I Gede Pratama Putra		
3. I Wayan Sutarna		
4. Ida Bagus Made Yoga		I Wayan Sukawana, S.Kep. Ns, M Pd

Selama Praktik Klinik Keperawatan maka setiap mahasiswa melaksanakan :

1. Mengikuti orientasi RS dan ruangan tempat praktek pada awal praktik :
Kelas A sebanyak : 10 mahasiswa
Kelas B sebanyak : 10 mahasiswa
Kelas C sebanyak : 4 mahasiswa
2. Mahasiswa melaksanakan praktik klinik selama: 36 hari efektif untuk masing-masing rotasi, Kelas A (25 September 2023- 4 November 2023), Kelas C (16 Oktober 2023 -25 November 2023) dan kelas B (30 Oktober 2023 - 9 Desember 2023)
3. Selanjutnya mahasiswa mengidentifikasi kasus sesuai dengan target praktik untuk membuat laporan pendahuluan (LP).
4. Laporan Pendahuluan diresponsikan bersama CI dan CT sesuai dengan kesepakatan (5x)
5. Mahasiswa mengambil kasus sesuai dengan LP dan menyusun laporan kasus.
6. Setiap minggu mahasiswa diwajibkan menyusun satu laporan kasus (6 laporan)
7. Responsi laporan kasus dilakukan pada setiap akhir minggu (6 x)
8. Dalam kegiatan merawat kasus, mahasiswa secara berkelompok melakukan mini riset dan dipresentasikan dengan persetujuan pembimbing dan pihak komite RS (1x)
9. Setiap mahasiswa wajib jaga sesuai dengan jadwal yang disepakati dengan pembimbing .
10. Ujian praktik dilaksanakan diakhir stage (1X)

Asuhan Keperawatan Perfusi Perifer Tidak Efektif Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Pemberian Massage Kaki Kombinasi VCO dan Rendaman Air Garam di RSUD Bangli

by Kadek Fransiska Sintya Dewi

Submission date: 25-Jun-2024 09:49AM (UTC+0700)

Submission ID: 2405580135

File name: REVISI_4_JUNI.pdf (8.72M)

Word count: 21218

Character count: 134373

Asuhan Keperawatan Perfusi Perifer Tidak Efektif Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Pemberian Massage Kaki Kombinasi VCO dan Rendaman Air Garam di RSUD Bangli

ORIGINALITY REPORT

29%
SIMILARITY INDEX

27%
INTERNET SOURCES

6%
PUBLICATIONS

16%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Student Paper	3%
2	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	2%
3	repo.poltekkesbandung.ac.id Internet Source	2%
4	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	1%
5	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	1%
6	journal-mandiracendikia.com Internet Source	1%
7	ro.scribd.com Internet Source	1%
8	erepo.unud.ac.id Internet Source	1%

[Signature]
A. P. H. M.

Kini



Data Skripsi Mahasiswa

N I M P07120323069

Nama Mahasiswa Kadek Fransiska Sintya Dewi

Info Akademik Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Profesi Ners
Semester : 2

Skripsi
Bimbingan
Jurnal Ilmiah
Seminar Proposal
Tugas Akhir
Sidang Gingsi

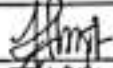
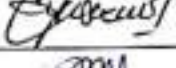
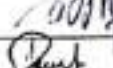
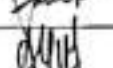
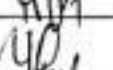
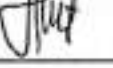
Bimbingan

No	Dosen	Topik	Masukan Dosen	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen	Aksi
1	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Konsul judul KIAN	Judul KIAN acc dan lanjutkan BAB I	3 Jan 2024	✓	
2	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Bimbingan BAB I	Revisi di bagian tujuan dan manfaat pada BAB I	5 Jan 2024	✓	
3	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan judul KIAN	Judul KIAN acc dan lanjutkan BAB II	6 Feb 2024	✓	
4	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan BAB I dan BAB II	Lanjutkan BAB selanjutnya, perbaiki penulisan	20 Feb 2024	✓	
5	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan BAB II dan BAB IV	Sesuaikan BAB IV dengan yang dibuat kasus dengan menggunakan SDG	5 Mar 2024	✓	
6	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Bimbingan BAB I dan BAB II	Revisi BAB II untuk menambahkan patofisiologi	7 Mar 2024	✓	
7	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Bimbingan BAB II dan BAB III	Revisi BAB III pada bagian akar untuk ditambahkan	9 Apr 2024	✓	
8	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Bimbingan BAB II dan BAB IV	Revisi pada bagian analisa data untuk dilengkapi Bagian patofisiologi	22 Apr 2024	✓	
9	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Bimbingan BAB IV, V, VI	Revisi penulisan, sesuaikan dengan kasus yang telah dibuat	6 Mei 2024	✓	
10	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan BAB VI	Perbaiki kesimpulan yang telah dibuat	6 Mei 2024	✓	
11	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S.Kp., M.Kes	Bimbingan KIAN lengkap	Acc maju ujian	16 Mei 2024	✓	
12	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan KIAN lengkap	Kian Acc maju untuk ujian	17 Mei 2024	✓	
13	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan KIAN Lengkap	Perbaiki penulisan dan ukuran tulisan pada daftar pustaka	16 Mei 2024	✓	

**BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI
 SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KIAN
 PRODI PROFESI KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES DENPASAR**

NAMA MAHASISWA : KADEK FRANSISKA SINTYA DEWI

NIM : P07120323069

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	AKADEMIK	20-05-2024		Buntih
2	PERPUSTAKAAN	20-05-2024		Dewa Irawaty
3	LABORATORIUM	20-05-2024		SuarSam
4	HMJ	20-05-2024		Pasek
5	KEUANGAN	20-05-2024		I.A Suabdi B
6	ADMINISTRASI UMUM/PERLENGKAPAN	20-05-2024		RYM. SLEPIRA

Keterangan:

Mahasiswa dapat mengikuti Ujian KIAN jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi.

Denpasar,
 Ketua Jurusan Keperawatan,

Made Sukarja, S.Kep., Ners, M.Kep
NIP : 196812311992031020

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbis.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://te.keminfo.go.id/verif/DE>.

