

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Karya Ilmiah

Jadwal Kegiatan Karya Ilmiah Akhir Ners Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus dengan Hipertensi Melalui Terapi Akupresur di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara Tahun 2024

No	Kegiatan	Waktu Kegiatan (Dalam Minggu)											
		November 2024				Desember 2024				Januari 2025			
		1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4
1	Pengajuan judul KIA-N												
2	Pengurusan izin pengambilan data KIA-N												
3	Pengumpulan data												
4	Pelaksanaan asuhan keperawatan												
5	Pengolahan data												
6	Analisis data												
7	Penyusunan laporan												
8	Sidang hasil karya ilmiah												
9	Revisi laporan												
10	Pengumpulan KIA-N												

Lampiran 2 Realisasi Anggaran Biaya Karya Ilmiah

Realisasi Anggaran Biaya Karya Ilmiah
Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus dengan Hipertensi
Melalui Terapi Akupresur di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara
Tahun 2024

Alokasi dana yang diperlukan dalam penelitian ini sebagai berikut :

No	Kegiatan	Biaya
1	Tahap Persiapan	
	a. Pengadaan Lembar <i>Inform Concern</i>	Rp 10.000,00
	b. Penggadaan lembar izin pengambilan data	Rp 50.000,00
2	Tahap Pelaksanaan	
	a. Transportasi dan Akomodasi	Rp 150.000,00
	b. Instrumen Karya Ilmiah	Rp 250.000,00
3	Tahap Akhir	
	a. Penyusunan Laporan	Rp -
	b. Penggandaan Laporan	Rp -
	c. Revisi Laporan	Rp -
	d. Biaya Tidak Terduga	Rp 100.000,00
Jumlah		Rp 560.000,00

Lampiran 3 Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lembar Permohonan Menjadi Responden

Kepada

Yth. Bapak/Ibu/Sodara/i Calon Responden

Di –

Wilayah Kerja RSUD Bali Mandara

Dengan hormat,

Saya mahasiswa Profesi *Ners* Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar semester I bermaksud melakukan pembuatan karya ilmiah tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus dengan Hipertensi Melalui Terapi Akupresur di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara Tahun 2024”, sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi Profesi *Ners*. Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan bapak/ibu/saudara/i untuk menjadi responden yang merupakan sumber informasi bagi penelitian ini. Informasi yang bapak/ibu/saudara/i berikan akan dijaga kerahasiannya.

Dengan permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Denpasar, 2025

Peneliti

I Putu Wira Pradnyana Putra

NIM. P07120324083

Lampiran 4 *Informed Consent*

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (INFORMED CONSENT) SEBAGAI PESERTA PENELITIAN

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

Judul	Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus dengan Hipertensi Melalui Terapi Akupresur di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara Tahun 2024
Peneliti Utama	I Putu Wira Pradnyana Putra
Institusi	Poltekkes Kemenkes Denpasar
Peneliti Lain	-
Lokasi Penelitian	Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara
Sumber pendanaan	Swadana

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Terapi Komplementer Titik *Taixi* Dan *Sanyinjiao* pada Pasien Hipertensi di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara Tahun 2024. Jumlah sampel sebanyak 1 orang dengan syaratnya yaitu kriteria *inklusi*; pasien yang terdiagnosis Diabetes melitus dengan Hipertensi, pasien diabetes melitus dengan hipertensi dengan keadaan umum baik, pasien yang bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent* saat pengambilan data dan pelaksanaan asuhan keperawatan dan kriteria *eksklusi*; pasien yang mengalami gangguan komunikasi, kontraindikasi (misalnya, kontusio, jaringan perut, infeksi, dan anak kecil), dan pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi gambaran informasi yang lebih banyak tentang terapi komplementer titik *taixi* dan *sanyinjiao* pada pasien diabetes melitus dengan hipertensi.

Atas kesedian berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Kompensasi lain yaitu peneliti akan memberikan masker, *handsanitisir*, dan minyak zaitun untuk peserta penelitian ini. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

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. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/ kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara/Adik diminta untuk menandatangani formulir “Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian/ *Wali” setelah Bapak/Ibu/Saudara/Adik benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibu/Saudara/Adik akan diberi Salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani ini.

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 pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti : I Putu Wira Pradnyana Putra **dengan no HP 085737621141** Tanda tangan Bapak/Ibu/Saudara/Adik di bawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu/Saudara/Adik telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan **menyetujui untuk menjadi peserta *penelitian/Wali.**

Peserta/ Subyek Penelitian,

Wali,

Tanggal : / /

Tanggal : / /

Hubungan dengan Peserta/ Subyek Penelitian:

Peneliti

Tanggal : / /

Tanda tangan saksi diperlukan pada formulir Consent ini hanya bila

- ☐ Peserta Penelitian memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- ☐ Wali dari peserta penelitian tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- ☐ Komisi Etik secara spesifik mengharuskan tanda tangan saksi pada penelitian ini (misalnya untuk penelitian resiko tinggi dan atau prosedur penelitian invasive)

Catatan:

Saksi harus merupakan keluarga peserta penelitian, tidak boleh anggota tim penelitian.

Saksi:

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan dimengerti oleh peserta penelitian atau walinya dan persetujuan untuk menjadi peserta penelitian diberikan secara sukarela.

Tanggal : / /

(Jika tidak diperlukan tanda tangan saksi, bagian tanda tangan saksi ini dibiarkan kosong)

* coret yang tidak perlu

Lampiran 5 SOP Terapi Akupresur

SOP TERAPI AKUPRESUR

	POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) LABORATORIUM KEPERAWATAN	
TERAPI AKUPRESUR		
Pengertian	Akupresur adalah suatu pendekatan terapeutik tradisional yang melibatkan pemberian tekanan pada titik-titik spesifik di tubuh menggunakan jari, dengan tujuan untuk merangsang mekanisme penyembuhan alami tubuh.	
Tujuan	Tujuan utama dari akupresur adalah untuk mengatur aliran energi vital, yang dikenal sebagai <i>Qi</i> , yang memainkan peran penting dalam mempertahankan kesehatan dan kesejahteraan individu. Melalui stimulasi manual pada titik-titik akupunktur tertentu, teknik ini berfokus pada pengurangan ketegangan otot, peningkatan sirkulasi darah, serta penguatan sistem kekebalan tubuh.	
Prosedur : Persiapan alat	1. Minyak 2. Tisu Basah dan Kering 3. Pengukuran tekanan darah sebelum dan sesudah tindakan akupresur dengan: Sphygmomanometer digital	
Pre interaksi	1. Persiapkan alat-alat yang di perlukan 2. Cuci tangan	
Tahap Kerja	1. Beri salam, panggil responden dengan namanya, dan perkenalkan diri (untuk pertemuan pertama).	

	2. Menanyakan keluhan /kondisi responden 3. Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan hal yang perlu di lakukan oleh klien selama terapi Akupresur dilakukan. 4. Berikan kesempatan pada klien atau keluarga untuk bertanya sebelum terapi di lakukan. 5. Lakukan pengkajian untuk mendapatkan keluhan dan kebutuhan komplementer yang di perlukan 6. Jaga privasi klien dengan menutup tirai 7. Atur posisi klien dengan memposisikan pada posisi terlentang (<i>supinasi</i>), duduk, duduk dengan tangan bertumpu di meja, berbaring miring, atau tengkurap dan berikan alas. 8. Pastikan klien dalam keadaan rileks dan nyaman 9. Bantu melepaskan pakaian klien atau aksesoris yang dapat menghambat tindakan Akupresur yang akan di lakukan, jika perlu. 10. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan bila perlu. 11. Cari titik-titik rangsangan yang ada di tubuh, menekannya hingga masuk ke sistem saraf. Bila penerapan Akupresur memakai jarum, Akupresur hanya memakai gerakan tangan dan jari, yaitu jenis tekan putar, tekan titik, dan tekan lurus 12. Titik Akupresur yang digunakan untuk mengatasi nyeri akut pada pasien hipertensi : <i>Taixi</i> (KI3), <i>Sanyinjiao</i> (SP6). 13. Setelah titik ditentukan, oleskan minyak secukupnya pada titik tersebut untuk memudahkan melakukan pemijatan atau penekanan dan mengurangi nyeri lecet ketika penekanan dilakukan. 14. Lakukan pemijatan atau penekanan menggunakan jempol tangan atau jari lain dengan 30 kali pemijatan
--	---

	atau pemutaran searah jarum jam untuk menguatkan dan 40- 60 kali pemijatan atau putaran ke kiri untuk melemahkan. Pemijatan dilakukan pada masing-masing bagian tubuh (kiri dan kanan) kecuali pada titik yang terletak di bagian tengah.
Terminasi	1. Beritahu responden bahwa tindakan sudah selesai dilakukan, rapikan klien kembali ke posisi yang nyaman 2. Evaluasi perasaan klien 3. Berikan reinforcement positif kepada klien dan berikan air putih 1 gelas 4. Rapikan alat dan cuci tangan
Hasil	1. Evaluasi hasil kegiatan dan respon klien setelah tindakan 2. Lakukan kontrak untuk terapi selanjutnya 3. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik 4. Cuci tangan
Dokumentasi	1. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal, dan jam pelaksanaan 2. Catat hasil tindakan (respon subjektif dan objektif).

Lampiran 6 Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus dengan Hipertensi Melalui Terapi Akupresur di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara Tahun 2024

Politeknik Kesehatan Denpasar Jurusan Keperawatan		Form.JKP.09.0.2019							
	ORIENTASI PASIEN BARU								
Nama : Tn. S Tanggal Lahir : 27 Oktober 1976 No RM : L / P <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px;">3</td> <td style="width: 30px;">9</td> <td style="width: 30px;">3</td> <td style="width: 30px;">2</td> <td style="width: 30px;">X</td> <td style="width: 30px;">X</td> </tr> </table>				3	9	3	2	X	X
3	9	3	2	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, 28 Oktober 2024

Pasien / Keluarga Pasien

Perawat

(Ny. R)

I PUTU WIRA PRADNYANA PUTRA

Form.JKP.01.03.2019	
	POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN FORMAT PENGKAJIAN
	
Nama : Tn. S Tanggal Lahir/Umur : 27 Oktober 1976 No RM : 3932XX Jenis Kelamin : Laki-laki	PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELOMPOK DEWASA RAWAT INAP

Tgl : 28/10/24
Jam : 12.40

Sumber data : (v) Pasien, (v) Keluarga, () Lainnya_____

Ruangan : Jepun

IDENTITAS PASIEN
Kewarganegaraan : (v) WNI, () WNA : _____ Agama : (v) Hindu, () Islam, () Protestan, () Katolik, () Budha, () Lainnya : _____ Pendidikan : () Tidak Sekolah, () SD, () SMP, (v) SMA, () Perguruan Tinggi
RIWAYAT KESEHATAN
Tanggal MRS : 11 September 2024
Keluhan utama saat MRS : pasien datang mengeluh sesak nafas disertai dada terasa sakit
Diagnosa medis saat ini : HT St II + DM tipe II
Pasien datang ke IGD RSUD Bali Mandara pada 24 Oktober 2024 dengan keluhan utama pusing berat dan nyeri kepala berdenyut persisten, terutama di bagian belakang kepala, disertai kelelahan, lesu, mual, serta gangguan tidur akibat nyeri kepala. Pasien memiliki riwayat hipertensi selama dua tahun dengan tekanan darah tidak terkontrol akibat ketidakpatuhan terhadap pengobatan, dengan rata-rata tekanan darah 160/100 mmHg atau lebih tinggi. Selain itu, pasien juga menderita diabetes melitus tipe II selama lima tahun tanpa kepatuhan dalam pengobatan dan diet yang dianjurkan, dengan keluhan sering haus dan mulut kering sebagai gejala hiperglikemia. Pemeriksaan di IGD menunjukkan tekanan darah 160/100 mmHg, kadar gula darah 450 mg/dL, nadi 93x/menit, respirasi 18x/menit, dan suhu 38,5°C. Terapi awal yang diberikan berupa NaCl 30 tpm, Novorapid, dan Cefotaxime 1 gr. Pengkajian ulang pada 31 Oktober 2024 menunjukkan pasien masih merasa lelah, lesu, sering haus, dan mulut kering, dengan kadar glukosa darah turun menjadi 265 mg/dL dan kesadaran compos mentis (GCS E4 V5 M6). Riwayat keluarga menunjukkan predisposisi penyakit kardiovaskular dengan ayah pasien yang meninggal akibat serangan jantung. Dari aspek gaya hidup, pasien memiliki kebiasaan merokok selama 15 tahun (1 bungkus/hari), konsumsi alkohol berkala, tidak mengikuti diet diabetes, dan jarang berolahraga. Saat dilakukan pengkajian pukul 12.40 WITA, pemeriksaan fisik menunjukkan kondisi umum lemah, konjungtiva pucat, tekanan darah fluktuatif (terakhir 167/93 mmHg), nadi 112x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,5°C, dan kapiler refill time di bawah tiga detik. Pemeriksaan leher, dada, abdomen, dan ekstremitas tidak menunjukkan kelainan. Pasien mendapatkan terapi farmakologis berupa Insulin Novorapid 10 IU (3x sehari), Insulin Ezulin 6 IU (1x sehari), Metformin 500 mg, Amlodipine 10 mg, Captopril 25 mg, dan Furosemide 40 mg. Pasien juga diberikan infus intravena (IVFD NaCl 500 ml dengan laju 20 tpm) di tangan kiri.
Riwayat penyakit terdahulu : a. Riwayat MRS sebelumnya : (v) Tidak () Ya, Lamanya : -, alasan : b. Riwayat dioperasi : (v) Tidak () Ya, jelaskan : c. Riwayat Kelainan Bawaan : (v) Tidak () Ya, jelaskan : d. Riwayat Alergi : (v) Tidak () Ya, jelaskan : e. Riwayat penyakit keluarga : () Tidak (v) Ya, jelaskan : <u>jantung dan kencing manis</u>
PROSEDUR INVASIF (yang terpasang saat ini)
(v) Infus intra vena, di pasang di : <u>tangan kiri</u> tanggal : <u>25/10/24</u> , () 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 : <u>36,5</u> °C, Pernafasan : <u>20</u> x/menit, Nadi : <u>112</u> x/menit, Tekanan Darah : <u>167/93</u> mmHg, SPO2 : 95%	

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	Wong Backer (WBS) dan Numeric Rating Scale (NRS)/VAS  Skor : 0 = Tidak Nyeri 1-4 = Nyeri Ringan
Ekspresi wajah	Rileks	1	Nyeri : ()Tidak ()Ya, Skala WBS/NRS/BPS/VAS: Lokasi nyeri : Frekuensi Nyeri : ()Jarang (√)Hilang timbul ()Terus-menerus Lama Nyeri : _____ Menjalar : ()Tidak (√)Ya, ke : Kualitas Nyeri : ()Tumpul ()Tajam ()Panas/terbakar ()Lain-lain : <u>seperti berdenyut</u> Faktor pemicu/yang memperberat : Faktor yang mengurangi/menghilangkan nyeri :
	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			

PEMERIKSAAN FISIK

Kepala : (✓)Normosefali ()Mikrosefali ()Hidrocefali
 () lesi/luka () hematoma () perdarahan () luka sobek () lain-lain
 Warna rambut _____
 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 : 15 x/m

Ascites: (√)Tidak ()Ya Ekstremitas : Akral : (√)Hangat ()Dingin,Pergerakan : (√)Aktif ()Pasif, Kekuatan Otot : (√)Kuat Lemah () Skala nilai kekuatan otot : <table border="1"> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> </table> Capillary Refill Time : (√) < 3 detik () > 3 detik Hemiplegi/parese : (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____ Edema: (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____ Kelainan : (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____ Kulit : Warna : (√)Normal, ()Ikterus,Sianosis, Membran Mukosa : (√)Lembab, ()Kering, Stomatitis () Hematome : (√)Tidak, ()Ya Luka : ()Tidak, ()Ya, jelaskan : _____ Masalah integritas kulit : (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____ <i>(Jika ya, kaji lebih lanjut dengan form skin risk assessment)</i> Anus dan Genetalia : Kelainan/masalah : (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____	5555	5555	5555	5555
5555	5555			
5555	5555			
DATA BIOLOGIS				
Pernapasan : Kesulitan bernafas : (√)Tidak, ()Ya : memakai - lt/menit dengan : ()Nasal canule, ()Sungkup, ()Masker				
Makan dan Minum : Nafsu makan : (√)Baik, ()Tidak, Jenis Makanan : (√)Bubur, ()Nasi, Frekuensi <u>3 x</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: pasien mengatakan tidak ada makanan pantangan Makanan yang disukai: pasien mengatakan menyukai makanan manis Makanan yang tidak disukai: pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai				
Eliminasi : Bak : (√)Normal, ()Tidak, Masalah perkemihan : (√)Tidak ada, ()Ada : ()Retensi urine, ()Inkontinensia urine, ()Dialysis Warna urine : (√)Kuning jernih, ()Keruh, ()Kemerahan, Frekuensi : <u>± 5-6 x</u> /hari, Bab : (√)Normal, ()Tidak, Masalah defekasi : (√)Tidak ada, ()Ada : ()stoma, ()sthesia ani, ()konstipasi, ()diare Warna feses : (√)Kuning, ()Kecoklatan, ()Kehitaman, Perdarahan : ()Tidak, ()Ya, Frekuensi : _____/hari				
Istirahat Tidur : Lama tidur <u>4 jam</u>/hari Kesulitan Tidur : ()Tidak, (√)Ya Tidur siang : (√)Tidak, ()Ya Kebiasaan pengantar tidur: pasien mengatakan tidak ada Kebiasaan saat tidur : pasien mengatakan tidak ada kebiasaan saat pasien tertidur				
Mobilisasi : (√)Normal/mandiri, ()Dibantu, ()Menggunakan kursi roda,Lain-lain _____ Kegiatan di waktu luang: pasien mengatakan bermain dengan anaknya				
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 : <u>pasien mengatakan ingin segera pulang kerumahnya</u> Harapan setelah menjalani perawatan: <u>pasien mengatakan berharap tidak kambuh lagi penyakitnya</u> Perubahan yang dirasa setelah sakit: <u>pasien mengatakan perubahan yang dirasakan adalah menghambat aktivitas sehari-harinya</u> Suasana hati: <u>pasien mengatakan gelisah</u> 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 masalah ☐ cari pertolongan ☐ tidur
☐ makan ☐ makan obat ☒ lain-lain (bercerita dengan suami)

DATA SOSIAL, EKONOMI, DAN SPIRITUAL

Tinggal bersama keluarga kandung : (☒)Ya (☐)Tidak, jelaskan : _____
 Pembuat keputusan dalam keluarga: suami pasien sebagai kepala keluarga
 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: 8 jam
 Jadwal kerja: 6 hari kerja
 Keuangan: (☒)Memadai (☐)Kurang
Pembiayaan Kesehatan : (☐)Biaya sendiri (☐)Asuransi (☐)Perusahaan (☒)Lain-lain, jelaskan : BPJS
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: pasien mengatakan hanya ingin berdoa

ASSESMEN 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		2
03	Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	Butuh pertolongan orang lain	Mandiri			1
04	Penggunaan toilet, pergi ke dalam dari WC (melepas, memakai celana, menyeka, menyiram)	Tergantung pertolongan orang lain	Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas terapi, 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	3
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		2
KETERANGAN : ☒ Mandiri (20) ☐ Keterangan Ringan (12-19) ☐ Ketergantungan Sedang (9-11) ☐ Ketergantungan Berat (5-8) ☐ Ketergantungan Total (0-4)					TOTAL	20

PENGKAJIAN RESIKO JATUH

Skor Resiko Jatuh (Skala Morse) : _____ ()Rendah 0-7 ()Tinggi 8-13 ()Sangat Tinggi ≥ 14

PENGKAJIAN INTEGRITAS KULIT

Lihat pada form pengkajian gangguan integritas kulit skala braden

SKRINING NUTRISI dengan MST (Malnutrisi Screening Tools)

Berat Badan (BB) sekarang : <u>90</u> kg BB seharusnya/biasanya : _____ kg Tinggi Badan (TB) : <u>165</u> cm 1. Apakah berat badan (BB) anda menurun akhir-akhir ini tanpa direncanakan? ☒ Tidak ☐ Ya, bila ya berapa penurunan berat badan Anda? ☐ 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 0 1 Total Skor 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
---	---

Masalah Keperawatan (Berdasarkan Prioritas)

- Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, dibuktikan dengan keluhan pasien merasa lelah dan lesu, hasil pemeriksaan kadar glukosa darah sebesar 265 mg/dL, serta keluhan sering merasa haus dan mulut kering.
-

Form.JKP.05.02.2019		
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN		
Nama : Tn. S Tanggal Lahir/Umur : 27-10-1976 / 48 th No RM : 3932XX 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	12/09/2024				
1	Sensori Persepsi	4				
2	Kelembaban Kulit	3				
3	Aktivitas	3				
4	Mobilisasi	4				
5	Status Nutrisi	3				
6	Pergesekan Kulit	3				
	Total Skor	20				
	Paraf/Nama Terang	wira				

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	Aktivitas	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 : 27-10-1976 / 48 th
No RM : 393242
Jenis Kelamin : L

PENGKAJIAN RISIKO JATUH DEWASA
(SKALA MORSE)

Ruangan:		Lembar ke:										
No	Item penilaian	Tgl	29/10/2019	30/10/2019	31/10/2019							
		Jam	09.00	09.00	09.00							
		Skor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Usia											
	a. Kurang dari 60 tahun	0	0	0	0							
	b. Lebih dari 60 tahun	1										
	c. Lebih dari 80 tahun	2										
2	Defisit Sensoris											
	a. Kacamata bukan bifokal	0	0	0	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	0	0	0							
	b. ADL dibantu sebagian	2										
	c. ADL dibantu penuh	3										
4	Riwayat Jatuh											
	a. Tidak pernah	0	0	0	0							
	b. Jatuh < 1 tahun	1										
	c. Jatuh < 1 bulan	2										
	d. Jatuh saat dirawat sekarang	3										
5	Kognisi											
	a. Orientasi baik	0	0	0	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	2	2	2							
7	Mobilitas											
	a. Mandiri	0	0	0	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	0	0	0							
	b. Inkontinensia urine/feses	1										
	c. Nokturia	2										
	d. Urgensi/frekuensi	3										
9	Komorbiditas											
	a. Diabetes/penyakit jantung/stroke/ISK, dll	2	2	2	2							
	b. Gangguan saraf pusat/parkinson	3										
	c. Pasca bedah 0-24 jam	3										
Total skor			4	4	4							
Keterangan												
Risiko rendah		0-7	√	√	√							
Risiko tinggi		8-13										
Risiko sangat tinggi		≥ 14										
Nama/paraf												

Analisis Data	Pohon Masalah	Masalah Keperawatan
Data Subjektif : - Pasien mengatakan lelah dan lesu - Pasien mengatakan sering kencing - Pasien mengeluh sakit kepala belakang pada bagian kiri Data Objektif : - Pasien tampak kelelahan - Bibir pasien tampak kering - GDP 265 mg/dL - TD 167/93 mmHg, - Nadi 112x/menit, - RR 20x/menit - S 36,5°C, - SPO2 99%	DM Tipe II ↓ Idiopatik, usia, obesitas, dll ↓ Jumlah sel pankreas menurun ↓ Kegagalan Produksi Pankreas ↓ Reseptor insulin tidak berikatan dengan insulin ↓ Glukosa tidak dapat masuk sel ↓ Kadar gula darah meningkat ↓ Hiperglikemia ↓ Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Diagnosis keperawatan

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, dibuktikan dengan keluhan pasien merasa lelah dan lesu, hasil pemeriksaan kadar glukosa darah sebesar 265 mg/dL, serta keluhan sering merasa haus dan mulut kering.



**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**



Nama : Tn. S
 Tanggal Lahir/Umur : 27-10-1976 / 48 th
 No RM : 3932XX
 Jenis Kelamin : Laki-laki

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Tgl.	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Rencana Tindakan Keperawatan	Tanda Tangan
29/10/2024	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengatakan tubuh merasa lesu dan lelah, saat dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil glukosa dalam darah pasien tinggi yaitu 265 mg/dL, pasien	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah Meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Lelah atau lesu menurun 2. Kadar glukosa dalam darah membaik 3. Mulut kering menurun 4. Rasa haus menurun	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan). 3. Monitor kadar glukosa darah. 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur dan sakit kepala). 5. Monitor intake dan output cairan. 6. Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik, dan frekuensi nadi. Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral. 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk.	wira

			3. Fasilitasi ambulansi jika ada hipotensi ortostatik. 4. Pemberian tindakan inovatif berupa teknik akupresur titik ki3 dan sp6. Edukasi 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL. 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri. 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga. 4. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin. 5. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan). Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian insulin Novorapid 3 kali sehari dengan dosis 10 IU dan insulin Ezelin 1 kali sehari dengan dosis 6 IU. 2. Kolaborasi pemberian cairan IV NaCl 0,9% dengan dosis 30 tetes per menit	
--	--	--	---	--

**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**

Nama : Tn. S
 Tanggal Lahir/Umur : 27-10-1976 / 48 th
 No RM : 3932XX
 Jenis Kelamin : Laki-laki

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tgl.	Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
29 / 10 / 2024	10.00	- Memeriksa kondisi pasien - Melakukan pengkajian identitas, keluhan yang dirasakan, riwayat penyakit, pemeriksaan kadar glukosa darah - Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	DS : - Pasien mengatakan bernama Tn. S - Pasien mengatakan tubuhnya terasa lesu dan lelah - Pasien mengatakan sering haus dan juga mulut seringkali terasa kering - Pasien mengatakan juga merasa sakit kepala dibagian belakang kiri - Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit diabetes - Keluarga pasien mengatakan saat pasien masih sehat pola makan dan porsi makan pasien tidak teratur DO : saat dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil yaitu kadar gula darah pasien tinggi, pasien dan keluarga tampak kooperatif.	wira
	10.15	- Memonitor TTV	DS : pasien mengatakan bersedia dilakukan pengecekan DO : TD 162/97 mmHg, Nadi 105x/menit, RR 20x/menit S 36,4°C, SPO2 98%	Wira
	10.30	- Menjelaskan tujuan dan manfaat tindakan akupresur titik ki3 dan sp6 yang akan dilakukan - Menjelaskan langkah-langkah tindakan akupresur yang akan dilakukan - Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan terapi - Mempersiapkan pasien sebelum dilakukan tindakan	DS : pasien mengatakan paham dengan penjelasan yang diberikan DO : pasien tampak kooperatif	Wira

	10.45	- Melakukan pemberian teknik akupresur titik ki3 dan sp6	DS : pasien mengatakan bersedia diberikan terapi setelah mendapatkan penjelasan, pasien mengatakan ingin mencoba terapi yang akan diberikan, keluarga pasien mengatakan baru pernah melihat terapi yang diberikan DO : pasien dan keluarga tampak kooperatif	wira
	11.20	- Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah - Menginformasikan mengenai tujuan kepatuhan diet dan olahraga terhadap kesehatan	DS : - Pasien mengatakan paham akan apa yang disampaikan DO : - Kadar glukosa pasien adalah 237 mg/dL - Pasien tampak kooperatif	wira
	13.00	- Memberikan insulin Novorapid dengan dosis 10 IU - Memberikan asupan cairan oral kepada pasien	DS : pasien mengatakan belum makan siang DO : pasien sudah diberikan insulin novorapid dosis 10 IU	Wira
	14.00	- Melakukan pemeriksaan TTV - Kontrak waktu untuk pemberian terapi akupresur	DS : pasien mengatakan bersedia dilakukan pengecekan DO : TD 164/98 mmHg, Nadi 100x/menit, RR 18x/menit S 36,3°C, SPO2 98%	wira
	16.30	- Melakukan pemberian teknik akupresur titik ki3 dan sp6	DS : pasien mengatakan merasa lebih lega setelah diberikan terapi DO : pasien tampak kooperatif	wira
	18.30	- Memonitor porsi makan pasien	DS : Pasien mengatakan makan yang diberikan oleh perawat sudah dihabiskan semuanya DO : Pasien tampak sudah menghabiskan 1 porsi makanannya	wira
	18.35	- Memberikan suntikan insulin	DS : Pasien mengatakan bersedia untuk disuntik DO : Pasien mendapatkan terapi insulin novorapid 10 IU	wira
	22.00	- Memberikan suntikan insulin	DS : Pasien mengatakan bersedia untuk disuntik DO : Pasien mendapatkan terapi insulin lantus 10 IU	
30 / 10 / 2024	07.15	- Memonitor TTV	DS : pasien mengatakan bersedia dilakukan pengecekan	Wira

			DO : TD 162/97 mmHg, Nadi 105x/menit, RR 20x/menit S 36,4°C, SPO2 98%	
	10.45	- Melakukan pemberian teknik akupresur titik ki3 dan sp6	DS : pasien mengatakan setelah diberikan terapi merasa segar DO : pasien dan keluarga tampak kooperatif	Wira
	11.20	- Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah - Menginformasikan mengenai tujuan kepatuhan diet dan olahraga terhadap kesehatan	DS : - Pasien mengatakan paham akan apa yang disampaikan DO : - Kadar glukosa pasien adalah 216 mg/dL - Pasien tampak kooperatif	Wira
	13.00	- Memberikan insulin Novorapid dengan dosis 10 IU - Memberikan asupan cairan oral kepada pasien	DS : pasien mengatakan belum makan siang DO : pasien sudah diberikan insulin novorapid dosis 10 IU	Wira
	14.00	- Melakukan pemeriksaan TTV - Kontrak waktu untuk pemberian terapi akupresur	DS : pasien mengatakan bersedia dilakukan pengecekan DO : TD 154/98 mmHg, Nadi 90x/menit, RR 18x/menit S 36,7°C, SPO2 98%	Wira
	16.30	- Melakukan pemberian teknik akupresur titik ki3 dan sp6	DS : pasien mengatakan merasa lebih lega setelah diberikan terapi DO : pasien tampak kooperatif	Wira
	18.30	- Memonitor porsi makan pasien	DS : Pasien mengatakan makan yang diberikan oleh perawat sudah dihabiskan semuanya DO : Pasien tampak sudah menghabiskan 1 porsi makanannya	Wira
	18.35	- Memberikan suntikan insulin	DS : Pasien mengatakan bersedia untuk disuntik DO : Pasien mendapatkan terapi insulin novorapid 10 IU	Wira
	22.00	- Memberikan suntikan insulin	DS : Pasien mengatakan bersedia untuk disuntik DO : Pasien mendapatkan terapi insulin lantus 10 IU	Wira
31 /	07.15	- Memonitor TTV	DS : pasien mengatakan bersedia	Wira

10/ 2024			dilakukan pengecekan DO : TD 162/97 mmHg, Nadi 105x/menit, RR 20x/menit S 36,4°C, SPO2 98%	
	10.35	- Melakukan pemberian teknik akupresur titik ki3 dan sp6	DS : pasien mengatakan setelah diberikan terapi merasa lebih baik dan lebih lega DO : pasien dan keluarga tampak kooperatif	Wira
	11.20	- Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah - Menginformasikan mengenai tujuan kepatuhan diet dan olahraga terhadap kesehatan	DS : - Pasien mengatakan paham akan apa yang disampaikan DO : - Kadar glukosa pasien adalah 170 mg/dL Pasien tampak kooperatif	Wira
	13.00	- Memberikan insulin Novorapid dengan dosis 10 IU - Memberikan asupan cairan oral kepada pasien	DS : pasien mengatakan belum makan siang DO : pasien sudah diberikan insulin novorapid dosis 10 IU	Wira
	14.00	- Melakukan pemeriksaan TTV - Kontrak waktu untuk pemberian terapi akupresur	DS : pasien mengatakan bersedia dilakukan pengecekan DO : TD 135/98 mmHg, Nadi 80x/menit, RR 18x/menit S 36,3°C, SPO2 98%	Wira
	16.30	- Melakukan pemberian teknik akupresur titik ki3 dan sp6	DS : pasien mengatakan merasa lebih lega setelah diberikan terapi DO : pasien tampak kooperatif	Wira
	18.30	- Memonitor porsi makan pasien	DS : Pasien mengatakan makan yang diberikan oleh perawat sudah dihabiskan semuanya DO : Pasien tampak sudah menghabiskan 1 porsi makanannya	Wira
	18.35	- Memberikan suntikan insulin	DS : Pasien mengatakan bersedia untuk disuntik DO : Pasien mendapatkan terapi insulin novorapid 10 IU	Wira
	22.00	- Memberikan suntikan insulin	DS : Pasien mengatakan bersedia untuk disuntik	wira

			DO : Pasien mendapatkan terapi insulin lantus 10 IU	
--	--	--	--	--



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN
RAWAT INAP TERINTEGRASI**



Nama : Tn. S
Tanggal Lahir : 27 Oktober 1976 / 48 th
No RM :

L / ♀

3	9	3	2	X	X
---	---	---	---	---	---

Tanggal	Jam	Profesi	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Ttd
31 Oktober 2024	13.45 WITA	Perawat	S : - pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah mulai berkurang semenjak rutin mengkonsumsi obat yang dianjurkan dan melakukan terapi akupresur - pasien mengatakan keluhan sulit tidur sudah menurun. - Pengkajian nyeri PQRST diperoleh P nyeri saat tekanan darah meningkat, Q nyeri seperti berdenyut, R nyeri di kepala kiri bagian belakang sudah tidak menjalar lagi ke leher, S skala 2 dari 10, T hilang timbul. - Pasien mengatakan rasa lemas dan lesu sudah berkurang - Pasien mengatakan mulutnya sudah tidak merasa kering - Pasien mengatakan rasa haus berkurang - Pasien mengatakan sering buang air kencing berkurang O : - pasien tampak tidak meringis dan tidak gelisah lagi - hasil pemeriksaan TTV diperoleh : TD 134/83 mmHg, Nadi 82x/menit, RR 20x/menit, S 36,1°C, SPO2 99%. - Pasien tampak keadaan membaik - Tampak mulut pasien sehat dan lembab - Kadar glukosa dalam darah membaik (GDP=129 mg/dL)	wira

			A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah : hiperglikemia teratasi P : pertahankan kondisi pasien dengan tetap melakukan intervensi akupresur dan menganjurkan tetap mematuhi program pengobatan.	
--	--	--	---	--



**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**



Nama : Tn. S
Tanggal Lahir/Umur : 27-10-1976 / 48 th
No RM : 3932XX
Jenis Kelamin : Laki-laki

**CATATAN OBSERVASI
KOMPREHENSIF**

Tgl MRS: 11/09/24

Diagnosa Medik:

Ruangan: Legong

Lembar ke:

Nyeri		Tgl	12/09/24	13/09/24	14/09/24				
Jam									
	Nadi	Temp °C							
	TD								
	200	42°							
	180	41°							
	160	40°							
	140	39°							
	120	38°							
	100	37°							
	80	36°							
	60	35°							
40	34°								
Nafas Nyeri BAB Kesa- daran Posisi	Alert								
	Verbal								
	Pain								
	Unresp								
	Supine								
	Mika								
	Miki								
Nama/paraf									



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
 POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
 JURUSAN KEPERAWATAN
 Alamat : Jalan Pulau Moyo No. 33 Pedungan, Denpasar
 Telp/Faksimile : (0361) 725273 / 724563
 Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id

Nama : Tn. S
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Tgl.Lahir : 27 Oktober 1976
 Umur : ____ Bulan, 48 Tahun
 NO. RM : 3932XX
 Ruangan : Jepun

FORMULIR REKONSILIASI OBAT

☐ Tidak Ada Riwayat Alergi

☐ Riwayat Alergi/Intoleransi (spesifikasi):.....

No	Nama Obat	Dosis/Frek	Rute	Sumber obat	Tgl Mulai	Tgl Stop	Jml Obat Sisa	Status Obat Saat Admisi	Status Obat Saat Pindah Ruangan	Status Obat saat KRS
1	Nacl 0,9%		IV	Farmasi	25/10/24			L/T/H	L/T/H	L/T/H
2	Amlodipine	10mg	PO	Farmasi	25/10/24			L/T/H	L/T/H	L/T/H
3	Captopril	25mg	PO	Farmasi	25/10/24			L/T/H	L/T/H	L/T/H
4	Furosemid	40mg	PO	Farmasi	25/10/24			L/T/H	L/T/H	L/T/H
5	Paracetamol	500mg	PO	Farmasi	25/10/24			L/T/H	L/T/H	L/T/H
6	Metformin	500mg	PO	Farmasi	25/10/24			L/T/H	L/T/H	L/T/H
7								L/T/H	L/T/H	L/T/H
8								L/T/H	L/T/H	L/T/H
9								L/T/H	L/T/H	L/T/H
10								L/T/H	L/T/H	L/T/H
11								L/T/H	L/T/H	L/T/H
12								L/T/H	L/T/H	L/T/H
13								L/T/H	L/T/H	L/T/H
14								L/T/H	L/T/H	L/T/H
15								L/T/H	L/T/H	L/T/H

Keterangan:

Formulir di isi dengan lengkap, Lingkari salah satu huruf

L : Lanjut

T : Tunda

H : Henti

Lampiran 7 Validasi Daftar Bimbingan SIAK

Portal
 Perkuliahan
 Perkuliahan (mhs)
 Laporan (Mhs)
 Yudisium (Mhs)

SISTEM INFORMASI MANAJEMEN AKADEMIK

Data Skripsi Mahasiswa

N I M : P07120324083

Nama Mahasiswa : I PUTU WIRA PRADNYANA PUTRA

Info Akademik : Fakultas : Jurusan Keperawatan - Program Studi Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi

Semester : 2

Skripsi
Bimbingan
Jurnal Ilmiah
Syarat Sidang
Sidang Skripsi

No	Dosen	Topik	Masukan Dosen	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen	Aksi
1	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKPM.Fis	Bimbingan pengajuan judul		15 Okt 2024	✓	
2	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan judul KIAN dan BAB I		21 Okt 2024	✓	
3	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKPM.Fis	Bimbingan BAB I		18 Okt 2024	✓	
4	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan BAB I dan BAB II		5 Nop 2024	✓	
5	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan revisi BAB I dan BAB II		6 Nop 2024	✓	
6	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKPM.Fis	Bimbingan BAB I dan BAB II		30 Okt 2024	✓	
7	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKPM.Fis	Bimbingan BAB III dan BAB IV		10 Des 2024	✓	
8	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan BAB III dan BAB IV		11 Des 2024	✓	
9	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKPM.Fis	Bimbingan BAB I sampai BAB V		1 Jan 2025	✓	
10	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKPM.Fis	Bimbingan keseluruhan laporan KIAN		10 Jan 2025	✓	
11	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan BAB I sampai BAB V		3 Jan 2025	✓	
12	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan keseluruhan laporan KIAN		13 Jan 2025	✓	
13	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKPM.Fis	Bimbingan revisi laporan KIAN		17 Jan 2025	✓	

Lampiran 8 Surat Persyaratan Administrasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Denpasar

Jalan Sanitasi No.1, Sidakarya,
Denpasar Selatan, Bali 80224
(0361) 710447
<https://poltekkes-denpasar.ac.id>

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

NAMA : I PUTU WIRA PRADNYANA PUTRA
NIM : P07120324083

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	AKADEMIK	16/4 - 25		N. Rai Sukerni
2	PERPUSTAKAAN	16/4 - 25		I Gusti Ayu Raka Ad
3	LABORATORIUM	16/4 - 25		Made. Wasnandita
4	HMJ	16/4 - 25		I Wira Aditya Pradnyana Putra
5	KEUANGAN	16/4 - 25		I. A. Suatjana B
6	ADMINISTRASI UMUM/PERLENGKAPAN	16/4 - 25		I Made Sukarja

Keterangan:

Mahasiswa dapat mengikuti Ujian Karya Ilmiah Akhir Ners jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi

Denpasar,
Ketua Jurusan Keperawatan,

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

Lampiran 9 Surat Pernyataan Persetujuan Publikasi Repository

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : I Putu Wira Pradnyana Putra
NIM : P07120324083
Program Studi : Profesi Ners
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2025
Alamat : LC KOTA PALA Br. Tegal Belodan Tabanan
Nomor HP/Email : 085737621141 / wiraputu111@gmail.com

Dengan ini menyerahkan Karya Ilmiah Akhir *Ners* berupa Tugas Akhir dengan judul :

Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus dengan Hipertensi Melalui Terapi Akupresur di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara Tahun 2024

Dan menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan, medikan, dikelola dalam pangkalan data dan publikasinya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.

1. 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, 20 Januari 2025



I Putu Wira Pradnyana Putra
P07120324083

Lampiran 10 Hasil Turnitin

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS
DENGAN HIPERTENSI MELALUI TERAPI AKUPRESUR DI RUANG
JEPUN RSUD BALI MANDARA TAHUN 2024.pdf

ORIGINALITY REPORT

29%
SIMILARITY INDEX

23%
INTERNET SOURCES

12%
PUBLICATIONS

19%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSPDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	10%
2	Submitted to Poltekkes Kemenkes Sorong Student Paper	1%
3	eprintslib.ummgl.ac.id Internet Source	1%
4	repository.universitalirsyad.ac.id Internet Source	1%
5	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar Student Paper	1%
6	repo.stikesbethesda.ac.id Internet Source	1%
7	text-id.123dok.com Internet Source	<1%
8	pdfcookie.com Internet Source	<1%
9	jurnal.politeknikyakpermas.ac.id Internet Source	<1%
10	arl.ridwaninstitute.co.id Internet Source	<1%

ejurnal.bppt.go.id

 <1%

110 Sindi Astaty, Dayan Hisni. "Analisis Asuhan Keperawatan Terapi Teknik Relaksasi Nafas dalam Sebagai Intervensi Penurunan Kadar Glukosa Darah dengan Diagnosa Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rumah Sakit Umum Universitas Kristen Indonesia Jakarta Timur", Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM), 2023

Publication

<1 %

111 bidandelima.wordpress.com

Internet Source

<1 %

112 eprints.umpo.ac.id

Internet Source

<1 %

113 idoc.pub

Internet Source

<1 %

114 repository.usd.ac.id

Internet Source

<1 %

KA. UNIT PERPUSTAKAAN



JR RAHMAN, SKM., S.IPI., MA
NIP. 19680917198903 1005

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On