

Lampiran 1

**JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN PENULISAN KARYA TULIS ILMIAH
TAHUN 2020**

No	Kegiatan	Bulan																				
		Januari				Februai				Maret				April				Mei				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Penyusunan Proposal		■	■	■	■																
2	Pengumpulan Proposal						■															
3	Seminar Proposal							■														
4	Perbaikan Proposal								■													
5	Pengurusan Ijin Penelitian									■	■	■										
6	Pengambilan Data KTI											■	■	■	■							
7	Penyusunan KTI														■	■						
8	Pengumpulan KTI															■	■					
9	Ujian KTI																■	■	■			
10	Perbaikan KTI																		■			
11	Penyerahan KTI																			■		

Lampiran 2

REALISASI ANGGARAN BIAYA PENELITIAN GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE II + *DIABETIC FOOT* DENGAN KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DI RUANG CEMPAKA 3 BRSUD TABANAN TAHUN 2020

Alokasi dana yang diperlukan dalam penelitian ini direalisasikan sebagai berikut :

No	Keterangan	Biaya
1	Tahap Persiapan <ul style="list-style-type: none"> a. Fotocopy proposal b. Print proposal c. ATK d. Revisi proposal 	Rp. 150.000,00 Rp. 100.000,00 Rp. 50.000,00 Rp. 100.000,00
2	Tahap Pelaksanaan <ul style="list-style-type: none"> a. Pengurusan ijin peneliitian b. Penggandaan lembar pengumpulan data 	Rp. 100.000,00 Rp. 100.000,00
3	Tahap Akhir <ul style="list-style-type: none"> a. Penggandaan laporan b. Revisi laporan c. Akomodasi d. Honor e. Biaya tak terduga 	Rp. 200.000,00 Rp. 200.000,00 Rp. 100.000,00 Rp. 0 Rp. 50.000,00
Total biaya		Rp. 1.150.000,00

Lampiran 3

LEMBAR PENGUMPULAN DATA

**GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE II + *DIABETIC FOOT* DENGAN RESIKO
KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DI RUANG
CEMPAKA 3 BRSUD TABANAN TAHUN 2020**

Judul Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus
Tipe II + *Diabetic Foot* Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa
Darah Di Ruang Cempaka 3 BRSUD Tabanan Tahun 2020

Umur/ No. RM : Pasien 1(Tn. Nu): 55 Tahun/ 687952
Pasien 2 (Ny. Su): 57 Tahun/ 689031

Tanggal Penelitian : Pasien 1(Tn. Nu): 1 April – 3 April 2020
Pasien 2 (Ny. Su): 4 April – 6 April 2020

-
1. Bacalah setiap lembar pernyataan dengan teliti
 2. Isilah kolom yang telah tersedia, dengan cara memberi tanda (\checkmark) pada kolom yang sesuai dengan keadaan pasien

A. Pengkajian Keperawatan

No	Data	Faktor Resiko (1)		Faktor Resiko (2)	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Faktor Resiko				
	a. Kurang terpapar informasi tentang manajemen diabetes		\checkmark		\checkmark
	b. Ketidaktepatan pemantaua glukosa darah		\checkmark		\checkmark
	c. Kurang patuh pada manajemen diabetes		\checkmark		\checkmark

	d. Manajemen medikasi tidak terkontrol		√		√
	e. Kehamilan		√		√
	f. Periode pertumbuhan cepat		√		√
	g. Stress berlebihan		√		√
	h. Penambahan berat badan		√		√
	i. Kurang dapat menerima diagnosis		√		√

B. Rumusan Diagnosa

No	Diagnosa Keperawatan (PES)	Observasi (1)		Observasi (2)	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<i>Problem</i>				
	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	√		√	
2	<i>Faktor Resiko</i>				
	a. Kurang terpapar informasi tentang manajemen diabetes		√		√
	b. Ketidaktepatan pemantaua glukosa darah		√		√
	c. Kurang patuh pada manajemen diabetes		√		√
	d. Manajemen medikasi tidak terkontrol		√		√
	e. Kehamilan		√		√
	f. Periode pertumbuhan cepat		√		√

	g. Stress berlebihan		√		√
	h. Penambahan berat badan		√		√
	i. Kurang dapat menerima diagnosis		√		√

C. Intervensi Keperawatan

No	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Intervensi (1)		Intervensi (2)	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Manajemen Hiperglikemia				
	Observasi				
	a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia		√		√
	b. Monitor kadar glukosa darah	√		√	
	c. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia	√		√	
	Terapeutik				
	a. Berikan asupan cairan oral	√		√	
	b. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk		√		√
	Edukasi				
	a. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, dll)	√		√	

	Kolaborasi				
	a. Kolaborasi pemberian insulin		√		√

D. Implementasi Keperawatan

No	Implementasi Keperawatan (SIKI)	Implementasi (1)		Implementasi (2)	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Manajemen Hiperglikemia				
	Observasi				
	b. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia		√		√
	c. Monitor kadar glukosa darah	√		√	
	d. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia	√		√	
	Terapeutik				
	a. Berikan asupan cairan oral	√		√	
	c. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk		√		√
	Edukasi				
	a. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis.	√		√	

	Penggunaan insulin, obat oral, dll)				
	Kolaborasi				
	b. Kolaborasi pemberian insulin		√		√

E. Evaluasi Keperawatan

No	Evaluasi Keperawatan	Observasi (1)		Observasi (2)	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
	a. Kadar glukosa dalam darah 70-110 mg/dL	√			√
	b. Lelah atau lesu menurun		√		√
	c. Pusing menurun		√		√
	d. Keluhan lapar menurun		√		√

PERENCANAAN RESIKO KETIDAKSTABILAN

KADAR GLUKOSA DARAH

Diagnosa Keperawatan	Luaran SLKI	Intervensi SIKI
1	2	3
<p>Ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan lelah atau lesu, kadar glukosa dalam darah/urin tinggi, mulut kering, haus meningkat, dan jumlah urin meningkat</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa darah membaik 2. Pusing menurun 3. Lelah/lesu menurun 4. Keluhan lapar menurun 	<p>Intervensi Utama Manajemen Hiperglikemia Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah 3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada ta memburuk 3. Fasilitasi jika ada hipotensi ortostatik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian insulin
 2. Kolaborasi pemberian cairan IV
 3. Kolaborasi pemberian kalium
-

Intervensi Pendukung

Edukasi Diet

Observasi

1. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini
2. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu

Terapeutik

1. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan

Edukasi

1. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
2. Anjurkan mempertahankan posisi semi fowler (30-40 derajat) 20-30 menit setelah makan

Kolaborasi

1. Rujuk ke ahli gizi dan sertakan keluaran, *jika perlu*
-

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), 2017.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), 2018.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), 2018.

Lampiran 5

Format Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II + Diabetic

Foot dengan Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

A. Pengkajian Keperawatan

Subjek 1

RSUD WANGAYA KOTA DENPASAR		FORM: 04 RI DEWASA/IRM-03
	ASSEMEN KEPERAWATAN	Nama : Tn.Nu Tgl lahir :09/09/1964 No. RM :687952
Tgl: 01 April 2019 Sumber data: (√) pasien (√) keluarga () lainnya Ruangan: C		
KEADAAN UMUM		
Kesadaran: (√) Composmentis () Apatis () Somnolen () Saprocoma () Coma		
GCS : E4V5M6		
O ₂ : 97%, Pernafasan:20x/mnt, Nadi:80x/mnt, Tekanan darah:110/70mmHg, Suhu:36°C		
RIWAYAT KEPERAWATAN		
Keluhan utama saat MRS: Lelah,lesu dan ada luka di kaki kiri		
Diagnose medis saat ini: DM Tipe 2 + DF		
Riwayat keluhan/penyakit saat ini:Pasien datang melalui IGD RSUD Wangaya dengan keluhan lelah dan lesu dan ada luka di kaki kiri sejak ± 7 hari. BS: 230mg/dL.		
Riwayat penyakit terdahulu: Riwayat MRS sebelumnya? (√) Tidak () Ya, Lamanya:... hr, alasan:... Riwayat dioperasi: (√) Tidak () Ya, Jenisnya... Riwayat penyakit: ()Jantung () Hipertensi (√) Diabetes Melitus tipe I/II, () Kelainan jiwa, () Epilepsi, () Stroke, () Lainnya:..... Riwayat alergi: (√) Tidak () Ya, Jenisnya...		
KEBUTUHAN BIO,PSIKOSOSIAL,SPIRITUAL,EKONOMI		
Pernafasan	:	Kesulitan bernafas: (√) tidak () ya: Memakai O ₂ lt/mnt dengan: () Nasal canule () sungkup, () Re-Breathing Mask
Pola makan terakhir jam 10.00	:	3 x/hari, terakhir jam 10.00 Pola minum 750cc/hari,
Pola istirahat	:	8 jam/hari
Integritas kulit	:	() tidak ada masalah () rash (√) lesi () parut () memar () pucat () kuning () sianotik () berkering banyak
Masalah perkemihan	:	(√) tidak ada, () ada: () stoma, () stricture uretra, ()) retensi urine, () inkontinensia urine, () dialysis

Masalah defekasi : (√) tidak ada, () ada: () stoma, () athresia ani, () konstipasi, () inkontinesia alvi, () diare
 Mengalami kekerasan fisik: (√) tidak ada () ada: mencederai diri/prang lain : () pernah () tidak pernah
 Trauma dalam kehidupan : (√) tidak ada () ada, jelaskan...
 Gangguan tidur : (√) tidak ada () ada
 Pendidikan :
 Warga negara : (√) WNI, () WNA () Suku : Bali
 Tanggung Asuransi : () tidak ada (√) Ya, BPJS
 Tinggal Bersama : () orangtua () sendiri (√) lainnya
 Kebiasaan : () Merokok () Alkohol () Lainnya....
 Agama : (√) Hindu () Islam () Budha () Kristen () Katolik
 Nilai-nilai kepercayaan : Percaya dengan Tuhan
 Kebutuhan privasi : Memasang korden saat memandikan pasien

PROSEDUR INVASIF (yang terpasang saat ini)

Infus intravena, dipasang di tangan kiri tanggal 01/4/19 () CVP, di pasang di.. tanggal....
 Power chateter , dipasang di..... tanggal..... () NGT, dipasang di.. tanggal....
 Lain-lain..... di pasang di.....tanggal....

PENYAKIT MENULAR

Apakah pasien mengetahui penyakit saat ini : (√) tidak () ya
 Sumber informasi tentang penyakit diperleh dari : () dokter () perawat () keluarga () lainnya.....
 Apakah pasien menerima informasi jangka waktu pengobatan : () tidak () ya ().....minggu/bulan/tahun*)
 Apakah pasien melakukan pemeriksaan rutin : ()tidak ()ya,dimana.....
 Cara penularan : () kontak langsung () airborne () cairan tubuh () doplet
 Penyakit penyerta : () tidak ada () ada,.....

PASIENT BERISIKO MENGALAMI KEKERASAN FISIK/PENGANIAYAAN

Apakah pasien berisiko mengalami kekerasan/penganiayaan : (√) tidak () ya, faktor risiko.....
 Apakah pasien pernah mengalami kekerasan fisik : (√)tidak () ya,jenis kekerasan fisik.....
 Lamanya.....
 Yang melakukan kekerasan fisik :.....
 Apakah memerlukan pendampingan : (√)tidak () ya
 (Jika hasil assesment ditemukan ada masalah laporkan ke DPJP dan kordinasi dengan unit terkait)

PENILAIAN RISIKO JATUH

Item Penelitian	Jml. Skor	Item Penelitian	Jml skor	Item Penelitian	Jml Skor
Usia		Riwayat Jatuh		Mobilitas	
a. Kurang Dari 60 tahun	0	a. tidak pernah	0	a. mandiri	0
		b. jatuh < 1	1	b. menggunakan	1

b. Lebih dari 60 tahun	1	1	tahun	1	alat bantu	3
c. Lebih dari 80 tahun	2		c. jatuh < 1 bulan	2	c. koordinasi/keseimbangan buruk	2
			d. jatuh pada saat dirawat sekarang	3	d. dibantu sebagian	3
					e. dibantu penuh	4
Defisit sensoris			Kognisi		Pola BAB/BAK	
a. kacamata bukan bifokal	0	0	a. Orientasi baik	0	a. Teratur	0
b. kacamata bifokal	1		b. Kesulitan mengerti perintah	2	b. Inkontinensia urine/feses	1
c. gangguan pendengaran	1		c. Gangguan memori	2	c. Nokturia	2
d. kacamata multifokal	2		d. Kebingungan	3	d. Urgensi/Frekuensi	3
e. katarak/glaukoma	2		e. Disorientasi	3		
f. hampir tidak melihat/buta	3					
Aktivitas			Pengobatan		Komorbiditas	
a. Mandiri	0		a. >4 jenis	1	a. Diabetes/penyakit jantung/stroke/ISK	2
b. ADL dibantu sebagian	2	2	b. Antihipertensi/hiperglikemi/antidepresan	2	b. Gangguan saraf pusat/parkinson	2
c. ADL dibantu penuh	3		c. Sedatif/psikotropika/narkotika	2	c. Pasca bedah 0-24 jam	3
			d. narkotika	2		
			e. Infus epidural/spinal	2		
TOTAL KESELURUHAN SKOR KRITERIA RISIKO						
CEDERA/JATUH : 11						
() rendah 0-7 (√) sedang 8-13 () tinggi >13						
KEBUTUHAN KOMUNIKASI DAN EDUKASI						
Bersedia menerima informasi : (√) ya () tidak						
Kemampuan membaca : (√) ya () tidak						
Bicara : (√) normal () gangguan bicara, sejak.....						
Keterbatasan: () fisik, jelaskan..... () kognitif, jelaskan.....						
(√) tidak ditemukan keterbatasan fisik dan kognitif						

<p>Bahasa sehari-hari : <input checked="" type="checkbox"/> Indonesia () Daerah () Bahasa asing.....</p> <p>Perlu penerjemah : <input checked="" type="checkbox"/> tidak () ya, Bahasa.....</p> <p>Bahasa isyarat : <input checked="" type="checkbox"/> tidak () ya</p> <p>Hambatan belajar : () bahasa ()cemas ()pendengaran ()emosi ()kognitif ()hilang memori ()kesulitan bicara ()motivasi buruk ()tidak ada partisipasi dari caregiver ()masalah penglihatan () secara fisiologi tidak mampu belajar ()tidak ditemukan hambatan belajar</p> <p>Kebutuhan edukasi berkesinambungan : ()proses penyakit ()pengobatan () terapi/obat ()nutrisi ()lain-lain.....</p> <p>Cara belajar yang disukai : ()menulis (<input checked="" type="checkbox"/>)audio/visual/gambar ()diskusi ()membaca ()mendengar</p>
<p>KERGANTUNGAN SAAT MELAKSANAKAN ADL (Activity Daily Life)</p> <p>Personal Hygiene : () mandiri <input checked="" type="checkbox"/> dibantu, () total</p> <p>Berhias : () mandiri <input checked="" type="checkbox"/> dibantu, () total</p> <p>Toileting : () mandiri <input checked="" type="checkbox"/> dibantu, () total</p> <p>Makan : () mandiri <input checked="" type="checkbox"/> dibantu, () total</p> <p>Minum : () mandiri <input checked="" type="checkbox"/> dibantu, () total</p> <p>Mobilisasi : () tongkat <input checked="" type="checkbox"/> walker () kursi roda () penopang/brace () protesis</p>
<p>KENYAMANAN</p> <p>Nyeri : () tidak <input checked="" type="checkbox"/> ya</p> <p>Jenis : <input checked="" type="checkbox"/> Akut () Kronis</p> <p>Frekuensi nyeri: () Jarang <input checked="" type="checkbox"/> Hilang timbul ()Terus-menerus</p> <p>Lama nyeri : 10-15 menit</p> <p>Menjalar: <input checked="" type="checkbox"/> tidak () Ya, menjalar ke.....</p> <p>Kualitas nyeri: () nyeri tumpul <input checked="" type="checkbox"/> nyeri tajam () panas terbakar</p> <p>Faktor pemicu/memperberat nyeri : bergerak.</p> <p>Lokasi nyeri : kaki kiri</p> <p>Skala: 4</p>
<p>SKRINING STATUS NUTRISI/</p> <p>Berat badan (BB) biasanya: 65kg BB sekarang : 65 kg Tinggi badan: 168cm</p> <p>Lidah () sulit menelan () Mual () NGT () Hilang selera makan ()</p> <p>Malasorpsi/malnutrisi () Turun BB > 10kg dlm 6 bln</p> <p>Apakah berat badan (BB) anda menurun akhir-akhir ini tanpa direncanakan ?</p> <p>Tidak 0</p> <p>Tidak yakin)ada tanda:baju menjadi lebih longgar) 2</p> <p>Ya, Bila “Ya” berapa penurunan BB anda?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-5 kg 1 ▪ 6-10 kg 2 ▪ 11-15 kg 3 ▪ > 15 kg 4 ▪ Tidak tahu penurunannya 2 <p>Apakah selera makan anda berkurang/kesulitan</p>

Menelan makanan	
Tidak	0
Ya	1
Total Skor	<input type="text"/>
<u>Keterangan:</u>	
Skor ≥ 2 pasien berisiko malnutrisi, perawat mengkoordinasikan kepada dokter PDJP untuk dikonsultasikan ke Ahli Gizi	
RUMUSAN MASALAH KEPERAWATAN	
Nyeri Akut	
Ketidakstabilan kadar glukosa darah	
PERENCANAAN PEMULANGAN (DISCHARGE PLANNING)	
Discharge Planning:	
Umur ≥ 65 tahun	() ya (<input checked="" type="checkbox"/>) tidak
Keterbatasan mobilitas	(<input checked="" type="checkbox"/>) ya () tidak
Perawatan/pengobatan lanjutan	(<input checked="" type="checkbox"/>) ya () tidak
Bantuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari	(<input checked="" type="checkbox"/>) ya () tidak
Salah satu jawaban "Ya" dari kriteria diatas maka dilanjutkan dengan mengisi formulir <i>discharge planning</i>	
Nama dan Tanda Tangan Pasien/keluarga	Nama dan Tanda Tangan Perawat
()	()

Pasien 2

RSUD WANGAYA KOTA DENPASAR		FORM: 04 RI DEWASA/IRM-03
	ASSEMEN KEPERAWATAN	Nama : Ny.Su Tgl lahir :31-12-1962 No. RM :689031
Tgl: 22 April 2019 Sumber data: (√) pasien (√) keluarga () lainnya Ruangan: C		
KEADAAN UMUM		
Kesadaran: (√) Composmentis () Apatis () Somnolen () Saparocoma () Coma		
GCS : E4V5M6		
O ₂ : 97%, Pernafasan:20x/mnt, Nadi:80x/mnt, Tekanan darah:120/70mmHg, Suhu:36°C		
RIWAYAT KEPERAWATAN		
Keluhan utama saat MRS: Lelah,lesu dan ada luka di kaki kanan		
Diagnose medis saat ini: DM Tipe 2 + DF		
Riwayat keluhan/penyakit saat ini:Pasien datang melalui IGD RSUD Wangaya dengan keluhan lelah,lesu dan ada luka di kaki kiri sejak ± 7 hari. GDS : 365mg/dL		
Riwayat penyakit terdahulu: Riwayat MRS sebelumnya? (√) Tidak () Ya, Lamanya:... hr, alasan:... Riwayat dioperasi: (√) Tidak () Ya, Jenisnya... Riwayat penyakit: ()Jantung () Hipertensi (√) Diabetes Melitus tipe I/II, () Kelainan jiwa, () Epilepsi, () Stroke, () Lainnya:..... Riwayat alergi: (√) Tidak () Ya, Jenisnya...		
KEBUTUHAN BIO,PSIKOSOSIAL,SPIRITUAL,EKONOMI		
Pernafasan	:	Kesulitan bernafas: (√) tidak () ya: Memakai O ₂ lt/mnt dengan: () Nasal canule () sungkup, () Re-Breathing Mask
Pola makan terakhir jam 10.00	:	3 x/hari, terakhir jam 10.00 Pola minum 750cc/hari,
Pola istirahat	:	8 jam/hari
Integritas kulit	:	() tidak ada masalah () rash (√) lesi () parut () memar () pucat () kuning () sianotik () berkeriat banyak
Masalah perkemihan	:	(√) tidak ada, () ada: () stoma, () stricture uretra, () retensi urine, () inkontinensia urine, () dialysis
Masalah defekasi	:	(√) tidak ada, () ada: () stoma, () athresia ani, () konstipasi, () inkontinesia alvi, () diare
Mengalami kekerasan fisik:	(√) tidak ada () ada:	mencederai diri/prang lain : () () pernah () tidak pernah
Trauma dalam kehidupan	:	(√) tidak ada () ada, jelaskan...
Gangguan tidur	:	(√) tidak ada () ada
Pendidikan	:	
Warga negara	:	(√) WNI, () WNA () Suku : Jawa

Tanggung Asuransi	: () tidak ada (√) Ya, BPJS				
Tinggal Bersama	: () orangtua () sendiri (√) lainnya				
Kebiasaan	: () Merokok () Alkohol () Lainnya....				
Agama	: (√) Hindu () Islam () Budha () Kristen () Katolik				
Nilai-nilai kepercayaan	: Percaya dengan Tuhan				
Kebutuhan privasi	: Memasang korden saat memandikan pasien				
PROSEDUR INVASIF (yang terpasang saat ini)					
Infus intravena, dipasang di tangan kiri tanggal 22/4/19 () CVP, di pasang di.. tanggal....					
Power chateter , dipasang di..... tanggal..... () NGT, dipasang di.. tanggal....					
Lain-lain..... di pasang di.....tanggal....					
PENYAKIT MENULAR					
Apakah pasien mengetahui penyakit saat ini : (√) tidak () ya					
Sumber informasi tentang penyakit diperoleh dari : () dokter () perawat () keluarga () lainnya.....					
Apakah pasien menerima informasi jangka waktu pengobatan : () tidak () ya ().....minggu/bulan/tahun*)					
Apakah pasien melakukan pemeriksaan rutin : () tidak () ya,dimana.....					
Cara penularan : () kontak langsung () airborne () cairan tubuh () doplet					
Penyakit penyerta : () tidak ada () ada,.....					
PASIE N BERISIKO MENGALAMI KEKERASAN FISIK/PENGANIAYAAN					
Apakah pasien berisiko mengalami kekerasan/penganiayaan : (√) tidak () ya, faktor risiko.....					
Apakah pasien pernah mengalami kekerasan fisik : (√) tidak () ya,jenis kekerasan fisik.....					
Lamanya.....					
Yang melakukan kekerasan fisik :.....					
Apakah memerlukan pendampingan : (√) tidak () ya					
(Jika hasil assesment ditemukan ada masalah laporkan ke DPJP dan kordinasi dengan unit terkait)					
PENILAIAN RISIKO JATUH					
Item Penelitian	Jml. Skor	Item Penelitian	Jml skor	Item Penelitian	Jml Skor
Usia		Riwayat Jatuh		Mobilitas	
a. Kurang Dari 60 tahun	0	a. tidak pernah	0	a. mandiri	0
b. Lebih dari 60 tahun	1	b. jatuh < 1 tahun	1	b. menggunakan alat bantu	1
c. Lebih dari 80 tahun	2	c. jatuh < 1 bulan	2	c. koordinasi/ keseimbangan buruk	2
		d. jatuh pada saat dirawat sekarang	3	d. dibantu sebagian	3
				e. dibantu penuh	4

Defisit sensoris			Kognisi			Pola BAB/BAK		
a. kacamata bukan bifokal	0	0	a. Orientasi baik	0		a. Teratur	0	
b. kacamata bifokal	1		b. Kesulitan mengerti perintah	2	0	b. Inkontinensia urine/feses	1	0
c. gangguan pendengaran	1		c. Gangguan memori	2		c. Nokturia	2	
d. kacamata multifokal	2		d. Kebingungan	3		d. Urgensi/frekuensi	3	
e. katarak/glaukoma	2		e. Disorientasi	3				
f. hampir tidak melihat/buta	3							
Aktivitas			Pengobatan			Komorbiditas		
a. Mandiri	0		a. >4jenis	1		a. Diabetes/penyakit jantung/stroke/ISK	2	
b. ADL dibantu sebagian	2	2	b. Antihipertensi/hiperglikemi/antidepresan	2	2	b. Gangguan saraf pusat/parkinson	2	2
c. ADL dibantu penuh	3		c. Sedatif/psikotropika/narkotika	2		c. Pasca bedah 0-24 jam	3	
			d. Infus epidural/spinal	2				
TOTAL KESELURUHAN SKOR KRITERIA RISIKO CEDERA/JATUH : 11								
() rendah 0-7 (√) sedang 8-13 () tinggi >13								
KEBUTUHAN KOMUNIKASI DAN EDUKASI								
Bersedia menerima informasi : (√) ya () tidak								
Kemampuan membaca : (√) ya () tidak								
Bicara : (√) normal () gangguan bicara, sejak.....								
Keterbatasan:()fisik,jelaskan.....() kognitif,jelaskan.....								
(√)tidak ditemukan keterbatasan fisik dan kognitif								
Bahasa sehari-hari : (√) Indonesia () Daerah () Bahasa asing.....								
Perlu penerjemah : (√) tidak () ya, Bahasa.....								
Bahasa isyarat : (√) tidak () ya								
Hambatan belajar : () bahasa ()cemas ()pendengaran ()emosi ()kognitif								
()hilang memori ()kesulitan bicara ()motivasi buruk								
()tidak ada partisipasi dari caregiver ()masalah penglihatan								
() secara fisiologi tidak mampu belajar ()tidak ditemukan hambatan								

belajar Kebutuhan edukasi berkesinambungan : () proses penyakit () pengobatan () terapi/obat () nutrisi () lain-lain..... Cara belajar yang disukai : () menulis (<input checked="" type="checkbox"/>) audio/visual/gambar () diskusi () membaca () mendengar											
KERGANTUNGAN SAAT MELAKSANAKAN ADL (Activity Daily Life)											
Personal Hygiene : () mandiri (<input checked="" type="checkbox"/>) dibantu, () total Berhias : () mandiri (<input checked="" type="checkbox"/>) dibantu, () total Toileting : () mandiri (<input checked="" type="checkbox"/>) dibantu, () total Makan : () mandiri (<input checked="" type="checkbox"/>) dibantu, () total Minum : () mandiri (<input checked="" type="checkbox"/>) dibantu, () total Mobilisasi : () tongkat (<input checked="" type="checkbox"/>) walker () kursi roda () penopang/brace () protesis											
KENYAMANAN											
Nyeri : () tidak (<input checked="" type="checkbox"/>) ya Jenis : (<input checked="" type="checkbox"/>) Akut () Kronis Frekuensi nyeri: () Jarang (<input checked="" type="checkbox"/>) Hilang timbul () Terus-menerus Lama nyeri : 10-15 menit Menjalar: (<input checked="" type="checkbox"/>) tidak () Ya, menjalar ke..... Kualitas nyeri: () nyeri tumpul (<input checked="" type="checkbox"/>) nyeri tajam () panas terbakar Faktor pemicu/memperberat nyeri : bergerak. Lokasi nyeri : kaki kiri Skala: 4											
SKRINING STATUS NUTRISI/											
Berat badan (BB) biasanya: 55kg BB sekarang : 53 kg Tinggi badan: 155cm Lidah () sulit menelan () Mual () NGT () Hilang selera makan () Malasorpsi/malnutrisi () Turun BB > 10kg dlm 6 bln Apakah berat badan (BB) anda menurun akhir-akhir ini tanpa direncanakan ? Tidak 0 Tidak yakin (ada tanda:baju menjadi lebih longgar) 2 Ya, Bila "Ya" berapa penurunam BB anda? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">▪ 1-5 kg</td> <td style="width: 20%; 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 tahu penurunannya</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table> Apakah selera makan anda berkurang/kesulitan Menelan makanan Tidak 0 Ya 1		▪ 1-5 kg	1	▪ 6-10 kg	2	▪ 11-15 kg	3	▪ > 15 kg	4	▪ Tidak tahu penurunannya	2
▪ 1-5 kg	1										
▪ 6-10 kg	2										
▪ 11-15 kg	3										
▪ > 15 kg	4										
▪ Tidak tahu penurunannya	2										
Total Skor											
<u>Keterangan:</u>											
Skor ≥ 2 pasien berisiko malnutrisi, perawat mengkoordinasikan kepada dokter											

PDJP untuk dikonsultasikan ke Ahli Gizi	
RUMUSAN MASALAH KEPERAWATAN	
Kerusakan Integritas Kulit	
Ketidakstabilan kadar glukosa darah	
PERENCANAAN PEMULANGAN (<i>DISCHARGE PLANNING</i>)	
Discharge Planning:	
Umur \geq 65 tahun	<input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak
Keterbatasan mobilitas	<input checked="" type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak
Perawatan/pengobatan lanjutan	<input checked="" type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak
Bantuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari	<input checked="" type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak
Salah satu jawaban “Ya” dari kriteria diatas maka dilanjutkan dengan mengisi formulir <i>discharge planning</i>	
Nama dan Tanda Tangan Pasien/keluarga	Nama dan Tanda Tangan Perawat
() (

B. Perencanaan Keperawatan

Subjek 1

	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN		Nama : Tn.Nu Tgl Lahir : 09/09/1964 No RM : 687952	(L) /P
	Ruangan : Cendrawasih			
TANGGAL JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN/MASALAH KOLABORATIF	RENCANA KEPERAWATAN		PARAF/ NAMA TERANG
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
01/4/2019	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes <input type="checkbox"/> Tingkat perkembangan <input type="checkbox"/> Asupan diet <input type="checkbox"/> Pemantauan glukosa darah yang tidak tepat 	NOC: Setelah diberikan tindakan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah pasien stabil Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kadar glukosa serum: stabil <ul style="list-style-type: none"> - tidak terjadi hypoglikemi: <60 mg/dl - tidak terjadi hyperglikemi: >300 mg/dl <input type="checkbox"/> Keton urine : negative <input type="checkbox"/> Adanya prosedur yang 	NIC: Mandiri : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Memantau kadar glukosa darah seperti yang ditunjukkan <input type="checkbox"/> Pantau tanda-tanda dan gejala hyperglikemia atau hypoglikemia <input type="checkbox"/> Pantau kadar AGD, keton urine, elektrolit sesuai program <input type="checkbox"/> Memantau tekanan darah dan denyut ortostastik <input type="checkbox"/> Mengelola insulin seperti yang ditentukan <input type="checkbox"/> Mendorong asupan cairan oral 	

		<p>benar untuk manajemen hiperglikemia atau hiperglikemia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mematuhi program pemantauan glukosa darah <input type="checkbox"/> Status nutrisi adekuat 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Memberi cairan IV sesuai kebutuhan <input checked="" type="checkbox"/> Memfasilitasi kepatuhan terhadap diet dan latihan <input type="checkbox"/> Beri informasi pada pasien atau keluarga penanggung jawab pasien tentang penatalaksanaan diabetes selama sakit <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Penatalaksanaan hipoglikemia yang tidak bisa diatasi dengan aktifitas mandiri <input checked="" type="checkbox"/> Penatalaksanaan hiperglikemia yang tidak bisa diatasi dengan aktifitas mandiri <p>Kolaborasi pasien dan tim diabetes untuk membuat perubahan dalam pengobatan jika perlu.</p>	
--	--	---	---	--

Pasien 2

	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN		Nama : Ny.Su Tgl Lahir : 31-12-1962 No RM : 689031 Ruangan : Cendrawasih	L/ P
TANGGAL JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN/MASALAH KOLABORATIF	RENCANA KEPERAWATAN		PARAF/ NAMA TERANG
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
22/4/2019	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes <input type="checkbox"/> Tingkat perkembangan <input type="checkbox"/> Asupan diet <input type="checkbox"/> Pemantauan glukosa darah yang tidak tepat 	NOC: Setelah diberikan tindakan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah pasien stabil Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kadar glukosa serum: stabil <ul style="list-style-type: none"> - tidak terjadi hypoglikemi: <60 mg/dl - tidak terjadi hyperglikemi: >300 mg/dl <input type="checkbox"/> Keton urine : negative <input type="checkbox"/> Adanya prosedur yang 	NIC: Mandiri : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Memantau kadar glukosa darah seperti yang ditunjukkan <input type="checkbox"/> Pantau tanda-tanda dan gejala hyperglikemia atau hypoglikemia <input type="checkbox"/> Pantau kadar AGD, keton urine, elektrolit sesuai program <input type="checkbox"/> Memantau tekanan darah dan denyut ortostatik <input type="checkbox"/> Mengelola insulin seperti yang ditentukan <input type="checkbox"/> Mendorong asupan cairan oral 	

		<p>benar untuk manajemen hyperglikemia atau hyperglikemia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mematuhi program pemantauan glukosa darah <input type="checkbox"/> Status nutrisi adekuat 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Memberi cairan IV sesuai kebutuhan <input checked="" type="checkbox"/> Memfasilitasi kepatuhan terhadap diet dan latihan <input type="checkbox"/> Beri informasi pada pasien atau keluarga penanggung jawab pasien tentang penatalaksanaan diabetes selama sakit <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Penatalaksanaan hypoglikemia yang tidak bisa diatasi dengan aktifitas mandiri <input checked="" type="checkbox"/> Penatalaksanaan hyperglikemia yang tidak bisa diatasi dengan aktifitas mandiri <p>Kolaborasi pasien dan tim diabetes untuk membuat perubahan dalam pengobatan jika perlu.</p>	
--	--	---	---	--

C. Implementasi Keperawatan

Pasien 1

RSUD WANGAYA KOTA DENPASAR							FORM:06/IRM-03					
	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN						Nama : Tn.Nu Tgl.Lahir:09-09-64 (L) /P No.RM :687952					
Tanggal \longrightarrow	01/04/19			02/04/19			03/04/19			04/04/29		
Tindakan	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M
Observasi												
Suhu	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00		
Nadi	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00		
Tekanan Darah	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00		
Pernafasan	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00		
Skala Nyeri	11.00			11.00			11.00			11.00		
Asupan cairan oral	11.00			11.00			11.00			11.00		
Risiko Jatuh	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00		
Tanda dan gejala hipoglikemia	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00		

- Memasang Infus												
- Mencabut Infus												
Memberikan Transfusi darah dan produk darah												
Pasang NGT												
Pasang Dower Catheter												
Cek <i>Blood Sugar</i>		20.00	06.00		20.00	06.00		20.00	06.00			

Subyek 2

RSUD WANGAYA KOTA DENPASAR							FORM:06/IRM-03					
IMPLEMENTASI KEPERAWATAN							Nama : Ny.Su					
							Tgl.Lahir:31-12-1962 L/ (P)					
						No.RM : 689031						
Tanggal →	23/04/19			24/04/19			25/04/19			26/04/19		
Tindakan	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M
Observasi												
Suhu	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00		

- BAK												
Delegatif												
Memberikan Obat Oral		15.00	07.00		15.00	07.00		15.00	07.00			
Memberikan Obat Injeksi	12.00	18.00	07.00	12.00	18.00	07.00	12.00	18.00	07.00			
Asuhan Diet & Nutrisi												
Mengambil Sampel Lab												
IV Site: - Memasang Infus - Mencabut Infus												
Memberikan Transfusi darah dan produk darah												
Pasang NGT												
Pasang Dower Catheter												
Cek <i>Blood Sugar</i>		20.00	06.00		20.00	06.00		20.00	06.00			

D. Evaluasi Keperawatan

Pasien 1

RSUD WANGAYA KOTA DENPASAR		Form: 10/IRM-00	
		EVALUASI KEPERAWATAN	Nama : Tn.Nu Tgl/Lahir:09/09/1964 No.RM :687952
Tgl MRS: 01/4/2019	Diagnosa medis: DM Tipe 2 + DF	Ruangan: Cendrawasih	Lembar Ke:
TANGGAL/JAM	No.Dx	EVALUASI	TT & NAMA PPJP
04 April 2019 08.00 Wita	1 & 2	<p>S : Pasien mengeluh lelah dan lesu Skala nyeri 3 (0-10) skala nyeri</p> <p>O : KU lemah</p> <p>Kesadaran CM E4V5M6, terdapat luka post debridement H 2 pada kaki kiri terbalut gaas, perdarahan (-), rawat luka (+) tanda-tanda hipoglikemia/hiperglikemia tidak ada</p> <p>TD : 100/70mmHg N:80x/m S:36,5°C RR : 18x/m</p> <p>BS 06.00: 99mg/dL</p> <p>A : - Nyeri Akut -Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>P : - 3x24 jam nyeri akut teratasi -3x24 jam kadar glukosa darah stabil</p>	

Pasien 2

RSUD WANGAYA KOTA DENPASAR		Form: 10/IRM-00	
		EVALUASI KEPERAWATAN	Nama : Ny.Su Tgl/Lahir:31-12-162 No.RM :689031
Tgl MRS : 22/04/19		Diagnosa medis: DM Tipe 2 + DF	Ruangan: Cendrawasih Lembar Ke:
TANGGAL/JAM	No.Dx	EVALUASI	TT & NAMA PPJP
26 April 2019 07.30 Wita	1 & 2	S : Pasien mengeluh lelah dan lesu O: KU : lemah Kesadaran CM E4V5M6 terdapat luka pada kaki kanan terbalut kasa , tanda-tanda hipoglikemia/hiperglikemia tidak ada. Risiko jatuh sedang (9) TD : 110/70mmHg N:100x/m S:37°CRR : 20x/m BS 06.00: 168 mg/dL A : - Kerusakan integritas kulit -Ketidakstabilan kadar glukosa darah P : - 3x24 jam integritas kulit terjaga -3x24 jam kadar glukosa darah stabil	



Data Skripsi Mahasiswa

N I M	P07120017037
Nama Mahasiswa	Ida Ayu Made Putri Permata Dewi
Info Akademik	Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi D-III Keperawatan Semester : 6

Skripsi Bimbingan Jurnal Ilmiah Seminar Proposal Syarat Sidang

Bimbingan

No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bimbingan judul dan BAB I	13 Jan 2020	✓
2	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Revisi BAB I bimbingan BAB II	21 Jan 2020	✓
3	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Revisi BAB II, setor BAB III	28 Jan 2020	✓
4	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Revisi BAB III kumpul BAB IV	4 Feb 2020	✓
5	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Revisi BAB III	5 Feb 2020	✓
6	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Kumpul keseluruhan	12 Feb 2020	✓
7	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan judul dan BAB I	15 Jan 2020	✓
8	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Revisi BAB I	23 Jan 2020	✓
9	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan BAB II	29 Jan 2020	✓
10	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Revisi BAB II	30 Jan 2020	✓
11	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan BAB III,IV	5 Feb 2020	✓
12	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Kumpul keseluruhan	6 Feb 2020	✓
13	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bimbingan BAB V	24 Apr 2020	✓
14	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Revisi Bimbingan BAB V	27 Apr 2020	✓
15	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bimbingan BAB VI Revisi	30 Apr 2020	✓
16	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Revisi BAB VI dan koreksi penulisan	1 Mei 2020	✓
17	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bimbingan abstrak dan ringkasan	4 Mei 2020	✓
18	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bimbingan total KTI	5 Mei 2020	✓
19	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan BAB V Hasil	5 Mei 2020	✓
20	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan BAB V Pembahasan	6 Mei 2020	✓
21	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan BAB VI Simpulan	7 Mei 2020	✓
22	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan BAB VI Saran	7 Mei 2020	✓
23	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan abstrak dan ringkasan	8 Mei 2020	✓
24	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd.	Bimbingan KTI total	11 Mei 2020	✓



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/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id



BLANKO BIMBINGAN

NAMA : Ida Ayu Made Putri Permata Dewi
NIM : P01120017037
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien
Diabetes Mellitus Tipe II + Diabetic Foot dengan
Resiko ketidakmampuan kadar Glukosa
PEMBIMBING : Ners. I Made Sukarja, S. Kep., M. Kep.

HARI/ TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
24 April 2020	I	Bimbingan BAB <u>V</u>	Lanjutkan tahap selanjutnya	
27 April 2020	II	Revisi Bimbingan BAB <u>V</u>	Lanjutkan tahap selanjutnya	
30 April 2020	III	Bimbingan BAB <u>VI</u>	Lanjutkan tahap selanjutnya	
1 Mei 2020	IV	Revisi BAB <u>VI</u> dan koreksi penulisan	Lanjutkan tahap selanjutnya	
4 Mei 2020	V	Bimbingan abstrak dan ringkasan	Lanjutkan tahap selanjutnya	
5 Mei 2020	VI	Bimbingan total KTI	Lanjutkan tahap selanjutnya	



**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/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id

BLANKO BIMBINGAN

NAMA : Ida Ayu Nade Ruri Permata Dewi
 NIM : P07120017037
 JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II + Diabetic foot dengan Rengek terhadap Stabilan kadar Glukosa
 PEMBIMBING : Ns. I Wayan Sukawana, S.Kep., Mpd.

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
5 Mei 2020	I	Bimbingan BAB I Hasil	Lanjutkan tahap selanjutnya	
6 Mei 2020	II	Bimbingan BAB II Pembahasan	Lanjutkan tahap selanjutnya	
7 Mei 2020	III	Bimbingan BAB VI Simpulan	Lanjutkan tahap selanjutnya	
7 Mei 2020	IV	Bimbingan BAB VII Saran	Lanjutkan tahap selanjutnya	
8 Mei 2020	V	Bimbingan abstrak dan ringkasan	Lanjutkan tahap selanjutnya	
11 Mei 2020	VI	Bimbingan ETI total	Lanjutkan tahap selanjutnya.	