Lampiran 1

JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN PENULISAN KARYA TULIS ILMIAH TAHUN 2020

											Bul	an									
No	Kegiatan		Janı	ıari			Feb	ruai			Ma	ıret			A	pril			M	ei	
		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																				

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	
	a. Fotocopy proposal	Rp. 150.000,00
	b. Print proposal	Rp. 100.000,00
	c. ATK	Rp. 50.000,00
	d. Revisi proposal	Rp. 100.000,00
2	Tahap Pelaksanaan	
	a. Pengurusan ijin peneliitian	Rp. 100.000,00
	b. Penggandaan lembar pengumpulan	Rp. 100.000,00
	data	
3	Tahap Akhir	
	a. Penggandaan laporan	Rp. 200.000,00
	b. Revisi laporan	Rp. 200.000,00
	c. Akomodasi	Rp. 100.000,00
	d. Honor	Rp. 0
	e. Biaya tak terduga	Rp. 50.000,00
Total	biaya	Rp. 1.150.000,00

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 ($\sqrt{\ }$) pada kolom yang sesuai dengan keadaan pasien

A. Pengkajian Keperawatan

No	Data	Faktor Resiko		Faktor Resiko	
		(1	1)	(2	2)
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Faktor Resiko				
	a. Kurang terpapar				
	informasi tentang		$\sqrt{}$		$\sqrt{}$
	manajemen diabetes				
	b. Ketidaktepatan		V		a/
	pemantaua glukosa darah		V		٧
	c. Kurang patuh pada		J		ما
	manajemen diabetes		V		V

d. Manajemen medikasi tidak terkontrol	$\sqrt{}$	V
e. Kehamilan	V	√
f. Periode pertumbuhan cepat	V	V
g. Stress berlebihan	V	√
h. Penambahan berat badan	V	V
i. Kurang dapat menerima diagnosis	1	√

B. Rumusan Diagnosa

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

g. Stress berlebihan	$\sqrt{}$	$\sqrt{}$
h. Penambahan berat badan	V	V
i. Kurang dapat menerima diagnosis	V	V

C. Intervensi Keperawatan

No	Intervensi Keperawatan	Inter	vensi (1)	Intervensi (2)		
	(SIKI)	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
1	Manajemen Hiperglikemia					
	Observasi					
	a. Identifikasi kemungkinan				1	
	penyebab hiperglikemia		$\sqrt{}$		V	
	b. Monitor kadar glukosa	1		-1		
	darah	$\sqrt{}$		V		
	c. Monitor tanda dan gejala	. 1		ء ا		
	hiperglikemia	$\sqrt{}$		V		
	Terapeutik					
	a. Berikan asupan cairan oral	V		$\sqrt{}$		
	b. Konsultasi dengan					
	medis jika tanda dan					
	gejala hiperglikemia		$\sqrt{}$		$\sqrt{}$	
	tetap ada atau					
	memburuk					
	Edukasi				<u> </u>	
	a. Ajarkan pengelolaan					
	diabetes (mis. Penggunaan	$\sqrt{}$		$\sqrt{}$		
	insulin, obat oral, dll)					

Kolaborasi		
a. Kolaborasi pemberian insulin	V	V

D. Implementasi Keperawatan

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

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

E. Evaluasi Keperawatan

No	Evaluasi Keperawatan	Obser	vasi (1)	Observasi (2)	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
	a. Kadar glukosa dalam	V			V
	darah 70-110 mg/dL	V			٧
	b. Lelah atau lesu		V		V
	menurun		,		•
	c. Pusing menurun		√		$\sqrt{}$
	d. Keluhan lapar menurun		√		$\sqrt{}$

PERENCANAAN RESIKO KETIDAKSTABILAN

KADAR GLUKOSA DARAH

Diagnosa	Luaran	Intervensi		
Keperawatan	SLKI	SIKI		
1				
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resitensi insulin ditandai dengan lelah atau lesu, kadar glukosa dalam darah/urin tinggi, mulut kering, haus meningkat, dan jumlah urin meningkat	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut: 1. Kadar glukosa darah membaik 2. Pusing menurun 3. Lelah/lesu menurun 4. Keluhan lapar menurun	Intervensi Utama Manajemen Hiperglikemia Observasi 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) Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada ta memburuk 3. Fasilitasi jika ada hipotensi ortostatik Edukasi 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL		
		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
- Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu

Terapeutik

1. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memeberikan 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 keluarag, *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

X	
RSUD WANGAY	A KOTA DENPASAR FORM: 04 RI DEWASA/IRM-03
	ASSEMEN KEPERAWATAN Nama : Tn.Nu
	Tgl lahir :09/09/1964
	No. RM :687952
Tgl: 01 April 20	O19 Sumber data: ($$) pasien ($$) keluarga () lainnya
Ruangan: C	
KEADAAN UMU	
() Coma	Composmentis () Apatis () Somnolen () Saparocoma
GCS : E4V5M6	
	san:20x/mnt, Nadi:80x/mnt, Tekanan darah:110/70mmHg,
Suhu:36°C	Jani 2017 mini, 1 mani 0017 mini 15,
RIWAYAT KEP	PERAWATAN
Keluhan utama sa	at MRS: Lelah,lesu dan ada luka di kaki kiri
Diagnose medis s	aat 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	
	pelumnya? (√) Tidak () Ya, Lamanya: hr, alasan:
	i: (√) Tidak () Ya, Jenisnya
	: () Jantung () Hipertensi (√) Diabetes Melitus tipe I/II, ()
	Epilepsi, () Stroke, () Lainnya:
	Tidak () Ya, Jenisnya
KEBUTUHAN I	BIO,PSIKOSOSIAL,SPIRITUAL,EKONOMI
Pernafasan	: Kesulitan bernafas: (√) tidak () ya: Memakai O₂ lt/mnt
remarasan	dengan: () Nasal canule () sungkup, () Re-Breathing
	Mask
Pola makan	:3 x/hari, terakhir jam 10.00 Pola minum 750cc/hari,
terakhir jam 10.	
Pola istirahat	: 8 jam/hari
Integritas kulit	: () tidak ada masalah () rash (√) lesi () parut ()
8	memar () pucat () kuning () sianotik () berkeringat
	banyak
Masalah perkemil	
) retensi urine, () inkontinensia urine, () dialysis

	$: (\forall) \text{ tidak ada, ()}$				sia a	un, ()	
	konstipasi, () inkontinesia alvi, () diare						
Mengelami kekerasan fisik: ($\sqrt{\ }$) tidak ada () ada: mencederai diri/prang lain : (
) pernah () tidak p						
	ehidupan : $(\sqrt{\ })$ tidak ada $(\)$ ada, jelaskan						
Gangguan tidur	$: (\sqrt{\ }) \text{ tidak ada () a}$	da					
Pendidikan	: ,						
Warga negara	: $(\sqrt{\ })$ WNI, $(\)$ WNA $(\)$ Suku : Bali						
Tanggung Asuransi	: () tidak ada (√)						
Tinggal Bersama	: () orangtua () ser	ndiri (√) lainn	ya			
Kebiasaan	: () Merokok () Al	kohol () Lainn	ıya			
Agama	: (√) Hindu () Isla	am () E	Budha () Kristen (() K	atolik	
Nilai-nilai kepercayaan	: Percaya dengan 7	Γuhan					
Kebutuhan privasi	: Memasang korder	n saat n	nemand	ikan pasie	n		
PROSEDUR INVASIF	(yang terpasang sa	at ini)					
Infus intravena, dipasang			4/19()	CVP, di p	asa	ng di	
tanggal						-	
Power chateter, dipasa	ang di tanggal	l	. () 1	NGT, dipa	asan	g di	
tanggal							
Lain-lain			di		ŗ	asang	
di	.tanggal						
PENYAKIT MENULA	R	70					
Apakah pasien mengetah				() y	a		
Sumber informasi tentang		lari : () dokter	() per	awa	t	
() keluarga () lair	ınya						
Apakah pasien menerima	informasi jangka w	aktu pe	ngbatan	:			
() tidak () ya ()minggu/bulan/tahun*)							
() tidak () ya ()	mingg	u/bular	n/tahun*	')			
() tidak () ya () Apakah pasien melakuka	99						
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai	: ()tic rbone (lak ()y) caira	a,dimana. n tubuh	()	doplet	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai	: ()tic rbone (lak ()y) caira	a,dimana. n tubuh	()	doplet	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS	n pemeriksaan rutin itak langsung () ai lak ada () ada, IKO MEN	: ()tic rbone (lak ()y) caira	a,dimana. n tubuh	()	doplet	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada, IKO MENGAN	: ()tic rbone (GALA	lak ()y) caira MI	a,dimana. n tubuh KEK	() ER	doplet	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada, IKO MENGAN	: ()tic rbone (GALA	lak ()y) caira MI	a,dimana. n tubuh KEK	() ER	doplet	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada, SIKO MEN AN nengalami kekerasan	: ()ticone (GALA h/penga	lak ()y) caira MI niayaan	a,dimana. n tubuh KEK : (√) tida	() ER	doplet	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada, SIKO MEN AN nengalami kekerasan	: ()ticone (GALA h/penga	lak ()y) caira MI niayaan	a,dimana. n tubuh KEK : (√) tida	() ER	doplet	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada, IKO MENO AN nengalami kekerasan engalami kekerasan	: ()ticorbone (GALA) dypengal fisik : (**	lak ()y) caira MI niayaan √)tidak	a,dimana. n tubuh 	() ER	doplet	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko Apakah pasien pernah me () ya,jenis kekerasan fisi Lamanya	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada, IKO MENO AN nengalami kekerasan engalami kekerasan	: ()ticorbone (GALA) m/penga: fisik : (lak ()y) caira MI niayaan √)tidak	a,dimana. n tubuh KEK : (√) tida	() ER	doplet	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko Apakah pasien pernah me () ya,jenis kekerasan fisi Lamanya	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada, IKO MENO AN nengalami kekerasan engalami kekerasan ik	: ()ticorbone (GALA) h/penga: fisik : (lak ()y) caira MI niayaan √)tidak	a,dimana. n tubuh KEK : (√) tida	() ER	doplet	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko Apakah pasien pernah me () ya,jenis kekerasan fisi Lamanya	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada, IKO MENO AN nengalami kekerasan engalami kekerasan ik	: ()ticorbone (GALA) h/penga: fisik : (lak ()y) caira MI niayaan √)tidak	a,dimana. n tubuh KEK : (√) tida	() ER	doplet	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko Apakah pasien pernah me () ya,jenis kekerasan fisi Lamanya	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada, IKO MENG AN nengalami kekerasan engalami kekerasan ik an fisik:	: ()ticorbone (lak ()y) caira MI niayaan √)tidak 	a,dimana. n tubuh KEK : (√) tida	() ER A	ASAN	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kor Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko Apakah pasien pernah me () ya,jenis kekerasan fisi Lamanya Yang melakukan kekeras Apakah memerlukan pen	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada, IKO MENG AN nengalami kekerasan engalami kekerasan ik an fisik:	: ()ticorbone (lak ()y) caira MI niayaan √)tidak 	a,dimana. n tubuh KEK : (√) tida	() ER A	ASAN	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kon Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko Apakah pasien pernah me () ya,jenis kekerasan fis Lamanya Yang melakukan kekeras Apakah memerlukan pen (Jika hasil assesment dite	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada, IKO MENO AN nengalami kekerasan ik an fisik:	: ()ticorbone (lak ()y) caira MI niayaan √)tidak 	a,dimana. n tubuh KEK : (√) tida	() ER A	ASAN	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kor Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko Apakah pasien pernah me () ya,jenis kekerasan fisi Lamanya	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada, IKO MENO AN nengalami kekerasan ik an fisik:	: ()ticorbone (lak ()y) caira MI niayaan √)tidak 	a,dimana. n tubuh KEK : (√) tida	ERA k	ASAN	
Apakah pasien melakuka Cara penularan : () kor Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko Apakah pasien pernah me () ya,jenis kekerasan fisi Lamanya Yang melakukan kekeras Apakah memerlukan pen (Jika hasil assesment dita dengan unit terkait)	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada,	: ()ticorbone (lak ()y) caira MI niayaan √)tidak) ya kan ke	a,dimana. n tubuh 	ERA k	ASAN rdinasi	
Apakah pasien melakukat Cara penularan : () kor Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYAA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko Apakah pasien pernah me () ya,jenis kekerasan fist Lamanya Yang melakukan kekeras Apakah memerlukan pene (Jika hasil assesment dite dengan unit terkait) PENILAIAN RISIKO J Item Jml.	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada,	: ()ticorbone (lak ()y) caira MI niayaan √)tidak) ya kan ke	a,dimana. n tubuh KEK : (√) tida . DPJP dan Penelitia	ERA k	ASAN rdinasi Jml	
Apakah pasien melakukat Cara penularan : () kor Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko Apakah pasien pernah me () ya,jenis kekerasan fisi Lamanya Yang melakukan kekeras Apakah memerlukan pene (Jika hasil assesment dite dengan unit terkait) PENILAIAN RISIKO J Item Jml. Penelitian Skor	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada,	: ()ticorbone (lak ()y) caira MI niayaan √)tidak) ya kan ke 1 Item	a,dimana. n tubuh KEK : (√) tida . DPJP dan Penelitia	ERA k	ASAN rdinasi Jml	
Apakah pasien melakukat Cara penularan : () kor Penyakit penyerta : () tid PASIEN BERIS FISIK/PENGANIAYA Apakah pasien berisiko n () ya, faktor risiko Apakah pasien pernah me () ya,jenis kekerasan fisi Lamanya Yang melakukan kekeras Apakah memerlukan pen (Jika hasil assesment dite dengan unit terkait) PENILAIAN RISIKO J Item Jml. Penelitian Skor Usia	n pemeriksaan rutin ntak langsung () ai lak ada () ada,	: ()ticorbone (lak ()y) caira MI niayaan √)tidak) ya kan ke Item Mobili a. ma	a,dimana. n tubuh KEK : (√) tida DPJP dan Penelitia	ERA k	ASAN rdinasi Jml	

b.	Lebih	1	1	tahun		1	alat bantu		3
	dari 60			c. jatuh<1bulan	2		c. koordinasi/	2	
	tahun			d. jatuh pada	3		keseimban		
c.	Lebih dari	2		saat			gan buruk		
	80 tahun			dirawat			d. dibantu	3	
				sekarang			sebagian		
				301111111111111111111111111111111111111			e. dibantu	4	
							penuh		
De	fisit			Kognisi			Pola		
	nsoris			a. Orientasi	0		BAB/BAK		
	kacamata	0		baik	U		The state of the s	0	
a.		U	0	P. S.	2	_	Lines William Control (Co.)	2550	
	bukan		0	b. Kesulitan	2	0	b. Inkontinens	1	0
	bifokal			mengerti			ia		
b.	kacamata	1		perintah			urine/feses		
	bifokal			c. Gangguan	2		c. Nokturia	2	
c.	gangguan	1		memori			d. Urgensi/	3	
	pendengara			d. Kebingungan	3		Frekuensi		
	n			e. Disorientasi	3				
d.	kacamata	2							
	multifokal								
e.	katarak/gla	2							
0.	ukoma	_							
f.		3							
1.	hampir	3							
	tidak								
	melihat/but								
	a								
Ak	tivitas			Pengobatan			Komorbiditas		
a.	Mandiri	0		a. >4jenis	1		a. Diabetes/	2	
b.	ADL	2		b. Antihipertens	2		penyakit		
	dibantu			i/			jantung/str		
	sebagian		2	hiperglikemi/		2	oke/ ISK		2
c.	ADL	3		antidepresan			b. Gangguan	2	(West)
	dibantu			c. Sedatif/	2		saraf	_	
	The second of th			psikotropika/	_		pusat/parki		
	penuh			d. narkotika	2		1000 acas area - 1000		
				- 0	2		nson	3	
				Control Expension Control Cont	2		c. Pasca	3	
				epidural/spin			bedah 0-24		
				al			jam		
TO	TAL KESE	LUR	UH				IA RISIKO		
				CE	DEF	RA/	JATUH: 11		
				() rendah 0-7	(1	√) s	edang 8-13 () ti	ingg	i > 13
KI	EBUTUHAN	KO	MU	NIKASI DAN EDI	UKA	ASI			
Be	rsedia meneri	ma ii	nfor	masi : $()$ ya () tid	lak			
	mampuan me) tid				
	Bicara (√) normal () gangguan bicara sejak								

(√)tidak ditemukan keterbatasan fisik dan kognitif

Bahasa sehari-hari : (\forall) Indonesia () Daerah () Bahasa					
asing					
Perlu penerjemah : $(\sqrt{\ })$ tidak () ya, Bahasa					
Bahasa isyarat : $(\sqrt{\ })$ tidak () ya					
Hambatan belajar: () bahasa ()cemas ()pendengaran ()emosi ()kognitif					
()hilang memori ()kesulitan bicara ()motivasi buruk					
()tidak ada parisipasi dari caregiver ()masalah penglihatan					
() secara fisiologi tidak mampu belajar () tidak ditemukan hambatan					
belajar					
Kebutuhan edukasi berkesinambungan : ()proses penyakit ()pengobatan					
() terapi/obat					
1 to					
()nutrisi ()lain-lain					
Cara belajar yang disukai : ()menulis (√)audio/visual/gambar ()diskusi					
()membaca					
()mendengar					
KERGANTUNGAN SAAT MELAKSANAAN ADL (Activity Daily Life)					
Personal Hygiene: () mandiri ($\sqrt{\ }$) dibantu, () total					
Berhias : () mandiri ($$) dibantu, () total					
Toileting : () mandiri ($$) dibantu, () total					
Toileting : () mandiri ($$) dibantu, () total Makan : () mandiri ($$) dibantu, () total					
Minum :() mandiri ($$) dibantu, () total					
Mobilisasi : () tongkat ($$) walker () kursi roda () penopang/brace					
() protesis					
KENYAMANAN					
Nyeri : () tidak ($$) ya					
Jenis : $(\sqrt{)}$ Akut () Kronis					
Frekuensi nyeri: () Jarang (√) Hilang timbul ()Terus-menerus					
Lama nyeri : 10-15 menit					
Menjalar: $()$ tidak $()$ Ya, menjalar ke					
Kualitas nyeri: () nyeri tumpul ($$) nyeri tajam () panas terbakar					
Faktor pemicu/memperberat nyeri : bergerak.					
Lokasi nyeri : kaki kiri					
Skala: 4					
SKRINING STATUS NUTRISI/					
Berat badan (BB) biasanya: 65kg BB sekarang : 65 kg Tinggi badan: 168cm					
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?					
• 1-5 kg					
• 6-10 kg 2					
■ 6-10 kg 2 ■ 11-15 kg 3 ■ > 15 kg 4					
Tidak tahu penurunannya 2					
 Tidak tahu penurunannya Apakah selera makan anda berkurang/kesulitan 					

Menelan makanan
Γidak 0
Ya 1
Total Skor
<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 (<i>DISCHARGE PLANNING</i>)
Discharge Planning:
Umur ≥ 65 tahun () ya $()$ tidak
Umur ≥ 65 tahun() ya ($$) tidakKeterbatasan mobilitas($$) ya () tidakPerawatan/pengobatan lanjutan($$) ya () tidak
Perawatan/pengobatan lanjutan (√) ya () tidak
Bantuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari (√) ya () tidak
Salah satu jawaban "Ya" dari kriteria diatas maka dilanjutkan dengan mengisi
formulir discharge planning
Nama dan Tanda Tangan Nama dan Tanda Tangan
Pasien/keluarga Perawat
)(

RSUD WANGAY	A KOTA DENPASAR	FORM: 04 RI DEWASA/IRM-03
	ASSEMEN KEPERAWA	Tgl lahir :31-12-1962 No. RM :689031
Tgl: 22 April 2 Ruangan: C	O19 Sumber data: $(\sqrt{\ })$ p	asien ($$) keluarga () lainnya
KEADAAN UM	UM	
() Coma	Composmentis () Apatis ()	Somnolen () Saparocoma
GCS: E4V5M6		
O ₂ : 97%, Pernafa Suhu:36℃	san:20x/mnt, Nadi:80x/mnt,	Tekanan darah:120/70mmHg,
RIWAYAT KEI	PERAWATAN	
Keluhan utama sa	aat MRS: Lelah,lesu dan ada	luka di kaki kanan
Diagnose medis s	saat ini: DM Tipe 2 + DF	
dengan keluhan la 365mg/dL	elah,lesu dan ada luka di kak	ang melalui IGD RSUD Wangaya i kiri sejak ± 7 hari. GDS :
Riwayat dioperas Riwayat penyakit Kelainan jiwa, ()	belumnya? (√) Tidak () Ya ii: (√) Tidak () Ya, Jenisnya) Diabetes Melitus tipe I/II, ()
	BIO,PSIKOSOSIAL,SPIR	TUAL,EKONOMI
Pernafasan) tidak () ya: Memakai O ₂ lt/mnt nule () sungkup, () Re-Breathing
Pola makan	:3 x/hari, terakhir jar	n 10.00 Pola minum 750cc/hari,
terakhir jam 10	.00	
Pola istirahat Integritas kulit		alah () rash ($$) lesi () parut () kuning () sianotik () berkeringat
Masalah perkemi	han : $(\sqrt{\ })$ tidak ada, ()	ada: () stoma, () stricture uretra, (nkontinensia urine, () dialysis
Masalah defekasi	$(\sqrt{\ })$ tidak ada, ()	ada: () stoma, () athresia ani, () ntinesia alvi, () diare
Mengelami keker		ada: mencederai diri/prang lain : (
Trauma dalam ke	chidupan : $()$ tidak ada $()$ ad	
Gangguan tidur Pendidikan	: (√) tidak ada () a	-
Warga negara	: (√) WNI, () WN.	A () Suku : Jawa

Tanggung Asura	nsi	: () tidak ada (√)	Ya, BI	PJS			
Tinggal Bersam	ersama : () orangtua () sendiri ($$) lainnya						
Kebiasaan		: () Merokok () Alkohol () Lainnya					
Agama		: (√) Hindu () Islam () Budha () Kristen () Katolik					
The state of the s	cayaan	: Percaya dengan					
		: Memasang kord		memandikan pasie	en		
		(yang terpasang s		•			
Infus intravena,		g di tangan kiri tan		/4/19 () CVP, di]	pasa	ng di	
tanggal	4.		A.	() NOT 1			
6.00	, dipas	sang di tangga	al	() NGI, dip	asar	ig di	
tanggal				1.			
Lain-lain				di]	pasang	
di							
PENYAKIT M			. ls				
		nui penyakit saat ini					
The second secon		g penyakit diperleh	dari : () dokter () per	rawa	ıt	
() keluarga		nnya	140	9 9			
		a informasi jangka v					
		ming	_				
		an pemeriksaan rutir					
Cara penularan	: () ko	ntak langsung () a	airbone	() cairan tubuh	()	doplet	
Penyakit penyer	ta : () ti	dak ada () ada, SIKO MEN					
PASIEN	BERI	SIKO MEN	IGALA	MI KEK	ER	ASAN	
FISIK/PENGA			1				
7 (2)		mengalami kekerasa	100		aK		
		engalami kekerasan					
		sik					
		san fisik :					
		ndampingan : (√)tid			1.0	rdinasi	
		temukan ada masala	an iapoi	rkan ke DPJP dan	I KO	ruması	
dengan unit terk PENILAIAN R		TA TITT					
		Item Penelitian	Jml	Item Penelitia		Jml	
Penelitian Penelitian	Skor	Item Fenentian	skor	Item Fenentia	111	Skor	
Usia	SKUI	Riwayat Jatuh	SKUI	Mobilitas		SKUI	
a. Kurang	0	a. tidak	0	a. mandiri	0		
Dari 60	0	pernah	0	b. menggunak	1		
tahun		b. jatuh< 1	1	an	-		
b. Lebih	1 1	tahun	1	alat bantu		3	
dari 60	1 1	c. jatuh<1bulan	2	c. koordinasi/	2	3	
tahun		d. jatuh pada	3	keseimban			
c. Lebih dari	2	saat		gan buruk			
80 tahun	-	dirawat		d. dibantu	3		
oo tanun		sekarang		sebagian	3		
i .							
		sekarang			4		
		sexarang		e. dibantu penuh	4		

Defisit sensoris			Kognisi a. Orientasi	0		Pola BAB/BAK		
 a. kacamata bukan bifokal b. kacamata bifokal c. gangguan pendengara n d. kacamata multifokal e. katarak/gla ukoma f. hampir tidak melihat/but 	1 1 2 2 3	0	baik b. Kesulitan mengerti perintah c. Gangguan memori d. Kebingungan e. Disorientasi	2 2 3 3 3	0	a. Teratur b. Inkontinens ia urine/feses c. Nokturia d. Urgensi/ frekuensi	2 3	0
Aktivitas a. Mandiri b. ADL dibantu sebagian c. ADL dibantu penuh	0 2 3	2	Pengobatan a. >4jenis b. Antihipertens i/ hiperglikemi/ antidepresan c. Sedatif/ psikotropika/ d. narkotika e. Infus epidural/spin al	1 2 2 2 2 2	2	Komorbiditas a. Diabetes/ penyakit jantung/str oke/ ISK b. Gangguan saraf pusat/parki nson c. Pasca bedah 0-24 jam	2 2 3	2
Bersedia menerii Kemampuan men Bicara Keterbatasan:()fi (√)tidak ditemuk Bahasa sehari-h asing Perlu penerjemal Bahasa isyarat Hambatan belaja	KOM ma ir mbac isik,j kan k ari : h : (\ ir : (\ i	MU: nfor: (√ () () () () () () () () () () () () ()	CEI () rendah 0-7 NIKASI DAN EDU masi : (√) ya () : (√) ya ()) normal ()gan kan(rbatasan fisik dan ko /) Indonesia dak () ya, Baha idak () ya ahasa ()cemas () tesulitan bicara	UKAA UKAA) tid) tid ggua) ko ogni (ssa	RA/, s SI ak aak aan b ggnittif)	if,jelaskan Daerah (garan ()emosi (tivasi buruk) I	 Bahasa

belajar
Kebutuhan edukasi berkesinambungan : ()proses penyakit ()pengobatan
() terapi/obat
()nutrisi ()lain-lain
Cara belajar yang disukai : ()menulis (√)audio/visual/gambar ()diskusi
()membaca
()mendengar
KERGANTUNGAN SAAT MELAKSANAAN ADL (Activity Daily Life)
Personal Hygiene : () mandiri ($$) dibantu, () total
Berhias : () mandiri ($$) dibantu, () total
Toileting : () mandiri ($$) dibantu, () total
Makan : () mandiri ($$) dibantu, () total
Minum :() mandiri ($$) dibantu, () total
Mobilisasi : () tongkat (√) walker () kursi roda () penopang/brace
() protesis
() process
KENYAMANAN
Nveri : () tidak ($$) va
Jenis : $(\sqrt{)}$ Akut () Kronis
Frekuensi nyeri: () Jarang () Hilang timbul ()Terus-menerus
Lama nyeri: 10-15 menit
Menjalar: (\sqrt) tidak () Ya, menjalar ke
Kualitas nyeri: () nyeri tumpul ($$) 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?
■ 1-5 kg 1
■ 6-10 kg 2
■ 11-15 kg 2
Apakah selera makan anda berkurang/kesulitan
Menelan makanan
Tidak 0
Ya 1
Total Skor
Keterangan:
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 (DISCHA	ARGE PLANNING)
Discharge Planning:	
Umur ≥ 65 tahun	() ya ($$) tidak ($$) ya () tidak
Keterbatasan mobilitas	$(\sqrt{\ })$ ya () tidak
Perawatan/pengobatan lanjutan	$(\sqrt{\ })$ ya () tidak
Bantuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari	$(\sqrt{\ })$ ya () tidak
Salah satu jawaban "Ya" dari kriteria diatas ma	aka dilanjutkan dengan mengisi
formulir discharge planning	
Nama dan Tanda Tangan	Nama dan Tanda Tangan
Pasien/keluarga	Perawat
()()

B. Perencanaan Keperawatan

Subjek 1

	RENCANA ASUHAN KEP	ma : Tn.Nu 1 Lahir : 09/09/1964 5 RM : 687952 angan : Cendrawasih	L /P	
TANGGAL	DIAGNOSA		EPERAWATAN	PARAF/
JAM	KEPERAWATAN/MASALAH KOLABORATIF	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	NAMA TERANG
	darah berhubungan dengan: □ Kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes □ Tingkat perkembangan □ Asupan diet □ Pemantauan glukosa darah yang tidak tepat	Setelah diberikan tindakar selama 3x24 jam diharapkar kadar glukosa darah pasier stabil Kriteria hasil: Kadar glukosa serum stabil - tidak terjadi hypoglikemi: <60 mg/dl - tidak terjadi hyperglikemi: >300 mg/dl Keton urine : negative Adanya prosedur yang	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

benar untuk manajemen	✓ Memberi cairan IV sesuai
hyperglikemia atau	kebutuhan
hyperglikemia	✓ Memfasilitasi kepatuhan
	terhadap diet dan latihan
☐ Mematuhi program pemantauan glukosa darah	
	AND AN ADDITIONAL PROPERTY OF THE PROPERTY OF
☐ Status nutrisi adekuat	atau keluarga penanggung
	jawab pasien tentang
	penatalaksanaan diabetes
	selama sakit
	Kolaborasi:
	✓ Penatalaksanaan
	hypoglikemia yang tidak
	bisa diatasi dengan aktifitas
	mandiri
	✓ Penatalaksanaan
	hyperglikemia yang tidak
	bisa diatasi dengan aktifitas
	mandiri
	Kolaborasi pasien dan tim
	diabetes untuk membuat
	perubahan dalam
	pengobatan jika perlu.

	RENCANA ASUHAN KEP	ERAWATAN Tg	Nama: Ny.Su Tgl Lahir: 31-12-1962 No RM: 689031 Ruangan: Cendrawasih					
TANGGAL	DIAGNOSA	RENCANA K	EPERAWATAN	PARAF/				
JAM	KEPERAWATAN/MASALAH	TUJUAN DAN KRITERIA	INTERVENSI	NAMA				
	KOLABORATIF	HASIL		TERANG				
22/4/2019	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa	NOC:	NIC:					
	darah berhubungan dengan:	Setelah diberikan tindakan						
	☐ Kurang pengetahuan tentang	selama 3x24 jam diharapkar						
	manajemen diabetes	kadar glukosa darah pasier						
	☐ Tingkat perkembangan	stabil	ditunjukkan					
	☐ Asupan diet	Kriteria hasil:	□Pantau tanda-tanda dan					
	☐ Pemantauan glukosa darah yang tidak		gejala hyperglikemia atau					
	tepat	☐ Kadar glukosa serum ☐ Lili	J1 8					
		stabil - tidak terjad	Pantau kadar AGD, keton					
		hypoglikemi: <60 mg/dl	program Memantau tekanan darahdan					
		- tidak terjad	The contract of the contract o					
		hyperglikemi: >300						
		mg/dl	yang ditentukan					
		☐Keton urine : negative	☐ Mendorong asupan cairan					
		☐Adanya prosedur yang	oral					

benar untuk manajemen	✓ Memberi cairan IV sesuai
hyperglikemia atau	kebutuhan
hyperglikemia	☑ Memfasilitasi kepatuhan
☐ Mematuhi program	terhadap diet dan latihan
pemantauan glukosa darah	☐ Beri informasi pada pasien
☐ Status nutrisi adekuat	atau keluarga penanggung
	jawab pasien tentang
	penatalaksanaan diabetes
	selama sakit
	Kolaborasi:
	✓ Penatalaksanaan
	hypoglikemia yang tidak
	bisa diatasi dengan aktifitas
	mandiri
	✓ Penatalaksanaan
	hyperglikemia yang tidak
	bisa diatasi dengan aktifitas
	mandiri
	Kolaborasi pasien dan tim
	diabetes untuk membuat
	perubahan dalam
	pengobatan jika perlu.

C. Implementasi Keperawatan

Pasien 1

RSUD WANGAYA KOTA DENPASA	R							_		FORM	06/IR	M-03
	IMPL	EMEN'	TASI K	EPERA	Nama	: Tn.N	Vu					
								Tgl.La	hir:09-0	9-64	(L) /P
								No.RM	No.RM :687952			
Tanggal	(01/04/19)	(02/04/19)	(03/04/19)	04	4/04/29	9
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		

Tanda dan gejala hiperglikemia	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00	
Mandiri											
Personal Hygiene Pasien											
Mobilisasi/ROM											1
Oksigenasi											
Merawat Luka	09.00			08.00			08.00			08.00	
Merawat Area Tertekan											
Merawat Area Drain					·						
Mencegah Pasien Jatuh											
Membantu Eliminasi											
- BAB											
- BAK											
Delegatif											
Memberikan Obat Oral		15.00	07.00		15.00	07.00	EATONI MONTH ATEL	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											5
Mengambil Sampel Lab											
IV Site:											

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

Subyek 2

RSUD WANGAYA KOTA DEN	NPASAR								F	ORM:	06/IR	M-03
	EPERA	WATA	ΔN			: Ny. hhir:31-1 M : 6890	2-1962	L/	P			
Tanggal		23/04/19)		24/04/19	9		25/04/19 26/04/19				9
Tindakan	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M
Observasi												1
Suhu	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00		1

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	
Tanda dan gejala hiperglikemia	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00	16.00	06.00	11.00	
Mandiri											
Personal Hygiene Pasien											
Mobilisasi/ROM											
Oksigenasi											
Merawat Luka	09.00			08.00			08.00			08.00	
Merawat Area Tertekan											
Merawat Area Drain											
Mencegah Pasien Jatuh											
Membantu Eliminasi				111							
- BAB								Garage Market Control			

- 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 Blood Sugar		20.00	06.00		20.00	06.00		20.00	06.00		

D. Evaluasi Keperawatan

Pasien 1

RSUD WANGAY	A KOTA DI	ENPASAR	Form: 10/IRM-00
		EVALUASI KEPERAWATAN	Nama : Tn.Nu Tgl/Lahir:09/09/1964 No.RM :687952
Tgl MRS: 01/4/201	19	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	S: Pasien mengeluh lelah dan lesu Skala nyeri 3 (0-10) skala nyeri O: KU lemah Kesadaran CM E4V5M6, terdapat luka post debridement H 2 pada kaki kiri terbalut gaas, perdarahan (-), rawat luka (+) tanda-tanda hipoglikemia/hiperglikemia tidak ada TD: 100/70mmHg N:80x/m S:36,5°C RR: 18x/m BS 06.00: 99mg/dL A: Nyeri Akut Ketidakstabilan kadar glukosa darah P: -3x24 jam nyeri akut teratasi -3x24 jam kadar glukosa darah stabil	1

Pasien 2

RSUD WANGAY	'A KOTA DI	ENPASAR	Form: 10/IRM-00
		EVALUASI KEPERAWATAN	Nama : Ny.Su
			Tgl/Lahir:31-12-162
			No.RM :689031
Tgl MRS : 22/04/1	9	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°C RR: 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	



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 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 Peb 2020 4 196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep. Revisi BAB III kumpul BAB IV 196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep. 5 Peb 2020 Revisi BAB III 6 196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep. Kumpul keseluruhan 12 Peb 2020 Bimbingan judul dan BAB I 15 Jan 2020 196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd. 8 196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd. Revisi BAB I 23 Jan 2020 196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd. Bimbingan BAB II 29 Jan 2020 30 Jan 2020 10 196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd. Revisi BAB II 11 196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd. Bimbingan BAB III, IV 5 Peb 2020 12 196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd. Kumpul keseluruhan 6 Peb 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 V 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. 4 Mei 2020 Bimbingan abstrak dan ringkasan 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. 8 Mei 2020 Bimbingan abstrak dan ringkasan 24 | 196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep., Mpd. Bimbingan KTI total 11 Mei 2020



KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR



Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan, Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563

BLANKO BIMBINGAN

NAMA NIM

Ida Ayu Made Putri Permata Dewi POTI 20017 037

JUDUL KARYA TULIS

Gambaran Asuhan treperawatan Pada Pasien Diabeter Melitu Tipe II + Diabetic Foot dengan Resiko terholak Mabilan Kadar Glukosa

PEMBIMBING

. Ners. | Made Jukarja , S. hiep., M. hiep.

HARI/ TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
24 Aprīl 2020	Ţ	Bumbingon BAB	Languiran tahap Selanguiran	*
27 April 2020	Ī	Revisi Bimbingan BAB Y	resourcem temp	*
30 April 2020		Bumbungan BAB	conjuticon ternal	*
1 Mer 2010	(3)	koreksi penulisan		H
4 MEI 2010	(Z)	Bun bungan albuha dan rungkaran	k Languitear techap selanjutnyo	H _a
5 Mei 2010	(2)	Bumbungan total	cangulten phap Jelamuten	K



KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN





BLANKO BIMBINGAN

NAMA NIM JUDUL KARYA TULIS lda Afu Mode Putri Permata Dewi POTI 20017 087 Gamiboran Aruhan Reperawatoun Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II + Diabetic Foot dengan Renko Mehdak Mabilan kadar Glukara

PEMBIMBING

. Ns. 1 Wayan Sukawana, S. trep., Mpd.

HARI/ TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
5 Mei 2020	Ĭ	Bumbungan BAB P Hasti	languitean techail selangumya	F
6 M & 2010		Bimbingan BABY Pembasahan	Canyuttan tahap Jelanyuttiga	+
7 Mei 2010	1	Bimbingan BAB VI Simpulan	canjultean techap selanjulnya	F
7 Mei 2010	J.	Bumblingan BAB aron	conjution techap selaryutic	F
8 MET 2010	3	dan ringkasan	relanjutaya	F
11 Méi 200	श्री	Bumbingan ETI Potal	canjutean Pahap Banjunya.	F
	27			