

LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan Laporan Kasus

Jadwal Kegiatan Laporan Kasus Pada Tn. A dengan Gangguan
Citra Tubuh akibat Diabetes melitus tipe 2 di Wilayah
Kerja UPTD Puskesmas III Dinas Kesehatan
Denpasar Utara.

No	Kegiatan	Bulan																			
		Jan 2026				Feb 2026				Maret 2026				April 2026				Mei 2026			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Penetapan judul dan lokasi pengambilan kasus dan melengkapi BAB 1 – 2																				
2.	Perizinan surat dan pengambilan kasus																				
3.	Melakukan asuhan keperawatan																				
4.	Penyusunan laporan kasus																				
5.	Konsul BAB perbaikan BAB 1 – 3																				
6.	Ujian laporan kasus																				
7.	Perbaikan laporan kasus																				

Lampiran 2. Realisasi Anggaran Laporan Kasus

Realisasi Anggaran Laporan Kasus Pada Tn. A dengan Gangguan Citra Tubuh akibat Diabetes melitus tipe 2 di Wilayah kerja UPTD Puskesmas III Dinas Kesehatan Denpasar Utara.

No	Kegiatan	Rencana Biaya
1.	Tahap Persiapan	
	a. Penyusunan KTI (kuota internet)	Rp. 100.000
	b. Studi pendahuluan	Rp. 0
	c. Penggandaan KTI	Rp. 100.000
	d. Revisi KTI	Rp. 100.000
	e. ATK (Alat Tulis Kantor)	Rp. 10.000
2.	Tahap Pelaksanaan	
	a. Transportasi peneliti	Rp. 100.000
	b. Print lembar persetujuan	Rp. 5.000
	c. Print lembar pengkajian asuhan keperawatan	Rp. 12.000
3.	Tahap Akhir	
	a. Penyususn laporan	Rp. 100.000
	b. Penggandaan laporan	Rp. 200.000
	c. Revisi laporan	Rp. 150.000
	d. Jilid laporan	Rp. 50.000
	e. Biaya tak terduga	Rp. 100.000
Jumlah		Rp. 1.027.000

Lampiran 3. Lembar Permohonan Responden

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PASIEN

Kepada

Yth. Saudara/Saudari Calon Pasien

Di –

Puskesmas III Denpasar Utara

Dengan hormat,

Saya Mahasiswa Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar semester VI bermaksud melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn/Ny. X dengan Gangguan Citra Tubuh Akibat Diabetes Melitus tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas III Denpasar Utara sebagai persyaratan untuk menyelesaikan Program Studi Diploma Tiga Jurusan Keperawatan. Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan saudara/saudari untuk menjadi pasien yang merupakan sumber informasi dalam pemberian asuhan keperawatan ini. Informasi yang saudara/saudari berikan akan dijaga kerahasiaannya. Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Denpasar, 12 Februari 2026
Pemberi Asuhan Keperawatan

I Wayan Aditya Pratama
NIM P07120123035

Lampiran 4 Surat Pernyataan Ketersediaan Menjadi Pasien

SURAT PERNYATAAN KETERSEDIAAN MENJADI PASIEN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Tempat/Tanggal Lahir :

Pekerjaan :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia menjadi pasien atas pemberian tindakan keperawatan yang dilakukan oleh I Wayan Aditya Pratama Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi Diploma Tiga Jurusan Keperawatan, yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn/Ny. X dengan Gangguan Citra Tubuh Akibat Diabetes Melitus tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas III Denpasar Utara” Saya mengerti data tindakan keperawatan ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan data ini dijamin legal dan aman, serta semua data yang ada diberkas ini akan dicantumkan pada subjek asuhan keperawatan. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari manapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 12 Februari 2026

.....

Lampiran 5 Persetujuan Setelah Penjelasan (*INFORMED CONSENT*)

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (*INFORMED CONSENT*)

SEBAGAI PASIEN ASUHAN KEPERAWATAN

Yang terhormat saudara/saudari, saya meminta kesediannya untuk berpartisipasi dalam asuhan keperawatan ini. Keikutsertaan dalam asuhan keperawatan ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Asuhan Keperawatan Pada Tn/Ny. X dengan Gangguan Citra Tubuh Akibat Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas III Denpasar Utara
Pemberi Asuhan Keperawatan	I Wayan Aditya Pratama
Instansi	Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan
Lokasi Pemberian Asuhan Keperawatan	Puskesmas III Denpasar Utara
Sumber Pendanaan	

Pemberian Asuhan Keperawatan ini bertujuan untuk meningkatkan citra tubuh positif pada pasien yang mengalami hipertensi. Jumlah pasien sebanyak 1 orang dengan syarat memenuhi kriteria inklusi yaitu pasien diabetes melitus dengan Gangguan Citra Tubuh Akibat Diabetes Melitu stipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas III Denpasar Utara, pasien diabetes melitus dengan Gangguan Citra Tubuh Akibat Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas III Denpasar Utara yang berusia 60 tahun keatas, merupakan pasien yang berada dilingkungan Puskesmas III Denpasar Utara, pasien bersedia untuk mengikuti aktivitas selama kegiatan dilaksanakan, pasien hipertensi dengan Gangguan Citra Tubuh Akibat Diabetes Melitus tipe 2 di

Wilayah Kerja Puskesmas III Denpasar Utara yang kooperatif serta memenuhi kriteria eksklusi pasien hipertensi dengan defisit pengetahuan akibat kurang terpapar informasi yang awalnya bersedia menjadi subjek asuhan keperawatan, tetapi tidak dapat mengikuti prosedur karena alasan tertentu, subjek asuhan keperawatan mengundurkan diri dari pemberian asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan ini diberikan selama lima hari dengan lima kali pertemuan.

Atas ketersediaan berpartisipasi dalam pemberian asuhan keperawatan ini maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang telah diluangkan. Pemberi asuhan keperawatan menjamin kerahasiaan semua data pasien dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan laporan asuhan keperawatan.

Kepesertaan saudara/saudari pada asuhan keperawatan ini bersifat sukarela. saudara/saudari dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan atau menghentikan kepesertaan dari pemberian asuhan keperawatan kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan saudara/saudari untuk berhenti sebagai pasien dalam pemberian asuhan keperawatan tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi pasien dalam pemberian asuhan keperawatan, saudara/saudari diminta untuk menandatangani formulir ‘Persetujuan setelah Penjelasan (Informed Consent) sebagai *Pasien Asuhan Keperawatan/*Wali’ setelah saudara/saudari benar-benar memahami tentang pemberian asuhan keperawatan ini. saudara/saudari akan diberi salinan persetujuan yang sudah ditanda tangani ini.

Bila selama berlangsungnya pemberian asuhan keperawatan terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan saudara/saudari untuk

kelanjutan kepesertaan dalam pemberian asuhan keperawatan, pemberi asuhan keperawatan akan menyampaikan hal ini kepada saudara/saudari. Jika ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada pemberi asuhan keperawatan, silahkan hubungi pemberi asuhan keperawatan: I Wayan Aditya Pratama dengan nomor HP 0881037154977

Tanda tangan Bapak/Ibu/Balita dibawah ini menunjukkan bahwa saudara/saudari telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada pemberi asuhan keperawatan tentang tindakan yang akan diberikan ini dan menyetujui untuk menjadi pasien pemberian asuhan keperawatan.

Pasien Asuhan Keperawatan

Wali

tanggal (wajib diisi) : / /

tanggal (wajib diisi) : / /

(wali dibutuhkan bila calon peserta Adalah anak <14 tahun, lansia, tuna grahita, pasien dengan kesadaran kurang-kona)

Hubungan dengan Pasien Asuhan Keperawatan

Pasien Asuhan Keperawatan

Wali

tanggal (wajib diisi) : / /

tanggal (wajib diisi) : / /

(wali dibutuhkan bila calon peserta Adalah anak <14 tahun, lansia, tuna grahita, pasien dengan kesadaran kurang-kona)

Tanda tangan sanksi pada formular Consent ini hanya bila

- Pasien asuhan keperawatan memiliki kemampuan untuk mengambil Keputusan, tetapi tidak dapat membaca/ tidak dapat berbicara atau buta.
- Wali dari pasien pemberian asuhan keperawatan tidak dapat membaca/tidak dapat berbicara atau buta.

Catatan :

Saksi harus merupakan keluarga pasien dalam pemberian asuhan keperawatan, tidak boleh anggota tim pemberi asuhan keperawatan.

Saksi :

Saya mengatakan bahwa informasi pada formular penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan dimengerti oleh pasien asuhan keperawatan atau walinya dan persetujuan untuk menjadi pasien asuhan keperawatan diberikan secara sukarela.

Tanda Tangan dan Nama Saksi

Tanggal

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

Lampiran 6. Surat Izin Pengambilan Kasus

	Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan Politeknik Kesehatan Denpasar Jalan Sanitasi No.1, Sidakarya Denpasar Selatan, Bali 80224 (0361) 710447 https://www.poltekkes-denpasar.ac.id																						
Nomor : PP.02.03/F.XXIV.13/0183/2026 Lampiran : 1 (satu) gabung Hal : Mohon Ijin Menggunakan Tempat Praktik	20 Januari 2026																						
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Denpasar di Denpasar																							
Dalam rangka pelaksanaan praktik mahasiswa semester VI Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan, kami mohon ijin untuk mempraktikkan mahasiswa sesuai bidang peminatan Keperawatan Komunitas dan Keperawatan Maternitas di Wilayah Kerja yang ada di Puskesmas Kota Denpasar. Pada saat praktik mahasiswa akan melakukan penerapan asuhan keperawatan pada satu (1) pasien untuk dijadikan kasus kelolaan. Adapun waktu pelaksanaan praktik dari tanggal 12 Februari 2026 s.d 18 Februari 2026. Jumlah mahasiswa yang praktik adalah sebanyak 17 orang, dengan rincian sebagai berikut:																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Nama Puskesmas</th> <th>Jumlah Mhsw</th> <th>Waktu Praktek</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Puskesmas III Denpasar Utara</td> <td>2</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">12 s.d 18 Pebruari 2026</td> <td rowspan="5">Pengambilan kasus disesuaikan dengan wilayah kerja masing-masing puskesmas</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Puskesmas IV Denpasar Selatan</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Puskesmas II Dentim</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Puskesmas I Denpasar Barat</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Puskesmas II Denpasar Barat</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		No	Nama Puskesmas	Jumlah Mhsw	Waktu Praktek	Ket	1	Puskesmas III Denpasar Utara	2	12 s.d 18 Pebruari 2026	Pengambilan kasus disesuaikan dengan wilayah kerja masing-masing puskesmas	2	Puskesmas IV Denpasar Selatan	11	3	Puskesmas II Dentim	2	4	Puskesmas I Denpasar Barat	1	5	Puskesmas II Denpasar Barat	1
No	Nama Puskesmas	Jumlah Mhsw	Waktu Praktek	Ket																			
1	Puskesmas III Denpasar Utara	2	12 s.d 18 Pebruari 2026	Pengambilan kasus disesuaikan dengan wilayah kerja masing-masing puskesmas																			
2	Puskesmas IV Denpasar Selatan	11																					
3	Puskesmas II Dentim	2																					
4	Puskesmas I Denpasar Barat	1																					
5	Puskesmas II Denpasar Barat	1																					

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Lampiran 7. Surat Keterangan Pengambilan Kasus



GOVERNMENT OF DENPASAR
PEMERINTAH KOTA DENPASAR
DINAS KESEHATAN
Jl. Maruti No. 8 Denpasar, Telepon (0361) 424801 Fax (0361) 425369
Laman : www.denpasarkota.go.id, Pos-el : kesehatan@denpasarkota.go.id

Denpasar, Buda Kliwon Matal, 28 Januari 2026

Nomor : B/400.14.5.4/444/Dikes
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin Praktik

Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes Denpasar
di –
Denpasar

Menunjuk surat dari Direktur Poltekkes Kemenkes Denpasar Nomor : PP.02.03/F.XXIV.13/0183/2026 Perihal: Mohon izin menggunakan tempat praktik mahasiswa semester VI Jurusan Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar, maka kami memberikan izin untuk kegiatan tersebut pada :

Tanggal : 12 – 18 Pebruari 2026
Pukul : 07.30 – selesai
Jumlah : 1 – 11 orang per Puskesmas
Tujuan : Mahasiswa mampu menghasilkan karya ilmiah hasil dari asuhan keperawatan
Tempat : 1. UPTD. Puskesmas III Dinas Kesehatan Kec. Denpasar Utara
2. UPTD. Puskesmas IV Dinas Kesehatan Kec. Denpasar Selatan
3. UPTD. Puskesmas II Dinas Kesehatan Kec. Denpasar Timur
4. UPTD. Puskesmas I Dinas Kesehatan Kec. Denpasar Barat
5. UPTD. Puskesmas II Dinas Kesehatan Kec. Denpasar Barat
Biaya : Berdasarkan Perda No. 5 Tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah

Demikian kami sampaikan dan atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Kepala Dinas Kesehatan Kota Denpasar



dr. Anak Agung Ayu Agung Candrawati, M.Kes.
Pembina Tk. I
NIP. 196709151998032003



Semua jenis layanan di Dinas Kesehatan Kota Denpasar tidak dikenakan biaya. Untuk menjaga integritas seluruh jajaran Dinas Kesehatan Kota Denpasar tidak menerima pemberian sesuatu dalam bentuk apapun. Bagipenerima layanan dilarang member sesuatu dalam bentuk apapun, jika ada yang meminta sesuatu dengan mengatasnamakan Dinas Kesehatan Kota Denpasar, dipastikan merupakan penipuan dan dapat dilaporkan melalui email kesehatan@denpasarkota.go.id dengan disertai bukti otentik.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Lampiran 8. Format Asuhan Keperawatan Gerontik

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA LANSIA ... DENGAN ...
AKIBAT ... DI ...**

PADA TANGGAL ... - ...

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Nama :

Jenis kelamin :

Golongan darah :

Tempat & tanggal lahir :

Pendidikan terakhir :

Agama :

Status perkawinan :

TB/BB :

Penampilan :

Alamat :

Diagnosis medis :

Penanggung jawab

Nama :

Hub. dengan pasien :

Alamat :

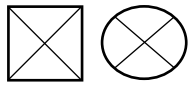
Telepon :

b. Keluhan utama

c. Riwayat keluarga

Genogram :

Keterangan:



: Meninggal



: Laki – laki masih hidup



: Perempuan masih hidup



: Garis perkawinan



: Pasien



: Tinggal serumah

d. Riwayat pekerjaan

Pekerjaan saat ini :

Alamat pekerjaan saat ini :

Berapa jarak dari rumah :

Alat transportasi :

Pekerjaan sebelumnya :

Berapa jarak dari rumah :

Alat transportasi :

Sumber – sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan:

e. Riwayat lingkungan hidup

Tipe tempat tinggal :

Kamar :

Kondisi tempat tinggal :

Derajat privasi :

Jumlah orang yang tinggal dalam satu rumah:

f. Riwayat rekreasi

Hobby/minat :

Liburan/perjalanan :

Keanggotaan dalam organisasi :

g. Sistem pendukung

Perawat/bidan/dokter/fisioterapi :

Jarak dari rumah :

Rumah sakit/puskemas :

Klinik :

Pelayanan kesehatan di rumah :

Makanan yang diantarkan :

Kondisi lingkungan rumah :

Perawatan sehari – hari yang dilakukan keluarga:

Lain – lain : Tidak ada

h. Status kesehatan

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Tidak nyeri	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nyeri berat	Lanjutkan pengkajian nyeri
Tidak lelah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lelah berat	Lanjutkan ke pengkajian aktivitas

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
													pengkajian GDS
Tidak cemas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Cemas berat	Lanjutkan ke pengkajian BDI
Tidak mengantuk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mengantuk	Lanjutkan ke pengkajian pola tidur
Tidak nafsu makan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nafsu makan buruk	Lanjutkan ke pengkajian pola makan
Tidak bugar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tidak berdaya	Lanjutkan ke pengkajian aktivitas fisik
Tidak sesak nafas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sesak nafas berat	Lanjutkan ke pemenuhan kebutuhan oksigen
Tidak ada masalah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Masalah berat	Lanjutkan ke

i. Obat – obatan

NO	NAMA OBAT	DOSIS	KET
----	-----------	-------	-----

Status Imunisasi :

Alergi :

- Obat – obatan : Tn. H mengatakan tidak memiliki alergi terhadap obat – obatan
- Makanan : Tn. H mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan
- Faktor terhadap lingkungan : Tn. H mengatakan tidak ada memiliki alergi terhadap lingkungan

Penyakit yang di derita : Diabetes melitus tipe 2

j. Aktivitas hidup sehari – hari

1) Indeks katz

No	Macam – macam ADL	Mandiri	Tergantung
1	Makan	• Mandiri Mengambil makanan dari piring dan menyuapi sendiri	• Tergantung Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali dan makan parenteral (NGT)
2.	Kontinen (BAB dan BAK)		

	• Mandiri BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri
	• Tergantung Inkontinensia parsial atau total: penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)
3.	Berpindah • Mandiri Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri • Tergantung Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan
4.	Mandi • Mandiri Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya • Tergantung Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak bisa mandi sendiri
5.	Ke kamar mandi • Mandiri Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri • Tergantung

	Menerima bantuan untuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot
6.	Berpakaian • Mandiri Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian sendiri • Tergantung Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagaian
	Total

2) Antropometri

BB :

TL/TB :

IMT :

3) Tanda – tanda vital

Suhu :

Nadi :

Respirasi :

Tekanan darah:

- Tidur :
- Duduk :
- Berdiri:

k. Pemenuhan kebutuhan sehari – hari

1) Oksigenasi

- 2) Cairan dan elektrolit
- 3) Nutrisi
- 4) Eliminasi
- 5) Aktivitas
- 6) Istirahat dan tidur
- 7) Personal hygiene
- 8) Seksual
- 9) Rekreasi
- 10) Psikologis
 - a) Persepsi klien
 - b) Konsep diri
 - c) Emosi
 - d) Adaptasi
 - e) Mekanisme pertahanan diri
- 1. Tinjauan system
 - 1) Kepala
 - 2) Mata – telinga – hidung
 - a) Penglihatan
 - b) Pendengaran
 - c) Hidung
 - 3) Leher
 - 4) Dada dan punggung
 - a) Paru – paru
 - b) Jantung

- 5) Abdomen dan pinggang
- 6) Ekstremitas atas dan bawah
- 7) Sistem imun
- 8) Genetalia
- 9) Reproduksi
- 10) Persarafan
- 11) Pengecapan

m. Hasil pengkajian kognitif dan mental

- 1) *Short portable mental status questionnaire (SPMSQ)*

No	Pertanyaan	Jawaban	Benar	Salah
1.	Tanggal berapa hari ini?			
2.	Hari apa sekarang?			
3.	Apa nama tempat ini?			
4.	Dimana alamat anda?			
5.	Berapa umur anda?			
6.	Kapan anda lahir?			
7.	Siapa presiden Indonesia?			
8.	Siapa presiden sebelumnya?			
9.	Siapa nama ibu anda?			
10.	Siapa nama ayah anda?			
Total				

Keterangan:

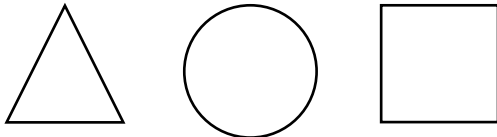
Salah 0 – 3: Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5: Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8: Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10: Fungsi intelektual kerusakan berat

- 2) *Mini – mental state exam (MMSE)*

No	Tes	Nilai Max	Nilai
Orientasi			
1.	Sekarang (tahun) (musim) (bulan) (tanggal) (hari) apa?		
2.	Kita berada dimana? (Negara) (provinsi) (kota) (rumah sakit) (lantai/kamar)		
Register			
3.	Sebutkan 3 buah nama benda (pulpen, jam, hp) tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tersebut dengan benar dan catat jumlah pengulangan		
Antensi & Kalkulasi			
4.	Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk setiap jawaban benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau disuruh mengeja terbalik kata “WAHYU” (nilai diberikan pada huruf yang benar sebelum kesalahan: misalnya nyahw 2 nilai)		
Mengingat Kembali			
5.	Pasien mengingat kembali 3 nama benda diatas		
Bahasa			
6.	Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (buku, tas)		
7.	Pasien disuruh mengulang kata – kata “namun”, “tanpa”, “bila”		
8.	Pasien disuruh melakukan perintah: “Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua, letakan dilantai”		
9.	Pasien disuruh membaca dan melakukan perintah “Pejamkan mata anda”		
10.	Pasien disuruh menulis dengan spontan		
11.	Pasien disuruh menggambarkan bentuk di bawah ini:		
			
Total			

Keterangan:

24 – 30: Tidak ada gangguan kognitif

18 – 23: Gangguan kognitif sedang

0 – 17: Gangguan kognitif berat

3) *Gereatri depression scale (GDS)*

No	Pertanyaan	Jawaban
		Ya/Tidak
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?	
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan atau minat atau kesenangan anda?	
3.	Apakah anda merasa bahwa hidup ini kosong belaka?	
4.	Apakah anda merasa sering bosan?	
5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	
6.	Apakah anda takut sesuatu yang buruk terjadi pada anda?	
7.	Apakah anda merasa bahagia di sebagian besar hidup anda?	
8.	Apakah anda merasa sering tak berdaya?	
9.	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?	
10.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	
11.	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?	
12.	Apakah anda merasa bahagia?	
13.	Apakah anda merasa penuh semangat?	
14.	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	
15.	Apakah anda pikir orang lain lebih baik keadaannya dari pada anda?	
	Total	

Keterangan:

0 – 4: Normal

5 – 8: Depresi ringan

9 – 11: Depresi sedang

12 – 15: Depresi berat

Setiap jawaban “Ya” mempunyai skor “1”

4) Skala risiko jatuh (*Morse Fall Scale/MFS*)

Faktor Risiko	Skala	Poin	Skor
Riwayat Jatuh	Ya (25)		
	Tidak (0)		
Diagnosis	Ya (15)		
Sekunder (>2 diagnosis medis)	Tidak (0)		
Alat Bantu	Berpegangan pada benda sekitar (30)		
	Tongkat/alat penopang (15)		
	Bedrest/dibantu perawat (0)		
Terpasang Infus	Ya (20)		
	Tidak (0)		
Gaya Berjalan	Terganggu (20)		
	Lemah (10)		
	Normal/tirah baring/imobilisasi (0)		
Status Mental	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki (15)		
	Sadar akan kemampuan sendiri (0)		
Total			

Keterangan:

≥45: Risiko tinggi

25 – 44: Risiko sedang

0 – 24: Risiko rendah

n. Data penunjang

- 1) Laboratorium :
- 2) Radiologi :
- 3) EKG :
- 4) USG :
- 5) CT – Scan :
- 6) Obat – obatan :

o. Analisa data

No	Data (Sign/Symptom)	Interpretasi (Etiologi)	Masalah (Problem)
----	---------------------	-------------------------	-------------------

2. Diagnosis Keperawatan

3. Rencana Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
-----------------------	---------------------------	------------------------

4. Implementasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
------------------	-----	----------------------	----------	-------

5. Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama/TTD
---------	-----	-----------------------------	----------

Lampiran 9. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2026



Tanggal 13 Februari 2026



Tanggal 14 Februari 2026



Tanggal 15 Februari 2026



Tanggal 16 Februari 2026



Lampiran 10. Validasi bimbingan

 **Data Skripsi Mahasiswa**

N I M	P07120123035
Nama Mahasiswa	I Wayan Aditya Pratama
Info Akademik	Fakultas : Jurusan Keperawatan - Program Studi Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Semester : 6

Skripsi
Bimbingan
Jurnal Ilmiah
Syarat Sidang
Sidang Skripsi

Bimbingan						
No	Dosen	Topik	Masukan Dosen	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen	Aksi
1	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Konsultasi Judul KTI	Lanjutkan untuk BAB 1	22 Desember 2025	✓	
2	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Konsultasi Judul	Lanjutkan proses BAB 1	14 Januari 2026	✓	
3	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Bimbingan Terkait BAB 1	Revisi BAB 1	23 Januari 2026	✓	
4	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Bimbingan BAB 1	Revisi BAB 1 dengan penambahan jurnal	30 Januari 2026	✓	
5	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Bimbingan BAB 1	Revisi BAB 1 dan lanjutkan ke BAB 2	2 Februari 2026	✓	
6	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Bimbingan BAB 1 dan BAB 2	Tambahkan upaya terkait masalah dan lanjut BAB 2	9 Februari 2026	✓	
7	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Bimbingan Revisi BAB 1 dan BAB 2	Perbaiki tata tulis BAB 1 dan BAB 2, lanjut sampai BAB 4	19 Februari 2026	✓	
8	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Bimbingan revisi BAB 1 dan BAB 2	Lanjutkan BAB 1-4	24 Februari 2026	✓	
9	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Bimbingan BAB 1 - 4	Revisi BAB 3 dan BAB 4	16 Maret 2026	✓	
10	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Bimbingan BAB 1 - 4	Revisi BAB 3 dan 4	13 Maret 2026	✓	
11	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Bimbingan revisi BAB 1- 4	Perbaiki tata tulis BAB 1- 4	30 Maret 2026	✓	
12	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Bimbingan Revisi BAB 1-4	Perbaiki Pembahasan di BAB 3	1 April 2026	✓	
13	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Perbaikan tata tulis	Perbaiki tata tulis lampiran	7 April 2026	✓	
14	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Bimbingan Revisi BAB 1-4	Perbaiki Tata tulis BAB 1-4, dan proses abstrak	30 Maret 2026	✓	
15	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	ACC KTI	Perbaiki tata tulis, dan silakan atur jadwal ujian	10 April 2026	✓	
16	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	ACC KTI	Silakan atur jadwal ujian	13 April 2026	✓	

Lampiran 11. Bukti Penyelesaian Administrasi



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Denpasar
 Jalan Sanitasi No.1, Sidakarya
 Denpasar Selatan, Bali 80224
 (0361) 710447
<https://www.poltekkes-denpasar.ac.id>

BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KTI
PRODI D III KEPERAWATAN POLTEKKES DENPASAR

Nama Mahasiswa : I Wayan Aditya Pratama
 NIM : P07120123035

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	16/4/2026		Tirtayani
2	Perpustakaan	16/4/2026		Dewa Triwijaya
3	Laboratorium	16/4/2026		Moch. Nasrullah
4	IKM	16/4/2026		I Wayan Aditya R.
5	Keuangan	16/4/2026		I. A. Sukardi B.
6	Administrasi umum/ perlengkapan	16/4/2026		I Made Sukarja

Keterangan :

Mahasiswa dapat mengikuti Ujian KTI jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi.

Denpasar April 2026
 Ketua Jurusan Keperawatan,

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

Lampiran 13. Hasil Test Toefl

Lampiran 14. SOP Terapi Relaksasi Otot Progresif

	POLITEKNIK KEMENKES DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF		
Pengertian	Relaksasio tot progresif adalah suatu Teknik relaksasi dengan cara menegangkan otot dan menurunkan ketegangan otot sampai merasa rileks	
Tujuan	1. Menurunkan ketegangan otot 2. Menurunkan kecemasan 3. Mengurangi rasa sakit	
Persiapan latihan	1. Latihan di tempat yang tenang 2. Memakai pakaian yang tidak tebal 3. HIndari makan, minum, merokok selama waktu latihan 4. Dilakukan dengan posisi duduk 5. Jangan terlalu menegangkan otot berlebihan 6. Selalu berkonsentrasi 7. Setiap Gerakan dilakukan 2 kali latihan 8. Latihan ini membutuhkan waktu 12-20 menit	
Indikasi	1. Pasien yang berkaitan dengan stress, hipertensi, sakit kepala dan punggung bawah	
Kontra indikasi	1. Pasien dengan gangguan otot dan jaringan musculoskeletal 2. Peningkatan tekanan intracranial 3. Mempunyai Riwayat penyakit arteri koronaria yang berat	
Prosedur pelaksanaan	1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien	

	2. Persiapkan alat lingkungan: persiapkan bantal serta lingkungan yang tenang 3. Posisikan pasien berbaring atau duduk di kursi 4. Jelaskan tujuan dan manfaat prosedur 5. Posisikan tubuh klien dengan nyaman 6. Lepaskan aksesoris 7. Pastikan pasien rileks, minta pasien untuk fokus selama berlangsungnya terapi 8. Arahkan pasien untuk menggenggam atau mengepalkan tangan 9. Menekuk kedua pergelangan tangan kebelakang dengan jari-jari menghadap ke langit-langit 10. Mengepalkan kedua tangan kemudian bawa ke Pundak dengan menekuk lengan, sehingga otot menjadi tegang, tahan sebentar dan kemudian dilemaaskan 11. Kerutkan dahi ke atas pada saat yang sama, tekan kepala mungkin ke belakang, putar searah jarum jam dan kebalikannya, kemudian anjurkan klien untuk mengerutkan otot seperti kenari, yaitu cemburut, mata di kedip – kedipkan anjurkan klien untuk memikirkan rasanya, dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relaks selama 12-30 detik. 12. Lengkungkan punggung kebelakang sambil menarik nafas napas dalam, dan keluar lambung, tahan, lalu relaks. Tarik nafas dalam, tekan keluar perut, tahan, relaks.
--	---

	13. Selama melakukan teknik relaksasi, catat respons nonverbal klien. Jika klien menjadi tidak nyaman, hentikan latihan, dan jika klien terlihat kesulitan, relaksasi hanya pada bagian tubuh. Lambatkan kecepatan latihan dan berkonsentrasi pada bagian tubuh yang tegang.
Sumber	repository.poltekkes-denpasar

Lampiran 15. Surat Persetujuan Publikasi Repository

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : I Wayan Aditya Pratama

NIM : P07120123035

Program Studi : D-III Keperawatan

Tahun Akademik : 2025/2026

Alamat : Jl. Cekomaria, Peguyangan kangin, Denpasar utara

Nomor HP/Email : 0881037154977/adityapratamaiwayan@gmail.com

Dengan ini menyerahkan Karya Tulis Ilmiah berupa tugas akhir dengan judul **Asuhan keperawatan pada Tn.A dengan gangguan citra tubuh akibat diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja puskesmas III denpasar utara** :

1. Dan menyetujui menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan hak bebas royalti non – eksklusif untuk disimpan, dialih mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan publikasinya di internet atau di media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik hak cipta.
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh – sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran hak cipta/plagiarisme dala karya tulis 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, 24 April 2026

Yang menyertakan,



I Wayan Aditya Pratama

NIM. P07120123035

Lampiran 16. Hasil Turnitin

Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Citra Tubuh akibat Diabetes melitus tipe 2 di Wilayah kerja Puskesmas III Denpasar Utara.

ORIGINALITY REPORT

27%
SIMILARITY INDEX

22%
INTERNET SOURCES

6%
PUBLICATIONS

18%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	11%
2	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	3%
3	e-perpus.unud.ac.id Internet Source	2%
4	es.scribd.com Internet Source	1%
5	core.ac.uk Internet Source	1%
6	www.scribd.com Internet Source	1%
7	library.poltekkes-surabaya.ac.id Internet Source	1%
8	123dok.com Internet Source	<1%
9	d3v.kemkes.go.id Internet Source	<1%
10	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar Student Paper	<1%