

LAMPIRAN 1

(Persetujuan menjadi partisipan)

Yang bertanda-tangan dibawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan di lakukan oleh: LUKAS NCENONG dengan judul : Asuhan keperawatan pada pasien Ulkus Diabetikum (DM) di Ruangan Perawatan Bedah (RPB)

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apa bila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Kamis 8 Mei.....2025

Saksi

yang memberikan persetujuan



Arya asmat



Umni

Peneliti



Lukas Ncenong

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari poltekes kemenkes kupang program studi D111 keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan keperawatan pada Ny U. dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetikum di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa di harapkan mampu melakukan Asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende, studi kasus ini berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa Asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan perencanaan intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan, yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karna studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Saudari.
4. Keuntungan Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan Asuhan yang diberikan.
5. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada No. 081239410717

Peneliti



Lukas Ncenong
PO5303202220017



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**

Direktorat: Jln.Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp,: (0380) 8800256



Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. U DENGAN DIAGNOSA
MEDIS**

ULKUS DIABETIKUM DI RUANGAN PERAWATAN BEDAH

RSUD ENDE PADA TANGGAL 8-10 MEI 2025

I. PENGKAJIAN

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. U
Umur	: 52 tahun
Agama	: Islam
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status	: Sudah menikah
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Menenun
Suku Bangsa	: Ende
Alamat	: Ondorea
Tanggal Masuk	: 2 Mei, 2025

Tanggal Pengkajian : 8 Mei. 2025

Diagnosa Medis : Ulkus Diabetikum

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A.S

Umur : 57 tahun

Hub. Dengan Pasien : Suami dari pasien

Pekerjaan : Nelayan

Alamat : Ndonga

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan ada luka ulkus di kaki di sertai dengan rasa haus

2) Riwayat Keluhan Utama

pasien mengatakan sering BAK baik malam hari dan siang hari dan sering rasa haus dan kaki sering terasa kebas.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan awal mula timbul semacam bisul di ibu jari kaki bagian kiri waktu itu saya punya anak mencoba membela bisul yang ada di kaki saya, lalu setelah di belah banyak keluar nanah akhirnya saya punya anak membersihkan menggunakan NaCl setelah di bersikan lalu di oleskan

menggunakan minyak kelapa murni dan selang beberapa hari lukanya semakin membesar dan akhirnya saya coba cek kesehatan di poli klinik dan meminta obat untuk luka di kaki saya dan setelah hasil pemeriksaan kesehatan oleh tenaga kesehatan Gula dara saya sangat tinggi 400 mg/dL dan setelah itu kami langsung ke RSUD Ende padatanggal 2 Mei, 2025 karna luka semakin parah dan waktu itu kondisi saya sudah semakin buruk.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan sebelumnya kami hanya menggunakan NaCl dan minyak kepala murni sebelum di bawah ke RSUD Ende

b. Satus Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah di rawat di rumah sakit baru sekarang saya masuk rumah sakit

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll)

Pasien mengatakan sebelumnya saya sangat senang minum kopi, makan roti, makan-makannan yang ringan yang manis-

manis dan kue manis.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada

d. Diagnosa Medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Pasien mengatakan sebelumnya dia pernah di diagnosa Ulkus diabetikum

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula dara saya dan tidak mengatur pola makan

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Saat sakit

pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit

Sebelum sakit

pasien mengatakan makan 3 kali pagi, siang, malam 1 piring di habiskan

c. Pola Eliminasi

1) BAB

Sebelum sakit : 1-2 kali sehari

Saat sakit : 1-2 kali sehari

2) BAK

Sebelum sakit : 6-7 kali sehari

Selama sakit : 7-8 kali sehari

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Aktivitas

Kemampuan Perawatan Diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Berpindah					

Ket :

0: mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

2) Latihan

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit saya biasa melakukan aktivitas seperti mandi, mencuci pakayan, dan berpindah dari tempat tidur.

Saat sakit

Pasien mengatakan untuk mandi, makan, dan minum dan berpindah sekarang di bantu keluarga

e. Pola kognitif dan Persepsi

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit daya ingatnya sangat baik namun penglihatannya sedikit kabur.

Saat sakit

Pasien mengatakan daya ingatnya masih baik namun penglihatannya masih sedikit kabur

f. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelumnya biasa tidur jam 22.00-05.00 pagi, tidur siang 1-2 jam tidak setiap hari tunggu pekerjaan beres baru istirahat

Saat sakit

Pasien mengatakan selama di rumah sakit biasa tidur jam 08.00-05.00 pagi, klien mengatakan tidur siang hanya beberapa menit saja karna sering terbangun oleh perawat karna akan di berikan obat.

g. Pola Peran-Hubungan

Pasien mengatakan dalam berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari tidak ada masalah dengan masyarakat maupun keluarga selalu baik-baik saja.

h. Pola Seksual-Reproduksi

Sebelum sakit

Pasien mengatakan kebutuhan untuk seksualnya cukup terpenuhi dan untuk haid-nya lancar, tidak ada rasa nyeri saat haid.

Saat sakit

Pasien mengatakan kebutuhan akan seksualnya kurang terpenuhi karena masih dalam kondisi kurang baik.

i. Pola Toleransi Stress-Koping

Pasien mengatakan bahwa setiap kali ada persoalan dalam rumah tangga baik secara pribadi maupun secara keluarga, pasien mengatakan menyelesaikannya bersama dengan suaminya.

j. Pola Nilai-Kepercayaan

Pasien mengatakan rajin melaksanakan sholat 5 waktu dan sering mengikuti pengajian

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : lemas

Tingkat kesadaran : komposmetis

b. Tanda-tanda vital

TD : 127/76 mmhg

S : 36,6°C

RR : 20x/menit

Spo2 : 99%
BB : 58 kg
TB : 161 cm
Hasil IMT : 22,37 (normal)

c. Kulit dan rambut

Inspeksi :, rambut pasien sebagian sudah tumbuh uban, berbentuk gelombang

Palpasi : turgor kulit menurun CRT 4 detik.

d. Kepala

Inspeksi : berbentuk oval, wajah simetris

Palpasi : tidak di temukan benjolan dan nyeri tekan

e. Mata

Inspeksi : simetris, pupil isokor, tidak ikterik, tidak anemis dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

f. Telinga

Inspeksi : tampak simetris, tidak ada kemerahan, tidak ada cairan keluar dari daun telinga, telinga tampak bersih, dan pasien masih dapat mendengarkan jelas.

g. Hidung

Inspeksi : Tampak simetris, tidak ada cairan keluar/sekret keluar dari hidung, Nampak ada sila pada lubang hidung

Palpasi : tidak ada benjolan

h. Mulut

Inspeksi : Tampak simetris.tidak ada pembesaran pada tonsil, mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, gigi klien masih lengkap

i. Leher

Inspeksi : Tidak ada kemerahan pada leher

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan

j. Paru-paru

Inspeksi : Tampak simetris antara kanan dan kiri, tidak ada tanda distes pernafasan

Palpasi : Tidak ada benjolan ataupun edema.

Auskultasi : Suara napas vesikuler *respirasi rate* 20x/menit

k. Jantung

Inspeksi : Tidak ada pembesaran pada vena juguralis

Palpasi : Teraba denyut nadi dengan intensitas sedang

Perkusi : Terdengar suara redup

Auskultasi : Terdengar suara napas S1 dan S2 (lup-dup) N 90x/m.

l. Abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada udema tidak ada kemerahan

Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat nyeri tekan

Auskultasi : Terdengar bising usus 15 kali dengan suara pelan

m. Ekstermitas atas

Inspeksi : Terpasang infus NaCL 20 tpm di tangan kiri

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Ekstermitas bawah

Inspeksi : Tampak di baluti kasa steril yang sedikit basah pada luka ulkus diabetikum di telapak kaki kiri, dengan luas luka 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm lukanya berbau tidak sedap, tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai nekrotomi/matih.

Palpasi : Terdapat edema pada kedua kaki, turgor kulit menurun CRT 4 detik.

5. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan diagnostik (darah lengkap).

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
WBC	16 30 +	[10 ³ /UL]	(3.60-11.00)
LYMPH#	275	[10 ³ /UL]	(1.00-370)
MONO#	063	[10 ³ /UL]	(0.00-0.70)
EO#	0.08	[10 ³ /UL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.01	[10 ³ /UL]	(0.00-0.10)
NEUTH#	1283+	[10 ³ /UL]	(1,50-7.00)
LYMPH%	169-	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	39	[%]	(20-80)
EO%	05-	[%]	(20-80)

BASO%	01	[%]	(20-40)
NEUT%	786+	[%]	(00-10)
IG#	0.07	[10 ³ /UL]	(50.0-70.0)
IG%	04	[%]	(0.00-7.00)
RBC	341-	[10 ⁶ /UL]	(0 0-72.0)
HGB	83-	[g/dL]	(3.80-520)
HCT	256-	[%]	(11.7-15.5)
MCV	751-	[fL]	(35.0-47.0)
MCH	243-	[PG]	(80.0-100.0)

Pemeriksaan GDS hari Kamis 8 Mei 2025 jam 08.00 WITA yaitu 320mg/dl.

b. Terapi pengobatan

Nama obat	Dosis obat	Cara pemberian	Indikasi
Paracetamol	1x1 gm	IV	Meredahkan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit
Ceftriaksone	2x1 gm	IV	Untuk mengatasi infeksi bakteri
Metrodinazole	3x500 gm	Oral	Untuk mengobati infeksi di berbagai organ tubuh
Levermir	10 unit	IV	Mengontrol kadar gula darah
Omeprazole	2x40 gm	Iv	Mengurangi produksi asam lambung

Glimepint	1x4 gm	Oral	Mengontrol kadar gula darah
-----------	--------	------	-----------------------------

B. Tabulasi data

pasien mengatakan untuk makan dan minum berpindah dan mandi bahkan BAB sekarang dibantu oleh keluarga. Pasien mengatakan penglihatannya sedikit kabur. Pasien mengatakan sering BAK baik malam hari dan siang hari dan sering rasa haus dan kaki seing terasa kebas. Pemeriksaan GDS hari Kamis 8 Mei 2025 jam 08.00 wt yaitu 320 mg/dl. Keadaan umum lemas kesadaran komposmentis TTV tekanan darah 127/76 mmhg N 90x/menit Spo2 99% suhu 36,6°C *respirasi rate* 20x/menit. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula dara saya dan tidak mengatur pola makan. Pasien mengatakan sering haus. Pada pemeriksaan ekstermitas terdiri atas dua yaitu : ekstermitas atas, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri dan kanan, terlihat kedua tangan edema, tidak ada nyeri tekan, sedangkan pada ekstermitas bawah tampak di baluti kasa steril yang sedikit basah pada luka di telapak kaki kiri, lukanya berbau tidak sedap, terdapat edema di kedua kaki, tampak disekitar area luka jaringan sudah mulai nekrotik dan mengeluarkan pus, Turgor kulit menurun CRT 4 detik HGB 83.

C. Klasifikasi data

Data subjektif : pasien mengatakan untuk makan dan minum berpindah dan mandi bahkan BAB sekarang di bantu oleh keluarga.

Pasien mengatakan sering BAK baik malam hari dan siang hari dan sering haus dan kaki sering terasa kebas. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula darah saya dan tidak mengatur pola makan. Pasien mengatakan sering haus. Pasien mengatakan penglihatanya sedikit kabur

Data objektif : Ekstermitas atas terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri dan kanan, kedua tangan terlihat edema, tidak ada nyeri tekan, sedangkan pada ekstermitas bawah tampak di baluti kasa steril yang sedikit basah pada luka di telapak kaki kiri, lukanya berbau tidak sedap, terdapat edema di kedua kaki, tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai nekrotik dan mengeluarkan pus, turgor kulit menurun CRT 4 detik. Keadaan umum lemah kesadaran kompos mentis pemeriksaan GDS hari Kamis, 8 Mei 2025 jam 08.00 wt yaitu 320 mg/dl. Tekanan Darah 127/76 mmHg N 90x/menit SpO2 99% suhu tubuh 36,6°C *respirasi rate* 20x/menit HGB 83- g/dL

D. Analisa data

II.Data fokus	Etiologi	Masalah
Data subjektif : Pasien mengatakan sebelumnya saya sangat senang minum kopi 1 hari bias sampe 3 gelas, makan roti, makanan yang ringan dan yang manis-manis. Pasien mengatakan sering BAK baik malam hari maupun siang hari dan	Disfungsi pankreas	Ketidak stabilan kadar glukosa dalam darah

sering haus dan kaki sering terasa kebas. Data objektif : Pemeriksaan GDS hari Kamis 8 Mei 2025 jam 8 WT yaitu 320 mg/dl.		
Data subjektif :- Data objektif : keadaan umum lemas kesadaran komposmentis Kedua kaki edema, kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki bagian kiri dengan luas luka 10 cm kedalam luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan pus/nanah, Nampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai nekrotomi, turgor kulit menurun CRT 4 detik TD 127/76 mmHg SpO2 99% N 90x/m RR 20x/m 36,6°C	Hiperglikemia	Gangguan integritas kulit
Data subjektif : pasien mengatakan ada luka di kaki di sertai dengan haus. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula darah saya dan tidak mengatur pola makan. Data objektif : Kedua kaki edema kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri, dengan luas luka 10	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif

cm kedalaman luka 6 cm
 luka mengeluarkan bau
 tidak sedap dan
 mengeluarkan nanah
 tampak di area luka
 jaringan sudah mulai
 nekrotomi, turgor kulit
 menurun, CRT 4 detik.
 TTV TD : 127/76 mmhg
 N 90x/m S 36,6°C RR
 20x/m Spo2 99% HGB
 83-.g/dL

Data subjektif : pasien Perubahan kadar Resiko jatuh
 mengatakan penglihatanya glukosa darah
 sedikit kabur

Data objektif : Usia 52
 tahun Kedua kaki edema
 kaki kiri di baluti kasa
 steril sedikit basah
 terdapat luka ulkus
 diabetikum di kaki
 kiri,dengan luas luka 10
 cm kedalaman luka 6 cm
 luka mengeluarkan bau
 tidak sedap dan
 mengeluarkan nanah
 tampak di area luka
 jaringan sudah mulai
 nekrotomi, turgor kulit
 menurun, CRT 4 detik.
 TTV TD : 127/76 mmhg
 N 90x/m S 36,6°C RR
 20x/m Spo2 99% HGB
 83-.g/dL

A. Prioritas masalah

7. Ketidak stabilan kadar glukosa darah
8. Perfusi perifer tidak efektif

9. Kerusakan integritas kulit

10. Resiko jatuh

B. Perencanaan intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer di tandai dengan Data subjektif :- Data objektif : kedua kaki udema, kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah, terdapat luka ulkus diabetikum di kaki telapak kaki kiri, dengan luas luka 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm, luka mengeluarkan aroma tidak sedap dan mengeluarkan nanah saat di tekan tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai mati. Turgor kulit menurun, CRT 4 detik	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah Gangguan integritas kulit teratasi dengan kriteria hasil : 1. Luka menunjukkan tanda sembuh 2. Luka tampak merah tidak ada masalah	Perawatan luka Observasi : a. Kaji keadaan luka serta proses penyembuhan b. Raawat luka dengan baik dan benar Terapeutik - c Anjurkan pasien untuk tidak menyentuh area luka Edukasi - d Kolaborasi dengan dokter pemberian insulin
2	Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas di tandai	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama	Manajemen Hiperglikemia Observasi

	dengan Data subjektif : pasien mengatakan sebelumnya saya sangat senang minum kopi 1 hari bias sampe 3 gelas, makan roti, dan makanan yang ringan yang manis-manis. Pasien mengatakan sering BAK baik malam hari maupun siang hari dan sering haus. Data objektif : pemeriksaan GDS hari kamis 8 mei, 2025 jam 08.00 wt yaitu 320 mg/dl	3x24 jam di harapkan masalah ketidak stabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil : 1. Keluhan pusing menurun 5 2. Lelah menurun 5 3. Kadar glukosa dalam darah dalam batas normal	a. Monitor kadar glukosa darah b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia seperti poliuri, polifagi dan polidipsi, kelemahan sakit kepala, dll. Terapeutik c. Monitor intake dan output cairan d. Anjurkan kepatuhan diet DM yang di programkan Edukasi e. Kolaborasi pemberian insulin f. fKolaborasi pemberian cairan IV.
3	Perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan ada luka di kaki dengan di sertai haus. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula darah dan tidak mengatur pola makan. Data objektif : kedua kaki udem, kaki kiri di bakuti	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil :	Perawatan sirkulasi Observasi : a. Identifikasi factor resiko gangguan srkulasi b. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bemgkak pada ekstermitas Terapeutik : c. Hindari pemasangan tourniket pada area luka atau area cedera

	kasa steril, sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri dengan luas luka mencapai 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah, tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai mati. Turgor kulit menurun, CRT 4 detik. TD 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m Spo2 99%	1. Pengisian kapiler membaik 5 2. Turgor kulit membaik 5 3. Penyembuhan luka meningkat 5	Edukasi : d. Lakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka secara aseptik.
4	Resiko jatuh b/d perubahan kadar glukosa darah di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan penglihatannya sedikit kabur Data objektif : Usia 52 tahun Kedua kaki edema kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri, dengan	Setelah di lakukan tindakan keprawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah Resiko jatuh tidak terjadi dengan kriteria hasil :	Pencegahan cidera Observasi ; a. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstermitas bawah Terapeutik b. Sediakan alas kaki antislip c. Pastikan barang-barang pribadi mudah di jangkau d. Sediakan pencahayaan yang sesuai

luas luka 10 cm kedalaman luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah tampak di area luka jaringan sudah mulai nekrotomi, turgor kulit menurun, CRT 4 detik. TTV TD : 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m Spo2 99% HGB 83-.g/dL	1. Jatuh dari tempat tidur menurun 5 2. Jatuh saat berdiri menurun 5 3. Jatuh saat duduk menurun 5 4. Jatuh saat berjalan menurun 5	Edukasi e. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri.
--	--	--

C. Implementasi hari pertama pada hari kamis, pada tanggal 8 Mei, 2025

No	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan sebelumnya saya sangat senang minum kopi 1 hari bias sampe 3 gelas, makan roti, dan makanan yang	08.00 08.30	a. mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 127/76 mmhg N 90x/menit RR 20x/menit suhu 36,6°C, Spo2 99% Terpasang infus NaCl 20 tpm. b. mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil pasien mengatakan sejak tadi malam pasien sudah mulai BAK sebanyak 3 x, makan 2 x yaitu tadi malam dan pagi tadi jam 07.00 serta minum air 4 gelas. c. mengambil darah untuk cek darah lengkap dan mengecek GDS 320 mg/dl.	Data subjektif klien mengeluh masih pusing dan badan terasa lemas Data objektif glukosa dara sewaktu 320 mg/dL TD 127/76 mmhg N 90 x/m S 36,6°C Asesment

	ringan yang manis-manis. Pasien mengatakan sering BAK baik malam hari maupun siang hari dan sering haus. Data objektif : pemeriksaan GDS hari Kamis 8 Mei, 2025 jam 08.00 wt yaitu 320 mg/dl	09.10 09.45 10.00	d. mengganti cairan infus NaCl 0,9% e. menganjurkan diet DM sesuai yang telah di programkan yaitu mengganti nasi putih menjadi nasi merah, menganjurkan klien untuk menghindari makanan yang mengandung tinggi glukosa. f. melayani levermir 10 SC	Masalah ketidak stabilan glukosa darah belum teratasi Plaining lanjutkan intervensi 12345
2	Perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan ada luka di kaki dengan di sertai haus. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula darah dan tidak mengatur pola makan. Data objektif : kedua kaki edema, kaki kiri di bakuti kasa steril, sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri dengan luas luka mencapai 10 cm dengan kedalaman luka 6	08.00 08.30 09.10 10.00	1. mengobservasi tanda-tanda vital, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 127/76 mmHg N : 90x/menit, S : 36,6°C RR : 20x/menit SpO2 : 99% 2. melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan hasil terdapat edema pada ekstermitas bawah dan atas suhu tubuh 36,6°C, CRT 4 detik. 3. melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : membersihkan luka dengan cairan NaCl, angkat balutan luka yang menempel pada luka pasien dan mengangkat nekrotomi/jaringan yang sudah mati, setelah itu tuang betadin pada kasa steril lalu tempelkan pada luka pasien setelah itu balut luka dengan kasa steril. 4. melayani Metronidazole 500 mg/IV.	Data subjektif pasien mengatakan tidak merasakan sakit pada area luka saat dilakukan perawatan luka Data objektif turgor kulit menurun CRT 4 detik, terdapat edema, serta proses penyembuhan luka yang cukup lama, TD 127/76 mmHg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m

	cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah, tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai mati. Turgor kulit menurun, CRT 4 detik. TD 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m Spo2 99%			Asesment masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi sebagian Plaining lanjutkan intervensi 123
3	Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer di tandai dengan Data subjektif :- Data objektif : kedua kaki udema, kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah, terdapat luka ulkus diabetikum di kaki telapak kaki kiri, dengan luas luka 10 cm dengan kedalaman luka 6	08.00 09.00 10.00	a. kaji proses penyembuhan. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki dan ibu jari kaki terdapat nanah dan darah luka tertutup kasa steril. b. melakukan perawatan luka : membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat balutan yang masih menempel setelah itu tekan pada area luka supaya nana keluar dan setelah itu angkat jaringan mati/nektomi dan kembali menutup kembali luka dengan kasa yang sudah di isi madu murni. c. menganjurkan pasien untuk tidak menyentuh area luka untuk menghindari terjadinya infeksi.	Subjektif :- Data Objektif : tampak luka ulkus diabetikum pada telapak kakikiri dengan luas luka 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap, kulit di sekitar di

	cm, luka mengeluarkan aroma tidak sedap dan mengeluarkan nanah saat di tekan tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai mati. Turgor kulit menurun, CRT 4 detik.			area luka sudah mulai nekrotomi, TD 127/76 mmhg N 90x/m RR 20x/m Spo2 99% Asesment masalah Gangguan integritas kulit belum teratasi sebagian Plaining lanjutkan intervensi 123
4	Resiko jatuh b/d perubahan kadar glukosa darah di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan penglihatannya sedikit kabur Data objektif : Usia 52 tahun Kedua kaki udema kaki kiri di baluti kasa steril sedikit	08.30 09.00 09.30	a. identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada Ekstermitas bawah : menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki/sandal yang tidak licin. b. pastikan barang-barang pribadi mudah di jangkau : meminta keluarga untuk mendekatkan barang yang penting untuk dekatkan pada pasien sehingga mudah untuk di jangkau.	Data subjektif pasien mengatakan sudah mengikuti apa yang di anjurkan seperti memakai alas kaki yang tidak licin

	basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri,dengan luas luka 10 cm kedalam luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah tampak di area luka jaringan sudah mulai nekrotomi, turgor kulit menurun, CRT 4 detik. TTV TD : 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m Spo2 99% HGB 83-.g/dL	10.00	c. sediakan pencahayaan yang sesuai : membuka jendela pada siang hari pada saat pasien istirahat, menutup tirai pasien pada malam hari sehingga cahaya lampu tidak masuk secara langsung. d. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri : menganjurkan pasien untuk selalu membalikkan badan selama 1 jam sehingga mencegah luka dekubitus.	Data objektif kedua kaki udema, S 36,6°C N 90x/m RR 20x/m TD 127/76 mmhg usia 52 tahun Asesment masalah Resiko jatuh belum teratasi Plening lanjutkan intervensi 12345
--	---	-------	--	--

D. Implementasi hari ke dua pada hari jumaat 9 Mei, 2025

No	Diagnose keperawatan	Jam	implementasi	Evaluasi

1	Perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan ada luka di kaki dengan di sertai haus. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula darah dan tidak mengatur pola makan. Data objektif : kedua kaki udema, kaki kiri di bakuti kasa steril, sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri dengan luas luka mencapai 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah, tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai mati. Turgor kulit menurun, CRT 4 detik. TD 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m Spo2 99%	07.30 07.40 08.00	a. mengobservasi tanda-tanda vital, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD 130/70 mmhg N 98x/menit Suhu 36,5°C RR 18x/menit Spo2 99% terpasang infus pada tangan kanan Nacl 20 tpm b. melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan hasil terdapat udema pada bagian ekstermitas bawah dan atas suhu tubuh 36,5°C CRT 4 detik. c. melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan Nacl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan angkat jaringan mati/nekrotomi dan kembali menutup luka dengan kasa steril yang sudah dicampuri madu murni.	Data subjektif Pasien mengatakan masih merasa haus Data objektif Turgor kulit menurun CRT 4 detik, terdapat udema di kedua kaki serta proses penyembuhan luka yang masih lama. Asesment masalah perfusi perifer belum teratasi Plaining lanjutkan intervensi
2		07.30	a. mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa TD : 130/70 mmhg N	

	Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan sebelumnya saya sangat senang minum kopi 1 hari bias sampe 3 gelas, makan roti, dan makanan yang ringan yang manis-manis. Pasien mengatakan sering BAK baik malam hari maupun siang hari dan sering haus. Data objektif : pemeriksaan GDS hari kamis 8 mei, 2025 jam 08.00 wt yaitu 320 mg/dl	07.40 09.30	98x/menit suhu 36,5°C RR 18x/menit Spo2 99% terpasang infus Nacl 20 tpm b. mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil pasien mengatakan kemarin pasien sudah BAK sebanyak 7 x makan 1x yaitu tadi malam serta minum air 6 gelas. Pasien di minta untuk puasa selama 8 jam di mulai dari jam 02.00 pagi samapai 09.00, untuk mengetes gula darah puasa pasien. c. melakukan cek gula darah puasa pada pasien dengan hasil 180 mg/dl	Data subjektif pasien mengatakan masih merasa pusing Data objektif Glukosa Darah Puasa klien 180 mg/dl Td 130/ 70 mmhg N 95x/m S 36,6 °C RR 20x/m Asesment masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah pasien belum teratasi.
--	--	---	---	--

				Plaining lanjutkan intervensi
3	Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer di tandai dengan Data subjektif :- Data objektif : kedua kaki edema, kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah, terdapat luka ulkus diabetikum di kaki telapak kaki kiri, dengan luas luka 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm, luka mengeluarkan aroma tidak sedap dan mengeluarkan nanah saat di tekan tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai mati. Turgor kulit menurun, CRT 4 detik.	07.30 07.40 08.00	a. mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa TD : 130/70 mmhg N 98x/menit suhu 36,5°C RR 18x/menit Spo2 99% terpasang infus Nacl 20 tpm b. kaji proses penyembuhan. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki, terdapat nanah dan darah luka tertutup kasa steril. c. melakukan perawatan luka : membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan Nacl, setelah itu angkat sisa balutan pada area luka pasien dan angka nekrotomi/jaringan mati dan menutup kembali luka menggunakan kasa steril yang sudah di campuri betadin.	Data subjektif : - Data objektif tampak luka ulkus diabetikum di kaki pasien di kaki pasien, dengan luas 10 cm dengan kedalaman 6 cm, luka di baluti dengan kasa steril TD 130/70 mmhg N 95x/m Spo2 99% RR 20x/m Asesment

				masalah gangguan integritas kulit belum teratasi Plaining lanjutkan intervensi
4	Resiko jatuh b/d perubahan kadar glukosa darah di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan penglihatannya sedikit kabur Data objektif : Usia 52 tahun Kedua kaki udema kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri, dengan luas luka 10 cm kedalaman luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah tampak di area luka jaringan sudah mulai nekrotomi, turgor	08.30 09.00 09.30 10.00	a. identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada Ekstermitas bawah : menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki/sandal yang tidak licin. b. pastikan barang-barang pribadi mudah di jangkau : meminta keluarga untuk mendekatkan barang yang penting untuk dekatkan pada pasien sehingga mudah untuk di jangkau. c. sediakan pencahayaan yang sesuai : membuka jendela pada siang hari pada saat pasien istirahat, menutup tirai pasien pada malam hari sehingga cahaya lampu tidak masuk secara langsung. d. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri : menganjurkan pasien untuk selalu membalikkan	Data subjektif pasien mengatakan sudah mengikuti apa yang di anjurkan seperti memakai alas kaki yang tidak licin saat ke toilet Data objektif usia 52 tahun kaki udema S 36,5°C N 95x/m RR 20x/m Spo2 99% GCS 15

	kulit menurun, CRT 4 detik. TTV TD : 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m Spo2 99% HGB 83-.g/dL		badan selama 1 jam sehingga mencegah luka dekubetus.	Asesment masalah Resiko jatuh belum teratasi Plaining lanjutkan intervensi 1 2 3
--	---	--	---	--

E. Implementasi hari ke tiga, pada hari saptu, tanggal 10 Mei, 2025

No	Diagnose keperawatan	jam	implementasi	Evaluasi
1	Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer di tandai dengan Data subjektif :- Data objektif : kedua kaki udema, kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah,	08.00 08.30	a. mengobservasi TTV : TD 130/70 mmhg N 80x/m S 36,5°C RR 20x/m Spo2 99% terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan kiri. b. Kaji proses penyembuhan hasil menunjukkan : terdapat luka ulkus diabetikum dengan luas luka 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm di telapak kaki kiri, luka klien Nampak merah dan mengeluarkan darah.	Data subjektif : - Data objektif luka tampak sudah menjalar ke dalam sela-sela jari jempol kaki kiri, luka mengeluarkan nanah, luka

	terdapat luka ulkus diabetikum di kaki telapak kaki kiri, dengan luas luka 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm, luka mengeluarkan aroma tidak sedap dan mengeluarkan nanah saat di tekan tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai mati. Turgor kulit menurun, CRT 4 detik	09.00 09.30	c. melakukan perawatan luka hasil menunjukkan : membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan Nacl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan angkat jaringan nekrotomi dan kembali menutup luka dengan kasa steril. d. Mengingatkan kembali pasien untuk tidak menyentuh area luka.	di baluti kasa steril, TD 130/70 mmhg N 80x/m S 36,5 °C RR 20x/m Spo2 99% Asesment masalah gangguan integritas kulit belum teratasi Plaining lanjutkan intervensi
2	Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan sebelumnya saya sangat senang minum kopi 1 hari bias sampe 3 gelas, makan roti, dan makanan yang ringan yang manis-manis. Pasien mengatakan sering	08.00 09.30 10.00	a. mengobservasi TTV : TD 130/70 mmhg S 36,5°C Spo2 99% N 80x/m RR 20x/m tangan kiri terpasang infus Nacl 20 tpm. b. mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil menunjukkan : klien mengatakan kemarin BAK sebanyak 5 x makan dua kali tadi malam dan tadi pagi serta minum air 6 gelas. c. melakukan cek gula darah pada pasien dengan hasil GDS 130 mg/dl.	Data subjektif pasien mengatakan masih merasa sedikit pusing Data objektif GDS 130 mg/dl TD 130/70 mmgh N 80x/m S 36,5 °C RR 20x/m Spo2 99%

	BAK baik malam hari maupun siang hari dan sering haus. Data objektif : pemeriksaan GDS hari Kamis 8 Mei, 2025 jam 08.00 wt yaitu 320 mg/dl			Assesment masalah ketidak stabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian. Planning lanjutkan intervensi
3	Perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan ada luka di kaki dengan di sertai haus. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula darah dan tidak mengatur pola makan. Data objektif : kedua kaki edema, kaki kiri di bakuti kasa steril, sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri dengan luas luka mencapai 10	08.00 08.30 09.10	a. Mengobservasi TTV hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa TD 130/70 mmHg N 80x/m S 36,5°C RR 20x/m SpO2 99% terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri b. melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan hasil : terdapat edema pada bagian ekstermitas bawah, S 36,5°C CRT 4 detik. c. melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang masih menempel pada luka setelah membersihkan luka kembali menutup luka dengan kasa steril.	Data subjektif pasien mengatakan tidak merasakan sakit pada area jempol kaki bagian kiri pada saat sedang dilakukan perawatan luka. Data objektif Turgor kulit masih menurun CRT 5 detik, serta proses penyembuhan luka masih lama TD 130/70 mmHg N 80x/m RR 20 x/m S 36,5°C

	cm dengan kedalaman luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah, tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai mati. Turgor kulit menurun, CRT 4 detik. TD 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m Spo2 99%			Asesment masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi Plaining lanjutkan intervensi
4	Resiko jatuh b/d perubahan kadar glukosa darah di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan penglihatannya sedikit kabur Data objektif : Usia 52 tahun Kedua kaki edema kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri, dengan luas luka 10 cm kedalaman luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah tampak di area luka jaringan	08.00 09.30 10.00	a. pastikan barang-barang pribadi mudah di jangkau : meminta keluarga untuk mendekatkan barang yang penting untuk dekatkan pada pasien sehingga mudah untuk di jangkau. b. sediakan pencahayaan yang sesuai : membuka jendela pada siang hari pada saat pasien istirahat, menutup tirai pasien pada malam hari sehingga cahaya lampu tidak masuk secara langsung. c. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri : menganjurkan pasien untuk selalu membalikkan badan selama 1 jam sehingga mencegah luka dekubitus.	Data subjektif pasien mengatakan sudah mengikuti apa yang sudah di anjurkan seperti mendekatkan barang-barang penting supaya mudah di jangkau Data objektif kedua kaki edema, terdapat luka ulkus diabetikum di kaki bagian kiri dengan luas luka 10 cm kedalaman luka

	sudah mulai nekrotomi, turgor kulit menurun, CRT 4 detik. TTV TD : 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m Spo2 99% HGB 83-.g/dL			6 cm TD 130/70 mmhg N 80x/m S°C RR 20x/m Spo2 99% Asesment masalah Resiko jatuh sudah teratasi sebagian Plaining intervensi di hentikan
--	--	--	--	--

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Lukas Ncenong

Nim : P05303202220017

Prodi : D III Keperawatan Ende

Dengan ini saya menyatakan bahwa apabila saya tidak menyelesaikan kewajiban (Tugas) saya sampai dengan sebulan ukom maka untuk sementara waktu saya bersedia tidak menerima Izasah sampai ke kewajiban tersebut maka saya bersedia menerima konsekuensi sesuai ketentuan yang berlaku

Demikian Surat Pernyataan ini untuk digunakan sebagaimana

Ende 23 Juli 2025



Lukas Ncenong
P05303202220017

LAMPIRAN 5



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111
(0380) 8800256
<https://poltekkeskupang.ac.id>

PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/> ; e-mail: perpustakaanterpadu61@gmail.com

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Lukas Neenong
Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202220017
Dosen Pembimbing : Syaputra Artama, S. Kep., Ns., M. Kep
Dosen Penguji : Maria Salestina Sekunda, SST, Ns.M.Kes
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY U**

DENGAN DIAGNOSA MEDIS ULKUS DIABETIKUM

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **26,62%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 05 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism


Murry Vermias Kale SST
NIP. 19850704201012100

LAMPIRAN 6



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER
DAYA MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK
KESEHATAN KUPANG**

Direktorat: Jln Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp.: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekeskupang@yahoo.com

LEMBARAN KONSULTASI (PROPOSAL)

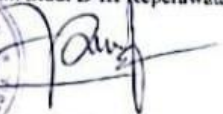
Nama : Lukas Ncenong
Nim : PO5303202220017
Nama pembimbing utama : syaputra Artama S, S.Kep, Ns, M. Kep
Nama Pembimbing : Maria Salestina Sekunda, SST Ns, M.Kes

NO	HARI/TGL	REKOMENDASI BIMBINGAN	PARAF
1	Jumaat 22-11-24	1. Ubah di latar belakang 2. Tambahkan konsep dan sertakan sumber 3. Tambahkan kalimat atau paragraph penghubung sebelum dengan setelahnya 4. Ubah Dinkes kabupaten ende menjadi huruf kecil 5. Tambahkan dampak penderita diabetes 6. Ambahkan peran dan pasien maupun tenaga kesehatan dalam pencegahan dan penanganan ulkus diabetikum 7. Tambahkan alasan mengangkat kasus ini 8. Ubah tujuan khusus 9. Manfaat studi kasus 10. Manfaat teoritis 11. Manfaat praktis	 Bapak syaputra Artama

2	Kamis 19-12-24	1 Tambahkan manfaat teoritis dan praktis 2 Lengkapi kata pengantar 3 Tambahkan bagaimanakah pelaksanaan ulkus diabetikum 4 Ubah tujuan khusus 5 Hapus tin gizi 6 Tambahkan peran perawat observasi tindakan terapeutik dari awal 7 Lengkapi BAB 2 8 BAB 3 lanjutkan 9 Tambahkan lembar persetujuan/informkonsen	 Bapak syaputra Artama
2	19-3-2025	1 Spasi I cover depan 2 Tambahkan data ulkus 3 Tambahkan tipe DM 4 Tambahkan masalah di latar belakang	 Ibu Maria salestina sekunda
3	12-3-2025	1. BAB 3 ubah di batasan istilah masukkan konsep ulkus 2. Tambahkan lokasi dan waktu studi kasus meliputi tanggal dan bulan	 Ibu Maria salestina sekunda

4	28 Mei, 2025	1 Tambahkan diagnosa resiko jatuh 2 Tambahkan indikasi obat 3 Perbaiki nama penguji 4 Lampirkan format pengkajian	 Ibu maria salestina sekunda
5	Kamis 5 Juni 2025	1 Tambahkan di halaman cover 2 Tambahkan tahun ajaran 3 Tambahkan nama pasien 4 Lengkapi abstrak untuk intervensi lebih di jelas untuk masalah ini apa 5 Lampirkan format pengkajian 6 Tambahkan etika penelitian 7 Daftar pustaka taro paling belakang 8 Tulis pemeriksaan fisik secara sistematis 9 Perbaiki cara penulisan 10 Lengkapi kesenjangan	 Ibu maria salestina sekunda
6	Senin 16 Juni 2025	1 ACC/KTI	 Ibu maria salestina sekunda

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



Aris Wawomen, M.Kep.,Ns,Sp,Kep,Kom
NIP. 19660114 199102 1 001



KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER
DAYA MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK
KESEHATAN KUPANG



Direktorat Jln Piet A Tallo Liliba-Kupang, Telp. (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256, Email. poltekkeskupang@yahoo.com

LEMBARAN KONSULTASI (KTI)

Nama : Lukas Neenong
Nim : PO5303202220017
Nama Pembimbing : Syaputra Artama S, S. Kep.,Ns.,M.Kep
Nip : 198811102020121002
Nama Penguji : Maria Salestina Sekunda, SST Ns ,M.Kes

No	Hari/tgl	Rekomendasi bimbingan	Paraf
1.	Kamis 15 Mei, 2025	1. Ubah keluhan utama 2. Kasi jelas luka apa,luas luka kedalam luka 3. Posisikan secara berurutan diagnosa : integritas kulit, penurunan kadar glukosa darah perfusi perifer, resiko infeksi	 Bapak syaputra Artama
2.	Senin 19 Mei, 2025	1. Kasih lengkap intervensi dan implementasi 2. Tambahkan tanggal di cover 3. Cantumkan tahun ajaran 2025	 Bapak syaputra Artama
3.	Selasa 20 Mei, 2025	1. ACC/KTI siap di ujikan	 Bapak syaputra Artama

4	28 Mei, 2025	1 Tambahkan diagnosa resiko jatuh 2 Tambahkan indikasi obat 3 Perbaiki nama penguji 4 Lampirkan format pengkajian	 Ibu maria salestina sekunda
5	Kamis 5 Juni 2025	1 Tambahkan di halaman cover 2 Tambahkan tahun ajaran 3 Tambahkan nama pasien 4 Lengkapi abstrak untuk intervensi lebih di jelas untuk masalah ini apa 5 Lampirkan format pengkajian 6 Tambahkan etika penelitian 7 Daftar pustaka taro paling belakang 8 Tulis pemeriksaan fisik secara sistematis 9 Perbaiki cara penulisan 10 Lengkapi kesenjangan	 Ibu maria salestina sekunda
6	Senin 16 Juni 2025	1 ACC:KTI	 Ibu maria salestina sekunda

Mengetahui
 Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende


Ariy Wawomeo, M.Kep., Ns, Sp.Kep.Kom
 NIP. 19660114 199102 1 001

PROSES PENGKAJIAN LUKA DAN IMPLEMENTASI



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama	: Lukas Ncenong
Tempat/Tgl/Lahir	: Wela 02 Desember 2003
Alamat	: Wela Gapong
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Agama	: Katolik
Nama Ayah	: Aleks Lapak
Nama Ibu	: Anastasia A. Bisiun

B. Riwayat Pendidikan

SDI Impres Longko	: 2012-2017
SMP N 1 Cibal	: 2017-2019
SAM N 1 Cibal	: 2019-2022
Politeknik Kesehatan Kemenkes	: 2022-2025
Kupang Program Studi DIII	
Keperawatan Ende	

