

L

A



A

N

*Lampiran 1. 1 Format Pengkajian Asuhan Keperawatan*

**FORMAT ASKEP PKK MEDIKAL BEDAH II**

**Pengumpulan Data**

**a. Identitas**

1) Identitas Pasien

Nama :  
 Umur :  
 Jenis kelamin :  
 Agama :  
 Pendidikan :  
 Pekerjaan :  
 Suku Bangsa :  
 Status perkawinan :  
 Golongan darah :  
 No. CM :  
 Tanggal masuk :  
 Tanggal pengkajian :  
 Diagnosa medis :  
 Alamat :

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama :  
 Umur :  
 Jenis kelamin :  
 Agama :  
 Pendidikan :  
 Pekerjaan :  
 Suku Bangsa :  
 Hubungan dg Klien :  
 Alamat :

**b. Riwayat Kesehatan**

1) Keluhan Utama

.....

2) Riwayat Penyakit Sekarang (Alasan masuk RS dan PQRST)

.....

3) Riwayat penyakit dahulu

.....

4) Riwayat penyakit keluarga

.....

a.

b.

**c. Pemeriksaan Fisik**

## 1) Tanda-tanda vital

Tanggal / jam	Tanggal
TD (mmHg)	
HR	
RR	
Suhu ( °C )	

## 2) Kepala dan leher

Yang Dikaji	Keterangan
Bentuk	
Rambut	
Mata	
Telinga	
Hidung	
Mulut	
Leher	

Ket : (-); tidak ada, (+); ada

## 3) Jantung

Tanggal	
Inspeksi	
Palpasi	
Perkusi	
Auskultasi	

## 4) Paru-paru

Tanggal	
Inspeksi	

Palpasi	
Perkusi	
Auskultasi	

## 5) Abdomen

Tanggal	
Inspeksi	
Auskultasi	
Palpasi	
Perkusi	

6) Ekstremitas  
*Ekstremitas atas*

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
	-	-	-	-	-	-	-	-

Ket : (-); tidak ada, (+); ada

*Ekstremitas bawah*

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
	+	-	-	-	+	-	-	-

Ket : (-); tidak ada, (+); ada

*Sistem Integumen*

Tanggal	Warna kulit	Turgor	Mukosa bibir	Capilar refill	Kelainan

## d. POLA PENGKAJIAN FUNGSIONAL GORDON

## 1) PERSEPSI DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

.....

## 2) POLA NUTRISI DAN METANOLIK

### Subyektif

### Obyektif

#### a. Antropometri

*Sebelum masuk rumah sakit (>2 bulan yang lalu)*

BB : .....kg TB : .....cm LILA.....cm

*Saat Dirawat : Tanggal*

BB : .....kg TB : .....cm LILA.....cm  
(normal 29,3 cm)

*Kesimpulan : .....*

*Perhitungan :*

BB ideal =  $(TB - 100) - 10\% (TB - 100)$  kg  
= .....  
= ..... kg

*IMT ( Indeks Massa Tubuh )*

**Nilai standar IMT**

BB	IMT	Nilai	Kategori
.....	.....	<20	Underweight
.....	.....	20-25	BB normal
.....	.....	25-30	Overweight
.....	.....	>30	Obesitas

*Kesimpulan : .....*

#### b. Biokimia

Hb : ..... ( tgl..... )

Albumin : .....(tgl.....)

#### c. Penampilan fisik

#### d. Diit

- Jenis.....
- BEE laki-laki =  $66 + (13.7 \times BB \text{ kg}) + (5 \times TB \text{ cm}) - (6,8 \times U.\text{thn})$   
= .....  
= .....Kkal
- BEE perempuan=  $655 + (9.6 \times BB \text{ kg}) + (1.8 \times TB \text{ cm}) - (4.7 \times U. \text{th})$   
= .....

=.....Kkal

Tabel perkiraan jumlah kalori  $\pm$  ..... Kkal dalam .....

Tgl	Kalori Buah	Kalori makanan	Total kalori

### 3) POLA ELEMINASI

Sebelum dirawat :

Subyektif: .....

Selama dirawat

Subyektif: .....

Obyektif:

- BAB

TGL	Frekuensi	Warna	Konsistensi

- BAK

TGL	Frekuensi	Warna	Kelaman

### 4) POLA AKTIFITAS DAN LATIHAN

Status higienis

Tanggal	Mandi	Menggosok gigi	Memotong kuku	Keramas

Ket: (-); tidak dilakukan

ADL

Tanggal	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	Continance	Feeding	Indeks KATZ

Status Mobilisasi

Tanggal	Duduk	Berdiri	Jalan

**Skor Norton**

Tgl	Kondisi Fisikumum	Kesadaran	Aktifitas	Mobilitas	Inkontinensia	Jumlah

Kategoriskor:

16-20: kecil sekali/tidak terjadi 12-15: kemungkinan kecil terjadi

<12: kemungkinan besar terjadi

**Kesimpulan :**

**5) POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT**

**Sebelum masuk RS:**

**Kualitatif:**.....

**Kuantitatif:**.....

**Setelah masuk RS:**

**Kualitatif:**.....

**Kuantitatif:**.....

**6) POLA PERSEPTUAL**

Halusinasi:.....

**7) POLA PERSEPSI DIRI**

Konsep diri:.....

Citra tubuh:.....

Identitas diri:.....

Peran diri:.....

Ideal diri:.....

Harga diri:.....

**Masalah Keperawatan :**.....

**8) POLA SEKSUALITAS DAN REPRODUKSI**

**Subjektif :**.....

**Objektif :**.....

**9) POLA PERAN-HUBUNGAN**

**Keluarga :**.....

**Masyarakat :**.....

**10) POLA MANAJEMEN KOPING-STRESS**

**Masalah :**.....

**Koping :**.....

### 11) SISTEM NILAI DAN KEYAKINAN

Nilai dan Keyakinan : .....

Kegiatan ibadah : .....

## 2. PENGKAJIAN SISTEM PERSYARAFAN

### *Fungsi Serebral*

Tanggal/Jam		
Status Mental	Tingkat Kesadaran	
	GCS	
	E	
	V	
Fungsi Intelektual	M	
	Gaya bicara	
	Orientasi Waktu	
	Orientasi Orang	
Daya Pikir	Orientasi Tempat	
	Spontan, alamiah, masuk akal	
	Kesulitan Berpikir	
	Hallusinasi	
Status Emosional	Pemarah	
	Cemas	
	Apatis	
Nyeri kepala		
Pandangankabur		

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

Badan dan anggota gerak

**Badan**

Motorik

.....

Refleks

.....

Sensibilitas

Tanggal/Jam	
Sensasi taktil	
Sensasi suhu dan nyeri	
Vibrasi dan propriosepsi	
Integrasi sensasi	

Anggota gerak atas

**Motorik**

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan		
Kekuatan		
Tonus		
Trofik		

**Refleks**

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps		
Triceps		
Radius		
Ulna		

**Sensibilitas**

Tanggal/Jam	
Sensasi taktil	
Sensasi suhu dan nyeri	

<b>Vibrasi dan propriosepsi</b>	
<b>Integrasi sensasi</b>	

### Anggota gerak bawah

#### Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan		
Kekuatan		
Tonus		
Trofik		

#### Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Patella		
Achilles		
Babinski		
Chaddock		
Rossolimo		
Clonus kaki		
Lasseque		
Kernig		

#### Sensibilitas

<b>Tanggal/Jam</b>	
<b>Sensasi taktil</b>	
<b>Sensasi suhu dan nyeri</b>	
<b>Vibrasi dan propriosepsi</b>	
<b>Integrasi sensasi</b>	

### 3. Sistem imunitas :

Alergi: .....

Antibiotic: .....

WBC:.....

#### 4. Status cairan

Tabel cairan dalam 24 jam

Tanggal	Intake	Output	Balance cairan
	Infus =	Urine =	
	Minum =	IWL =	
	Total input =	Total output =	
	Infus =	Urine =	
	Minum =	IWL =	
	Total input =	Total output =	
	Infus =	Urine =	
	Minum =	IWL =	
	Total input =	Total output =	

#### 5. Status Ekonomi Kesehatan

.....

#### 6. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

a. Laboratorium ke..... tanggal.....

Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Nilai	Keterangan
Dst....				

b. Hasil foto rontsen tanggal.....

**Kesan :**

c. Hasil.....

#### 7. TERAPI MEDIS

.....

#### 8. TERAPI NUTRISI

Diit : .....

**ANALISA DATA**

No	Sign	Problem	Etiologi

**INTERVENSI**

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI

**IMPLEMENTASI**

No	Tgl&Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf

**EVALUASI**

No	Tgl. Jam	Dx. Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf

*Lampiran 1. 2 Format Tool Terapi Relaksasi Otot Progresif*

	<p align="center"><b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF</b></p>
<p><b>Definisi</b></p>	<p>Terapi relaksasi otot progresif adalah teknik penegangan dan peregangan otot untuk meredakan ketegangan otot, ansietas, nyeri serta meningkatkan kenyamanan, konsentrasi, dan kebugaran (PPNI, 2021).</p>
<p><b>Prosedur</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal ahir, dan/atau nomor rekam medis)</li> <li>2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur</li> <li>3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i></li> <li>b. Kursi dengan sandaran, <i>jika perlu</i></li> <li>c. Bantal</li> <li>d. Jam atau pengukur waktu</li> <li>e. Spigmanometer</li> <li>f. Termometer</li> </ol> </li> <li>4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</li> <li>5. Pasang sarung tangan, <i>jika perlu</i></li> <li>6. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu</li> <li>7. Tempatkan pasien di tempat yang tenang dan nyaman</li> <li>8. Anjurkan untuk menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman</li> <li>9. Berikan posisi yang nyaman, misal dengan duduk bersandar atau tidur</li> <li>10. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>19. Anjurkan menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali, dengan Langkah-langkahnya adalah sebagai berikut :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Langkah 1 Ditujukan untuk melatih otot tangan. Caranya dengan mengepalkan kedua tangan, kencangkan bisep dan lengan bawah selama 5-7 detik.</li> </ol> </li> </ol>

Anjurkan klien untuk memikirkan rasanya dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relaksasi selama 15-20 detik

- b) Langkah 2 Untuk melatih otot tangan bagian belakang. Caranya dengan Tekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit-langit.
- c) Langkah 3 Untuk melatih otot biceps (otot besar pada bagian atas pangkal lengan). Yaitu dengan menggenggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan, kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biceps akan menjadi tegang.
- d) Langkah 4 Untuk melatih otot bahu supaya mengendur. Angkat kedua bahu setinggi tingginya seakan-akan menggigit menyentil kedua telinga. Fokuskan atas, dan leher.
- e) Langkah ke 5 dan 6 Untuk melemaskan otot-otot wajah (seperti otot dahi, mata, rahang, dan mulut). Dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa dan kulitnya keriput. Lalu tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.
- f) Langkah 7 Untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang. Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan disekitar otot rahang.
- g) Langkah 8 Untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut. Bibir dimoncongkan sekuat kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut.
- h) Langkah 9 Untuk merileksikan otot leher bagian depan

maupun belakang. Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan, letakkan kepala sehingga dapat beristirahat. Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas.

- i) Langkah 10 Untuk melatih otot leher bagian depan. Gerakan membawa kepala ke muka., lalu benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.
- j) Langkah 11 Untuk melatih otot punggung. Angkat tubuh dari sandaran kursi, lengkungkan punggung, busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks. Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lemas.
- k) Langkah 12 Untuk melemaskan otot dada. Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya lalu tahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas. Saat ketegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega. Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks.
- l) Langkah 13 Untuk melatih otot perut. Dengan cara menarik dengan kuat perut kedalam, tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas. Ulangi kembali seperti gerakan awal perut ini.
- m) Langkah 14-15 Untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha dan betis). Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang. Lanjutkan dengan mengunci

	<p>lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis. Tahan posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepas. Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram</p> <ol style="list-style-type: none"><li>11. Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram</li><li>12. Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang atau otot yang rileks</li><li>13. Anjurkan bernapas dalam dan perlahan</li><li>14. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu</li><li>15. Rapihkan pasien dan alat-alat yang digunakan</li><li>16. Lepaskan sarung tangan</li><li>17. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</li><li>18. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien</li></ol>
--	--



Lampiran 1. 3 Format Tool Pemeriksaan Glukosa

 <div style="text-align: center;"> <b>UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP</b>  <b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b> </div>				
FAKULTAS ILMU KESEHATAN LABORATORIUM KEPERAWATAN Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223				
<b>PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN</b> <b>PENGUKURAN GLUKOSA</b>				
NAMA :		TANGGAL :		
NIM :				
No	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>FASE PRAINTERAKSI</b>			
1	Cek program Pengukuran Glukosa	3		
2	Cek peralatan yang digunakan	3		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan dan prosedur	5		
4	Menanyakan kesiapan pasien	3		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
1	Mengucap basmallah			
2	Mencuci tangan sebelum tindakan dan memakai handsecon	6		
3	Menyiapkan alat sesuai kebutuhan pemeriksaan	10		
4	Melakukan desinfeksi pada area yang akan diusuk dengan menggunakan alkohol	5		
5	Melakukan penekanan pada daerah ujung jari	5		
6	Menusuk dengan menggunakan pen Lancet Device dengan tepat	5		
7	Memasukkan darah pada suk pemeriksaan	15		
8	Interperetasi hasil pemeriksaan dengan tepat	15		
9	Mengucap hamdallah	12		
<b>D</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Menyampaikan hasil pemeriksaan	6		
2	Melakukan kontrak pertemuan selanjutnya	3		
3	Berpamitan	3		
<b>TOTAL</b>		100		

*Lampiran 1. 4 Asuhan Keperawatan*

*Lampiran 1 1 Format Pengkajian Asuhan Keperawatan*

**FORMAT ASKEP PKK MEDIKAL BEDAH II**

**Pengumpulan Data**

**a. Identitas**

1) Identitas Pasien

Nama : Tn. I  
 Umur : 60 tahun  
 Jenis kelamin : Laki-laki  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : SMP  
 Pekerjaan : Buruh  
 Suku Bangsa : Jawa  
 Status perkawinan : Menikah  
 Golongan darah : -  
 No. CM : 32-08-86  
 Tanggal masuk : 11 Juni 2015  
 Tanggal pengkajian : 13 Juni 2015  
 Diagnosa medis : DM tipe 2  
 Alamat : Cilacap

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Nn. A  
 Umur : 31 tahun  
 Jenis kelamin : P  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : SMA  
 Pekerjaan : Wiraswasta  
 Suku Bangsa : Jawa  
 Hubungan dg Klien : Anak  
 Alamat : Cilacap

**b. Riwayat Kesehatan**

1) Keluhan Utama

.....

2) Riwayat Penyakit Sekarang (Alasan masuk RS dan PQRST)

.....

3) Riwayat penyakit dahulu

.....

4) Riwayat penyakit keluarga

1. Keluhan utama = Pasien mengatakan badannya terasa lemas, gatal dan panas di area dada dan punggung, kepala terasa pusing, kaki sering kejang.

2. Riwayat Penyakit Sekarang = Saat dilakukan pengkajian pada hari Jumat tanggal 13 Juni 2025 Pasien mengatakan pusing, badan lemas, kaki sering kejang, sebelum dirawat Pasien sering merasa haus, dan mengeluh tidak nyaman karena di area dada terasa gatal karena ada herpes zoster. Pasien tampak gelisah dan mulut tampak kering. Saat di IGD EDS Pasien mencapai 402 mg/dL.

3. Riwayat Penyakit dahulu = Pasien mengatakan mendapat penyakit DM sejak 2022 dan penyakit herpes zoster sejak 2020.

4. Riwayat Penyakit keluarga = Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan.

### c. Pemeriksaan Fisik

#### 1) Tanda-tanda vital

Tanggal / jam	Tanggal		
	15/06/25	14/06/25	15/06/25
TD (mmHg)	145/72	133/82	120/70
HR	88	81	77
RR	22	20	23
Suhu (°C)	36.5	36.9	36.4

#### 2) Kepala dan leher

Yang Dikaji	Keterangan
Bentuk	Mesochepal
Rambut	Rambut berwarna hitam keputihan, kepala bersih
Mata	Mata simetris, tidak ada lesi
Telinga	Telinga simetris, kebersihannya cukup
Hidung	Hidung simetris, tidak ada sekret
Mulut	bibir tampak lembab
Leher	tidak ada pembesaran kelenjar thyroid

Ket : (-); tidak ada, (+); ada

#### 3) Jantung

Tanggal	13/06/2025
Inspeksi	bentuk simetris
Palpasi	1cm cordis dikecilan medial linea medelavikularis
Perkusi	terdengar pekak
Auskultasi	suara jantung S1 S2 tunggal

#### 4) Paru-paru

Tanggal	13/06/2025
Inspeksi	bentuk dada simetris

Palpasi	tidak ada nyeri tekan
Perkusi	Suara sonor
Auskultasi	ronchi tidak ada

## 5) Abdomen

Tanggal	13/06/2015
Inspeksi	kearah simetris
Auskultasi	biru usus ek/rentis
Palpasi	tidak ada nyeri tekan
Perkusi	Suara tympani

## 6) Ekstremitas

*Ekstremitas atas*

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
13/06/2015	-	-	-	-	-	-	-	-

Ket : (-); tidak ada, (+); ada

*Ekstremitas bawah*

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
13/06/2015	+	-	-	-	+	-	-	-

Ket : (-); tidak ada, (+); ada

*Sistem Integumen*

Tanggal	Warna kulit	Turgor	Mukosa bibir	Capilar refill	Kelainan
13/06/2015	Coklat	≥ 2 detik	Merah	CPT < 2 detik	-

## d. POLA PENGKAJIAN FUNGSIONAL GORDON

# 1) PERSEPSI DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

Pasien mengatakan jika sakit pernah langsung pergi ke rumah sakit

## 2) POLA NUTRISI DAN METABOLIK

### Subyektif

Pasien mengatakan tidak ada masalah nutrisi

### Obyektif

#### a. Antropometri

Sebelum masuk rumah sakit (>2 bulan yang lalu)

BB : 56 kg TB : 160 cm LILA : - cm

Saat Dirawat : Tanggal

BB : 56 kg TB : 160 cm LILA : - cm  
(normal 29,3 cm)

Kesimpulan : -

Perhitungan :

$$\begin{aligned} \text{BB ideal} &= (\text{TB} - 100) - 10\% (\text{TB} - 100) \text{ kg} \\ &= (160 - 100) - 10\% (160 - 100) \\ &= 54 \text{ kg} \end{aligned}$$

IMT ( Indeks Massa Tubuh )

Nilai standar IMT

$$\begin{aligned} \text{IMT} &= \frac{\text{BB}}{\text{TB(m)}^2} \\ &= \frac{56}{(1,6 \cdot 1,6)} \end{aligned}$$

Nilai	Kategori
<20	Underweight
20-25	BB normal
25-30	Overweight
>30	Obesitas

$$= 21,9 \text{ Kesimpulan : BB Normal}$$

#### b. Biokimia

Hb : 13,0 ( tgl 13/10/15 )

Albumin : - ( tgl - )

#### c. Penampilan fisik

(sisa pemeriksaan lanjut di lengan kanan)

#### d. Diet

- Jenis : Lunak (bubur)

- BEE laki-laki =  $66 + (13.7 \times \text{BB kg}) + (5 \times \text{TB cm}) - (6,8 \times \text{U.thn})$

$$\begin{aligned} &= 66 + (13.7 \times 56) + (5 \times 160) - (6,8 \times 60) \\ &= 1.223,7 \text{ Kkal} \end{aligned}$$

- BEE perempuan =  $655 + (9.6 \times \text{BB kg}) + (1.8 \times \text{TB cm}) - (4.7 \times \text{U. th})$

= .....

= ..... Kkal

Tabel perkiraan jumlah kalori  $\pm$  ..... Kkal dalam .....

Tgl	Kalori Buah	Kalori makanan	Total kalori
-	-	-	-

### 3) POLA ELEMINASI

Sebelum dirawat :

Subyektif: pasien BAB 1x/hari, BAK 8-10x/hari

Selama dirawat

Subyektif: pasien mengatakan belum BAB, BAK 4-5x/hari

Obyektif:

- BAB

TGL	Frekuensi	Warna	Konsistensi
13/06/25	-	-	-

- BAK

TGL	Frekuensi	Warna	Kelainan
13/06/25	4-5x/hari	bening kekuningan	-

### 4) POLA AKTIFITAS DAN LATIHAN

Status higienis

Tanggal	Mandi	Menggosok gigi	Memotong kuku	Keramas
13/06/25	-	+	-	-

Ket: (-); tidak dilakukan

ADL

Tanggal	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	Continance	Feeding	Indeks KATZ
13/06/25	dibantu	dibantu	mandiri	dibantu	dibantu	mandiri	tergangan

mandiri

Status Mobilisasi

Tanggal	Duduk	Berdiri	Jalan
13/06/25	mandiri	mandiri	dibantu

#### Skor Norton

Tgl	Kondisi Fisik umum	Kesadaran	Aktifitas	Mobilitas	Inkontinensia	Jumlah
13/06/25	4	4	3	3	2	16

Kategoriskor:

16-20: kecil sekali/tidak terjadi 12-15: kemungkinan kecil terjadi

<12: kemungkinan besar terjadi

Kesimpulan: ..kecil sekali / tidak terjadi

#### 5) POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

Sebelum masuk RS:

Kualitatif: ..pasien mengatakan tidurny kurang

Kuantitatif: ..pasien mengatakan tidur kurang 7-8 jam

Setelah masuk RS:

Kualitatif: ..pasien mengatakan terkadang terbangun di malam hari

Kuantitatif: ..pasien mengatakan tidur kurang 3-4 jam

#### 6) POLA PERSEPTUAL

Halusinasi : ..pasien mengatakan tidak mengalami halusinasi

#### 7) POLA PERSEPSI DIRI

Konsep diri

Citra tubuh: ..pasien mengatakan bangga dengan anggota tubuhnya

Identitas diri: ..pasien mengatakan seorang laki-laki

Peran diri: ..pasien mengatakan sebagai kepala keluarga

Ideal diri: ..pasien mengatakan ingin segera sembuh

Harga diri: ..pasien mengatakan bahwa terus kelantern laki-laki sebagai seorang suami

Masalah Keperawatan : ..-

#### 8) POLA SEKSUALITAS DAN REPRODUKSI

Subjektif : ..pasien mengatakan belum pernah berhubungan seksual sejak sakit

Objektif : ..pasien tampak tidak ada keluhan pada daerah kemaluan

#### 9) POLA PERAN-HUBUNGAN

Keluarga : ..pasien mengatakan hubungan dengan keluarga baik

Masyarakat : ..pasien mengatakan hubungan dengan masyarakat baik

### 10) POLA MANAJEMEN KOPING-STRESS

Masalah : tidak ada

Koping : pasien baik tidak ada masalah

### 11) SISTEM NILAI DAN KEYAKINAN

Nilai dan Keyakinan : pasien menegatkan keagamaan TUM

Kegiatan ibadah : pasien menegatkan saat sahur tidak melakukan ibadah

## 2. PENGKAJIAN SISTEM PERSYARAFAN

### Fungsi Serebri

Tanggal/Jam		13 - 06 - 2025
Status Mental	Tingkat Kesadaran	CM
	GCS	15
	E	4
	V	5
Fungsi Intelektual	M	6
	Gaya Bicara	baik
	Orientasi Waktu	baik
	Orientasi Orang	baik
Daya Pikir	Orientasi Tempat	baik
	Spontan, alamiah, masuk akal	+
	Kesulitan Berpikir	-
	Halusinasi	-
Status Emosional	Pemarah	-
	Cemas	-
	Apatis	-
Nyeri kepala		-

Pandangan kabur		—
-----------------	--	---

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

Badan dan anggota gerak

**Badan**

Motorik

baik.....

Refleks

baik.....

Sensibilitas

Tanggal/Jam	13 - 06 - 2025
Sensasi taktil	baik
Sensasi suhu dan nyeri	baik
Vibrasi dan propriosepsi	baik
Integrasi sensasi	baik

Anggota gerak atas

Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	baik	baik
Kekuatan	baik	baik
Tonus	baik	baik
Trofik	baik	baik

Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	baik	baik
Triceps	baik	baik
Radius	baik	baik
Ulna	baik	baik

Sensibilitas

Tanggal/Jam	13 - 06 - 2025
Sensasi taktil	baik

Sensasi suhu dan nyeri	baik
Vibrasi dan propriosepsi	baik
Integrasi sensasi	

#### Anggota gerak bawah

##### Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	baik	baik
Kekuatan	baik	baik
Tonus	baik	baik
Trofik	baik	baik

##### Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Patella	baik	baik
Achilles	baik	baik
Babinski	baik	baik
Chaddock	baik	baik
Rossolimo	baik	baik
Clonus kaki	baik	baik
Lassequer	baik	baik
Kernieg	baik	baik

##### Sensibilitas

Tanggal/Jam	13 - 06 - 2025
Sensasi taktil	baik
Sensasi suhu dan nyeri	baik
Vibrasi dan propriosepsi	baik
Integrasi sensasi	baik

#### 3. Sistem imunitas :

Alergi: tidak ada .....

Antibiotic: tidak ada  
WBC: tidak ada

Tanggal	Intake	Output	Balance cairan
13/10/2015	Infus = 2000 cc	Urine = 1000 cc	765 cc
	Minum = 1000 cc	IWL = 765 cc	
	Total input = 1000 cc	Total output = 235 cc	
14/10/2015	Infus = 2500 cc	Urine = 1000 cc	1265 cc
	Minum = 1000 cc	IWL = 765 cc	
	Total input = 1.500 cc	Total output = 235 cc	
15/10/2015	Infus = 1000 cc	Urine = 800 cc	165 cc
	Minum = 860 cc	IWL = 765 cc	
	Total input = 200 cc	Total output = 35 cc	

#### 4. Status cairan

Tabel cairan dalam 24 jam

#### 5. Status Ekonomi Kesehatan

Pasien ringankan penggunaan BPJS kelas 3

#### 6. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

a. Laboratorium ke... tanggal 13 - 06 - 2015

Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan		
			Nilai	Keterangan
CD5	≤ 200	mg/dL	402	
hematokrit	4-52	%	4.18	
Dst. ureum	15-45	mg/dL	10.2	

b. Hasil foto rontsen tanggal...

Kesan:

c. Hasil...

#### 7. TERAPI MEDIS

Infus RL, Parasetamol 2x1 amp, Ins. Ketorolac 2x1 amp, P.I 3x4 unit  
Acyclovir tab 400 mg 4x1



## 2. ANALISA DATA


NO.	DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
1.	DS : . Pasien mengeluh lemas . Pasien mengatakan Kepala nya terasa pusing. . Pasien mengatakan sering merasa haus	Ketidakstabilan Kadar glukosa darah (D.0029)	Resistensi Insulin
	DD : . GDS : 287 mg/dL . Mulut pasien tampak kering . TD : 195/112 mmHg . N : 88 x/menit . RR : 22 x/menit . S : 36,5 °C		
2.	DS : . Pasien mengatakan sering Kekutan pada daerah kaki	Perfusi Perifer Tidak efektif (D.0009)	hiperglikemia
	DD : . Warna kulit pada kaki tampak pucat . Akral terasa dingin . Turmor kulit menurun		
3.	DS : . Pasien mengatakan tidak nyaman karena dadanya terasa nyeri . Pasien mengatakan gatal dan panas di daerah dadanya . Pasien mengeluh lemas	Gangguan rasa nyaman (D.0074)	Gejala Penyakit
	DD : . Pasien tampak gelisah . TD : 195/112 mmHg		

## DIAGNOSA KEPERAWATAN :

1. Ketidakstabilan Kadar glukosa darah (D.0029) b.d resistensi insulin d.d lemas, pusing, mulut tampak kering, GDS : 287 mg/dL.
2. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) b.d hiperglikemia d.d sering kekutan, akral dingin, warna kulit pucat, turmor kulit menurun
3. Gangguan rasa nyaman (D.0074) b.d gejala penyakit d.d tidak nyaman, gatal, lemas, gelisah

## 3. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO.	Dx. KEP	SLKI	SIKI																				
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0029) b.d Histiensi Insulin	Kestabilan kadar glukosa darah (L.05022) Setelah dilakukan Intervensi: Keperawatan selama 3 x 24 jam maka Kestabilan Kadar glukosa darah (L.05022) Meningkat dengan kriteria hasil : <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>EP</th></tr><tr><td>Pusing</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>lelah</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Mulut kering</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Pada haus</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Kadar glukosa darah</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	IR	EP	Pusing	3	5	lelah	3	5	Mulut kering	3	5	Pada haus	3	5	Kadar glukosa darah	3	5	Manajemen hiperglikemia (1.03115) Observasi : <ul style="list-style-type: none"><li>• Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li><li>• Monitor kadar glukosa darah</li></ul> Tempatkan : <ul style="list-style-type: none"><li>• Melakukan terapi relaksasi otot progresif</li></ul> Edukasi : <ul style="list-style-type: none"><li>• Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</li><li>• Jelaskan langkah-langkah mengontrol DM di rumah</li></ul> Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"><li>• Kolaborasi pemberian insulin</li></ul>		
Indikator	IR	EP																					
Pusing	3	5																					
lelah	3	5																					
Mulut kering	3	5																					
Pada haus	3	5																					
Kadar glukosa darah	3	5																					
2.	Perfusi perifer tidak efektif (D.0005) b.d hiperglikemia	Setelah dilakukan intervensi Keperawatan selama 3 x 24 jam maka Perfusi perifer (L.02011) meningkat dengan kriteria hasil : <table><tr><th>No.</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>EP</th></tr><tr><td>1.</td><td>Parastesia</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2.</td><td>Warna kulit pucat</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3.</td><td>Apa</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>4.</td><td>Tumor kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	No.	Indikator	IR	EP	1.	Parastesia	3	5	2.	Warna kulit pucat	3	5	3.	Apa	3	5	4.	Tumor kulit	3	5	Perawatan sirkulasi (1.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"><li>• Periksa sirkulasi perifer (nadi, suhu)</li><li>• Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM)</li></ul> Tempatkan : <ul style="list-style-type: none"><li>• Hindari pengapuran tekanan pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li></ul>
No.	Indikator	IR	EP																				
1.	Parastesia	3	5																				
2.	Warna kulit pucat	3	5																				
3.	Apa	3	5																				
4.	Tumor kulit	3	5																				




		4. cukup rembak																					
		5. membaik																					
3.	Gangguan rasa nyaman (D.0074) b.d. kepala penyakit	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka status kenyamanan (L.08064) meningkat dengan kriteria hasil :	Manajemen kenyamanan lingkungan (L.08237) observasi : • (identifikasi Sumber ketidaknyamanan • monitor kondisi kulit Temperatur : • Atur posisi yang nyaman																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Keluhan tidak nyaman</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Celirah</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Gatal</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4.</td><td>lelah</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	No.	Indikator	IR	ER	1.	Keluhan tidak nyaman	3	5	2.	Celirah	3	5	3.	Gatal	3	5	4.	lelah	3	5	
No.	Indikator	IR	ER																				
1.	Keluhan tidak nyaman	3	5																				
2.	Celirah	3	5																				
3.	Gatal	3	5																				
4.	lelah	3	5																				
		Ket :																					
		1. meningkat																					
		2. cukup meningkat																					
		3. sedang																					
		4. cukup menurun																					
		5. menurun																					

## 4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No.	Tgl / Jam	Dx. KEP	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
1.	13/06/25 10.00	1	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipertensi	S = Pasien mengatakan suka makanan yang berantakan dan sering mengonsumsi teh manis setiap hari D = Pasien tampak kooperatif	che.
2.	10.05	1	Memonitor kadar glukosa darah	S = - D = GDS : 287 mg/dl	che.
3.	10.10	2	Memeriksa sirkulasi perifer (nadi, suhu)	S = - D = N = 88 y/mnt S = 36,5 °C TD = 195 / 92 mmHg	che.
4.	10.15	2	Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi	S = Pasien mengatakan memiliki riwayat	che.

			(DM)	Penyakit DM sejak 2 tahun yang lalu	
				O = Pasien tampak kooperatif	
3.	10.20	3	Mengidentifikasi sumber ketidaknyamanan	S = Pasien mengatakan merasa tidak nyaman karena badannya di bagian dada gatal dan terasa panas	Che.
				O = Pasien tampak kooperatif.	
4.	10.25	1	Melakukan terapi relaksasi otot progresif	S = Pasien mengatakan badannya terasa lebih nyaman	Che.
				O = GDS PM = 287 mg/dL	
				GDS Post = 262 mg/dL	
5.	15.20	1	Melakukan terapi relaksasi otot progresif	S = Pasien mengikuti sesuai anjuran	Che.
				O = GDS PM = 271 mg/dL	
				GDS Post = 253 mg/dL	
6.	14/06/25	1	Mengajarkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 200 mg/dL	S = Pasien mengatakan akan menghindari olahraga apabila kadar gula darah $\geq 200$ mg/dL	Che.
	10.00			O = Pasien tampak kooperatif	
7.	10.05	2	Menghindaikan pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi	S = - O = tampak mengukur tekanan darah ditangan kanan yang tidak terpasang infus	
				TD = 133 / 82	
8.	10.10	3	Memonitor kondisi kulit	S = Pasien mengatakan bagian dada masih terasa gatal namun tidak panas	Che.
				O = Pasien tampak kooperatif	
9.	10.15	1	Memonitor kadar glukosa darah	S = - O = GDS = 290 mg/dL	Che.
10.	10.20	2	Memeriksa sirkulasi perifer (Nadi, suhu)	S = - O = N = 81 x/menit S = 36,9 °C	Che.
11.	10.25	1	Melakukan terapi relaksasi otot progresif	S = Pasien mengatakan akan mengikuti sesuai anjuran	Che.
				O = GDS PM = 200 mg/dL	




				GD5 Post = 218 mg/dL	
12.	12.00	1	Mengkolaborasi pemberian insulin 3 x 9 unit	S = - O = Pasien tampak kooperatif	Che.
13.	16.00	1	Melakukan terapi relaksasi otot progresif	S = Pasien mengatakan akan mengikuti sesuai anjuran O = GD5 PK = 208 mg/dL GD5 Post = 196 mg/dL	Che.
14.	15/06/25 09.00	2	Mengulaskan tentang langkah-langkah pengontrolan DM	S = Pasien mengatakan paham dan akan melakukan pola hidup yang sehat O = Pasien tampak kooperatif	Che.
15.	09.05	3	menatur posisi yang nyaman	S = Pasien mengatakan sudah nyaman di bangkai rumah O = Pasien tampak kooperatif	Che.
16.	09.10	1	Mengkolaborasi pemberian ins. Pantidine 2x1 amp. ins. Ketorolac 2x1 amp Acyclovir tab 400 mg	S = - O = Pasien tampak kooperatif	Che.
17.	09.15	2	Memeriksa sirkulasi perifer (Nadi, suhu)	S = - O : N : 79 x/menit S : 36,4 °C	Che.
18.	09.20	1	Memeriksa kadar glukosa darah	S = - O = GD5 : 138 mg/dL	Che.
19.	09.25	1	Melakukan terapi relaksasi otot progresif	S = Pasien mengatakan akan mengikuti sesuai anjuran O = GD5 PK : 138 mg/dL GD5 Post : 117 mg/dL	Che.

## 5. EVALUASI KEPERAWATAN

No.	Tgl / Jam	Dx. KEP	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	13/06/25 16.00	Kondisi stabilan kadar glukosa darah (D.0027)	S = Pasien mengatakan lemas dan masih bingung O : . GD5 : 287 mg/dL . TD : 145 / 72 mmHg . N : 88 x / menit . S : 36,5 °C A : masalah belum teratasi	Che.

			Nb.	Indikator	IR	ER	
			1.	Pulsus	3	5	
			2.	lelah	3	5	
			3.	Mulut kering	3	5	
			4.	Pada haus	3	5	
			5.	Kadar glukosa darah	3	5	
			P : Intervensi dilanjutkan				
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau kadar glukosa darah</li> <li>• Menghentikan penghambatan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 200 mg/dl</li> <li>• Melakukan tempa relaksasi otot progresif</li> <li>• Menghentikan pemberian insulin</li> </ul>				
2.	16.00	Perfusi perifer tidak efektif (D.002)	S :	pasien mengatakan kaki terasa kaku, kesemutan			
			D :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warna kulit pada kaki tampak pucat</li> <li>• Akral terasa dingin</li> <li>• Turgor kulit menurun</li> </ul>			
			A :	Masalah belum teratasi			
			Nb.	Indikator	IR	ER	
			1.	Parestesia	3	5	
			2.	Warna kulit pucat	3	5	
			3.	Akral	3	5	
			4.	Turgor kulit	3	5	
			P : Intervensi dilanjutkan				
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menghentikan pengutaman tetapan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>• Memberikan sirkulasi perifer (Nadi, suhu)</li> </ul>				
3.	16.00	Gangguan rasa nyaman (D.0074)	S :	Pasien mengatakan merasa tidak nyaman karena dada terasa gatal dan panas, lengan lengket lemas.			
			D :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak gelisah</li> <li>• TD = 145 / 72 mmHg</li> </ul>			
			A :	Masalah belum teratasi			
			Nb.	Indikator	IR	ER	
			1.	Keluhan tidak nyaman	3	5	
			2.	Gelisah	3	5	
			3.	Catat	3	5	



			4. Lelah	3	5	0																								
			P : Lanjutkan intervensi																											
			• monitor kondisi kulit																											
4.	19/06/20	Kesidatan bilan	S : Pasien merasa lemas dan pusing																											
	17.00	Kadar glukosa darah (0.0029)	Sudah berkering sedikit																											
			O : • GDS = 207 mg/dL																											
			• TD = 137/82 mmHg																											
			• N = 81 x/menit																											
			• S = 36,7 °C																											
			A : masalah belum teratasi																											
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pusing</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Lelah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Mulut kering</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kaki haus</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Kadar glukosa darah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No.	Indikator	IR	ER	1.	Pusing	4	5	2.	Lelah	4	5	3.	Mulut kering	4	5	4.	Kaki haus	4	5	5.	Kadar glukosa darah	4	5			
No.	Indikator	IR	ER																											
1.	Pusing	4	5																											
2.	Lelah	4	5																											
3.	Mulut kering	4	5																											
4.	Kaki haus	4	5																											
5.	Kadar glukosa darah	4	5																											
			P : Lanjutkan intervensi																											
			• Monitor kondisi pemberian obat dan insulin																											
			• monitor kadar glukosa darah																											
			• Melakukan terapi edukasi obat progresif																											
5.	17.06	Pertubi perifer tidak efektif (0.009)	S : Pasien mengatakan kesemutan sudah berkurang			Che.																								
			O : • warna kulit pada kaki tampak sudah tidak pucat																											
			• Akral terasa hangat																											
			• turgor kulit menurun																											
			A : masalah belum teratasi																											
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Parastesia</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Warna kulit pucat</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Akral</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Turgor kulit</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No.	Indikator	IR	ER	1.	Parastesia	4	5	2.	Warna kulit pucat	4	5	3.	Akral	4	5	4.	Turgor kulit	4	5							
No.	Indikator	IR	ER																											
1.	Parastesia	4	5																											
2.	Warna kulit pucat	4	5																											
3.	Akral	4	5																											
4.	Turgor kulit	4	5																											
			P : Lanjutkan intervensi																											
			• Mengajarkan teknik merokok																											
			• Memberikan stimulasi perifer (madi, suhu)																											
6.	17.00	Sangutan rasa nyaman (0.0079)	S : Pasien mengatakan masih merasa tidak nyaman, mata berkering sedikit, lemas berkering sedikit.			Che.																								

**SIDU**

			D : <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasien tampak gelisah bertumbuh</li><li>• TD : 133/82 mmHg</li></ul> A : Masalah kelainan fungsi																									
			<table><tr><th>No.</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>1.</td><td>kelelahan tidak nyaman</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>2.</td><td>Gelisah</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>3.</td><td>Gatal</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4.</td><td>lelah</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	No.	Indikator	IR	ER	1.	kelelahan tidak nyaman	4	5	2.	Gelisah	4	5	3.	Gatal	4	5	4.	lelah	4	5					
No.	Indikator	IR	ER																									
1.	kelelahan tidak nyaman	4	5																									
2.	Gelisah	4	5																									
3.	Gatal	4	5																									
4.	lelah	4	5																									
			P : lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"><li>• Mengatur posisi yang nyaman.</li></ul>																									
7.	15/06/2025	Kekadastabilan	S : Pasien mengatakan lemas dan pusing bertumbuh	che.																								
	10.00	Kadar glukosa darah	D : GDS : 138 mg/dL																									
		(0.0027)	TD : 128/90 mmHg																									
			N : 77 x/menit																									
			S : 36,4 °C																									
			A : Masalah fungsi																									
			<table><tr><th>No.</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>1.</td><td>Pusing</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>2.</td><td>lelah</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3.</td><td>Mulut kering</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4.</td><td>Pada haus</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5.</td><td>Kadar glukosa darah</td><td>5</td><td>5</td></tr></table>	No.	Indikator	IR	ER	1.	Pusing	5	5	2.	lelah	5	5	3.	Mulut kering	5	5	4.	Pada haus	5	5	5.	Kadar glukosa darah	5	5	
No.	Indikator	IR	ER																									
1.	Pusing	5	5																									
2.	lelah	5	5																									
3.	Mulut kering	5	5																									
4.	Pada haus	5	5																									
5.	Kadar glukosa darah	5	5																									
			P : Menghentikan intervensi																									
8.	10.00	Partisi	S : Pasien mengatakan sudah tidak kemerahan	che.																								
		Perifer tidak efektif	D : <ul style="list-style-type: none"><li>• Warna kulit tampak tidak pucat</li><li>• Akral terasa hangat</li><li>• Terjadi kulit kembali</li></ul>																									
		(0.000)	A : Masalah fungsi																									
			<table><tr><th>No.</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>1.</td><td>Parastezia</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>2.</td><td>Narna kulit pucat</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3.</td><td>Akral</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4.</td><td>Tumor kulit</td><td>5</td><td>5</td></tr></table>		No.	Indikator	IR	ER	1.	Parastezia	5	5	2.	Narna kulit pucat	5	5	3.	Akral	5	5	4.	Tumor kulit	5	5				
No.	Indikator	IR	ER																									
1.	Parastezia	5	5																									
2.	Narna kulit pucat	5	5																									
3.	Akral	5	5																									
4.	Tumor kulit	5	5																									
			P : Menghentikan intervensi																									
9.	10.00	Cangguan	S : Pasien mengatakan sudah mulai nyaman, gatal bertumbuh dan lelah bertumbuh	che.																								
		rasa nyaman	D : <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasien tampak tidak gelisah</li><li>• TD : 128/90 mmHg.</li></ul>																									
		(0.0074)																										



				A : masalah terntasi					
				No.	Indikator	IP	ET		
				1.	Keluhan tidak nyaman	5	5		
				2.	Gelisah	5	5		
				3.	Gatal	5	5		
				4.	lelah	5	5		
				P : menentahkan intervensi					

*Lampiran 1. 5 SAP*

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

- a. Topik : Langkah
- b. Sasaran : Pasien dan keluarga
- c. Waktu : 15 juni 2025
- d. Tempat : Di ruang pasien P2
- e. Tujuan :

1) Tujuan umum : Diharapkan pasien mampu menjelaskan dan menerapkan perawatan yang tepat pada diri sendiri dan anggota keluarga cara mengontrol dm saat dirumah.

2) Tujuan khusus :

Setelah diberikan edukasi diharapkan pasien mampu :

- a. Menjelaskan pengertian dm
- b. Menyebutkan penyebab dm
- c. Menjelaskan cara mengontrol dm saat dirumah
- f. Materi

Diabetes melitus adalah suatu penyakit menahun yang ditandai dengan kadar gula darah melebihi normal. Kadar gula darah sewaktu sama atau lebih dari 200 mg/dL dan kadar gula darah puasa di atas atau sama dengan 126 mg/dL (Fitra et al., 2023).

Untuk mendapatkan mengendalikan kadar gula darah penderita harus melakukan 5 pilar penatalaksanaan yaitu edukasi, penatalaksanaan diet, aktivitas fisik, obat-obatan, pemantauan kadar gula secara mandiri. Diet diabetes melitus adalah metode yang digunakan oleh penderita diabetes untuk mencapai kenyamanan, mencegah komplikasi serius, dan memperbaiki pola makan. Tujuannya adalah menurunkan kadar gula darah mendekati normal melalui penyeimbangan asupan makanan, serta membantu pasien dalam memperbaiki kebiasaan makan dan olahraga untuk kontrol metabolik yang lebih baik. Para penderita diabetes perlu mematuhi makanan yang perlu dikonsumsi dan tidak diantaranya :

1. Makanan yang boleh dikonsumsi

Nasi, gandum, kentang, singkong, ubi, daging rendah lemak, ikan, ayam tanpa kulit.

2. Makanan yang tidak dianjurkan :

Jeroan, otak, daging yang berlemak, makanan siap saji, gula, madu, kue-kue manis, ikan asin, telur asin. (Siregar & Batubara, 2022).

- g. Metode : Ceramah, Tanya Jawab, Diskusi

- h. Kegiatan Penyuluhan

1. Pendahuluan (1 menit): Pengenalan dan menjelaskan tujuan
2. Penyampaian Materi (3 menit): Menjelaskan pengertian, penyebab, cara mengontrol di saat dirumah
3. Diskusi dan Tanya Jawab (2 menit): Mengajak peserta berdiskusi dan menjawab pertanyaan
4. Penutup (1 menit): Penyampaian pesan inti

- i. Evaluasi

1. Persiapan

- a. Sasaran bersedia untuk memulai sesuai waktu yang tersedia

2. Proses

- a. Membuka proses dengan efektif dan memulai dengan waktu yang sudah tersedia
- b. Sasaran pasien dan keluarga sangat antusias dan kooperatif saat sesi bertanya
- c. Petugas melaksanakan sesuai yang direncanakan

3. Hasil

- a. Audienc memahami apa yang disampaikan



*Lampiran 1. 6 Informed concent*

**SURAT PERSETUJUAN PASIEN  
(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya .

Nama : *Agriatun*  
 Umur : *31 th*  
 Agama : *Islam*  
 Pekerjaan : *Pedagang*  
 Alamat : *Bulupayung Rt05/Rw06, kec. Kesugihan, Cilacap*

sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk karya tulis ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap :

Nama Mahasiswa : *Annisa Nurul Fauziah*  
 NIM : *106122008*

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus kelolaan ini, dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, *19 Juni*.....2025


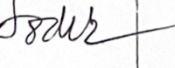


Yang bersangkutan

*( Agriatun )*

## Lampiran 1. 7 Lembar Konsultasi KTI (Log Book)

Lampiran 8 :

## LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

No	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	26/5/2025	<p>GAB 1 model  Implementasi Penelitian/  Dilekasi pada paku  paku perawat yg  dptg mengikat fisis  perawat contoh</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korpas → met fisis</li> <li>- Batul eptip → met keldal  alub + batun yg ke yewe  telap keldal tidak keluar</li> <li>- PMP → u/ keldal baw  P. fisis</li> <li>- Rom akle → u/  mengikat keldal fisis  baw ke paku yg su</li> </ul>	 
2	22/5/2025	<p>Jawablah soal Penelitian/  Artikel jurnal → PMP</p>	 

Lampiran 8 :

## LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)





No	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
3	26/5/2025	<p>626 II</p> <p>Keleua TCOOR 2</p> <p>Keleua Kuepa Taky</p> <p>626 III</p> <p>Perbail</p>	AK
4	28/5/2025	<p>Keleapi</p> <p>- daftar isi</p> <p>- daftar tabel</p> <p>- daftar Kuesioner/Tool</p> <p>- Tool dalam Campiran</p> <p>- format Pekerjaan KAS</p> <p>- Tool PAKR</p>	<p>(C)</p> <p>AK</p> <p>Indel</p>

Lampiran 8 :

## LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

No	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	22/5/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- berikan judul! (Aja kedokteran)</li> <li>- berikan latar belakang dgn fokus alim tersebut (deduktif)</li> <li>- kembali (deduktif) → kal umum → khusus.</li> <li>- from bab II!</li> <li>- bab II frekuensi berat</li> </ul>	(A)
2.	28/5/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bab II frekuensi berat</li> <li>- frekuensi berat</li> <li>- frekuensi berat</li> </ul>	(A)

## LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

No	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	20/6/25	Melanjutkan bab 4 dan 5	
2.	25/6/25	Memperbaiki bab 4 dan 5	
3.	26/6/25	Memperbaiki bab 5, menambahkan halaman, menentukan daftar pustaka.	
4.	30/6/25	See you later.	

Lampiran 8 :

## LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

No	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	20/6/25	peduli / kepedulian latihan : → Edukasi Dkt Dm.	(2)
2.	30/6/25	Ace seminar hari !	(2)