

LAMPIRAN

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian/Pengambilan Data



Fakultas Sekolah Vokasi
Program Studi D-3 Keperawatan

Tegal, 11 Mei 2026

Nomor : 049.03/KTI/ D-3KEP.HN/V/2026
Lampiran : -
Hal : Surat Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth:
Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kota Tegal
Di
Tempat

Sehubungan dengan dilaksanakan Karya Tulis Ilmiah (KTI) di program Studi D III Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Harkat Negeri, dengan ini kami mengajukan permohonan pengambilan data untuk mahasiswa kami yaitu :

NAMA : SITI AISYAH
NIM : 23130076
SEMESTER : VI (ENAM)
JUDUL : IMPLEMENTASI CUKA APEL DALAM MENURUNKAN KADAR
GLUKOSA DARAH PADA PASIEN PENDERITA *DIABETES
MELITUS*
DATA YANG DIAMBIL : DATA PASIEN PENDERITA *DIABETES MELITUS* DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS BANDUNG TEGAL SELATAN KOTA
TEGAL

Demikian surat permohonan ini kami ajukan, mohon kiranya dapat dibantu bagi mahasiswa yang bersangkutan dalam melaksanakan kegiatan ini. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi D III Keperawatan



Ns. Ardhi Henda Karmandika, M. Kep
NIPY. 09.020.453

Lampiran 2 Surat Balasan Izin Penelitian



PEMERINTAH KOTA TEGAL DINAS KESEHATAN

Jl. Proklamasi No. 16 Tegal 52111 Telp./ Fax. (0283)353351

Tegal, 20 Mei 2026

Nomor : 400.14.5.4/473
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pemberian Ijin Penelitian

Yth. Ketua Prodi DIII Keperawatan Harkat Negeri

di

Tempat

Menindaklanjuti surat dari Fakultas Vokasi DIII Keperawatan Universitas Harkat Negeri Nomor 049.03/KTI/D-3KEP.HN/IV/2026 Tanggal 11 Mei 2026 Perihal Permohonan Ijin Penelitian atas nama ;

Nama : Siti Aisyah
NIM : 23130076
Prodi : DIII Keperawatan
Judul : Implementasi Cuka Apel Dalam Menurunkan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Penderita Diabetes Melitus

Pada dasarnya kami memberikan ijin selama masih dalam koridor keilmuan dan sesuai kaidah penelitian yang berlaku.

Demikian untuk menjadi perhatian, disampaikan terimakasih.

Kepala Dinas Kesehatan Kota Tegal



M. ZAENAL ABIDIN, SKM., MM
Pembina Tk I
NIP. 196805141988011001

Tembusan :
1. Kepala Puskesmas Bandung
2. Arsip

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

Lampiran 3 Operasional Prosedur (SOP) Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu (GDS)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMERIKSAAN GULA DARAH SEWAKTU (GDS)	
Pengertian	Pemeriksaan gula darah sewaktu adalah salah satu tes yang dilakukan untuk mengetahui toleransi seseorang terhadap glukosa.
Tujuan	Bahan rujukan untuk menegaskan diagnosis DM secara pasti.
Persiapan Alat dan Bahan	1. Alat periksa gula darah digital (glukometer). 2. Gluko test strip. 3. Lanset. 4. Swab alcohol 70 %. 5. Bengkok/ tempat sampah. 6. Lembar hasil periksa dan alat tulis.
Persiapan Pasien	1. Pastikan identitas klien. 2. Kaji kondisi klien dan KGD sewaktu terakhir. 3. Beritahu dan jelaskan pada klien/ keluarganya tindakan yang dilakukan. 4. Jaga privasi klien.
Prosedur Pelaksanaan	Tahap Orientasi 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya. 2. Perkenalkan nama. 3. Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien/keluarga. Tahap Kerja 1. Berikan kesempatan klien bertanya atau melakukan sesuatu 2. Menanyakan keluhan utama klien. 3. Atur posisi yang nyaman bagi klien.

	4. Masukkan glukosa strip ke dalam glucometer. 5. Masukkan lancet ke dalam lancet device. 6. Bersihkan ujung jari klien yang akan ditusuk lancet dengan alkohol swab. 7. Letakkan lancet device di ujung jari klien, dan tekan lancet device seperti menekan pena. 8. Masukkan darah yang keluar ke dalam glukosa strip (harus searah). 9. Tunggu hingga hasil keluar. 10. Sampaikan hasil GDS pada klien. Tahap Terminasi 1. Evaluasi tindakan yang dilakukan. 2. Berpamitan dengan klien. 3. Bereskan alat-alat yang digunakan. 4. Catat hasil dalam lembar kerja.
--	--

Lampiran 4 Surat Keterangan bebas plagiarisme/ Similarity Check

IMPLEMENTASI CUKA APEL DALAM PENURUNAN KADAR GLUKOSA DARAH PADA PASIEN PENDERITA DIABETES MELITUS.docx

ORIGINALITY REPORT

30%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	repository.stikesrspadgs.ac.id Internet	634 words — 2%
2	pdfcoffee.com Internet	612 words — 2%
3	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet	451 words — 2%
4	repository.poltekkeskupang.ac.id Internet	435 words — 2%
5	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet	380 words — 1%
6	bajangjournal.com Internet	379 words — 1%
7	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet	309 words — 1%
8	eprints.stikesyarsi-pontianak.ac.id Internet	290 words — 1%
9	repository.syekhnuurjati.ac.id Internet	276 words — 1%
10	jurnal.poltekmu.ac.id Internet	259 words — 1%
11	eresources.thamrin.ac.id Internet	230 words — 1%
12	repositori.ubs-ppni.ac.id Internet	

161/183

Lampiran 5 Jadwal Pelaksanaan Penelitian

JADWAL PENELITIAN

Judul KTI: Implementasi Cuka Apel Dalam Penurunan Kadar G;lukosa Darah Pada Pasien Penderita Diabetes Melitus

Tahapan	Sub Tahapan	April 2026				Mei 2026						Juni 2026		Juli 2026	
		6-11	12-18	19-25	26-30	1-5	6-11	12-14	15-20	21-25	26-31	1-25	26-30	1-3	
PERSIAPAN	1. Studi pustaka														
	2. Penyusunan proposal														
	3. Konsultasi dan revisi proposal														
	4. ACC proposal														
	5. Perizinan penelitian														
PENELITIAN	1. Persiapan alat dan bahan														
	2. Penelitian														
	3. Penyusunan asuhan keperawatan														
PENUTUPAN	1. Analisis data														
	2. Penyusunan hasil														
	3. Pembahasan														
	4. Konsultasi dan revisi hasil														
	5. ACC hasil														

Lampiran 6 Lembar Persetujuan Responden (Informed Consent)

INFORMED CONSENT (LEMBAR PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. R. Rahati
Umur : 52 tahun
Alamat : Tegal Selatan.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Diploma III Keperawatan Universitas Harkat Negeri Tegal. Saya telah menerima penjelasan secara rinci mengenai maksud, tujuan, dan prosedur penelitian yang akan dilakukan oleh Siti Aisyah dengan judul **"Implementasi Cuka Apel dalam Penurunan Kadar Glukosa Darah pada Pasien Penderita Diabetes Melitus."**

Dengan ini, saya menyatakan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini secara sukarela, tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Saya juga memahami bahwa informasi yang saya berikan dalam penelitian ini bersifat rahasia dan hanya akan digunakan untuk keperluan pengembangan ilmu keperawatan, serta tidak akan merugikan saya. Oleh karena itu, saya bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini dan berkomitmen untuk mengikuti seluruh prosedur penelitian yang ditetapkan, tanpa adanya tekanan dari pihak manapun.

Tegal, 22 Mei 2026

Peneliti



Siti Aisyah

Responden



(Rahati)

Lampiran 7 Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN DIABETES MELITUS PADA NY. R DIPUSKESMAS TEGAL SELATAN

Pengkajian

1. Data Demografi

a. Biodata Pasien

- 1) Nama : Ny. R
- 2) Usia : 56 Tahun
- 3) Jenis Kelamin : Perempuan
- 4) Agama : Islam
- 5) Diagnosa : Diabetes Melitus
- 6) Pendidikan : SMA
- 7) Pekerjaan : Pedagang
- 8) Alamat Rumah : Tegal Selatan

b. Penanggung Jawab

- 1) Nama : Tn. R
- 2) Hubungan Dgn Klien : Suami
- 3) Usia : 54 Tahun
- 4) Agama : Islam
- 5) Alamat : Tegal selatan

2. Keluhan Utama

Pasien mengatakan datang ke Puskesmas Tegal Selatan untuk mengikuti kegiatan senam diabetik sekaligus melakukan kontrol kesehatan. Saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan memiliki keluhan sering buang air kecil terutama pada malam hari, sering merasa haus, dan terkadang merasa cepat lelah ketika melakukan aktivitas. Hasil pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS) pasien didapatkan 275 mg/dL.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke Puskesmas Tegal Selatan untuk mengikuti kegiatan senam diabetik pada tanggal 22 Mei 2026 pukul 07.00 WIB. Pasien mengeluh sering merasa haus, sering buang air kecil terutama pada malam hari, dan terkadang merasa lemas. Pasien mengatakan keluhan tersebut sudah dirasakan sejak beberapa waktu terakhir dan mengganggu kenyamanan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hasil pemeriksaan menunjukkan nilai GDS 275 mg/dL.

Selain keluhan tersebut, pasien mengatakan mengalami kesulitan memulai tidur, sering terbangun pada malam hari terutama karena ingin buang air kecil. Pasien mengatakan waktu tidur berkurang sekitar 4–5 jam setiap malam. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu TD 155/95 mmHg, Nadi 92 x/menit, RR 22 x/menit, Suhu 36,5°C..

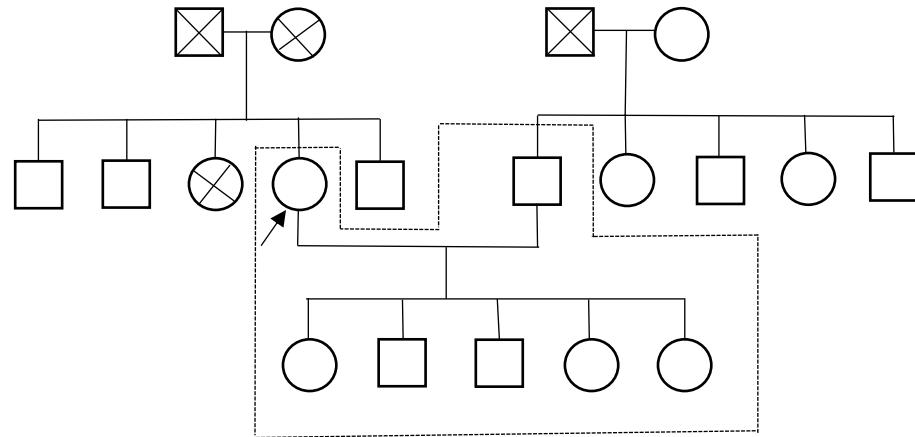
b. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan sudah mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus selama 3 tahun. Selain penyakit dm klien juga mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan vertigo, tidak memiliki riwayat dirawat di rumah sakit, tidak memiliki riwayat operasi, tidak memiliki riwayat alergi obat dan makan-makanan.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan ibunya mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan Diabetes melitus, serta ayahnya meninggal karna mempunyai penyakit stroke.

d. Genogram



Keterangan

	: Laki-laki
	: Perempuan
	: Meninggal
	: Klien
	: Garis pernikahan
	: Garis keturunan
	: Tinggal serumah

4. Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola Nutrisi/Metabolisme

- 1) Intake nutrisi : Pasien mengatakan makan sebanyak 2 kali sehari dengan porsi sedang. Makanan yang dikonsumsi berupa makanan utama dan makanan selingan. Pasien mengonsumsi sumber karbohidrat seperti nasi, sumber protein seperti ayam dan telur, serta lemak dalam jumlah yang cukup. Pasien mengatakan tidak memiliki pantangan makanan tertentu, namun berusaha mengurangi konsumsi makanan yang tinggi gula dan garam sesuai dengan anjuran
- 2) Intake cairan : Pasien mengatakan minum kurang lebih 1,5–2 liter per hari, terutama air mineral. Pasien terkadang mengonsumsi teh,

namun berusaha membatasi konsumsi minuman yang mengandung gula.

- 3) Instruksi diet sebelumnya : Pasien mengatakan telah mendapatkan edukasi dari puskesmas mengenai pengaturan pola makan. Pasien dianjurkan untuk mengatur jadwal makan, memilih makanan dengan gizi seimbang, mengurangi makanan tinggi gula dan garam, serta menjaga porsi makan agar kadar gula darah tetap terkontrol.

(a) Nafsu makan : Pasien mengatakan nafsu makan dalam kondisi normal, pasien tidak mengalami penurunan nafsu makan

(b) Keluhan lain : Pasien tidak mengalami keluhan seperti mual, muntah, sariawan, gangguan pengecap, maupun kesulitan menelan. Pola makan pasien berjalan dengan baik tanpa adanya gangguan.

(c) Alergi makanan : Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan tertentu. Pasien tidak mengalami keluhan seperti gatal-gatal, ruam, atau reaksi alergi setelah mengonsumsi makanan.

(d) Antropometri : BB Sebelum sakit : 58 Kg
BB Setelah sakit : 55 Kg
Tinggi badan : 155 cm
IMT : 22,9 (Normal)

(e) Lain-lain : Tidak ada

b. Pola Eliminasi

1) Eliminasi Alvi

(a) Pola BAB : Pasien buang air besar sebanyak satu kali sehari dengan karakteristik tinja lembek dan berwarna kuning kecoklatan. Pasien tidak mengalami kesulitan buang air besar maupun perubahan pola defekasi.

(b) Masalah BAB : pasien tidak mengalami konstipasi, diare, atau inkontinensia alvi, tidak ada keluhan berkaitan dengan kebiasaan atau kontrol defekasi

(c) Alat bantu : Pasien tidak menggunakan obat pencahar maupun alat bantu lain untuk membantu proses buang air besar

(d) Lain-lain : Tidak ada

2) Eliminasi Urin

(a) Pola BAK : Pasien mengatakan buang air kecil lebih sering dari biasanya, sekitar 8–10 kali sehari terutama pada malam hari. Urin berwarna kuning jernih dengan jumlah urin yang meningkat. Pasien mengatakan sering merasa ingin BAK meskipun sudah berkemih sebelumnya.

(b) Masalah BAK : Pasien mengalami peningkatan frekuensi berkemih (poliuri). Pasien tidak mengalami keluhan seperti nyeri saat BAK, sulit berkemih, maupun adanya darah dalam urin. Keluhan sering BAK dirasakan sejak mengalami peningkatan kadar gula darah.

(c) Alat bantu : Pasien tidak menggunakan alat bantu berkemih seperti kateter. Pasien mampu melakukan aktivitas eliminasi urin secara mandiri.

(d) Lain-lain : Tidak ada

c. Pola Aktivitas – Latihan

1) Mobilitas/ aktivitas kemampuan perawatan diri

Jenis Kemampuan	0	1	2	3	4	5
Makan/ minum						✓
Berpakaian						✓
Mandi						✓
Toileting						✓
Mobilisasi di tempat tidur						✓
Berjalan						✓

Nilai 0 : Bila tidak terlihat kontraksi sama sekali.

Nilai 1 : Bila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan pada sendi.

Nilai 2 : Bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan grafitasi.

Nilai 3 : Bila dapat melawan grafitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan pemeriksaan.

Nilai 4 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang.

Nilai 5 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh.

Alat bantu : Tidak ada

Lain-lain : Tidak ada

2) Respirasi

Masalah dengan pernafasan : Pasien mengatakan tidak mengalami keluhan sesak napas, batuk, maupun gangguan dalam bernapas. Frekuensi dan pola pernapasan dalam batas normal.

Lain-lain : Tidak ditemukan keluhan atau gangguan lain yang berhubungan dengan sistem pernapasan.

3) Sirkulasi

Masalah dengan sirkulasi : Pasien tidak mengalami keluhan seperti nyeri dada, berdebar-debar, pusing berlebihan, maupun pembengkakan pada ekstremitas. Sirkulasi perifer dalam kondisi baik.

Lain-lain : Tidak ditemukan gangguan lain terkait sistem sirkulasi.

d. Pola Istirahat Tidur

- 1) Kebiasaan tidur : Pasien mengatakan memiliki kebiasaan tidur pada malam hari. Pasien biasanya mulai tidur sekitar pukul 23.30 WIB setelah menyelesaikan aktivitas sehari-hari. Pasien mengatakan waktu tidur terkadang tidak menentu karena masih melakukan

aktivitas sebelum tidur. Pasien mengatakan terkadang mengalami kesulitan untuk memulai tidur karena masih memikirkan kondisi kesehatan yang dialami serta masalah keluarga. Pasien juga mengatakan ketika banyak pikiran, pasien membutuhkan waktu lebih lama untuk dapat tertidur.

- 2) Jumlah Tidur : Pasien mengatakan waktu tidur hanya sekitar 4-5 jam setiap malam. Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari dan sulit untuk kembali tidur. Pasien merasa waktu tidurnya berkurang dibandingkan biasanya.
- 3) Yang dirasakan setelah bangun tidur : Setelah bangun tidur, pasien mengatakan tubuh terasa kurang segar dan masih merasa lelah. Pasien mengatakan terkadang merasa mengantuk pada siang hari sehingga aktivitas menjadi sedikit terganggu.
- 4) Masalah dengan tidur : Pasien mengatakan mengalami gangguan tidur berupa kesulitan memulai tidur, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun di malam hari. Pasien mengatakan kondisi tersebut membuat waktu istirahat berkurang dan menyebabkan tubuh terasa kurang bugar saat bangun tidur.
 - (a) Alat bantu tidur : Pasien tidak menggunakan alat bantu tidur seperti obat tidur, aromaterapi, maupun teknik relaksasi. Pasien hanya mengandalkan rasa lelah setelah melakukan aktivitas sehari-hari untuk dapat tertidur.
 - (b) Lain-lain : Tidak ada

e. Pola Kognitif Perseptual

1) Kemampuan panca indera

Penglihatan : Pasien menggunakan alat bantu berupa kacamata untuk membantu penglihatan. Dengan menggunakan kacamata, pasien mampu melihat dengan baik dan jelas. Pasien tidak mengeluh adanya pandangan kabur, buram, maupun silau. Tidak terdapat gangguan penglihatan yang menghambat aktivitas sehari-hari.

Pendengaran : Pasien mampu menangkap suara dalam percakapan normal dengan baik tanpa perlu meminta lawan bicara mengulang pembicaraan. Pasien tidak memiliki keluhan telinga berdenging, gangguan pendengaran, maupun infeksi telinga.

Penciuman : Pasien mampu mengenali berbagai aroma seperti bau makanan, parfum, dan lingkungan sekitar dengan baik. Tidak terdapat keluhan gangguan atau penurunan kemampuan penciuman.

- 2) Kemampuan bicara : Pasien dapat berbicara dengan jelas dan mampu menyampaikan informasi dengan baik. Tidak ditemukan gangguan bicara seperti gagap, pelo, maupun kesulitan dalam mengucapkan kata.
- 3) Kemampuan memahami : Pasien mampu memahami pertanyaan yang diberikan oleh perawat dan memberikan respons yang sesuai. Pasien juga mampu mengikuti instruksi sederhana dengan benar, menunjukkan kemampuan kognitif dan pemahaman dalam batas normal.
- 4) Nyeri : Pasien mengatakan tidak mengalami keluhan nyeri. Pasien tidak merasakan nyeri pada bagian tubuh tertentu dan tampak dalam kondisi nyaman.

Paliatif/ Provokatif : Tidak ada

Qualitatif : Tidak ada

Regio : Tidak ada

Savere : Tidak ada

Time : Tidak ada

- 5) Perubahan Memori : Pasien tidak menunjukkan adanya gangguan memori. Pasien masih mampu mengingat kejadian yang baru maupun kejadian di masa lalu dengan baik. Pasien dapat mengingat nama anggota keluarga, pengalaman penting dalam hidupnya. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan memori jangka pendek dan jangka panjang pasien masih dalam batas normal.

- 6) Orientasi tempat, waktu, orang : Pasien mampu menyebutkan identitas diri dengan benar, mengenali anggota keluarga, mengetahui lokasi saat ini, serta dapat menyebutkan waktu dan tanggal saat dilakukan pengkajian. Pasien menunjukkan orientasi terhadap orang, tempat, dan waktu yang baik serta tidak ditemukan tanda-tanda disorientasi.
 - 7) Lain-lain : Tidak ada
- f. Pola Persepsi - Diri/ Konsep Diri
- 1) Persepsi terhadap diri sendiri : Pasien mengatakan bahwa dirinya tetap merasa berharga dan memiliki peran penting dalam keluarga. Pasien memandang dirinya sebagai pribadi yang kuat dan tetap berusaha menjalankan aktivitas serta perannya sebagai ibu dan istri dengan baik.
 - 2) Kepuasan terhadap citra tubuh : Pasien mengatakan tidak merasa terganggu dengan kondisi fisik maupun perubahan pada tubuhnya saat ini. Pasien menerima kondisi dirinya dan tidak memiliki keluhan terkait bentuk tubuh, berat badan, maupun penampilannya. Pasien merasa penampilannya masih sesuai dengan harapan.
 - 3) Apakah suka berdandan : Pasien mengatakan menyukai kegiatan berdandan, terutama ketika akan keluar rumah atau menerima tamu. Pasien merasa dengan berdandan dapat meningkatkan rasa percaya diri dan membuat dirinya merasa lebih nyaman.
 - 4) Lain-lain : Tidak ada
- g. Pola Peran – Hubungan
- 1) Perubahan Peran : Pasien mengatakan tidak mengalami perubahan peran dalam keluarga maupun lingkungan sekitar. Pasien masih mampu menjalankan tanggung jawabnya sebagai ibu dan istri serta tetap berperan dalam aktivitas sehari-hari
 - 2) Status Pekerjaan : Pasien saat ini masih aktif bekerja membuka toko sembako bersama suaminya. Pasien melakukan aktivitas berjualan setiap hari mulai pukul 07.00 WIB hingga pukul 18.00 WIB. Pasien

tetap menjalankan pekerjaannya dengan baik dan berusaha menyesuaikan aktivitas kerja dengan kondisinya.

- 3) Ketidakmampuan interaksi : Pasien tidak mengalami hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain. Pasien masih mampu menjalin hubungan yang baik dengan keluarga, tetangga, dan lingkungan sekitar.
 - 4) Ketidakmampuan berkomunikasi : Pasien mampu berkomunikasi dengan baik dan efektif. Pasien dapat menyampaikan pikiran maupun perasaannya dengan jelas serta mampu memahami informasi yang diberikan oleh orang lain.
 - 5) Sistem pendukung : Pasien memiliki dukungan yang baik dari keluarga, terutama suami dan anak-anak. Keluarga selalu memberikan dukungan, perhatian, serta membantu pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.
 - 6) Lain-lain : Tidak ada
- h. Pola Seksualitas – Reproduksi
- 1) Dampak sakit terhadap seksualitas : Pasien mengatakan kondisi kesehatannya saat ini tidak mempengaruhi aktivitas seksual bersama pasangan.
 - 2) Usia menarche : Pasien mengatakan mengalami menstruasi pertama kali pada usia 19 tahun.
- i. Menstruasi Terakhir
- 1) Masalah dalam menstruasi : Pasien mengatakan sudah tidak mengalami menstruasi sejak kurang lebih lima tahun terakhir.
 - 2) Hamil : Pasien mengatakan tidak sedang dalam kondisi hamil.
 - 3) Penggunaan kontrasepsi : Pasien mengatakan tidak menggunakan alat atau metode kontrasepsi.
 - 4) Lain-lain : Tidak ada
- j. Pola koping - Toleransi Stres
- 1) Penggunaan sistem pendukung : Pasien mengatakan memiliki dukungan dari keluarga, terutama suami dan anak-anak yang selalu

memberikan bantuan, perhatian, serta dukungan saat pasien menghadapi masalah.

- 2) Stressor sebelum sakit : Pasien mengatakan sebelum mengalami keluhan, pasien sedang banyak memikirkan kondisi kesehatan suaminya yang sedang sakit serta memikirkan biaya pendidikan dan masa depan anak bungsunya. Pasien mengatakan banyaknya pikiran tersebut terkadang membuat pasien merasa cemas dan sulit beristirahat.
- 3) Metode koping yang biasa digunakan : Pasien mengatakan ketika menghadapi masalah, biasanya pasien bercerita kepada suami. Namun, ada beberapa masalah yang terkadang dipendam sendiri. Pasien juga memilih mendekatkan diri kepada Allah SWT dengan cara berdoa dan berdzikir untuk menenangkan pikiran.
- 4) Faktor-faktor yang mempengaruhi koping : Pasien mendapatkan dukungan penuh dari keluarga dan memiliki keyakinan agama yang kuat. Namun, ketika menghadapi banyak pikiran, pasien terkadang merasa kurang fokus dan mengalami keluhan fisik. Pasien mengatakan belum mengetahui cara lain untuk mengatasi keluhan tersebut selain dengan mengonsumsi obat yang diberikan setelah melakukan pemeriksaan di puskesmas.
- 5) Efek penyakit terhadap tingkat stres : Pasien mengatakan kondisi kesehatannya tidak terlalu mempengaruhi tingkat stres yang dirasakan. Pasien masih mampu mengelola stres dengan baik dan berusaha tetap tenang dalam menghadapi kondisi yang dialaminya.
- 6) Penggunaan alkohol dan obat lain untuk mengatasi stres : Pasien mengatakan tidak menggunakan alkohol maupun obat-obatan lain untuk mengatasi stres. Pasien lebih memilih cara yang sehat seperti berdoa dan berusaha menyelesaikan masalah yang dihadapi.
- 7) Kebiasaan emosi sehari-hari : Pasien menunjukkan kondisi emosi yang stabil dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Pasien cenderung

tenang dan tidak mudah merasa tegang ketika menghadapi suatu masalah.

8) Lain-lain : Tidak ada

k. Pola Nilai – Kepercayaan

1) Pengaruh agama dalam kehidupan : Pasien mengatakan bahwa segala sesuatu yang dialami merupakan bagian dari kehendak Allah SWT. Pasien berusaha menerima kondisi yang dialaminya dengan tetap berpikir positif, beribadah, berdoa, dan berserah diri kepada Allah SWT.

2) Kegiatan keagamaan selama sakit : Pasien tetap menjalankan ibadah seperti shalat lima waktu dan berdoa. Pasien tetap berusaha menjalankan aktivitas keagamaan sesuai dengan kemampuan dan kondisinya.

3) Lain-lain : Tidak ada

5. Observasi dan pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : Baik, pasien tampak sadar, kooperatif, dan mampu berkomunikasi dengan baik.

b. Kesadaran

Tingkat kesadaran : (✓) Composmentis () Apatis () Somnolen

() Stupor () Koma

E : 4 V : 5 M : 6

c. Tanda-tanda vital

TD : 150/100 mmHg

RR : 22 x/Menit

Nadi : 92 x/menit

Suhu : 36,5°C

d. Head to toe

1) Kepala (kepala, mata, telinga, hidung, mulut)

Inspeksi

- Kepala : Bentuk kepala simetris, tidak terdapat lesi maupun benjolan. Penyebaran rambut merata, warna rambut hitam bercampur putih, dan kebersihan kepala baik.
- Telinga : Bentuk telinga simetris, kebersihan telinga cukup, pendengaran baik, dan tidak menggunakan alat bantu dengar.
- Mata : Bentuk mata simetris, pergerakan bola mata terkoordinasi, refleks pupil baik, pupil isokor, konjungtiva merah muda, dan sklera berwarna putih. Pasien menggunakan kacamata sebagai alat bantu penglihatan.
- Hidung : Bentuk hidung simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, lubang hidung bersih, tidak terdapat lesi maupun polip, fungsi penciuman baik.
- Mulut : Bentuk mulut simetris, mukosa bibir lembab, tidak terdapat stomatitis, tidak ada pembesaran tonsil, lidah bersih, kebersihan gigi cukup, dan tidak terdapat karies.
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- 2) Leher
- Inspeksi : pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, bendungan vena jugularis tidak ada, dan pergerakan terkoordinasi.
- Palpasi : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid maupun kelenjar getah bening, tidak terdapat nyeri tekan.
- 3) Paru dan dada
- Inspeksi : Bentuk dada simetris, pergerakan dinding dada kanan dan kiri seimbang, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan.
- Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, ekspansi dada kanan dan kiri seimbang

Perkusi : Suara paru sonor
 Auskultasi : Suara napas vesikuler reguler, tidak terdapat wheezing maupun ronchi.

4) Jantung

Inspeksi : Letak ictus cordis terlihat jelas
 Palpasi : Ictus cordis teraba jelas
 Perkusi : Sonor
 Auskultasi : Bunyi jantung I dan II terdengar reguler, tidak terdapat bunyi tambahan.

5) Abdomen

Inspeksi : Tidak ada benjolan, tidak ada lesi
 Auskultasi : Peristaltik usus 18 x/menit
 Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar.
 Perkusi : Terdapat bunyi timpani

6) Punggung

Inspeksi : Punggung tampak simetris, tidak terdapat luka maupun kelainan bentuk.
 Palpasi : Tidak ada benjolan atau pembesaran abnormal, tidak ada nyeri tekan

7) Anus dan genital

Inspeksi : Tidak terdapat kelainan, kebersihan area genital baik.
 Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak teraba pembekakanan atau benjolan (hemoroid), tidak ada kelainan

8) Ekstremitas atas

Kanan/ Dextra: Tidak terdapat edema, tidak terdapat sianosis pada ujung kuku, tidak terdapat lesi. Pergerakan tangan kanan baik dan terkoordinasi. CRT < 2 detik.

Kiri/ Sinistra : Tidak terdapat edema, tidak terdapat sianosis pada ujung kuku, tidak terdapat lesi. Pergerakan tangan kiri baik dan terkoordinasi. CRT < 2 detik.

9) Ekstremitas bawah

Kanan/ Dextra: Tidak terdapat edema, kuku tampak pendek dan bersih, CRT < 2 detik. Pasien mengatakan tidak mengalami keluhan nyeri maupun gangguan rasa pada kaki kanan. Tidak terdapat luka, lesi, maupun kelainan pada kaki kanan. Pergerakan ekstremitas baik dan terkoordinasi.

Kiri/ Sinistra : Tidak terdapat edema, kuku tampak pendek dan bersih, CRT < 2 detik. Pasien mengatakan tidak mengalami keluhan nyeri maupun gangguan rasa pada kaki kiri. Tidak terdapat luka, lesi, maupun tanda infeksi pada kaki kiri. Pergerakan ekstremitas baik dan terkoordinasi.

Diagnosis Keperawatan

Analisis Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Ds : - Pasien mengatakan memiliki riwayat diabetes melitus tipe 2 sejak ±2 tahun. - Pasien mengatakan sering buang air kecil terutama pada malam hari, sering merasa haus dan sering merasa lemas. Do : - Pasien tampak sadar penuh (composmentis). - Nilai GDS : 275 mg/dL - Tanda-tanda vital: TD: 155/95 mmHg Nadi: 92 x/menit RR: 22 x/menit Suhu: 36,5°C - Terdapat riwayat penyakit diabetes melitus tipe 2. - Pasien mengalami peningkatan frekuensi BAK (poliuri).	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	Hiperglikemia : gangguan toleransi glukosa darah

2.	Ds : - Pasien mengatakan mengalami kesulitan untuk tidur. - Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari dan sulit untuk tidur kembali. - Pasien mengatakan waktu tidur berkurang, yaitu sekitar 4–5 jam setiap malam. - Pasien mengatakan setelah bangun tidur tubuh terasa kurang segar dan masih merasa lelah. - Pasien mengatakan terkadang merasa mengantuk pada siang hari. Do : Pasien tampak beberapa kali menguap dan mengantuk selama observasi. Hasil TTV : TD: 155/95 mmHg Nadi: 92 x/menit RR: 22 x/menit Suhu: 36,5°C	Gangguan pola tidur (D.0055)	Kurang control tidur
----	---	------------------------------	----------------------

Perumusan Masalah

No. Dx	Diagnosa Keperawatan	Tgl. Ditemukan	Tgl. Teratasi
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia : gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan lelah, lesu dan kadar glukosa dalam darah tinggi. (D.0017)	22 Mei 2026	
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya control tidur ditandai dengan selit memulai tidur, waktu tidur 4-5 jam, dan klien tampak mengantuk (D.0055)	22 Mei 2026	25 Mei 2026

Perencanaan Keperawatan

Tanggal	No. Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	TTD
22/05/2026	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 1 jam selama 5 hari. Maka Kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : (L.03022) - Koordinasi meningkat - Kadar glukosa darah membaik - Lelah/lesu menurun - Mengantuk menurun - Rasa haus menurun	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor Kadar Glukosa darah, jika perlu 3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 4. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap dan ada atau memburuk 3. Fasilitasi ambulans jika ada hipotensi ortostatik	Ais

			Edukasi 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 4. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, jika perlu 5. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, profesional kesehatan) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian cairan, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu	
22/05/2026	2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 1 jam selama 3 hari. Maka Pola	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur	Ais

		tidur menmbaik dengan kriteria hasil : (L.05045) - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan pola tidur berubah menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga	
--	--	--	---	--

			Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya	
--	--	--	--	--

Implementasi Keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Tindakan Keperawatan	Hasil (Evaluasi Formatif)	TTD
22/05/2026 Hari ke 1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	07.30	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	S : Pasien mengatakan memiliki riwayat DM tipe 2 sejak ± 3 tahun dan terkadang masih sering mengonsumsi makanan/minuman manis. O : Pasien kooperatif, pasien masih belum patuh terhadap diet DM.	Ais
		07.40	Monitor tanda dan gejala hiperglikemia	S : Pasien mengatakan sering buang air kecil terutama pada malam hari dan sering merasa haus. O : Pasien kooperatif, kondisi umum cukup baik, dan terdapat peningkatan frekuensi BAK (poliuri).	Ais
		07.50	Memberikan edukasi mengenai pengelolaan kadar glukosa darah dan penggunaan cuka apel sebagai terapi pendukung	S : Pasien mengatakan belum mengetahui cara mengontrol kadar glukosa darah dengan baik, Pasien mengatakan belum mengetahui manfaat dan cara penggunaan cuka apel sebagai terapi pendukung, Pasien mengatakan bersedia menerima edukasi yang diberikan oleh perawat.	Ais

			serta menjelaskan cara penggunaan cuka apel	O : Pasien tampak kooperatif selama diberikan edukasi, pasien mampu menerima informasi dengan baik. Pasien juga mampu mengulang kembali informasi mengenai pengelolaan kadar glukosa darah dan memahami cara penggunaan cuka apel yang telah dijelaskan.	
		08.10	Memonitor kadar glukosa darah sebelum dilakukan intervensi	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu. O : Hasil pemeriksaan GDS: 275 mg/dL.	Ais
		08.20	Menganjuran menghindari olahraga saat kadar glukosa darah >250 mg/dL	S : Pasien mengatakan sering mengikuti kegiatan senam diabetik. Pasien mengatakan belum mengetahui batas kadar gula darah yang aman untuk melakukan olahraga. O : Pasien mampu memahami penjelasan mengenai pembatasan aktivitas fisik saat kadar glukosa darah meningkat.	Ais
		08.30	Pemberian cuka apel pagi	S : Pasien bersedia mencoba cuka apel sebagai terapi tambahan DM.	Ais

				O : Cuka apel diberikan 2 kali sehari (pagi dan malam), dilarutkan dalam 250 ml air. Pasien kooperatif, tidak ada keluhan mual atau nyeri setelah konsumsi.	
		09.30	Memonitor Kadar Glukosa darah setelah dilakukan terapi	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu. O : Hasil pemeriksaan GDS: 246 mg/dL.	Ais
		18.50	Memonitor kadar glukosa darah sebelum dilakukan intervensi (Malam)	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu. O : Hasil pemeriksaan GDS: 268 mg/dL.	
		19.00	Pemberian cuka apel malam dan Memonitor Kadar Glukosa darah setelah dilakukan terapi	S : Pasien bersedia mencoba cuka apel sebagai terapi tambahan DM. O : Hasil pemeriksaan GDS: 242 mg/dL pada jam 20.00 WIB	
22/05/2026 Hari ke 1	Gangguan pola tidur (D.0055)	08.35	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien (jam tidur, lama tidur, kebiasaan tidur)	S : Pasien mengatakan mengalami kesulitan untuk tidur dan biasanya tidur hanya sekitar 4–5 jam setiap malam, pasien mengatakn tidak tidur siang karena bekerja menjaga tokonnya	Ais

				O : Pasien tampak mengantuk dan beberapa kali menguap saat observasi TD: 140/85 mmHg Nadi: 95 x/menit RR: 20 x/menit Suhu: 36,3°C	
		08.40	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis)	S : Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena ingin BAK dan sulit tidur kembali O : Diketahui pasien memiliki riwayat DM dengan keluhan sering BAK terutama malam hari	Ais
		08.45	Mengidentifikasi makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur	S : Pasien mengatakan terkadang minum teh dan tidak memiliki kebiasaan minum kopi O : Pasien memahami makanan/minuman yang dapat mengganggu tidur	Ais
		08.45	Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi	S : Pasien mengatakan tidak menggunakan obat tidur O : Tidak ditemukan penggunaan obat tidur	Ais

			Memodifikasi lingkungan tidur (mengurangi kebisingan, mengatur kenyamanan tempat tidur)	S : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan lingkungan yang tenang O :	Ais
		19.10	Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	S : Pasien mengatakan memahami bahwa tidur cukup membantu pemulihan tubuh O : Pasien tampak kooperatif, Pasien mampu menjelaskan kembali manfaat tidur cukup	Ais
		19.15	Mengajarkan teknik relaksasi sebelum tidur (tarik napas dalam/relaksasi mendengarkan murotal)	S : Pasien mengatakan bersedia mencoba teknik relaksasi sebelum tidur dan mencoba mendengarkan murotal jika masih belum bisa tidur O : Pasien tampak kooperatif, pasien mampu mengikuti latihan relaksasi	Ais
23/05/2026 Hari ke 2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	08.00	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia.	S : Pasien mengatakan masih sering buang air kecil terutama pada malam hari, namun rasa haus mulai berkurang. Pasien mengatakan masih terkadang merasa lemas.	Ais

				O : Pasien tampak sadar penuh (composmentis), kooperatif, kondisi umum cukup baik. Frekuensi BAK masih meningkat (poliuri).	
		08.05	Memberikan edukasi mengenai pengelolaan kadar glukosa darah, kepatuhan diet, dan pemantauan gula darah mandiri	S : Pasien mengatakan mulai memahami pentingnya menjaga pola makan dan mengontrol kadar gula darah secara rutin. O : Pasien tampak kooperatif dan mampu mengulang sebagian informasi yang diberikan.	Ais
		08.20	Memonitor kadar glukosa darah sebelum dilakukan intervensi	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan kadar gula darah. O : Hasil pemeriksaan GDS: 267 mg/dL.	Ais
		08.30	Pemberian cuka apel (Pagi) dan Memonitor kadar glukosa darah setelah dilakukan intervensi	S : Pasien mengatakan bersedia mengonsumsi cuka apel sebagai terapi pendukung untuk membantu mengontrol kadar gula darah. O : Pasien tidak terdapat keluhan setelah pemberian cuka apel. Hasil pemeriksaan GDS: 245 mg/dL. Jam 09.30 WIB	Ais

		08.30	Memonitor intake dan output cairan serta menganjurkan pemenuhan cairan oral	S : Pasien mengatakan minum air putih cukup setiap hari. O : Mukosa bibir lembab, tidak ditemukan tanda dehidrasi, intake cairan adekuat.	Ais
		19.00	Memonitor kadar glukosa darah sebelum dilakukan intervensi dan Pemberian cuka pel (malem)	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan kadar gula darah, Pasien mengatakan bersedia mengonsumsi cuka apel O : Pasien tampak kooperatif, tidak terdapat keluhan setelah pemberian cuka apel. Hasil pemeriksaan GDS: 258 mg/dL.	Ais
		20.00	Memonitor kadar glukosa darah setelah dilakukan intervensi	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan kadar gula darah. O : Hasil pemeriksaan GDS: 235 mg/dL	Ais
23/05/2026 Hari ke 2	Gangguan pola tidur (D.0055)		Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien (jam tidur, lama tidur, kebiasaan tidur)	S : Pasien mengatakan mulai mencoba menerapkan pola tidur yang lebih teratur. Pasien mengatakan masih terbangun 1–2 kali pada malam hari, namun dapat kembali tidur. Pasien mengatakan tidur malam sebelumnya sekitar 5–6 jam.	Ais

				O : Pasien tampak lebih segar dibanding hari sebelumnya TD: 135/90 mmHg Nadi: 95 x/menit RR: 22 x/menit Suhu: 36,6°C	
			Mengidentifikasi faktor penyebab pasien sulit tidur kembali setelah terbangun	S : Pasien mengatakan sulit tidur kembali setelah BAK karena merasa sudah terbangun sepenuhnya O : Pasien memahami penyebab gangguan tidur	Ais
			Menetapkan jadwal tidur rutin	S : Pasien mengatakan akan mencoba tidur dan bangun pada waktu yang sama setiap hari O : Pasien mampu menyebutkan jadwal tidur yang akan dilakukan	Ais
			Membatasi tidur siang agar tidak mengganggu tidur malam	S : Pasien mengatakan saat siang hari tidak memiliki kebiasaan tidur siang O : pasien tampak kooperatif	Ais
			Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur dengan	S : Pasien mengatakan merasa lebih tenang setelah melakukan relaksasi O : Pasien tampak lebih rileks	Ais

			teknik relaksasi/dzikir sesuai kebiasaan pasien		
			Menganjurkan menghindari minuman yang dapat mengganggu tidur dan mengatur minum menjelang tidur	S : Pasien mengatakan akan mengurangi minum teh malam hari dan tidak minum terlalu banyak sebelum tidur O : Pasien memahami anjuran yang diberikan	Ais
			Memodifikasi lingkungan untuk meningkatkan kenyamanan tidur	S : Pasien mengatakan mencoba membuat suasana kamar lebih nyaman dengan mengurangi kebisingan dan cahaya sebelum tidur. O : Pasien tampak lebih nyaman dan rileks.	Ais
24/05/2026 Hari ke 3	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	08.00	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	S : Pasien mengatakan frekuensi buang air kecil mulai berkurang dibandingkan hari sebelumnya. Pasien mengatakan rasa haus berkurang dan tubuh terasa lebih baik. O : Pasien tampak sadar penuh (composmentis), kooperatif, kondisi umum baik. Tanda hiperglikemia seperti poliuri mulai menurun.	Ais

		08.10	Memonitor kadar glukosa darah sebelum dilakukan intervensi	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan kadar gula darah. O : Hasil pemeriksaan GDS sebelum intervensi: 259 mg/dL.	Ais
		08.15	Memberikan edukasi mengenai pengelolaan kadar glukosa darah, kepatuhan diet, dan aktivitas fisik	S : Pasien mengatakan mulai memahami pentingnya menjaga pola makan, mengurangi makanan/minuman manis, serta melakukan aktivitas fisik secara rutin. O : Pasien tampak memperhatikan edukasi yang diberikan dan mampu menjelaskan kembali cara menjaga kadar gula darah.	Ais
		08.30	Pemberian cuka apel (pagi) dan Memonitor kadar glukosa darah setelah dilakukan intervensi	S : Pasien mengatakan bersedia mengonsumsi cuka apel O : Pasien tampak kooperatif, tidak terdapat keluhan seperti mual atau rasa tidak nyaman setelah pemberian cuka apel. Hasil pemeriksaan GDS setelah intervensi: 241 mg/dL. Jam 09.30	Ais

		08.35	Memonitor intake dan output cairan serta menganjurkan pemenuhan cairan oral	S : Pasien mengatakan tetap memenuhi kebutuhan cairan dengan minum air putih yang cukup. O : Mukosa bibir tampak lembab, tidak terdapat tanda dehidrasi, keseimbangan cairan dalam batas baik	Ais
		19.00	Memonitor kadar glukosa darah sebelum dilakukan intervensi dan Pemberian cuka apel (malam)	S : Pasien mengatakan bersedia mengonsumsi cuka apel sesuai anjuran sebagai terapi pendukung. O : Pasien tampak nyaman dan kooperatif. Tidak ditemukan reaksi atau keluhan setelah pemberian cuka apel. Hasil pemeriksaan GDS sebelum intervensi: 262 mg/dL.	Ais
		20.00	Memonitor kadar glukosa darah setelah dilakukan intervensi	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan kadar gula darah kembali. O : Hasil pemeriksaan GDS setelah intervensi: 237 mg/dL.	Ais
24/05/2026 Hari ke 3	Gangguan pola tidur (D.0055)		Mengevaluasi pola tidur setelah dilakukan intervensi dukungan tidur	S : Pasien mengatakan sudah lebih mudah memulai tidur, jarang terbangun pada malam hari, dan waktu tidur meningkat menjadi sekitar 7-8 jam per malam.	Ais

				O : Pasien tampak lebih segar, tidak sering menguap, dan tidak tampak mengantuk selama observasi.	
			Mengevaluasi efektivitas teknik relaksasi sebelum tidur	S : Pasien mengatakan teknik relaksasi dan mengurangi pikiran sebelum tidur membantu membuat tidur lebih nyaman. O : Pasien mampu menjelaskan kembali cara melakukan relaksasi sebelum tidur. TD: 125/80 mmHg Nadi: 96 x/menit RR: 22 x/menit Suhu: 36,5°C	Ais
			Mengevaluasi kebiasaan tidur dan faktor yang mempengaruhi tidur	S : Pasien mengatakan sudah mulai menerapkan jadwal tidur rutin dan menghindari kebiasaan yang dapat mengganggu tidur. O : Pasien tampak kooperatif dan mampu mempertahankan pola tidur yang lebih baik.	Ais

			Memberikan penguatan edukasi mengenai pentingnya tidur cukup	S : Pasien mengatakan memahami pentingnya menjaga kualitas tidur untuk kesehatan. O : Pasien mampu menerima edukasi dengan baik.	Ais
25/05/2026 Hari ke 4	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	08.30	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	S : Pasien mengatakan sudah jarang merasa haus dan frekuensi buang air kecil mulai kembali normal dibandingkan sebelumnya. Pasien mengatakan rasa lemas berkurang. O : Pasien tampak sadar penuh (composmentis), kooperatif, kondisi umum baik. Tanda hiperglikemia seperti poliuri dan polidipsi mengalami penurunan.	Ais
		08.35	Memonitor kadar glukosa darah sebelum dilakukan intervensi	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan kadar gula darah. O : Hasil pemeriksaan GDS sebelum intervensi: 255 mg/dL	Ais
		08.40	Pemberian cuka apel (pagi) dan Memonitor kadar glukosa darah	S : Pasien mengatakan bersedia mengonsumsi cuka apel O : Pasien tampak kooperatif saat diberikan intervensi. Tidak terdapat keluhan seperti mual,	Ais

			setelah dilakukan intervensi	nyeri perut, atau rasa tidak nyaman setelah pemberian cuka apel. Hasil pemeriksaan GDS setelah intervensi: 238 mg/dL. Jam 09.30	
		08.45	Memonitor intake dan output cairan serta menganjurkan pemenuhan cairan oral	S : Pasien mengatakan tetap memenuhi kebutuhan cairan dengan mengonsumsi air putih yang cukup setiap hari. O : Mukosa bibir tampak lembab, tidak terdapat tanda dehidrasi, keseimbangan cairan dalam batas baik.	Ais
		19.00	Memonitor kadar glukosa darah sebelum dilakukan intervensi dan Pemberian cuka apel (malam)	S : Pasien mengatakan bersedia mengonsumsi cuka apel O : Hasil pemeriksaan GDS sebelum intervensi: 251mg/dL pasien tidak terdapat keluhan seperti mual, nyeri perut, atau rasa tidak nyaman setelah pemberian cuka apel.	Ais

		20.00	Memonitor kadar glukosa darah setelah dilakukan intervensi	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan gula darah kembali. O : Hasil pemeriksaan GDS setelah intervensi: 225 mg/dL.	Ais
26/05/2026 Hari ke 5	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	08.00	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	S : Pasien mengatakan sudah tidak terlalu sering haus, frekuensi buang air kecil sudah berkurang, dan tidak merasa lemas seperti sebelumnya. O : Pasien kooperatif, kondisi umum baik. Tanda hiperglikemia seperti poliuri dan polidipsi mengalami perbaikan.	Ais
		08.10	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	S : Pasien mengatakan bersedia melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri. O : Pasien tampak kooperatif dan memahami anjuran pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri.	Ais
		08.15	Memonitor kadar glukosa darah sebelum dilakukan intervensi	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan kadar gula darah. O : Hasil pemeriksaan GDS sebelum intervensi: 247 mg/dL.	Ais

		08.20	Pemberian cuka apel (pagi) dan Memonitor kadar glukosa darah setelah dilakukan intervensi	S : Pasien mengatakan bersedia mengonsumsi cuka apel O : Pasien tampak kooperatif, tidak terdapat keluhan seperti mual, nyeri perut, atau rasa tidak nyaman setelah pemberian cuka apel. Hasil pemeriksaan GDS setelah intervensi: 226 mg/dL. Jam 09.30	Ais
		08.25	Mengevaluasi seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan	S : Pasien mengatakan memahami cara mengontrol kadar glukosa darah melalui pengaturan pola makan, aktivitas fisik, kontrol rutin, dan mengikuti terapi yang diberikan. Pasien mengatakan memahami bahwa aktivitas fisik perlu disesuaikan dengan kondisi kadar gula darah. O : Pasien kooperatif, pasien mampu menerima informasi yang diberikan, Pasien mampu menjelaskan kembali edukasi yang diberikan selama 5 hari.	Ais
		19.00	Memonitor kadar glukosa darah sebelum dilakukan	S : Pasien mengatakan bersedia mengonsumsi cuka apel	Ais

			intervensi dan Pemberian cuka apel (malam)	O : Hasil pemeriksaan GDS sebelum intervensi: 239 mg/dL. Pasien tampak kooperatif, tidak terdapat keluhan seperti mual, nyeri perut, atau rasa tidak nyaman setelah pemberian cuka apel	
		20.00	Memonitor kadar glukosa darah setelah dilakukan intervensi	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan gula darah kembali. O : Hasil pemeriksaan GDS setelah intervensi: 204 mg/dL.	Ais

Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Evaluasi Sumatif	TTD
22/05/2026 Hari Ke 1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	21.00	S : Pasien mengeluh sering BAK terutama pada malam hari disertai rasa haus. Pasien mengatakan lebih memahami pengelolaan kadar glukosa darah setelah diberikan edukasi dan bersedia menjalankan diet DM serta terapi cuka apel. Pasien tidak mengeluhkan efek samping setelah konsumsi cuka apel. O : Pasien tampak kooperatif selama perawatan dan edukasi. Pasien mampu mengulang kembali informasi yang diberikan, serta bersedia melakukan terapi cuka apel. GDS sebelum intervensi: 275 mg/dL GDS setelah intervensi: 242 mg/dL Tidak ditemukan keluhan mual, muntah, atau nyeri setelah pemberian cuka apel. A : Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi	Ais

			P : Lanjutkan intervensi - Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia. - Memberikan edukasi mengenai pengelolaan kadar glukosa darah, kepatuhan diet, dan pemantauan gula darah mandiri - Memonitor kadar glukosa darah - Pemberian cuka apel hari ke 2 - Memonitor intake dan output cairan serta menganjurkan pemenuhan cairan oral	
	Gangguan pola tidur (D.0055)	21.30	S : Pasien mengatakan masih mengalami kesulitan untuk tidur dan biasanya tidur sekitar 4–5 jam setiap malam. Pasien mengatakan tidak tidur siang karena aktivitas bekerja menjaga toko. Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena ingin BAK dan sulit untuk tidur kembali. Pasien mengatakan memahami pentingnya tidur cukup dan bersedia mencoba teknik relaksasi sebelum tidur. O : Pasien tampak mengantuk dan beberapa kali menguap saat observasi. Pasien tampak kooperatif selama diberikan intervensi. Pasien mampu menjelaskan kembali manfaat tidur cukup dan mampu mengikuti latihan relaksasi. Hasil tanda-tanda vital: TD 140/85 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu	Ais

			36,3°C. Pasien memahami faktor yang dapat mengganggu tidur dan tidak ditemukan penggunaan obat tidur. A : Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi - Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien (jam tidur, lama tidur, kebiasaan tidur) - Mengidentifikasi faktor penyebab pasien sulit tidur kembali setelah terbangun - Menetapkan jadwal tidur rutin - Membatasi tidur siang agar tidak mengganggu tidur malam - Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur dengan teknik relaksasi/dzikir sesuai kebiasaan pasien - Menganjurkan menghindari minuman yang dapat mengganggu tidur dan mengatur minum menjelang tidur - Memodifikasi lingkungan untuk meningkatkan kenyamanan tidur	
23/05/2026 Hari Ke 2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	21.00	S : Pasien mengatakan masih mengalami peningkatan frekuensi buang air kecil terutama pada malam hari, namun rasa haus mulai berkurang. Pasien mengatakan masih terkadang merasa lemas. Pasien mengatakan mulai memahami pentingnya	Ais

			menjaga pola makan, mengontrol kadar gula darah secara rutin, dan bersedia mengikuti penggunaan cuka apel sebagai terapi pendukung. O : Pasien tampak sadar penuh (composmentis), kooperatif, dan mampu menerima edukasi yang diberikan. Pasien mampu mengulang sebagian informasi mengenai pengelolaan kadar glukosa darah. Mukosa bibir tampak lembab, tidak terdapat tanda dehidrasi. Pasien tidak menunjukkan keluhan setelah pemberian cuka apel. GDS sebelum intervensi: 267 mg/dL GDS setelah intervensi: 258 mg/dL A : Masalah Keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi - Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia - Memonitor kadar glukosa darah - Memberikan edukasi mengenai pengelolaan kadar glukosa darah, kepatuhan diet, dan aktivitas fisik - Pemberian cuka apel - Memonitor intake dan output cairan serta menganjurkan pemenuhan cairan oral	
--	--	--	--	--

	Gangguan pola tidur (D.0055)	21.30	S : Pasien mengatakan mulai menerapkan pola tidur yang lebih teratur. Pasien mengatakan masih terbangun 1–2 kali pada malam hari, namun sudah lebih mudah untuk tidur kembali. Pasien mengatakan tidur malam sebelumnya sekitar 5–6 jam. Pasien mengatakan merasa lebih tenang setelah melakukan relaksasi dan akan mencoba mempertahankan kebiasaan tidur yang lebih baik. O : Pasien tampak lebih segar dibandingkan hari sebelumnya, kooperatif, dan mampu mengikuti anjuran yang diberikan. Pasien mampu menyebutkan jadwal tidur rutin dan memahami faktor yang dapat mengganggu tidur. Pasien tampak lebih rileks setelah dilakukan teknik relaksasi. Hasil tanda-tanda vital: TD 135/90 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 22 x/menit, Suhu 36,6°C. A : Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi - Mengevaluasi pola tidur setelah dilakukan intervensi dukungan tidur - Mengevaluasi efektivitas teknik relaksasi sebelum tidur - Mengevaluasi kebiasaan tidur dan faktor yang mempengaruhi tidur - Memberikan penguatan edukasi mengenai pentingnya tidur cukup	
24/05/2026 Hari Ke 3	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	21.00	S : Pasien mengatakan frekuensi buang air kecil mulai berkurang dibandingkan hari sebelumnya. Pasien mengatakan rasa haus berkurang dan kondisi tubuh terasa lebih baik. Pasien mengatakan mulai memahami pentingnya menjaga pola	Ais

			makan, mengurangi makanan/minuman manis, melakukan aktivitas fisik sesuai kondisi, serta bersedia mengikuti pemberian cuka apel sebagai terapi pendukung. O : Pasien tampak sadar penuh (composmentis), kooperatif, Pasien mampu menerima dan menjelaskan kembali edukasi mengenai pengelolaan kadar glukosa darah yang telah diberikan. Mukosa bibir tampak lembab, tidak ditemukan tanda dehidrasi. Pasien tidak menunjukkan keluhan setelah pemberian cuka apel. GDS sebelum intervensi 259 mg/dL GDS setelah intervensi 237 mg/dL. A : Masalah Keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi - Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia - Memonitor kadar glukosa darah - Pemberian cuka apel - Memonitor intake dan output cairan serta menganjurkan pemenuhan cairan oral	
	Gangguan pola tidur (D.0055)	21.30	S : Pasien mengatakan sudah lebih mudah memulai tidur, jarang terbangun pada malam hari, dan waktu tidur meningkat menjadi sekitar 7–8 jam per malam. Pasien mengatakan teknik relaksasi dan mengurangi pikiran sebelum tidur	Ais

			membantu membuat tidur lebih nyaman. Pasien mengatakan sudah mulai menerapkan jadwal tidur rutin dan menghindari kebiasaan yang dapat mengganggu tidur. O : Pasien tampak lebih segar, tidak sering menguap, dan tidak tampak mengantuk selama observasi. Pasien mampu menjelaskan kembali cara melakukan relaksasi sebelum tidur serta memahami edukasi mengenai pentingnya tidur cukup. Hasil tanda-tanda vital: TD 125/80 mmHg, Nadi 96 x/menit, RR 22 x/menit, Suhu 36,5°C. A : Masalah keperawatan Gangguan Pola Tidur teratasi. P : Hentikan intervensi	
25/05/2026 Hari Ke 4	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	21.00	S : Pasien mengatakan keluhan sering haus sudah berkurang dan frekuensi buang air kecil mulai kembali normal dibandingkan sebelumnya. Pasien mengatakan rasa lemas berkurang dan tubuh terasa lebih nyaman. Pasien mengatakan bersedia melanjutkan penggunaan cuka apel. O : Pasien tampak sadar penuh (composmentis), kooperatif, dan kondisi umum baik. Tanda hiperglikemia seperti poliuri dan polidipsi mengalami penurunan. Mukosa bibir tampak lembab, tidak terdapat tanda dehidrasi. Pasien tidak mengalami keluhan seperti mual, nyeri perut, atau rasa tidak nyaman setelah pemberian cuka apel.	Ais

			GDS sebelum intervensi 255 mg/dL GDS setelah intervensi 225 mg/dL. A : Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi - Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia - Memonitor kadar glukosa darah - Memberikan edukasi mengenai pengelolaan kadar glukosa darah, kepatuhan diet, dan aktivitas fisik - Pemberian cuka apel - Memonitor intake dan output cairan serta menganjurkan pemenuhan cairan oral - Mengevaluasi seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan	
26/05/2026 Hari Ke 5	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	21.00	S : Pasien mengatakan sudah tidak terlalu sering haus, frekuensi buang air kecil sudah berkurang, dan tidak merasa lemas seperti sebelumnya. Pasien mengatakan memahami cara mengontrol kadar glukosa darah melalui pengaturan pola makan, aktivitas fisik, kontrol rutin, serta mengikuti terapi yang diberikan. Pasien mengatakan bersedia melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri.	Ais

			O : Pasien tampak kooperatif, kondisi umum baik, dan mampu menerima informasi yang diberikan. Pasien mampu menjelaskan kembali edukasi mengenai pengelolaan kadar glukosa darah yang telah diberikan selama 5 hari. Tanda hiperglikemia seperti poliuri dan polidipsi mengalami perbaikan. Hasil pemeriksaan GDS sebelum intervensi 247 mg/dL dan setelah intervensi 204 mg/dL. Pasien tidak mengalami keluhan setelah pemberian cuka apel. A : Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan. Pasien dianjurkan untuk melanjutkan pemantauan kadar glukosa secara mandiri, menjaga asupan cairan, serta mempertahankan pola hidup sehat melalui diet diabetes melitus dan olahraga teratur.	
--	--	--	--	--

Lampiran 8 Dokumentasi Kegiatan Penelitian

Hari pertama, 22 Mei 2024



Hari Kedua, 23 Mei 2024



Hari Ketiga, 24 Mei 2025



Lampiran 9 Lembar Bimbingan Tugas Akhir

FORM BIMBINGAN TUGAS AKHIRPMBIMBING 1

Identitas Mahasiswa:

Nama : Nia Aisyah
 NIM : 25120076
 Judul TA : Implementasi Cuka Apel Dalam penurunan kadar Glukosa darah pada pasien penderita diabetes melitus

Identitas Pembimbing 1:

Nama : Ns. Ardhi Henda Karmadren, M. Kep
 NIDN :

Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Paraf Pembimbing 1
Selasa 7/ April 2026	Kontak latar belakang Bab 1. Terapi ekstering farmakologi dan non farmakologi kekurangan/kondisi, tentukan terapi ekstering Mekanisme kerja cuka apel dalam menurunkan gds tentukan dampaknya.	
Senin 20/ April 2026	Revisi BAB 2 Harus bisa menghubungkan kenapa cuka apel dapat menurunkan kadar glukosa tambahkan materi cuka apel Bahan aktif apa yang menurunkan glukosa dan Dosis efektif	
20/4 2026	Revisi BAB 3 tambahkan tabel lembar observasi. tambahkan rumus A1c cek gula darah dan cuka apel	
30/4 2026	Revisi BAB 4 tambahkan gambar produk dan merek Rapihkan Dispus	

1/ Mei 2026	Acc PROPOSAL	
29/ Juni 2026	Revisi BAB 4 - Hapus pencetakan - pembaharuan	
30/ Juni 2026	Revisi BAB 4 - Lengkapi daftar - Rapihkan tabel - Lanjut BAB 5	
30/ Juni 2026	Acc Buletin Hauri	

**FORM BIMBINGAN
TUGAS AKHIR PEMBIMBING 2**

Identitas Mahasiswa:

Nama : Siti Aisyah
 NIM : 25130076
 Judul TA : Implementasi Cuka Apel dalam penurunan kadar glukosa
Darah pada pasien penderita diabetes mellitus

Identitas Pembimbing 2:

Nama : Riska Arifin Harnawati, S-ET, M.M(kel)
 NIDN :

Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Paraf Pembimbing 2
12/1 2026	Revisi Bab 1	
30/4 2026	Dapatkan DM presentase (Bab 1) Bab 1) Bagaimana cuka apel & kadar glukosa Bab 1) Populasi sampel, bagaimana cara intervensi ke-pasien	
4/5 2026	Bab 1) ACR Bab 1) dapatkan sehalakan bab 1. baru dicari presentase. Bab 1) Tahapan penelitian ditambahkan Langkah	
5/5 2026	Tata tulis	

6/5 2026	Lengkapi cover & Lampiran	
6/5 2026	Att Proposal	
26/6 2026	Bab 4 Kewiri pakehkan analisis perbandingan sebelum & setelah diberikan cuka apel berserta teori yg mendukung	
30/6 2026	Bab 4 Bab 5 Lengkapi cover & lampiran	
2/7 2026	Bab 4 Att Bab 5 Lengkapi cover & Lampiran	
3/7 2026	KTI Att	

Lampiran 11: Form Revisi Naskah Tugas Akhir

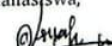
 LEMBAR REVISI UJIAN TUGAS AKHIR (TA)
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI UNIVERSITAS HARKAT NEGERI
AKADEMIK/.....

Nama Mahasiswa : Fiti Aisyah
 NIM : 35140076
 Jenis Tugas Akhir : KTI/ Tim Riset Dosen /Publikasi*
 Judul Tugas Akhir : Implementasi CUKA Apel Terhadap kadar glukosa darah
 Tanggal Sidang TA : 13 Juli 2026
 Ketua/ Penguji 1/ Penguji 2*) : Itoma Maulida, S.KM., M. Edel

NO.	REVISI	TANGGAL REVISI	TANDA TANGAN PENGUJI
1.	Keterbatasan ditambahkan: tidak menyebutkan / menentukan pola makan pasien padahal pola makan berpengaruh terhadap gula darah.	20/7 - 2026. a.c.c.	
2.	penastian pasien DM hanya berdasarkan GDS bukan dengan gula puasa.		
3.	Hasil: ditulis rata-rata kadar gula & perubahannya		

Tegal, 12 Juli 2026.....

Mahasiswa,


 (...Fiti Aisyah.....)
 NIM. 35140076

*Coret salah satu

Lampiran 11: Form Revisi Naskah Tugas Akhir

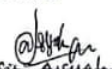
 LEMBAR REVISI UJIAN TUGAS AKHIR (TA)
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI UNIVERSITAS HARKAT NEGERI
AKADEMIK /

Nama Mahasiswa : Siti Aisyah
 NIM : 23180076
 Jenis Tugas Akhir : KTI/ Tm Riset Dosen / Publikasi
 Judul Tugas Akhir : Implementasi Cuka apel terhadap kadar glukosa darah pada pasien
 Tanggal Sidang TA : 13 Juli 2026
 Ketua / Penguji 1/ Penguji 2*) : Ns. Nanda Bachtiar, M. Kep.

NO.	REVISI	TANGGAL REVISI	TANDA TANGAN PENGUJI
1.	Revisi judul	24 Juli 2026	 Ns. Nanda Bachtiar, M. Kep.
2.	BAB I (Rumusan masalah, Tujuan khusus)		
3.	BAB II (Metode milih pada kata asing)		
4.	BAB IV pembahasan - Hasil peneliti - Hasil peneliti sebelumnya - Teori - Asumsi penulis		

Tegal, ...

Mahasiswa,


 (..... Siti Aisyah)
 NIM. 23180076

*Coret salah satu

Lampiran 11: Form Revisi Naskah Tugas Akhir

 LEMBAR REVISI UJIAN TUGAS AKHIR (TA)
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI UNIVERSITAS HARKAT NEGERI
AKADEMIK/.....

Nama Mahasiswa : Siti Aisyah
 NIM : 22120076
 Jenis Tugas Akhir : KTI/ Tm Riset Dosen / Publikasi
 Judul Tugas Akhir : Implementasi Cuka Apel terhadap kadar glukosa darah pada pasien
 Tanggal Sidang TA : 12 Juni 2016
 Ketua / Penguji 1/ Penguji 2*) : Ns. Ardhi Henda Karmandika, M. Kep

NO.	REVISI	TANGGAL REVISI	TANDA TANGAN PENGUJI
1.	<u>Per Rapihan file</u>	<u>30/26</u> <u>1</u> <u>acc</u>	

Tegal, ...

Mahasiswa,

(.....
 NIM. 22120076

*Coret salah satu