

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian

 Universitas Harkat Negeri	Fakultas Sekolah Vokasi Program Studi D-3 Keperawatan
Tegal, 29 April 2026	
Nomor : 025.03/KTI/ D-3KEP.HN/IV/2026 Lampiran : - Hal : <u>Surat Permohonan Ijin Penelitian</u>	
Kepada Yth: Kepala Dinas Kesehatan Brebes 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 : NUR AFNI ASHIFA NIM : 23130006 SEMESTER : VI (ENAM) JUDUL : IMPLEMENTASI KONSUMSI RENDAMAN OKRA DALAM PENURUNAN KADAR GULA DARAH SEWAKTU PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI DESA LIMBANGAN WETAN BREBES	
DATA YANG DIAMBIL : PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2	
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	
Program Studi D-3 Keperawatan, Fakultas Sekolah Vokasi Gedung Utama Ruang A.35 Kampus Pendidikan – Jalan Pendidikan No.1 Kota Tegal WhatsApp: - Surel: d3Keperawatan@harkatnegeri.ac.id	

Lampiran 2 Surat Balasan Izin Penelitian

 **PEMERINTAH KABUPATEN BREBES**
DINAS KESEHATAN DAERAH
Jalan dr. Wahidin Nomor 02 Telepon (0283) 671846 Faksimile (0283) 672125
Laman: dinkesda.brebeskab.go.id, Pos-el: dinkesda@brebeskab.go.id

Nomor : B.02034/800.2/V/2026 Brebes, 7 Mei 2026
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Fasilitasi Penelitian

Yth. Kepala UOBF Puskesmas Brebes

Di
Tempat

Menindaklanjuti surat dari Universitas Harkat Negeri nomor : 025.03/KTI/D-3KEP.HN/IV/2026, tanggal 30 Mei 2026 perihal : Permohonan Izin penelitian, maka akan ada kegiatan penelitian untuk pengambilan data di wilayah kerja UOBF Puskesmas Brebes.

Sehubungan dengan itu, diminta agar puskesmas memfasilitasi mahasiswa tersebut dalam kegiatan penelitian untuk pengambilan data guna menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) sebagai berikut :

Nama : **Nur Afni Ashifa**
NIM : 23130046
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Implementasi Konsumsi Rendaman OKRA Dalam Penurunan Kadar Gula Darah Sewaktu Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Desa Limbangan Wetan Brebes
Waktu : Mei 2026 s.d selesai

Demikian untuk menjadikan periksa guna seperlunya dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

An. Kepala Dinas Kesehatan Daerah Brebes
Sekretaris Dinas Kesehatan Daerah Brebes


dr. Arianida Rosmelani, M.H
Pembina
NIP. 19750325 200801 2 009

Tembusan Kepada Yth :
1. Arsip

Lampiran 3 SOP Pemeriksaan Gula Darah

STANDAR PROSEDUR PEMERIKSAAN GULA DARAH	
Definisi	Pemeriksaan gula darah digunakan untuk mengetahui kadar gula darah seseorang
Tujuan	Untuk mengetahui kadar gula darah sewaktu sebagai indicator adanya metabolisme karbohidrat
Nilai normal gula darah	1. Gula darah puasa : 70-110 mg/dL 2. Gula darah 2 jam PP : < 140 mg/dL 3. Gula darah sewaktu : < 150 mg/dL
Indikasi	1. Pasien yang tidak mengetahui penyakitnya 2. Penderita diabetes melitus tipe 2
Persiapan alat	1. Glucometer/ alat monitor kadar glukosa darah 2. Kapas alcohol 3. Hand scone bila perlu 4. Stik GDA/ strip tes glukosa darah 5. Lanset/ jarum penusuk 6. Bengkok 7. Tempat sampah
Persiapan lingkungan	1. Menjaga privasi klien 2. Sebelum dilakukan Tindakan probandus/orang coba diberi informasi untuk informasi untuk tidak makan (puasa)
Prosedur	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik

	2. Menjelaskan tujuan dan prosedur Tindakan pada keluarga/klien 3. Memberikan kesempatan bertanya 4. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan C. Tahap Kerja 1. Menjaga privasi klien 2. Mencuci tangan 3. Memakai sarung tangan 4. Atur posisi pasien senyaman mungkin 5. Pastikan alat bisa digunakan 6. Pasang stik GDA pada alat glucometer dan otomatia alat akan hidup 7. Mengurut jari yang akan ditusuk (darah diambil dari salah satu ujung jari telunjuk, jari Tengah, jari manis tangan kiri/ kanan) 8. Desinfeksi jari yang akan ditusuk dengan kapas alcohol 9. Menusukkan lanset di jari tangan pasien, dan biarkan darah mengalir secara spontan 10. Tempatkan ujung strip tes glukosa darah (bukan ditetaskan) secara otomatis terserap ke dalam strip 11. Menutup bekas tusukkan lanset menggunakan kapas alcohol 12. Alat glucometer akan berbunyi dan bacalah angka yang tertera pada monitor 13. Keluarkan strip tes glukosa dari alat monitor 14. Matikan alat monitor kadar glukosa darah D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan
--	--

	2. Berpamitan dengan klien 3. Membereskan alat-alat 4. Melepas sarung tangan 5. Mencuci tangan 6. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
--	--

Lampiran 4 SOP Rendaman Okra

Standar Operasional Prosedur Rendaman Okra

Alat dan Bahan :

1. 60 gram okra warna hijau muda dan segar
2. Air matang
3. Gelas bersih
4. Pisau steril
5. Sendok bersih
6. Alat saring
7. Timbangan makanan
8. Gelas ukur

Prosedur kerja :

1.	Buah okra disortir dengan memilih yang segar, lalu dicuci hingga bersih
2.	Potong 1 cm dengan pisau tajam dan steril, buang kedua ujungnya
3.	Timbang 60 gram potongan okra
4.	Taruh potongan okra di gelas yang bersih dan rendam dengan 150 ml air dan ditutup rapat untuk menghindari kuman atau bakteri dan udara luar masuk. Diamkan selama 24 jam.
5.	Rendaman okra disaring untuk mendapatkan mukilago okra
6.	Didapatkan larutan okra 150 ml. air rendaman okra diminum pagi dan sore hari sebelum sarapan yaitu jam 6 pagi dan rendaman okra dibuat setiap hari selama 7 hari pemberian.(Regulasi and Glukosa 2017)

Lampiran 5 Surat Keterangan Bebas Plagiarisme

ORIGINALITY REPORT

20%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	repo.poltekkesbandung.ac.id Internet	845 words — 6%
2	repo.poltekkestasikmalaya.ac.id Internet	532 words — 3%
3	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet	401 words — 2%
4	eprints.untirta.ac.id Internet	288 words — 2%
5	eprints.uad.ac.id Internet	247 words — 2%
6	jofar.afi.ac.id Internet	210 words — 2%
7	ejournal.annurpurwodadi.ac.id Internet	165 words — 1%
8	eprints.stikesmhk.ac.id Internet	152 words — 1%
9	repos.dianhusada.ac.id Internet	120 words — 1%
10	journal.unpad.ac.id Internet	110 words — 1%

Lampiran 6 Jadwal Pelaksanaan Penelitian

[illegible]

Lampiran 7 Lembar Persetujuan Responden

V

206

Lampiran 2 Lembar Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : *Daisah*

Umur : *76 tahun*

Alamat : *Limbangan wetan brebes*

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dan akan memberikan informasi yang dibutuhkan berkaitan dengan penelitian yang berjudul "Implementasi Konsumsi Rendaman Okra dalam penurunan kadar gula darah sewaktu pada pasien diabetes melitus tipe 2 di desa limbangan wetan brebes". Saya tidak mempunyai ikatan apapun dengan peneliti dan apabila saya mengundurkan diri dari penelitian ini saya akan memberitahu sebelumnya. Keikutsertaan saya dalam penelitian ini, tidak dibebani biaya dan konsekuensi lain.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya memahami keikutsertaan saya dalam penelitian ini akan memberikan manfaat dan akan terjaga kerahasiaannya.

Brebes, 08 Mei 2026

Peneliti

[Signature]
Nur Afni Ashifa

Responden

[Signature]
Daisah

Lampiran 8 Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Hari / tanggal : Sabtu, 09 Mei 2026
 Metode : Anamnesa, observasi, dan pemeriksaan fisik
 Pengkaji : Nur Afni Ashifa

a. Data umum

- 1) Nama KK : Ny. D
- 2) Usia : 76 Tahun
- 3) Jenis kelamin : Perempuan
- 4) Suku bangsa : Jawa
- 5) Agama : Islam
- 6) Status perkawinan : Janda mati
- 7) Diagnosa medis: Diabetes Melitus Tipe 2
- 8) Pendidikan : Tidak sekolah
- 9) Alamat : Jl. Sunan gunung jati 4 Rt/Rw 05/03 Kel.limbangan wetan, Kec. Brebes Kab. Brebes

b. Penanggung jawab

- 1) Nama : Ny. R
- 2) Hubungan dgn klien: Anak
- 3) Usia : 41 tahun
- 4) Agama : Islam
- 10) Alamat : Jl. Sunan gunung jati 4 Rt/Rw 05/03 Kel.limbangan wetan, Kec. Brebes Kab. Brebes

2. Riwayat pekerjaan

- a. Status pekerjaan saat ini : Tidak bekerja
- b. Pekerjaan sebelumnya : Ny. D sebelumnya memiliki pekerjaan sebagai pedagang makanan, yaitu berjualan sarapan pagi serta membuat opak untuk dijual. Kegiatan ini dilakukan sebagai sumber penghasilan keluarga sebelum Ny. D tidak lagi aktif bekerja karena kondisi saat ini.

Nama	Alamat	Keterangan
Tn. T	Krandon, kota Tegal	Suami
Ny. D	Limbangan wetan Kab.Brebes	Klien
Tn. S	Limbangan wetan Kab.Brebes	Anak ke 1
Ny. R	Limbangan wetan Kab.Brebes	Anak ke 2
Tn. C	Krandon, Kota Tegal	Anak ke 3

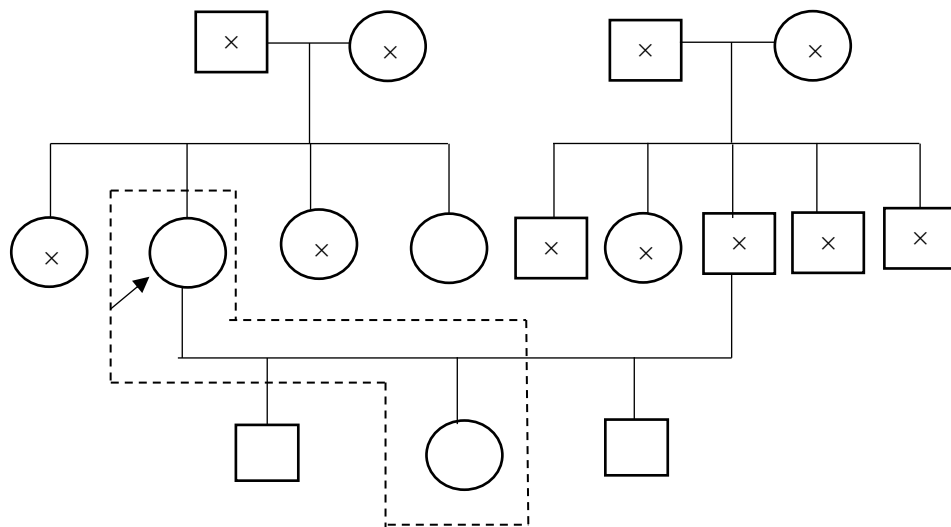
3. Riwayat keluarga

- a. Saudara kandung : Ny. D merupakan anak kedua dari empat bersaudara, seluruhnya perempuan. Saat ini, saudara yang masih hidup adalah Ny. D dan adik bungsunya.
- b. Riwayat kematian dalam lansia (1 tahun terakhir)
 - 1) Nama : Ny. K
 - 2) Usia : 67 tahun
 - 3) Penyebab : Setelah menderita sakit lambung, tipes, dan diabetes.
 - 1) Nama : Tn. S
 - 2) Usia : 67 tahun
 - 3) Penyebab : Penyakit lambung

4. Riwayat Kesehatan

- a. Riwayat penyakit sekarang : Ny. D merupakan lansia dengan riwayat Diabetes Melitus Tipe 2 sejak ± 10 tahun yang lalu dan masih berlangsung hingga saat ini. Pasien lebih banyak melakukan aktivitas ringan di dalam rumah seperti menonton TV dan jarang beraktivitas di luar rumah.
- b. Riwayat penyakit dahulu : Ny. D memiliki riwayat Diabetes Melitus Tipe 2 sejak ± 10 tahun yang lalu. Tidak terdapat riwayat penyakit lain yang bermakna sebelumnya.

- c. Riwayat penyakit keluarga : Terdapat riwayat Diabetes Melitus Tipe 2 dalam keluarga, sehingga menunjukkan adanya faktor genetik atau keturunan terhadap penyakit tersebut.
- d. Riwayat penggunaan obat-obatan : Ny. D mengatakan mengonsumsi obat antidiabetes Amaryl 1 mg, namun dalam 2 minggu terakhir tidak minum obat karena belum dibeli oleh anaknya, sehingga penggunaan obat bergantung pada ketersediaan yang diberikan oleh anak.
- e. Riwayat jatuh/injuri : Ny.D sering terjatuh di kamar mandi karena lantai menjadi licin akibat urine saat berkemih. Dalam beraktivitas dan berjalan, Ny. D menggunakan alat bantu jalan tripod.
- f. Genogram



Keterangan:

□	: Laki-laki
○	: Perempuan
×	: Meninggal
↗	: Klien
	:Garis Keturunan
—	: Garis Pernikahan

-----	: Tinggal serumah
-------	-------------------

5. Pola kebiasaan sehari-hari

a. Personal hygiene

1. Mandi : Ny. D mengatakan mandi sehari sekali saja setiap jam 15.00, Ny. D mengatakan mandi sekali karena tidak kuat karena airnya dingin
2. Oral hygiene : Menggosok gigi mengikuti waktu mandi
3. Cuci rambut : Keramas 2-3 kali seminggu menggunakan sampo.
4. Kuku dan tangan : Anak Ny. D mengatakan bahwa kuku Ny. D dipotong/digunting oleh anaknya secara rutin
5. Kebiasaan mengisi waktu luang : Ny. D mengisi waktu luang dengan menonton televisi di rumah, biasanya dilakukan pada saat sedang beristirahat atau setelah selesai melakukan aktivitas sehari-hari.
6. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan : Ny. D kadang melakukan jalan pagi di depan rumah untuk menjaga kesehatan, namun karena adanya keterbatasan mobilitas, saat ini sudah jarang melakukan aktivitas fisik.
7. Uraian kronologis kegiatan sehari-hari : Ny. D biasanya bangun pagi, kemudian melakukan aktivitas ringan di rumah. Pada siang hari, Ny. D lebih banyak beristirahat atau duduk santai karena keterbatasan aktivitas. Seseekali melakukan kegiatan sederhana di sekitar rumah. Mandi dilakukan sekali sehari pada pukul 15.00, kemudian dilanjutkan dengan makan dan aktivitas ringan seperti menonton televisi atau berbincang dengan keluarga. Pada malam hari Ny. D makan malam, bersantai bersama keluarga, lalu beristirahat dan tidur malam.

6. Pola Kesehatan Fungsional

a. Riwayat Psikososial

Ny. D tinggal bersama keluarga dan mendapat dukungan dari keluarga.

Ny. D masih dapat berkomunikasi dengan baik serta kooperatif saat diwawancarai. Pasien kadang merasa khawatir terhadap kondisi kesehatannya, namun mampu mengatasi stres dengan berdoa dan bercerita kepada keluarga.

b. Riwayat Psikologis

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah anda merasa puas terhadap kehidupan anda selama ini?	√	
2.	Apakah anda susah tidak melakukan kegiatan dan minat/kesenangan anda?		√
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa/kosong?		√
4.	Apakah anda sering merasa bosan?	√	
5.	Apakah anda bersemangat menjalani kehidupan saat ini dan kedepan?	√	
6.	Apakah anda diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat anda keluarkan/ungkapkan?		√
7.	Apakah anda merasa bahagia menjalani kehidupan anda?	√	
8.	Apakah anda merasa sering tidak berdaya?		√
9.	Apakah anda lebih senang tinggal dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?	√	
10.	Apakah anda sering lupa?	√	
11.	Apakah anda merasa hidup ini indah?	√	

12.	Apakah saat ini anda merasa tidak berguna?		√
13.	Apakah anda masih mempunyai kekuatan untuk melakukan kegiatan sehari-hari?		√
14.	Apakah anda merasa tidak mempunyai harapan masa depan?		√
15.	Apakah anda merasa banyak orang lebih baik dari anda?	√	
Total : 8 Tingkat depresi ringan			

Skor 0-4 : Tingkat depresi normal

Skor 5-8 : Tingkat depresi ringan

Skor 9-11 : Tingkat depresi sedang

Skor 12-15 : Tingkat depresi berat

c. Pola nutrisi/ metabolisme

- 1) Intake nutrisi : Frekuensi 3x sehari, Jenis Makanan biasa (nasi, lauk, sayur) makan menggunakan nasi dingin
- 2) Intake cairan : $\pm$ 10 gelas dalam sehari
 - a) Intruksi diet sebelumnya: Sebelum sakit, pasien mengonsumsi makanan sehari-hari tanpa pantangan.
 - b) Nafsu makan : () Normal (√) Meningkat () Menurun
 - c) Keluhan lain : () Mual () Muntah () stomatitis () Penurunan sensasi kecap () Kesulitan menelan
 - d) Alergi makanan : () Ya, ... (√) Tidak
 - e) Lain-lain : Ny. D tidak mengalami keluhan berupa mual, muntah, stomatitis, gangguan sensasi pengecap, maupun kesulitan menelan.

d. Pola eliminasi

- 1) Eliminasi alvi
 - 1) Pola BAB : Frekuensi : 1 kali/hari,

Karakteristik : padat lunak

2) Masalah BAB: (-) Konstipasi (-) Diare (-) Obstipasi

(-) inkontinensia alvi (-) Ostomi

3) Alat bantu : (-) Obat

4) Lain-lain: Pola eliminasi alvi Ny. D menunjukkan frekuensi buang air besar satu kali dalam sehari, biasanya terjadi setiap bangun tidur pada pagi hari. Proses buang air besar dilakukan secara spontan tanpa menggunakan alat bantu maupun obat.

2) Eliminasi urin

4) Pola BAK : Frekuensi $\pm 15x/hari$, Karakteristik urin berwarna kuning jernih, tidak ada nyeri saat BAK

5) Masalah BAK : () Disuria () inkontinensia uri ($\checkmark$) nocturia () oliguri () hematuri ($\checkmark$) poliuri () retensi uri

6) Alat bantu : (-) kateterisasi inwelling (-) kateterisasi intermitten

7) Lain-lain: Pasien mengalami BAK sering ± 15 kali atau lebih dalam sehari, dengan kebiasaan bolak-balik ke kamar mandi. Pasien tidak menggunakan kateterisasi baik inwelling maupun intermiten.

e. Pola aktivitas – Latihan

1) Mobilitas/aktivitas kemampuan perawatan diri

Jenis kemampuan	0	1	2	3	4	5
Makan/ minum						$\checkmark$
Berpakaian						$\checkmark$
Mandi						$\checkmark$
Toileting				$\checkmark$		
Mobilisasi di tempat tidur						$\checkmark$
Berjalan				$\checkmark$		

Nilai 0 : bila tidak terlihat kontraksi sama sekali

Nilai 1 : bila terlihat kontraksi dan tetap 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 : () walker () kruk () kursi roda (√) tripod

Lain-lain : Ny. D mampu melakukan aktivitas sehari-hari, namun masih memerlukan alat bantu jalan berupa tripod saat mobilisasi karena keseimbangan sudah tidak stabil dan Ny. D sering jatuh bila tidak menggunakan alat bantu.

2) Respirasi

Masalah dengan pernafasan : (√) tidak ada () sesak nafas () batuk produktif

Lain-lain : Ny. D tidak mengalami masalah pernapasan, tidak sesak napas, dan tidak terdapat batuk produktif.

3) Sirkulasi

Masalah dengan pernafasan : (-) jantung berdebar (-) pucat (-) kelelahan

Lain-lain : Ny. D tidak mengalami masalah sirkulasi jantung, ditandai dengan tidak adanya keluhan nyeri dada, sesak, maupun gangguan hemodinamik.

f. Pola istirahat tidur

1) Kebiasaan tidur : (√) siang hari: 13.00–16.00 = 3 jam

(√) malam hari, : 22.00–04.00 = 6 jam

jumlah : 9 jam/hari

- 2) Yang dirasakan setelah bangun tidur : (☒) segar (☐) pusing
(☐) mengantuk
- 3) Masalah dengan tidur : (-) insomnia intermitten (-) insomnia terminal (-) insomnia intial (-) mimpi buruk
- 1) Alat bantu tidur : (☒) tidak ada (☐) ya,...
- 2) Lain-lain : Pola tidur pasien terdiri dari tidur siang selama 3 jam (pukul 13.00–16.00) dan tidur malam selama 6 jam (pukul 22.00–04.00), sehingga total durasi tidur 9 jam per hari. Pasien mengatakan setelah bangun tidur merasa segar dan tidak ada keluhan pusing maupun mengantuk berlebihan. Tidak terdapat gangguan tidur serta pasien tidak menggunakan alat bantu tidur
- g. Pola kognitif perseptual
- 1) Kemampuan panca Indera
- a) Penglihatan : (☒) normal (☐) tidak
- b) Pendengaran : (☐) normal (☒) tidak
- c) Penciuman : (☒) normal (☐) tidak,...

Table 8 Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)

No.	Pertanyaan	Nilai
1.	Tanggal berapa hari ini?	S
2.	Hari apa sekarang?	B
3.	Apa nama tempat ini?	B
4.	Dimana Alamat anda?	B
5.	Berapa umur anda?	S
6.	Kapan anda lahir?	S
7.	Siapa Presiden Indonesia sekarang?	S
8.	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	B
9.	Siapa nama ibu anda?	B

10.	Kurangi 3 dari 20 & tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara berurutan?	S
Jumlah Jawaban Salah		4 (Kerusakan Intelektual Ringan)

1. Skor : salah 1 (fungsi Intelektual utuh)
 2. Skor 0-3 : fungsi intelektual utuh
 3. Skor 4-5 : kerusakan intelektual ringan
 4. Salah 6-8 : kerusakan intelektual sedang
 5. Salah 9-10 : kerusakan intelektual berat
- 2) Kemampuan bicara : (✓) normal () gagap () afasia
- 3) Kemampuan memahami : () baik (✓) kurang () cukup
- 4) Nyeri : (✓) tidak ada () akut () kronik
- Paliatif : -
- Qualitative : -
- Regio : -
- Savere : -
- Time : -
- Penatalaksanaan nyeri sebelumnya (jika ada): -
- 5) Perubahan memori : (✓) normal () tidak,..
- 6) Orientasi tempat, waktu, orang : Ny. D mampu mengenali dan menyebutkan tempat, waktu, serta orang dengan baik. Pasien mengetahui keberadaan dirinya saat ini, dapat memperkirakan waktu (hari/jam secara umum), serta mengenali orang-orang di sekitarnya seperti keluarga. Orientasi Ny. D dalam keadaan baik.
- 7) Lain-lain : Kemampuan panca Indera penglihatan dan penciuman normal, Fungsi pendengaran tidak dalam kondisi normal. Bicara normal, namun kemampuan memahami kurang. Pasien tidak merasakan nyeri. Memori dalam batas normal. Pasien berorientasi baik terhadap tempat, waktu, dan

orang, mengenali diri, keluarga, serta lingkungan sekitarnya dengan baik.

h. Pola persepsi-diri/ konsep diri

- a. Persepsi terhadap diri sendiri : (✓) Positif () Negatif
- b. Kepuasan terhadap citra tubuh: (✓) Ya () Tidak
- c. Apakah suka berdandan : (✓) Ya () Tidak
- d. Lain – lain : Pasien memiliki persepsi diri yang positif dan merasa puas dengan citra tubuhnya. Pasien merawat diri dengan baik, namun berdandan hanya dilakukan saat akan mengikuti pengajian. Pasien juga sering bolak-balik ke kamar mandi karena frekuensi BAK meningkat, kadang urin mengenai pakaian sehingga menimbulkan bau pesing.

i. Pola Peran - Hubungan

- a. Perubahan peran : () Ya (✓) Tidak
- b. Status pekerjaan : () Bekerja (✓) Tidak bekerja
() Ketidakmampuan jangka pendek () Ketidakmampuan jangka Panjang
- c. Sistem pendukung : () Tidak ada (✓) Ada, keluarga
- d. Lain – lain : Pasien tidak mengalami perubahan peran, tidak bekerja, dan memiliki sistem pendukung dari keluarga yang membantu kebutuhan sehari-hari.

j. APGAR keluarga

Table 9 APGAR Keluarga

No.	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang (1)	Tidak Pernah (0)
1.	Saya puas bahwa saya dapat Kembali pada keluarga (teman-teman) untuk membantu saya pada	2		

	waktu saya mendapatkan kesusahan (Adapation)			
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya, untuk membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya (Pathnership)	2		
3.	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya, menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru (Growt)	2		
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya, mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah,sedih, atau mencintai (Action)	2		
5.	Saya puas dengan keluarga (teman-teman) saya,dan saya menyediakan waktu bersama-sama (Resolve)	2		
Total :10 Tidak terjadi disfungsional				

Skor 5 : terjadi disfungsi keluarga tingkat menengah

Skor <3 : terjadi disfungsi keluarga tingkat tinggi

Skor 4-6 : terjadi disfungsi keluarga tingkat menengah

Skor >6 : tidak terjadi disfungsional

k. Pola Seksualitas – Reproduksi

- a. Dampak sakit terhadap seksualitas : (✓) Tidak ada () Ada
- b. Usia menarche : 45 tahun

l. Menstruasi terakhir

- 1) Masalah dalam menstruasi : (✓) Tidak ada () Ya.
- 2) Hamil : (✓) Tidak ada () Ya, Bulan
- 3) Penggunaan kontrasepsi : (✓) Tidak ada () Ya,....
- 4) Lain – lain : Ny. D saat ini sudah lanjut usia sehingga tidak mampu lagi untuk hamil.

m. Pola Koping-Toleransi Stres

- a. Penggunaan sistem pendukung : () Tidak ada (✓) Ada, keluarga
- b. Stressor sebelum sakit : Sebelum sakit, tidak ditemukan adanya stres atau masalah yang menonjol yang dapat memicu kondisi pasien saat ini.
- c. Metode koping yang biasan digunakan
 - 1) Faktor-faktor yang mempengaruhi koping : Ny. D menunjukkan koping yang baik (adaptif), ditandai dengan kebiasaan berdoa serta adanya semangat dan motivasi untuk sembuh dari penyakit yang dialami.
 - 2) Efek penyakit terhadap tingkat stress : (✓) Tidak () Ya,...
 - 3) Penggunaan alkohol dan obat lain untuk mengatasi stress (✓) Tidak () Ya,....
 - 4) Kebiasaan emosi sehari-hari : (✓) Santai () Tegang
 - 5) Lain – lain : Ny. D menunjukkan koping adaptif dengan berdoa, memiliki semangat untuk sembuh, tidak menggunakan obat untuk penghilang stres, serta emosi sehari-hari cenderung tenang dan santai.

n. Pola Nilai-Kepercayaan

- 1) Pengaruh agama dalam kehidupan : Pengaruh agama pada Ny. D terlihat positif, ditandai dengan kebiasaan berdoa yang membantu Ny.D merasa lebih tenang dan memperkuat semangat untuk sembuh

- 2) Kegiatan keagamaan selama sakit : Kegiatan agama Ny. D yaitu aktif mengikuti pengajian di masjid, yang memberikan ketenangan dan meningkatkan semangat serta motivasi dalam menghadapi penyakit.
- 3) Lain – lain : Pengaruh agama pada Ny. D bersifat positif, ditandai dengan kebiasaan berdoa serta tetap aktif mengikuti pengajian di masjid selama sakit, yang membuat Ny. D lebih tenang dan meningkatkan semangat serta motivasi untuk sembuh.
7. Observasi Dan Pemeriksaan Fisik
- f) Keadaan Umum : Baik
- g) Kesadaran
- Tingkat Kesadaran : (√) Composmentis () Apatis () Somnolen
() Stupor () Koma () Gelisah
- E: 4 M : 5 V: 5
- h) Tanda-tanda vital
- (1) TD : 133/87 mmHg
- (2) Nadi : 87x/menit
- (3) RR : 22x/menit
- (4) Suhu : 36 c
- (5) BB/TB : 60/156
- i) Head to toe
- (1) Kepala (Kepala, mata, telinga, hidung, mulut)
- 1) Inspeksi
- a) Kepala : Bentuk kepala simetris, tidak terdapat luka, benjolan, maupun kelainan.
- b) Telinga : Bentuk simetris, tidak ada sekret, tidak tampak kelainan.
- c) Mata : Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.

d) Hidung : Simetris, tidak terdapat sekret, tidak ada kelainan bentuk.

e) Mulut : Mukosa bibir tampak lembab, tidak ada sariawan atau kelainan.

(2) Palpasi : Pada pemeriksaan palpasi kepala Ny. D, tidak ditemukan nyeri tekan, benjolan, massa, maupun pembengkakan pada kepala, telinga, mata, hidung, dan area mulut; kondisi teraba normal.

(3) Leher

1) Inspeksi : Leher tampak simetris, tidak terdapat pembesaran, tidak ada benjolan, dan tidak tampak penggunaan otot bantu napas.

2) Palpasi : Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening maupun tiroid, tidak terdapat nyeri tekan.

(4) Paru dan dada

(a) Inpeksi : Dada tampak simetris, pergerakan dinding dada kanan dan kiri seimbang, tidak tampak retraksi maupun penggunaan otot bantu napas.

(b) Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, ekspansi dada kanan dan kiri simetris.

(c) Perkusi : Bunyi perkusi sonor pada kedua lapang paru.

(d) Auskultasi : Suara napas vesikuler, tidak terdapat suara napas tambahan (wheezing/ronki).

(5) Jantung

(a) Inspeksi : Iktus kordis tidak tampak menonjol, tidak ada heave atau pulsasi abnormal pada area precordium.

(b) Palpasi : Iktus kordis teraba pada ICS V linea midklavikula sinistra, tidak terdapat nyeri tekan.

(c) Perkusi : Batas jantung dalam batas normal.

- (d) Auskultasi : Bunyi jantung S1 dan S2 terdengar reguler, tidak terdapat murmur atau bunyi tambahan.

(6) Abdomen

- (a) Inspeksi : Abdomen tampak besar akibat penumpukan lemak, tidak terdapat nyeri tekan., simetris, tidak terdapat distensi atau luka.
- (b) Auskultasi : Bising usus terdengar normal.
- (c) Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak teraba massa.
- (d) Perkusi : Terdapat bunyi timpani pada beberapa area abdomen.

(7) Perkemihan

- (a) Warna urin : Kuning jernih, tidak terdapat perubahan warna yang mencurigakan seperti merah, coklat, atau keruh
- (b) Jumlah urin : sedikit setiap kali berkemih, namun frekuensi BAK cukup sering
- (c) Nyeri saat BAK : tidak ada, Ny. D mengatakan tidak merasakan nyeri atau ketidaknyamanan saat BAK
- (d) Hematuria : tidak ada, Ny. D tidak pernah melihat adanya darah yang bercampur dengan urin
- (e) Rasa terbakar saat BAK : Tidak ada, Ny. D mengatakan saat berkemih tidak terasa panas atau perih
- (f) Perasaan tidak lampias : Ya, Ny. D mengeluhkan saat BAK masih merasa urin belum keluar seluruhnya sehingga terasa kurang tuntas
- (g) Mengompol : Ya, Ny. D mengatakan tidak mengompol namun ketika belum sampai kamar mandi kencingnya sudah keluar duluan
- (h) Tidak bisa BAK : Tidak, Ny.D masih dapat berkemih secara mandiri tanpa hambatan yang berarti

- (i) Temuan/keluhan lainnya: Tidak ada keluhan lain yang berhubungan dengan sistem perkemihan selama pengkajian

(8) Punggung

- (a) Inspeksi : Punggung tampak simetris, tidak terdapat kelainan bentuk atau luka.
- (b) Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan maupun benjolan.

(9) Anus dan Genital

- (a) Inspeksi : Tidak terdapat kelainan, kemerahan, atau luka
- (b) Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan atau massa abnormal.

(10) Ekstremitas atas

- (a) Kanan/ Dekstra: ekstremitas atas kanan tampak simetris, dapat digerakkan secara aktif, kekuatan otot baik, tidak terdapat nyeri, bengkak, deformitas, maupun keterbatasan rentang gerak
- (b) Kiri/ sinistra : ekstremitas atas kiri tampak simetris, dapat digerakkan secara aktif, kekuatan otot baik, tidak terdapat nyeri, bengkak, deformitas, maupun keterbatasan rentang Gerak

(11) Ekstremitas bawah

- (a) Kanan/dekstra: Gerakan terbatas, kekuatan otot menurun, keseimbangan tidak stabil saat berdiri.
- (b) Kiri/sinistra : Gerakan terbatas, kekuatan otot menurun, perlu alat bantu saat mobilisasi.

8. Aktivitas dan Latihan

Table 10 Kemampuan lansia dalam perawatan diri

Aktivitas	0	1	2	3	4
Mandi	√				
Berpakaian	√				

Mobilisasi di tempat tidur	√				
Pindah	√				
Ambulasi	√				
Naik tangga					√
Belanja					√
Memasak					√
Merapikan rumah					√

Skor :

- 0 : Mandiri
- 1 : Dibantu Sebagian
- 2 : Perlu bantuan orang lain
- 3 : Perlu bantuan orang lain dan alat
- 4 : Tergantung/ tidak mampu

9. Kognitif dan perseptual

a. Status mental :

1) Status mental :

- a) Tingkat kesadaran : compos mentis
- b) Afasia :
- c) Dimensia : ☒ Ya, ☐ Tidak
- d) Orientasi :

A. ANALISIS DATA

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: Ny. D mengeluh sering mengantuk setelah makan. Selain itu, Ny. juga merasa cepat lapar kembali beberapa saat setelah makan dan sering merasakan haus sehingga lebih sering minum dari biasanya. Keluhan-keluhan tersebut	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	Resistensi Insulin

	dirasakan cukup sering dan mulai mengganggu aktivitas sehari-hari. DO : GDS : 468 mg/dL TD : 133/87 mmHg Nadi : 87 x/menit Suhu : 36,2 c		
2.	DS : Ny. D mengatakan sulit menahan BAK dan urine sering keluar sedikit-sedikit tanpa disadari saat bergerak. Ny.D juga mengatakan pengeluaran urine tidak tuntas dan terkadang mengalami kebocoran urine. DO : Frekuensi BAK lebih dari 20 kali sehari, pasien sering bolak-balik ke kamar mandi, serta pakaian atau tempat tidur terkadang basah akibat kebocoran urine atau tidak mampu menahan kencing.	Inkontinensia urin urgensi	Penurunan kapasitas kandung kemih
3.	DS : Ny. D mengeluh mudah kehilangan keseimbangan saat berdiri atau berjalan, sehingga membutuhkan bantuan alat bantu tripod saat mobilisasi. Ny. D juga menyampaikan pernah beberapa kali sempat terpeleset akibat lantai yang	Risiko Jatuh	Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa)

	basah oleh urin yang tercecerc saat berkemih sendiri. DO : Ny. D menggunakan alat bantu jalan (tripod) saat mobilisasi, Ny.D berjalan dengan tubuh masih terlihat sempoyongan meskipun sudah menggunakan alat bantu jalan tripod		
--	--	--	--

B. PERUMUSAN MASALAH

No. Dx	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi
(D.0027)	Ketidakstabilan kadar glukosa darah. Berhubungan dengan Resistensi Insulin	10 Mei 2026	16 Mei 2026
(D.0045)	Inkontinensia urin urgensi berhubungan dengan Penurunan kapasitas kandung kemih	10 Mei 2026	16 Mei 2026
(D.0143)	Risiko jatuh ditandai dengan Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa)	10 Mei 2026	16 Mei 2026

C. PERANCANAAN KEPERAWATAN

Tgl	No. Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	TTD
10/05/26	1.	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 6x24 jam. Masalah keperawatan kestabilan kadar	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi :	Afni

		glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1. Mengantuk menurun 2. Lelah menurun 3. Rasa lapar menurun 4. Rasa haus menurun 5. Kadar glukosa darah membaik 6. Jumlah urin membaik	3. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan) 4. Monitor kadar glukosa darah 5. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria) 6. Monitor intake dan output cairan Terapeutik : 1. Berikan asupan cairan oral 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 pengelolaan diabetes (mis. monitor asupan	
--	--	---	---	--

			cairan, penggantian karbohidrat)	
10/05/26	2.	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 6x24 jam. Masalah keperawatan kontinensia urin membaik dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mengontrol pengeluaran urine meningkat 2. Nocturia menurun 3. Dribbling menurun 4. Verbalisasi pengeluaran urine tidak tuntas menurun 5. Pengeluaran menunda pengeluaran urine membaik 6. Frekuensi membaik 7. Sensasi membaik	Perawatan inkontinensia urine Observasi : 1. Identifikasi penyebab inkontinensia urine (mis. Usia, gangguan fungsi kognitif) 2. Identifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urin yang dialaminya 3. Monitor kebiasaan BAK Terapeutik 1. Bersihkan genital dan kulit sekitar secara rutin 2. Berikan pujian atas keberhasilan mencegah inkontinensia Edukasi 1. Jelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia urin	

			2. Jelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih 3. Anjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur 4. Ajarkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urin 5. Anjurkan minum min. 1500cc/hari, jika tidak kontraindikasi 6. anjurkan konsumsi buah dan sayur untuk menghindari konstipasi	
10/05/26	3.	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 6x24 jam. Masalah keperawatan Tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil : b. Jatuh saat berdiri menurun c. Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan jatuh : Observasi : 1. Identifikasi factor Risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun) 2. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan Risiko jatuh (mis. Lantai licin) Terapeutik :	

		d. Jatuh saat dikamar mandi menurun	1. Orentasi ruangan pada pasien dan keluarga 2. Gunakan alat bantu (mis. Tripod) Edukasi : 1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 2. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 3. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	
--	--	--	---	--

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**HARI PERTAMA**

Tgl	Dx. Kep	Jam	Tindakan keperawatan	Hasil (evaluasi formatif)	TTD
10/05 /26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.00	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan)	S : Ny. D mengatakan kadar gula darah sering naik turun, mudah lemas, sering haus, dan sering BAK. O : kadar glukosa tidak stabil GDS 468 mg/dL	Afni
10/05 /26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.15	Monitor kadar glukosa darah	S : Ny. D mengatakan kadar gula darah memang sering naik turun O : GDS : 468 mg/dL	Afni
10/05 /26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.18	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria)	S : Ny. D mengatakan sering BAK setiap hari, sering merasa haus, dan mudah lelah. O : Tampak frekuensi BAK meningkat (poliuria) setiap hari.	Afni

10/05 /26	Ketidaksta bilan kadar glukosa darah	07.30	Memonitor intake dan output cairan	S : Ny. D mengatakan bersedia dilakukan pemantauan asupan dan pengeluaran cairan serta kooperatif selama pengkajian. O : Asupan cairan oral sekitar ± 10 gelas per hari dan output BAK sekitar ± 15 kali per hari dengan jumlah urine sedikit setiap kali berkemih ($\pm \frac{1}{2}$ gelas per kali ± 100 mL, Total asupan cairan ± 2 liter/hari dan total output urine $\pm 1,5$ liter/hari.	Afni
10/05 /26	Ketidaksta bilan kadar glukosa darah	07.35	Memberikan asupan cairan oral (rendaman okra)	S: Ny. D mengatakan bersedia mengonsumsi rendaman okra sebagai tambahan asupan cairan oral dan mengatakan ingin membantu	Afni

				mengontrol kadar gula darah. O: Ny. D tampak mengonsumsi dan menghabiskan asupan cairan oral berupa rendaman okra sebelum sarapan pagi sesuai anjuran.	
10/05 /26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	08.00	Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL	S : Ny. D mengatakan memahami anjuran untuk tidak melakukan olahraga ketika kadar glukosa darah tinggi dan bersedia mengikuti arahan. O : Ny. D tampak memahami anjuran yang diberikan terkait penghindaran olahraga saat kadar glukosa darah naik	Afni
10/05 /26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	10.00	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	S : Ny. D mengatakan memahami anjuran untuk memantau	Afni

				kadar glukosa darah secara mandiri di rumah dan bersedia melakukannya. O : Ny. D tampak memahami anjuran untuk melakukan monitoring kadar glukosa darah secara mandiri.	
10/05 /26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	11.30	Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Ajarkan pengelolaan diabetes (mis.monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat)	S : Ny. D juga mengatakan kadang mengganti sumber karbohidrat dengan ubi. O: Ny.D memahami dan mampu menjelaskan kembali sebagian edukasi terkait diet diabetes, termasuk penggantian sumber karbohidrat dengan ubi.	Afni
10/05 /26	Inkontinensia Urin Urgensi	12.30	Mengidentifikasi penyebab inkontinensia urine (mis. Usia,	S : Anak Ny. D mengatakan saat ingin BAK, urine sering sudah keluar	Afni

			gangguan fungsi kognitif)	sebelum sampai ke toilet. O : Urine keluar sebelum pasien mencapai toilet, frekuensi BAK meningkat.	
10/05 /26	Inkontinensia urin urgensi	13.00	Mengidentifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urin yang dialaminya	S : Ny. D mengungkapkan tidak nyaman karena sering mengompol, serta mengatakan kadang urine keluar tanpa terasa. O : Ny.D tampak kooperatif saat membicarakan masalah eliminasi urin.	Afni
10/05 /26	Inkontinensia urin urgensi	13.20	Memonitor kebiasaan BAK	S : Ny. D mengatakan pola BAK tidak teratur dan sering tiba-tiba ingin berkemih. O : Pola eliminasi urin tidak terjadwal, terdapat peningkatan	Afni

				frekuensi BAK disertai urgensi.	
10/05 /26	Inkontinensia urin urgensi		Membersihkan genital dan kulit sekitar secara rutin	S : Ny. D mengatakan sering membersihkan area genital setelah BAK O : Ny. D mampu membersihkan area genital secara mandiri	Afni
10/05 /26	Inkontinensia urin urgensi		Memberikan pujian atas keberhasilan mencegah inkontinensia	S : Ny. D mengatakan masih belum bisa mengontrol BAKnya, tetapi berusaha menahan BAKnya saat ada dorongan berkemih O : Ny. D tampak kooperatif	Afni
10/05 /26	Inkontinensia urin urgensi		Menjelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia urin	S : keluarga dan Ny. D mengatakan memahami apa yang dijelaskan peneliti O : keluarga dan ny. d tampak memahami apa yang dijelaskan	Afni

10/05 /26	Inkontinen sia urin urgensi		Menelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih	S : Ny. D mengatakan agar mempermudah proses berkemih setiap hari menggunakan daster O : Ny. d tampak menggunakan daster selama perawatan untuk memudahkan eliminasi urin	Afni
10/05 /26	Inkontinen sia urin urgensi		Menganjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur	S : Ny. D mengatakan setiap hari selalu merasa haus dan lapar O : Ny. D tampak sering mengonsumsi air putih	Afni
10/05 /26	Inkontinen sia urin urgensi		Mengajarkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urin	S : anak Ny.d mengatakan siap diajarkan cara memantau cairan yang keluar dan masuk O : tampak kooperatif	Afni

10/05 /26	Inkontinen sia urin urgensi		Menganjurkan minum min. 1500cc/hari, jika tidak kontraindikasi	S : ny. d mengatakan setiap hari selalu mengkonsumsi air putih dengan menggunakan gelas gede (cuntang gede) O : terdapat 1 gelas besar berisi air putih penuh ± 500ml	Afni
10/05 /26	Inkontinen sia urin urgensi		Menganjurkan konsumsi buah dan sayur untuk menghindari konstipasi	S : ny. d mengatakan setiap hari selalu mengkonsumsi sayur2an O : anak ny.d tampak sering membelian sayur2an di tukang sayur keliling untuk ibunya	Afni
10/05 /26	Risiko jatuh	15.00	Mengidentifikas i faktor Risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun)	S:. Keluarga mengatakan Ny.d sudah berusia lanjut sehingga perlu ada pengawasan dari keluarga karena	Afni

				berisiko jatuh saat beraktivitas. O : keluarga Ny. D memahami penjelasan mengenai faktor risiko jatuh, termasuk usia >65 tahun	
10/05/26	Risiko jatuh	15.30	Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan Risiko jatuh (mis. Lantai licin)	S : Ny.d mengatakan kadang tidak menyadari kondisi lantai licin karena urine sendiri saat BAK, sehingga pernah hampir terpeleset. O: Tampak area sekitar kamar mandi berpotensi licin akibat urine	Afni
10/05/26	Risiko jatuh	16.00	Melakukan orientasi ruangan pada pasien dan keluarga	S : Ny.D dan keluarga mengatakan bersedia dilakukan orientasi ruangan. O : Tampak pasien dan keluarga diajak berkeliling serta diperlihatkan letak	

				kamar mandi, tempat tidur, dan fasilitas ruangan.	
10/05 /26	Risiko jatuh	16.25	Menggunakan alat bantu (mis. Tripod)	S: Ny. D mengatakan sudah lama menggunakan alat bantu jalan (tripod), namun kadang lupa menggunakannya saat beraktivitas. O : Ny.D menggunakan alat bantu jalan (tripod) saat mobilisasi.	Afni
10/05 /26	Risiko jatuh	16.30	Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.	S: Ny. D mengatakan kadang menggunakan sandal saat ke kamar mandi O : saat dilakukan pengkajian ny.d hendak ke kamar mandi menggunakan sandal	Afni
10/05 /26	Risiko jatuh	16.35	Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga	S: Ny. D mengatakan bersedia lebih berkonsentrasi saat	

			keseimbangan tubuh	berdiri dan berjalan agar keseimbangan tubuh tetap terjaga O : Ny. D tampak memahami apa yang dianjurkan.	
10/05/26	Risiko jatuh	16.40	Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	S: Ny.D mengatakan bersedia berdiri dengan posisi kedua kaki lebih lebar agar lebih seimbang. O : Ny. D memahami anjuran untuk melebarkan jarak kedua kaki saat berdiri	

HARI KEDUA

Tgl	Dx. Kep	Jam	Tindakan keperawatan	Hasil (Evaluasi Formatif)	TT D
11/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.00	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat	S : Ny. D mengatakan gula darah masih sering naik turun dan sering merasa lapar.	Afni

			(mis. Penyakit kambuhan)	O : kadar glukosa darah belum stabil dan nafsu makan meningkat.	
11/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.10	Memonitor kadar glukosa darah	S : Ny. D mengatakan sering merasa haus dan sering buang air kecil. O : GDS 453 mg/dL.	Afni
11/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.15	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria)	S : Ny. D mengatakan mulut terasa kering dan sering ingin minum. O : Ny. D tampak sering buang air kecil	Afni
11/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.25	Memonitor intake dan output cairan	S : Ny. D mengatakan minum sekitar 10 gelas atau ± 2 liter per hari.	Afni

				O : Intake dan output cairan pasien terpantau.	
11/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.35	Memberikan asupan cairan oral	S : Ny. D mengatakan tetap minum rendaman okra 2 kali sehari sebelum makan. O : Ny. D tampak mengonsumsi rendaman okra sesuai anjuran.	Afni
11/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.40	Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL	S : Ny. D mengatakan memahami anjuran untuk tidak melakukan olahraga saat kadar gula darah tinggi. O : Ny. D tidak melakukan	Afni

				aktivitas olahraga saat kadar glukosa darah >250 mg/dL.	
11/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.50	Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	S : Ny. D mengatakan bersedia mengikuti anjuran diet dan tetap melakukan aktivitas fisik ringan secara teratur. O : Ny. D tampak mengikuti pola makan sesuai anjuran dan melakukan aktivitas fisik ringan.	Afni
11/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	08.05	Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis.monitor asupan cairan,	S : Keluarga Ny. D mengatakan memahami cara	Afni

			penggantian karbohidrat)	mengatur asupan cairan dan penggantian jenis karbohidrat dalam pola makan sehari-hari. O : Keluarga Ny. D tampak mengikuti arahan terkait pengaturan diet dan asupan cairan pada pasien.	
11/05/26	Inkontinensia Urine Urgensi		Mengidentifikasi penyebab inkontinensia urine (mis. Usia, gangguan fungsi kognitif)	S: Ny. D mengatakan sulit mengontrol keinginan untuk berkemih O: Ny. d tampak sering bak dalam waktu yang berdekatan	Afni

11/05/26	Inkontinensia Urine Urgensi			S: Ny. D mengatakan bahwa kondisi yang dialaminya membuat dirinya merasa tidak nyaman O: Ny. D mampu menyampaikan persepsinya mengenai kondisinya	Afni
11/05/26	Inkontinensia Urine Urgensi		Memonitor kebiasaan BAK	S: Ny. D mengatakan sering terbangun untuk berkemih pada malam hari O: nokturia (+)	Afni
11/05/26	Inkontinensia Urine Urgensi		Membersihkan genital dan kulit sekitar secara rutin	S: Ny.D mengatakan rutin membersihkan	afni

				n area genital setelah BAK O: kebersihan genital terjaga	
11/05/26	Inkontinensia Urine Urgensi		Memberikan pujian atas keberhasilan mencegah inkontinensia	S: Ny. D mengatakan akan mencoba lebih baik dalam mengontrol berkemih O: Ny. D tampak tenang	Afni
11/05/26	Inkontinensia Urine Urgensi		Menjelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia urin	S: Ny. D mengatakan masih mengingat penjelasan yang diberikan sebelumnya O: pasien responsif	Afni
11/05/26	Inkontinensia Urine Urgensi		Menjelaskan jenis pakaian dan lingkungan	S: Ny. D mengatakan tetap	Afni

			yang mendukung proses berkemih	menggunakan daster untuk memudahkan berkemih O: Ny. D menggunakan daster saat beraktivitas	
11/05/26	Inkontinensia Urine Urgensi		Menganjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur	S: Ny. D mengatakan akan mencoba mengurangi minum menjelang malam O: Ny. D memahami anjuran	Afni
11/05/26	Inkontinensia Urine Urgensi		Mengajarkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urin	S: Anak Ny. D mengatakan bersedia memantau pola berkemih O: keliarga memahami anjuran	Afni

11/05/26	Inkontinensia Urine Urgensi		Menganjurkan minum min. 1500cc/hari, jika tidak kontraindikasi	S: Ny. D mengatakan akan mencoba memnuhi kebutuhan cairan harian O: pasien kooperatif	Afni
11/05/26	Inkontinensia Urine Urgensi		Menganjurkan konsumsi buah dan sayur untuk menghindari konstipasi	S: Anak ny.d mengatakan setiap hari ibunya harus mengkonsumsi sayuran O: keluarga menerima informasi dengan baik	Afni
11/05/26	Risiko Jatuh		Mengidentifikasi faktor Risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun)	S:Ny. D mengatakan kalau ke kamar mandi merasa takut terpeleset O: mobilisasi pasien perlu pengawasan saat ke toilet	Afni

11/05/26	Risiko Jatuh		Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan Risiko jatuh (mis. Lantai licin)	S: Ny. D mengatakan pernah terjatuh karena lantai basah akibat urn yang keluar tanpa disadari O: terdapat kejadian jatuh terkait lantai basah oleh urin	Afni
11/05/26	Risiko Jatuh		Melakukan orientasi ruangan pada pasien dan keluarga	S: keluarga mengatakan jarak kamar tidur ny.d dengan kamar mandi cukup dekat O: kamar tidur ny.d berdekatan dengan kamar mandi	Afni
11/05/26	Risiko Jatuh		Menggunakan alat bantu (mis. Tripod)	S: ny.d mengatakan kadang lupa menggunakan	afni

				n tripod saat berjalan O: ny.d tampak sesekali tidak menggunakan tripod saat mobilisasi	
11/05/26	Risiko Jatuh		Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	S:keluarga ny.d mengatakan ibunya sedikit kesulitan memakai sandal O: ny.d memerlukan bantuan saat memakai alas kaki	Afni
11/05/26	Risiko Jatuh		Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	S: ny.d mengatakan akan berusaha menjaga keseimbangan saat mobilisasi	Afni

				O: pasien kooperatif	
11/05/26	Risiko Jatuh		Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	S: ny.d mengatakan bersedia mengikuti anjuran saat berdiri O: kooperatif	Afni

HARI KETIGA

Tgl	Dx. Kep	Jam	Tindakan keperawatan	Hasil (Evaluasi Formatif)	TT D
12/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.00	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan)	S : Ny. D mengatakan kondisi tubuh lebih baik dan tetap mengikuti anjuran perawatan diabetes O : Kadar glukosa darah sewaktu (GDS) mengalami penurunan dibandingkan hari sebelumnya.	Afni

12/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.15	Memonitor kadar glukosa darah	S: Ny.D mengatakan tidak ada keluhan berarti dan merasa kondisi lebih stabil. O: GDS : 366 mg/Dl	Afni
12/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.21	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria)	S: Ny. D mengatakan masih sering BAK tetapi sudah lebih berkurang dibanding hari sebelumnya. O: Ny. D masih tampak poliuria dengan kadar glukosa darah sewaktu 366 mg/dL.	Afni
12/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.25	Memonitor intake dan output cairan	S: Ny.D mengatakan minum seperti biasa $\pm$ 2 liter O: Intake dan output cairan pasien terpantau.	Afni

12/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.30	Memberikan asupan cairan oral	S: Ny. D mengatakan tetap rutin minum rendaman okra pagi dan sore sebelum makan. O: Ny.D tampak mengonsumsi rendaman okra sesuai jadwal pada hari ketiga.	Afni
12/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.43	Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL	S : Ny.D mengatakan tidak berolahraga saat gula darah sedang tinggi. O: Ny.D tampak tidak melakukan aktivitas olahraga ketika kadar glukosa darah >250 mg/dL.	Afni
12/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	08.00	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	S: Ny. D mengatakan bersedia melakukan pengecekan gula	Afni

				darah secara mandiri di rumah setelah mengonsumsi rendaman okra. O: Kadar glukosa darah sewaktu setelah konsumsi rendaman okra 375 mg/dL.	
12/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	08.10	Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	S: Ny. D mengatakan tetap mengikuti diet yang dianjurkan dan melakukan olahraga jalan pagi di depan rumah. O: Ny. D tampak melakukan aktivitas jalan pagi di depan rumah sesuai anjuran.	Afni
12/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	08.22	Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis.monitor	S: Keluarga Ny. D mengatakan mengerti cara mengatur	Afni

			asupan cairan, penggantian karbohidrat)	asupan cairan dan memilih pengganti karbohidrat dalam makanan sehari-hari. O: Keluarga Ny. D tampak kooperatif saat diberikan penjelasan terkait pengelolaan diabetes.	
12/05/26	Inkontinensi a urin urgensi		Mengidentifikasi penyebab inkontinensia urine (mis. Usia, gangguan fungsi kognitif)	S:ny.d mengatakan masih belum mampu mengontrol dorongan berkemih O: inkontinensia urin urgensi masih terjadi	Afni
12/05/26	Inkontinensi a urin urgensi		Mengidentifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia	S: Ny. D mengatakan kondisi tersebut mengganggu aktivitas sehari-hari	Afni

			urin yang dialaminya	O: eksrepsi wajah sesuai saat membahas kondisi inkontinensia	
12/05/26	Inkontinensi a urin urgensi		Memonitor kebiasaan BAK	S: ny.d mengatakan masih sering bak terutama pada siang hari O: pola bak tidak teratur	Afni
12/05/26	Inkontinensi a urin urgensi		Membersihkan genital dan kulit sekitar secara rutin	S: ny.d mengatakan merasa lebih nyaman setelah area genital dibersihkan O: kebersihan perineum terjaga	Afni
12/05/26	Inkontinensi a urin urgensi		Memberikan pujian atas keberhasilan mencegah inkontinensia	S: Ny.d mengatakan akan terus meningkatkan pengendalian berkemih O: respon pasien positif terhadap intervensi	Afni

12/05/26	Inkontinensi a urin urgensi		Menjelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia urin	S: ny.d mengatakan mulai memahami penjelasan tentang kondisinya O: edukasi inkontinensia urin hari ke 3	Afni
afni12/05/ 26	Inkontinensi a urin urgensi		Menjelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih	S: ny.d mengatakan sudah terbiasa menggunakan pakaian longgar untuk mempermudah bak O: akses ketoilet mudah dijangkau	Afni
12/05/26	Inkontinensi a urin urgensi		Menganjurka n membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur	S: Ny.D mengatakan masih berusaha mencoba membatasi cairan ketika malam O: pasien kooperatif	Afni

12/05/26	Inkontinensi a urin urgensi		Mengajarkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urin	S: keluarga ny.d mengatakan tetapkanmema ntau pola berkemih ibunya O: pasien mengikuti intruksi	Afni
12/05/26	Inkontinensi a urin urgensi		Menganjurka n minum min. 1500cc/hari, jika tidak kontraindikasi	S: ny.d mengatakan setiap hari selalu mengonsumsi air putih O: asupan cairan sesuai anjuran	Afni u
12/05/26	Inkontinensi a urin urgensi		Menganjurka n konsumsi buah dan sayur untuk menghindari konstipasi	S: ny.d mengatakan setiap hari masih selalu mengonsumsi sayur-sayuran O: pasien tampak sedang makan waluh godog	Afni
12/05/26	Risiko jatuh		Mengidentifik asi factor Risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun)	S: Ny.D mengatakan masih selalu berhati-hati saat mobilisasi	Afni

				O: usia ny.d 75tahun	
12/05/26	Risiko jatuh		Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan Risiko jatuh (mis. Lantai licin)	S: keluarga ny.d mengatakan ketika lantai kamar mandi licin langsung bergegas menyikati keramik O: lantai kamar mandi berisiko pasien terjatuh	Afni
12/05/26	Risiko jatuh		Melakukan orientasi ruangan pada pasien dan keluarga	S: keluarga ny.d dan kamar mandi berdekatan O: orientasi lingkungan rumah dilakukan	Afni
12/05/26	Risiko jatuh		Menggunakan alat bantu (mis. Tripod)	S: ny.d mengatakan merasa lebih aman dengan alat bantu O: ny.d menggunakan tripod saat mobilisasi	Afni

12/05/26	Risiko jatuh		Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	S: ny.d mengatakan tidak menggunakan alas kaki saat berjalan didalam rumah O: pasien tidak menggunakan alas kaki saat mobilisasi	afni
12/05/26	Risiko jatuh		Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	S: ny.d mengatakan akan lebih berhati-hati saat berjalan O: pasien kooperatif	Afni
12/05/26	Risiko jatuh		Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	S: ny.d mengatakan saat kemarin sudah mencoba posisi kaki lebar O: ny.d mematuhi apa yang dianjurkan	Afni

HARI KE EMPAT

Tgl	Dx. Kep	Jam	Tindakan keperawatan	Hasil (Evaluasi Formatif)	TT D
13/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.00	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan)	S: ny.d mengatakan saat ini tidak ada keluhan, kondisi tubuh terasa baik O: TD 132/76 mg/dL Mukosa lembab, kondisi umum baik	Afni
13/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Memonitor kadar glukosa darah	S: ny.d mengatakan merasa kondisi baik O: GDS 362 mg/dL	Afni
13/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.00	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria)	S: ny.d mengatakan masih suka bolak balik kamar mandi untuk BAK O: pasien tampak bolak balik kamar mandi saat sedang diwawancara	Afni

13/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Memonitor intake dan output cairan	S: ny.d mengatakan masih seringmerasakan haus O: kulit dan mukosa lembab dan output dan input dalam pemantauan	Afn i
13/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.00	Memberikan asupan cairan oral	S: Ny. D mengatakan telah mengkonsumsi rendaman okra sesuai anjuran O: Pasien mengkonsumsi rendaman okra yang telah disiapkan, tidak ada keluhan mual atau muntah setelahmengkonsumsi	Afn i
13/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL	S: Ny. D mengatakan sudahmengerti anjuran yang diberikan O: pasien mampu mengulangi	Afn i

				kembali anjuran untuk menghindari olahraga saat kadar gula darah >250mg/dL	
13/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.00	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	S: Ny. D mengatakan bersedia melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri O: Pasien mengatakan instruksi yang diberikan	Afn i
13/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	S: Ny.D mengatakan setelah shalat subuh terkadang jalan-jalan pagi didepan rumah O: Pasien tampak melakukan aktivitas berjalan ringan disekitar didepan rumah	Afn i
13/05/26	Ketidakstabilan kadar		Mengajarkan pengelolaan diabetes	S: Ny. D mengatakan sudah mengetahui	Afn i

	glukosa darah		(mis.monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat)	pengelolaan diabetes yang diajarkan O: pasien mengikuti penjelasan yang diberikan	
13/05/26	Inkontinensia urin urgensi		Mengidentifikasi penyebab inkontinensia urine (mis. Usia, gangguan fungsi kognitif)	S: Ny. D mengatakan masih belum mampu menahan keinginan untuk berkemih O: pasien tampak tidak mampu menahan keinginan berkemih	Afn i
13/05/26	Inkontinensia urin urgensi		Mengidentifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urin yang dialaminya	S: Ny. D mengatakan merasa terganggu karena mengalami kesulitan menahan keinginan berkemih O: pasien mengungkapkan perasaan dan pandangannya	Afn i

				terkait kondisi yang dialami	
13/05/26	Inkontinensia urin urgensi		Memonitor kebiasaan BAK	S: Ny. D mengatakan masih BAK beberapa kali dalam sehari O: frekuensi dan pola BAK pasien terpantau	Afn i
13/05/26	Inkontinensia urin urgensi		Membersihkan genital dan kulit sekitar secara rutin	S: Ny. D mengatakan area kemaluan dibersihkan secara rutin setelah BAK O: kebersihan area genital terjaga berdasarkan laporan pasien dan keluarga	Afn i
13/05/26	Inkontinensia urin urgensi		Memberikan pujian atas keberhasilan mencegah inkontinensia	S: Ny. D mengatakan berusaha menahan BAK dan mengikuti anjuran yang diberikan O: pasien masih mengalami inkontinensia urin	Afn i

13/05/26	Inkontinensia urin urgensi		Menjelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia urin	S: keluarga Ny.D mengatakan memahami penjelasan tentang inkontinensia urin O: keluarga ny.d mengikuti penjelasan yang diberikan	Afn i
13/05/26	Inkontinensia urin urgensi		Menjelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih	S: ny.d mengatakan setiap hari selalu memakai daster untuk mempermudah eliminasi O: pasien menggunakan daster sebagai pakaian sehari-hari	Afn i
13/05/26	Inkontinensia urin urgensi		Menganjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur	S: Ny. D mengatakan setiap hari selalu merasa haus dan lapar O: pasien tampak mengkonsumsi air 2 gelas gede dalam sehari	Afn i

13/05/26	Inkontinensia urin urgensi		Mengajarkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urin	S: Ny. D mengatakan masih kadang tidak dapat menahan BAK O: Pasien masih mengalami inkontinensia urin, frekuensi belum berkurang dibanding hari sebelumnya	Afni
13/05/26	Inkontinensia urin urgensi		Menganjurkan minum min. 1500cc/hari, jika tidak kontraindikasi	S: Ny. D mengatakan minum cukup banyak setiap hari O: Asupan cairan pasien $\geq$ 1500 ml/hari	Afni
13/05/26	Inkontinensia urin urgensi		Menganjurkan konsumsi buah dan sayur untuk menghindari konstipasi	S: Ny. D mengatakan suka mengonsumsi sayuran setiap hari O: pasien tampak mengonsumsi sayuran secara rutin setiap hari	Afni
13/05/26	Risiko jatuh		Mengidentifikasi factor Risiko jatuh	S: Ny. D mengatakan tidak kuat berdiri terlalu lama	afni

			(mis. Usia >65 tahun)	O: pasien tampak berdiri dengan durasi singkat dan sering duduk kembali saat aktivitas	
13/05/26	Risiko jatuh		Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan Risiko jatuh (mis. Lantai licin)	S: Ny. D mengatakan lantai kamar mandi terasa licin saat digunakan O: lingkungan sekitar pasien tampak berisiko jatuh	Afni
13/05/26	Risiko jatuh		Melakukan orientasi ruangan pada pasien dan keluarga	S: keluarga pasien mengatakan lantai kamar mandi jika terasa licin langsung digosok O: lingkungan rumah terpantau dilakukan Upaya pencegahan jatuh dengan menjaga kebersihan lantai kamar mandi	Afni

13/05/26	Risiko jatuh		Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	S: Ny. D mengatakan sandal mudah lepas saat digunakan sehingga tidak nyaman dipakai O: pasien tidak menggunakan alas kaki yang stabil saat mobilisasi didalam rumah	afni
13/05/26	Risiko jatuh		Menggunakan alat bantu (mis. Tripod)	S: Ny. D mengatakan merasa lebih aman saat menggunakan alat bantu saat berjalan O: pasien menggunakan tripod saat mobilisasi	Afni
13/05/26	Risiko jatuh		Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	S: Ny. D mengatakan berusaha focus saat berjalan agar tidak mudah jatuh O: pasien tampak lebih berhati-hati dan menjaga	Afni

				keseimbangan saat mobilisasi	
13/05/26	Risiko jatuh		Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	S: Ny.D mengatakan memahami anjuran untuk memperlebar posisi kaki saat berdiri O: pasien tampak berdiri dengan posisi kaki lebih terbuka untuk menjaga keseimbangan saat mobilisasi	afni

HARI KE LIMA

Tgl	Dx. Kep	Jam	Tindakan keperawatan	Hasil (Evaluasi Formatif)	TT D
14/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.00	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan)	S:Ny. D mengatakan pernah mengalami kondisi badan tidak enak saat sakit sehingga gula darah terasa sulit terkontrol	Afni

				O: keluarga pasien tampak memahami factor yang dapat meningkatkan kebutuhan insulin saat kondisi sakit	
14/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.07	Memonitor kadar glukosa darah	S: Ny. D mengatakan bersedia dilakukan pengecekan kadar gula darah O: GDS Pagi sebelum sarapan :	Afn i
14/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.15	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria)	S: Ny.D mengatakan masih sering BAK O: tampak frekuensi berkemih meningkat (polyuria) selama pemantauan hari ke 5	Afn i
14/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Memonitor intake dan output cairan	S: Ny. D mengatakan minum dan buang	

				air kecil lebih sering O: dilakukan pemantauan intake dan output cairan, dengan peningkatan output urin	
14/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Memberikan asupan cairan oral	S: Ny. D mengatakan menghabiskan segelas rendaman okra sesuai jadwal O: Pasien diberikan asupan cairan oral berupa rendaman okra sebelum sarapan dan setelah makan sore (pukul 17.00) dan tampak mampu mengkonsumsi sesuai anjuran	
14/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih	S: Ny. D mengatakan memahami anjuran untuk tidak berolahraga	

			dari 250 mg/dL	sat kadar gula darah tinggi O: pasien tampak memahami edukasi bahwa aktivitas/olahraga perlu dihindari jika GDS >250 mg/Dl	
14/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	S: Ny. D mengatakan mengikuti jadwal pengecekan gula darah sebelum mengkonsumsi rendaman okra dan setelah konsumsi pada sore hari O: selama penelitian, dilakukan pemantauan kadar glukosa darah secara rutin sebelum konsumsi rendaman okra dan setelah konsumsi pada sore hari	

14/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	S: Ny. D mengatakan mengikutianjuran diet dan aktivitas sesuai yang dianjurkan O: pasien tampak memahami pentingnya kepatuhan terhadap diet dan aktivitas fisik yang sesuai untuk membantu kontrol kadar gula darah	
14/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis.monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat)	S: keluarga ny.d mengatakan penjelasan mengenai pengelolaan diabetes dirumah O: pasien dan keluarga telah diberikan edukasi pengelolaan diabetes, meliputi pemantauan asupan cairan serta penggantian karbohidrat, dan	

				pasien tampak memahami penjelasan yang diberikan	
14/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Mengidentifikasi penyebab inkontinensia urine (mis. Usia, gangguan fungsi kognitif)	S: ny.d mengatakan serng sulit menahan BAK dan merasa lebih sering berkemih O: teridentifikasi factor penyebab inkontinensia urinurensi, yaitu usia lanjut yang dapat mempengaruhi penurunan fungsi control kandung kemih	
14/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Mengidentifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urin yang dialaminya	S: Pasien mengatakan sering tidak sadar saat urin keluar sebelum sampai kamar mandi O: pasien tampak mengalami inkontinensia urin, dengan	

				kejadian urin keluar tanpa disadari sebelum mencapai kamar mandi	
14/05/2026	Inkontinensia urin urgensi		Memonitor kebiasaan BAK	S: Ny.D mengatakan sering BAK dan kadang tidak sempat sampai kamar mandi O: dilakukan pemantauan kebiasaan BAK, tampak frekuensi berkemih meningkat dan terdapat episode inkontinensia urin sebelum pasien mencapai kamar mandi	
14/05/2026	Inkontinensia urin urgensi		Membersihkan genital dan kulit sekitar secara rutin	S: Ny. D mengatakan bersedia dibantu dalam menjaga kebersihan area genital O: area genital dan kulit sekitar	

				tampak dibersihkan secara rutin untuk menjaga kebersihan dan menjaga iritasi akibat inkontinensia urin	
14/05/2026	Inkontinensia urin urgensi		Memberikan pujian atas keberhasilan mencegah inkontinensia	S: Ny. D mengatakan kadang merasa lega ketika dapat menahan BAK dan tidak terjadi kebocoran urin O: pasien tampak kooperatif dan menunjukkan keberhasilan sesekali dalam mencegah inkontinensia	
14/05/2026	Inkontinensia urin urgensi		Menjelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia urin	S: Ny. D mengatakan mulai memahami penjelasan mengenai inkontinensia urin O: pasien dan keluarga telah	

				diberikan edukasi mengenai inkontinensia urin	
14/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menjelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih	S: Pasien mengatakan lebih nyaman menggunakan daster saat beraktivitas di rumah O: pasien tampak menggunakan pakaian longgar (daster) sehari-hari yang mendukung kemudahan akses saat berkemih	
14/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menganjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur	S: Ny. D mengatakan masih berusaha mengurangi kebiasaan minumlah banyak menjelang waktu tidur O: pasien tampak memahami anjuran untuk membatasi konsumsi cairan	

14/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Mengajarkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urin	S: keluarga Ny. D mengatakan bersedia memperhatikan jumlah minum yang dikonsumsi ibunya untuk mengurangi pola berkemih O: pasien dan keluarga telah diberikan edukasi untuk memantau cairan yang masuk dan keluar serta pola eliminasi urin	
14/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menganjurkan minum min. 1500cc/hari, jika tidak kontraindikasi	S: Ny. D mengatakan bersedia mengikuti anjuran minum sesuai kebutuhan O: pasien dianjurkan memenuhi kebutuhan cairan 1500cc/hari	
14/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menganjurkan konsumsi buah	S: Ny. D mengatakan	

			dan sayur untuk menghindari konstipasi	selalu mengkonsumsi sayuran setiap hari O: pasien saat diwawancara sedang makan timun godog	
14/05/2016	Risiko Jatuh		Mengidentifikasi factor Risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun)	S: Ny. D mengatakan mudah merasa tidak stabil saat berdiri atau berjalan O: pasien tampak menggunakan alat bantu saat mobilisasi	
14/05/2016	Risiko Jatuh		Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan Risiko jatuh (mis. Lantai licin)	S: keluarga Ny. D mengatakan area yang sering ny.d jatuh di kamar mandi O: teridentifikasi factor lingkungan berisiko jatuh berupa lantai licin pada area kamar mandi	

14/05/2016	Risiko Jatuh		Melakukan orientasi ruangan pada pasien dan keluarga	S: Ny. D mengatakan sudah terbiasa dengan kondisi O: pasien dan keluarga	
14/05/2016	Risiko Jatuh		Menggunakan alat bantu (mis. Tripod)	S: Ny. D mengatakan merasa lebih stabil ketika berjalan menggunakan alat bantu O: pasien tampak menggunakan tripod dengan benar saat ambulasi	
14/05/2016	Risiko Jatuh		Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	S: Ny. D menggunakan tidak dapat menggunakan alas kaki saat beraktivitas O: pasien tampak tidak menggunakan alas kaki selama ambulasi	

14/05/2016	Risiko Jatuh		Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	S: Ny. D mengatakan akan berusaha lebih focus saat berjalan dan berpindah posisi O: pasien tampak berkonsentrasi saat ambulasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	
14/05/2016	Risiko Jatuh		Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	S: Ny. D mengatakan memahami anjuran untuk melebarkan jarak kedua kaki saat berdiri O: pasien tampak berdiri dengan jarak kedua kaki yang lebar untuk membantu menjaga keseimbangan	

HARI KE ENAM

Tgl	Dx. Kep	Ja m	Tindakan keperawatan	Hasil (Evaluasi Formatif)	TT D
15/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan)	S : Ny. D mengatakan gula darahnya sering naik turun O : keluarga pasien mengidentifikasi adanya kondisi seperti penyakit yang dapat meningkatkan kadar gula darah	Afn i
15/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Memonitor kadar glukosa darah	S : Ny. D mengatakan bersedia dicek gula darahnya O : GDS 341 mg/Dl	Afn i
15/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria)	S : Ny. d mengatakan selalu bolak balik kamar mandi untuk berkemih O : ny.d selalu bolak balik kamar mandi	Afn i

15/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Memonitor intake dan output cairan	S : Ny. d mengatakan masih merasa haus O : menghabiskan 2 gelas gede dalam sehari	Afn i
15/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Memberikan asupan cairan oral	S: Ny. d mengatakan bersedia meminum rendaman okra yang diberikan O: Asupan cairan oral berupa rendaman okra diberikan kepada pasien	
15/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL	S: Ny. d mengatakan memahami anjuran untuk tidak berolahraga saat gula darah tinggi O: pasien dianjurkan menghindari aktivitas olahraga saat kadar gula darah >250	

15/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	S: Ny. d mengatakan bersedia memantau kadar gula darah secara mandiri O: pasien dianjurkan melakukan monitoring kadar gula darah secara mandiri	
15/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	S: Ny. d mengatakan bersedia mengikuti diet dan olahraga yang dianjurkan O: pasien dianjurkan untuk patuh terhadap diet diabetes dan program olahraga sesuai kondisi Kesehatan	
15/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis.monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat)	S: Keluarganya.d mengatakan kadang ny.d mengganti karbohidratnya dengan beras	

				merah atau singkong rebus O: Keluarga pasien tampak mengerti pantangan pada penderita diabetes	
15/05/2 6	Inkontinensia urin urgensi		Mengidentifik asi penyebab inkontinensia urne (mis. Usia, gangguan fungsi kognitif)	S: Keluarga ny.d mengatakan ibunya kadang berbicara tidak sesuai konteks O: Terdapat tanda gangguan fungsi kognitif yang dpaat berkontribusi terhadap inkontinensia urin	
15/05/2 6	Inkontinensia urin urgensi		Mengidentifik asi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urin yang dialaminya	S: ny.d mengatakan merasa tidak nyaman ketika ingin berkemih O: tampak tidak nyaman	
15/05/2 6	Inkontinensia urin urgensi		Memonitor kebiasaan BAK	S: Ny.d mengatakan belum bisa menahan BAK O: Tampak bolak balik ke kamar	

				mandi saat berkunjung ke rumahnya	
15/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Membersihkan genital dan kulit sekitar secara rutin	S: Ny.d mengatakan setelah eliminasi selalu membersihkan area genital O: Dilakukan perawatan kebersihan area genital dan kulit secara rutin setelah berkemih	
15/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Memberikan pujian atas keberhasilan mencegah inkontinensia	S: Ny.d mengatakan merasa tidak nyaman ketika ingin berkemih tidak bisa ditahan O: pasien tampak tidak nyaman	
15/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menjelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia urin	S: Keluarga dan ny.d sudah memahami apa itu inkontinensia O: keluarga dan pasien tampak kooperatif	

15/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menjelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih	S: ny.d mengatakan selalu memakai pakaian yang berlonggar O: pasien setiap hari selalu memakai pakaian yang berlonggar	
15/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menganjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur	S: Ny.d mengatakan berusaha mengurangi minum menjelang tidur tapi susah O: pasien tampak sebelum tidur lebih sering minum ketimbang makan	
15/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Mengajarkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urin	S: Keluarg any.d mengatakan ny.d selalu bolak balik kamar mandi O: saat dilakukan pengkajian ny.d tidak berhenti untuk bolak balik ke kamar mandi	
15/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menganjurkan minum min. 1500cc/hari,	S: Ny. d mengatakan setiap	

			jika tidak kontraindikasi	hari selalu merasakan haus O: Ny.d menghabiskan 2 gelas besar dalam sehari	
15/05/2 6	Inkontinensia urin urgensi		Menganjurkan konsumsi buah dan sayur untuk menghindari konstipasi	S: Ny. d mengatakan bersedia memperbanyak konsumsi buah dan sayur O: Keluarg any.d mengatakan selalu membelikan sayur- sayuran untuk dikonsumsi keluaranya setiap hari	
15/05/2 6	Risiko jatuh		Mengidentifik asi factor Risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun)	S: Ny. D mengatakan mengetahui bahwa kondisi yang dialaminya dapat meningkatkan Risiko jatuh O: teridentifikasi factor Risiko jatuh pada pasien, seperti lanjut usia	

15/05/2016	Risiko jatuh		Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan Risiko jatuh (mis. Lantai licin)	S: Ny. D mengatakan memahami bahwa kondisi lingkungan tertentu dapat meningkatkan Risiko jatuh O: teridentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan Risiko jatuh, seperti lantai licin disekitar area pasien	
15/05/2016	Risiko jatuh		Melakukan orientasi ruangan pada pasien dan keluarga	S: Ny. D mengatakan memahami lingkungan rumahnya O: pasien tampak mampu menunjukan area aman untuk mobilisasi dan mengetahui Lokasi fasilitas penting (mis. Tempat duduk)	

15/05/2016	Risiko jatuh		Menggunakan alat bantu (mis. Tripod)	S: Ny. D mengatakan merasa lebih aman saat berjalan menggunakan tripod O: pasien tampak menggunakan tripod saat ambulasi	
15/05/2016	Risiko jatuh		Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	S: Ny. D mengatakan tidak dapat menggunakan alas kaki saat beraktivitas O: pasien tampak melakukan mobilisasi tanpa alas kaki dengan tetap berhati-hati	
15/05/2016	Risiko jatuh		Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	S: Ny. D mengatakan akan lebih berhati-hati saat berdiri dan berjalan O: pasien tampak berkonsentrasi saat mobilisasi untuk menjaga	

				keseimbangan tubuh	
15/05/2016	Risiko jatuh		Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	S: Ny. D mengatakan memahami cara berdiri dengan posisi kaki lebih lebar untuk menjaga keseimbangan O: pasien tampak berdiri dengan jarak kedua kaki lebih lebar saat mempertahankan keseimbangan	

HARI KETUJUH

Tgl	Dx. Kep	Jam	Tindakan keperawatan	Hasil (Evaluasi Formatif)	TTD
16/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan)	S: Ny. D mengatakan memahami bahwa kondisi yang dialaminya sekarang karena kadar gula darah dan karena factor usia	

				O: pasien tampak memahami situasi yang dapat meningkatkan kebutuhan insulin, seperti penyakit	
16/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Memonitor kadar glukosa darah	S: Ny. D mengatakan bersedia dilakukan pengecekan kadar gula darah O: kadar glukosa darah pasien telah dimonitor sesuai jadwal dan tercatat selama pemantauan	
16/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria)	S: Ny. D mengatakan masih sering ngin berkemih lebih sering dari biasanya O: terdapat tanda hiperglikemia berupa poliuria selama pemantauan,	

				ditandai dengan peningkatan frekuensi berkemih	
16/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Memonitor intake dan output cairan	S: Ny. D mengatakan sering merasa ingin BAK dan minum cukup banyak O: dilakukan pemantauan intake dan output cairan, tampak peningkatan frekuensi berkemih	
16/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Memberikan asupan cairan oral	S: Ny. D mengatakan bersedia tetap mengonsumsi rendaman okra sesuai anjuran O: hari ke-7 pasien tampak tetap mengonsumsi rendaman okra secara teratur sebagai terapi	

				pendukung pengendalian kadar glukosa darah	
16/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL	S: Ny. D mengatakan memahami anjuran untuk tidak berolahraga saat kadar gula darah tinggi O: pasien tampak memahami edukasi untuk menghindari aktivitas/olahraga bila kadar gula darah >250 mg/dl	
16/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	S: Ny. D mengatakan bersedia melakukan pengecekan kadar glukosa darah secara mandiri O: Pasien tampak memahami anjuran untuk memantau kadar	

				glukosa darah secara mandiri	
16/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	S: Ny.D mengatakan bersedia tetap mengikuti anjuran diet dan aktivitas yang dianjurkan O: pasien tampak memahami dan kooperatif anjuran kepatuhan diet dan olahraga	
16/05/2016	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis.monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat)	S: Ny. D dan keluarga mengatakan Kembali cara mengelola diabetes O: keluarga dan pasien telah diberikan edukasi pengelolaan diabetes	
16/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Mengidentifikasi penyebab inkontinensia urine (mis. Usia, gangguan fungsi kognitif)	S: Ny. d mengatakan masih tidak dapat menahan keinginan berkemih saat rasa	

				ingin BAK muncul O: masih terjadi inkontinensia urin sebelum pasien mencapai toilet	
16/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Mengidentifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urin yang dialaminya	S: Ny. D mengatakan merasa tidak nyaman dan terganggu karena tidak dapat menahan keluarnya urin O: Pasien tampak tidak nyaman saat membicarakan kondisi inkontinensia urin dialaminya	
16/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Memonitor kebiasaan BAK	S: Ny. D mengatakan masih sering BAK secara tiba-tiba tidak dapat menahannya O: Frekuensi BAK meningkat dan masih terdapat episode	

				inkontinensia urin selama pemantauan	
16/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Membersihkan genital dan kulit sekitar secara rutin	S: Ny. D mengatakan area kemaluan terasa lebih nyaman setelah dibersihkan O: area genital sering dibersihkan setelah eliminasi	
16/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Memberikan pujian atas keberhasilan mencegah inkontinensia	S: Ny. D mengatakan merasa senang setelah mendapatkan pujian O: pasien diberikan pujian	
16/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menjelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia urin	S: Ny. D mengatakan lebih memahami tentang inkontinensia urin setelah dijelaskan O: sudah dilakukan edukasi tentang penyebab inkontinensia urin	

16/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menjelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih	S: Ny.d mengatakan selalu menggunakan daster setiap harinya O: pasien menggunakan daster untuk mempermudah eliminasi	
16/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menganjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur	S: Ny.D mengatakan berusaha mengurangi minum sebelum tidur O: pasien dianjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam sebelum tidur	
16/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Mengajarkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urin	S: Keluarga ny. d mengatakan BAK lebih dari 10x dalam sehari O: Frekuensi BAK ± 10 kali/hari	

16/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menganjurkan minum min. 1500cc/hari, jika tidak kontraindikasi	S: Ny. d mengatakan bersedia mengikuti anjuran O: pasien dianjurkan minumcairan min 1500cc/hari	
16/05/2016	Inkontinensia urin urgensi		Menganjurkan konsumsi buah dan sayur untuk menghindari konstipasi	S: Ny. D mengatakan setiap hari selalu mengkonsumsi sayuran O: anak dari ny.d tampak setiap selalu membeli sayuran di penjual keliling	
16/05/2016	Risiko jatuh		Mengidentifikasi factor Risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun)	S:Ny. D mengatakan tetap berhati-hati saat beraktivitas dirumah untukmencegah jatuh O: teridentifikasi faktor jatuh pada pasien,yaitu usia lanjut (>65 tahun)	

				pada hari hari-7 pemantauan	
16/05/2016	Risiko jatuh		Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan Risiko jatuh (mis. Lantai licin)	S: Ny. D mengatakan berhati-hati terutama saat melewati area kamar mandi yang licin O: teridentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan Risiko jatuh, yaitu lantai kamar mandi yang licin pada hari ke-7 pemantauan	
16/05/2016	Risiko jatuh		Melakukan orientasi ruangan pada pasien dan keluarga	S: keluarga dan ny. d mengatakan sudah memahami kondisi dan tata letak rumah O: telah dilakukan lingkungan rumah, pasien tampak mengenali area aman moilisasi pada hari ke-7	

16/05/2016	Risiko jatuh		Menggunakan alat bantu (mis. Tripod)	S: Ny. D mengatakan merasa lebih aman saat berjalan menggunakan alatbantu tripod O: pasien tampakmenggunakan tripod dengan benar saat mobilisasi pada hari ke-7	
16/05/2016	Risiko jatuh		Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	S: Ny. D mengatakan tidak menggunakan alas kaki saat beraktivitas didalam rumah O: pasien tampak melakukan mobilisasi tanpa alas kaki	
16/05/2016	Risiko jatuh		Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	S:Ny.D mengatakan akan lebih berhati-hati dan saat berjalan O: pasien tampak berkonsentrasi saat melakukan mobilisasi	

				untuk menjaga keseimbangan tubuh	
16/05/2026	Risiko jatuh		Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	S: Ny. D mengatakan memahami dan berusaha menjaga posisi kaki saat berdiri agar lebih seimbang O: pasien tampak mampu berdiri dengan jarak kedua kaki lebih lebar untuk menjaga keseimbangan	

E. EVALUASI KEPERAWATAN

HARI PERTAMA

Tgl	Dx. Keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
10/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.00	S : Ny. D mengatakan masih sering BAK setiap hari dengan jumlah sedikit, sering merasa haus, dan mudah lelah. Ny. D mengatakan memahami anjuran untuk memantau kadar gula darah secara mandiri, menjaga pola makan, serta menghindari	Afni

			olahraga saat kadar gula darah tinggi. Ny. D juga mengatakan kadang mengganti sumber karbohidrat dengan ubi dan bersedia mengonsumsi rendaman okra. O : GDS : 468 mg/dL. Frekuensi BAK meningkat sekitar ± 15 kali/hari dengan jumlah urine sedikit setiap berkemih. Asupan cairan sekitar ± 2 liter/hari dan output urine $\pm 1,5$ liter/hari. Ny. D tampak menghabiskan 1 gelas rendaman okra sebelum sarapan pagi dan mampu memahami edukasi yang diberikan terkait diet diabetes. A : Diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P : - Monitor kadar glukosa darah. - Monitor intake dan output cairan. -Anjurkan kepatuhan diet diabetes dan olahraga sesuai kondisi. -Anjurkan monitoring gula darah mandiri.	
--	--	--	--	--

			-Lanjutkan pemberian cairan oral (rendaman okra) sesuai anjuran.	
10/05/26	Inkontinensia urin urgensi		S : Ny. D mengatakan BAK masih sering dengan jumlah urine sedikit setiap kali berkemih dan sering bolak-balik ke kamar mandi. Ny. D mengatakan masih mampu berjalan sendiri ke kamar mandi tanpa alat bantu serta menjaga privasi saat eliminasi dengan menutup pintu kamar mandi. Ny. D juga mengatakan kadang tidak dapat menahan BAK sehingga pakaian menjadi basah dan perlu diganti. O: Saat pengkajian, Ny. D tampak sering bolak-balik ke kamar mandi dan mampu mobilisasi secara mandiri dengan menggunakan alat bantu (tripod). Ny. D tampak melakukan eliminasi di kamar mandi dengan pintu tertutup. A : Gangguan eliminasi urin belum teratasi, ditandai frekuensi BAK meningkat, inkontinensia urin, dan pasien masih sering bolak-balik ke kamar mandi.	Afni

		P : - Monitor pola eliminasi urin pasien. - Dukung penggunaan toilet secara konsisten. - Pertahankan privasi pasien selama eliminasi. - Ganti pakaian pasien setelah eliminasi bila diperlukan.	
10/05/26	Risiko jatuh	S : - Ny. D mengatakan memahami penjelasan mengenai risiko jatuh yang dapat terjadi karena faktor usia dan kondisi lingkungan - Ny. D mengatakan akan lebih berhati-hati saat berjalan, terutama di area kamar mandi yang berisiko licin - Ny. D mengatakan akan memperhatikan keseimbangan tubuh saat berdiri maupun berjalan O : Ny. D tampak kooperatif Ny. D dan keluarga mampu mengukangi kembali faktor risiko jatuh yang telah dijelaskan Ny. D menggunakan alat bantu (tripod) saat mobilisasi Lingkungan sekitar pasien telah diidentifikasi dan diberikan edukasi mengenai potensi	Afni

			bahaya yang dapat menyebabkan jatuh A: masalah Risiko jatuh belum teratasi P : - lanjutkan penggunaan alat bantu jalan (tripod) setiap kali mobilisasi - Menganjurkan pasien untuk selalu berkonsentrasi menjaga keseimbangan - Menganjurkan posisi berdiri dengan jarak kedua kaki lebih lebar untuk meningkatkan keseimbangan tubuh	
--	--	--	--	--

HARI KEDUA

Tgl	Dx. Keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
11/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	20.00	S: - Ny. D mengatakan masih sering merasa haus dan lapar - Ny. d mengatakan kadar gula darahnya masih sering naik turun dan belum stabil O: GDS masih tinggi (453 mg/dL) Ny.d tampak sering BAK A: masalah belum teratasi Kadar glukosa darah masih belum stabil	afni

			P: lanjutkan monitoring kadar glukosa darah Lanjutkan mengontrol cairan yang masuk dan keluar	
11/05/26	Inkontinensia urin urgensi		S: Ny. D mengatakan masih sulit mengontrol keinginan untuk berkemih dan merasa harus sering kekamar mandi Ny. D mengatakan kondisi sering BAK membuat dirinya merasa tidak nyaman Ny. D mengatakan sedang mencoba mengurangi konsumsi cairan menjelang malam hari Keluarga ny.d mengatakan akan tetap memberikan sayur untuk mencegah konstipasi O: Ny.d tampak sering berkemih dalam waktu yng berdekatan -Terdapat tanda nocturia (+) -Kebersihan area genital tampak terjaga dengan baik -Pasien tampak kooperatif A: masalah inkontinensia urin masih terjadi P: lanjutkan pemantauan pola BAK(Frekuensi, nocturia, dan urgensi) Anjurkan pasien untuk	Afni

			mengatur konsumsi cairan, terutama 2-3 jam sebelum tidur Anjurkan pemenuhan cairan ± 1500 cc/hari jika tidak terjadi kontraindikasi Libatkan keluarga dalam pemantauan intake dan output cairan	
11/05/26	Risiko jatuh		S: -Ny. D mengatakan merasa takut terpeleset saat ke kamar mandi -Ny. D mengatakan pernah terjatuh akibat lantai yang basah oleh urin yang keluar tanpa disadari -Keluarga mengatakan jarak kamar tidur ny.d dengan kamar mandi cukup dekat -Ny.d mengatakan kadang lupa menggunakan tripod saat berjalan -Ny.d mengatakan akan berusaha menjaga keseimbangan saat mobilisasi O: -mobilisasi pasien masih memerlukan pengawasan terutama saat ke toilet -Terdapat riwayat kejadian jatuh akibat lantai basah oleh urin -Kamar pasien berdekatan	Afni

			dengan kamar mandi -Ny.d tampak kooperatif dan mengikuti arahan untuk menjaga keseimbangan dan posisi berdiri yang stabil A: Risiko jatuh belum teratasi P: -lanjutkan pemantauan Risiko jatuh secara ketat -Anjurkan penggunaan alat bantu tripod setiap kali mobilisasi -Anjurkan pasien untuk selalu focus dan menjaga keseimbangan saat berjalan -Libatkan keluarga dalam pengawasan aktivitas pasien terutama saat ke kamar mandi	
--	--	--	---	--

HARI KE TIGA

Tgl	Dx. Keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
12/05/26	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		S: - Ny. D mengatakan kondisi terasa lebih baik dan tetap mengikuti anjuran perawatan diabetes yang diberikan - Ny.d mengatakan tidak adakeluhan, namun masih sering BAK meskipun sudah lebih berkurang dibanding sebelumnya	

			- Ny. D mengatakan tidak melakukan olahraga saat gula darah sedang tinggi - Ny.d menatakan bersedia melakukan pengecekan gula darah secara mandiri di rumah setelah konsumsi rendaman okra O : - GDS tercatat 366 mg/dL - Pasien masih tampak mengalami polyuria,namun dilaporkan lebih berkurang dibanding sebelumnya - Pasien tampak mengkonsumsi rendaman okra sesuai jadwal pada hari ketiga - Pemeriksaan ulang menunjukan GDS 377 mg/dL setelah konsumsi rendaman okra A : - ketidakstabilan kadar glukosa masih terjadi P: - lanjutkan monitoring kadar glukosa darah secara rutin Lanjutkan pemantauan tanda dan gejala hiperglikemia Anjurkan kepatuhan diet diabetes dan aktivitas fisik terkontrol	
--	--	--	---	--

			Evaluasi ulang respon terhadap terapi non farmakologis (termasuk konsumsi herbal seperti rendaman okra)	
12/05/26	Inkontinensia urin urgensi		S: Ny. D mengatakan masih belum mampu mengontrol dorongan berkemih dan kondisi tersebut mengganggu aktivitas sehari-hari O: inkontinensiaurinurgensi masih terjadi dengan pola BAK belum teratur terutama pada siang hari. Pasien kooperatif terhadap intervensi, telah memahami edukasi inkontinensia urin, menggunakan pakaian longgar, serta akses ke toilet mudah dijangkau. kebersihan genital terjaga dan pasien merasa lebih nyaman setelah perawatan. Pasien dan keluarga melakukan pemantauan cairan masuk dan keluar, asupan cairan sesuai anjuran, serta konsumsi buah dan sayur untuk mencegah konstipasi A: masalah inkontinensia	

		urinurgensi belum teratasi P: lanjutkan intervensi Pengaturan pola BAK Pemantauan cairan Mempertahankan kebiasaan diet dan mempertahankan kebiasaan diet dan kebersihan diri	
12/05/26	Risiko jatuh	S: Ny. D mengatakan masih berupaya berhati-hati saat melakukan mobilisasi dan menyadari pentingnya pencegahan jatuh di rumah O: Ny. D berusia 73 tahun memiliki factor Risiko jatuh. Lingkungan rumah masih berisiko terutama lantai kamar mandi yang licin, namun keluarga menjaga kebersihan dan keamanan area tersebut. Pasien telah menggunakan alat bantu tripod saat mobilisasi, tidak menggunakan alas kaki didalam rumah, serta tampak kooperatif dalam mengikuti anjuran seperti menjaga konsentrasi dan melebarkan jarak kaki saat berdiri A: Risiko jatuh belum teratasi P: lanjutkan intervensi seperti penggunaan alat bantu tripod	

HARI KE EMPAT

Tgl	Dx. Keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		S: Ny.d mengatakan masih sering merasakan haus berlebih dan kadang disertai peningkatan frekuensi buang air kecil O: Hasil pemantauan menunjukkan kadar glukosa darah masih berada diatas normal, pasien tampak lebih sering mengonsumsi cairan dan frekuensi BAK meningkat A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah masih	

			belum teratasi P: lanjutkan pemantauan kadar glukosa darah secara rutin, observasi keseimbangan cairan, aktivitas fisik yang sesuai.	
	Inkontinesia urin urgensi		S: Ny. d mengatakan masih sering tiba-tiba merasakan dorongan kuat untuk bermeih dan sulit menahannya hingga mencapai kamar mandi. Kondisi ini mengganggu aktivitas sehari-hari pasien O: belum teratasi P: lanjutkan pemantauan pola eliminasi secara teratur, serta memberikan edukasi mengenai pengaturan	

			asupan cairan terutama pada malam hari	
			S: Ny.d mengatakan merasa lebih aman saat berjalan menggunakan alat bantu, namun masih terkadang masih kelupaaan membawa alat bantu jadi harus berjalan sendiri ketika keluarganya sedang tidak ada dirumah O: pasien menggunakan tripod saat mobilisasi,tetapi masih memerlukan pengawasan untuk menjaga keseimbangan dan mencegah risiko jatuh A: Risiko jatuh masih ada, namun	

			pasien mulai lebih terkontrol dengan adanya penggunaan alat bantu P: lanjutkan penggunaan alat bantu, pengawasan saat mobilisasi,serta memepertahankan lingkunagan yang aman untuk meminimalkan risiko jatuh	
--	--	--	---	--

HARI KE LIMA

Tgl	Dx. Keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		S: Ny.d mengatakan pernah mengalami kondisi badan tidak enak saat sakit sebelumnya sehingga gula darah menjadi terkontrol. Ny.d juga menyatakan bersedia dilakukan pengecekan kadar glukosa darah dan mengikuti anjuran yang diberikan O: Keluarga pasien	

		memahami faktor yang dapat meningkatkan kebutuhan insulin saat kondisi sakit. Hasil pemantauan GDS pagi sebelum sarapan masih dalam proses pemeriksaan.terdapat peningkatan frekuensi berkemih selama observasi. Pasien mengkonsumsi rendaman okra sesuai jadwal (pagi dan sore) tanpa keluhan, pemantauan glukosa darah dilakukan secara teratur sebelum dan sesudah konsumsi rendaman okra. A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah masih berlangsung namun dapat peningkatan pemahaman pasien dan keluarga terhadap faktor pencetus serta manajemen penyakit P: lanjutkan pemantauan kadar glukosa darah secara rutin, observasi tanda hiperglikemia	
	Inkontinesia urin urgensi	S: Ny. d mengatakan masih sering sulit menahan BAK	

		dan frekuensi berkemih lebih sering dari biasanya. Ny. d juga menyatakan kadang tidak menyadari keluarnya urin sebelum sampai ke kamar mandi O: Teridentifikasi faktor usia lanjut yang berkontribusi terhadap penurunan control kandung kemih. Terdapat episode inkontinensia urin dengan urin keluar tanpa disadari sebelum mencapai toilet. Pasien menggunakan pakaian longgar yang mendukung akses eliminasi A: Inkontinensia urin urgensi masih belum teratasi, namun pasien mulai menunjukkan peningkatan pemahaman dan kepatuhan terhadap intervensi keperawatan P: Lanjutkan pemantauan pola BAK	
	Risiko jatuh	S: Ny. d mengatakan sering merasa kurang stabil saat berdiri maupun berjalan, namun merasa lebih aman ketika menggunakan alat bantu, keluarga juga	

		menyampaikan bahwa area kamar mandi merupakan lokasi yang berisiko menyebabkan pasien terpleset O: pasien menggunakan alat bantu (tripod) saat mobilisasi dan tampak mampu menggunakannya dengan benar. Faktor lingkungan berisiko jatuh teridentifikasi berupa lantai kamar mandi yang licin, pasien tampak lebih focus dan berhati-hati saat berjalan, serta mampu menerapkan posisi kaki lebih lebar saat berdiri untuk menjaga keseimbangan A: Risiko jatuh teratasi Sebagian P: Lanjutkan penggunaan alat bantu jalan, pengawasan saat mobilisasi, mempertahankan lingkungan rumah yang bebas risiko jatuh	
--	--	---	--

HARI KE ENAM

Tgl	Dx. Keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		S: Ny. d mengatakan kadar gula darahnya masih sering mengalami naik turun. Ny.d juga menyatakan bersedia dilakukan pemeriksaan gula darah serta mngikuti anjuran perawatan yang diberikan O: hasil pemeriksaan GDS menunjukan nilai 341 mg/dl. Pasien masih sering mengalami penignkatan frekuensi BAK disertai rasa haus yang menetap. Asupan cairan pasien dalam jumlah terbatas namun tetap berlangsung A: Ketidakstabilan kadar gula darah belum teratasi P: lanjutkan pemantauan kadar gula darah secara berkala, observasi tanda hiperglikemia	
	Inkontinensia urin urgensi		S: Keluarga ny.d mengatakan ibu pasien kadang berbicara tidak sesuai konteks. Ny. d juga mengatakan merasa tidak	

		nyaman saat muncul keinginan berkemih karena sulit ditahan. Ny.d menyatakan masih belum mampu menahan BAK dan sering merasa ingin berkemih berulang kali O: terdapat indikasi gangguan kognitif yang dapat berkontribusi terhadap inkontinensia urin. Pasien tampak A: inkontinensia urin urgensi belum teratasi Sebagian P: lanjutkan penggunaan alat bantu jalan, pengawasan saat mobilisasi, serta mempertahankan lingkungan rumah yang aman dan bebas Risiko jatuh	
	Risiko jatuh	S: Ny. d mengatakan memahami bahwa kondisi Kesehatan dan lingkungan rumah dapat meningkatkan risiko jatuh. Ny.d juga menyatakan merasa lebih aman saat berjalan menggunakan alat bantu tripod dan berusaha lebih berhati-hati saat beraktivitas	

		O: Faktor Risiko jatuh teridentifikasi padapasien,yaitu usia lanjut serta kondisi lingkungan seperti lantai licin di sekitar area rumah, pasien mampu mengenali area aman untuk mobilisasi serta lokasi fasilitas penting di rumah. Pasien tampak lebih fokus saat berjalan dan mampu menepakan posisi berdiri dengan jarak kedua kaki lebih lebar untuk menjaga keseimbangan A: Risiko jatuh masih ada, namun sudah mulai terkontrol dengan adanya penggunaan alat bantu P: Lanjutkan penggunaan alat bantu jalan, pengawasan saat mobilisasi, serta mempertahankan lingkungan rumah yang aman dan bebas risiko jatuh	
--	--	--	--

HARI KE TUJUH

Tgl	Dx. Keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		S: Ny. d mengatakan memahami kondisi yang dialaminya berkaitan dengan kadar gula darah dan faktor usia. Ny.d bersedia melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri, mematuhi diet dan aktivitas dan dianjurkan,serta tetap mengkonsumsi rendaman okra sesuai anjuran. O: pasien tampak kooperatif dan mampu menjelaskan Kembali situasi yang dapat meningkatkan kebutuhan insulin. Kadar gula darah telah dimonitor sesuai jadwal, pasien tampak patuh terhadap terapi nonfarmakologis, aktivitas fisik, edukasi diet, serta pengelolaan diabetes yang telah diberikan. A: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi Sebagian.pengetahuan	

		pasien dan keluarga mengenai pengelolaan diabetes meningkat, kepatuhan anjuran perawatan baik. P: lanjutkan pemantauan kadar glukosa darah secara berkala, lanjutkan pemantauan tanda dan gejala hiperglikemia, anjurkan kepatuhan terhadap diet diabetes dan aktivitas fisik sesuai kondisi, evaluasi perkembangan gejala polyuria dan control kadar gula darah.	
	Inkontinensia urin urgensi	S: Ny. d mengatakan masih belum dapat menahan berkemih saat dorongan BAK muncul dan merasa tidak nyaman dengan kondisi tersebut. Ny.d mengatakan telah memahami penjelasan mengenai inkontinensia urin, berusaha mengurangi konsumsi cairan 2-3 jam sebelum tidur. Bersedia mengikuti anjuran minum cairan yang cukup, serta rutin mengkonsumsi	

		sayuran setiap hari, ny.d mengatakan area kemaluan terasa lebih nyaman setelah dibersihkan secara rutin O: pasien masih mengalami inkontinensia urin sebelum mencapai toilet, frekuensi BAK meningkat sekitar ± 10 kali/hari. Area genital tampak terjaga kebersihannya melalui perawat rutin setelah eliminasi. Pasien menggunakan pakaian yang memudahkan proses berkemih dan telah mendapatkan edukasi mengenai inkontinensia urin, keluarga tampak mendukung dengan membantu pemenuhan kebutuhan nutrisi, termasuk konsumsi sayur setiap hari A: inkontinensia urin urgensi teratasi Sebagian. Pasien dan keluarga menunjukkan peningkatan pengetahuan serta kepatuhan terhadap anjuran yang diberikan, namun frekuensi BAK yang meningkat dan inkontinensia urin urgensi	
--	--	---	--

		masih terjadi P: lanjutkan pemantauan frekuensi dan pola eliminasi urin, pertahankan kebersihan area genital dan kulit sekitar untuk mencegah infeksi, anjurkan penggunaan pakaian yang memudahkan eliminasi, pertahankan konsumsi buah dan sayuran	
	Risiko jatuh	S: Ny. d mengatakan tetap berhati-hati saat beraktivitas dirumah untuk mencegah jatuh, ny.d mengatakan lebih waspada saat melewati area kamar mandi yang licin, merasa lebih aman saat menggunakan alat bantu tripod, serta memahami pentingnya menjaga keseimbangan tubuh saat berjalan dan berdiri O: teridentifikasi factor jatuh berupa lanjut usia dan faktor lingkungan berupa lantai kamar mandi yang licin, pasien menggunakan alat bantu tripod dengan benar saat berdiri dan berjalan, mampu	

		menjaga konsentrasi selama mobilisasi A: Risiko jatuh teratasi sebagian. Pasien menunjukkan peningkatan pengetahuan dan kemampuan dalam upaya pencegahan jatuh, serta mampu menggunakan alat bantu dengan benar. Namun, masih terdapat faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan jatuh P: lanjutkan identifikasi dan pemantauan faktor risiko jatuh pada pasien, anjurkan pasien untuk tetap berkonsentrasi dan menjaga keseimbangan saat berjalan atau berdiri, libatkan keluarga dalam pengawasan dan pendampingan mobilisasi pasien	
--	--	---	--

Lampiran 9 Satuan Acara Penyuluhan

Pokok Bahasan	: Diabetes melitus
Sub pokok bahasan	: pengetahuan dan perawatan diabetes melitus
Sasaran	: keluarga klien penderita diabetes melitus tipe 2
Tempat	: limbangan wetan brebes
Jam/waktu	: 30 menit
Hari/tanggal	: 11 Mei 2026

1. Tujuan Intruksional Umum

Setelah dilakukan Pendidikan Kesehatan selama 30 menit klien dan keluarga dapat mengetahui dan memahami dengan jelas tentang penyakit diabetes melitus.

2. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah dilakukan Pendidikan Kesehatan pasien dan keluarga dapat :

1. Menjelaskan pengertian diabetes melitus dengan benar
2. Menyebutkan tanda dan gejala diabetes melitus
3. Menyebutkan penyebab diabetes melitus
4. Menyebutkan bahwa olahraga sebaiknya dihindari ketika kadar glukosa darah lebih 250 mg/dl
5. Menyebutkan pengelolaan diabetes melitus meliputi pola makan, kepatuhan minum obat, pemantauan kadar glukosa darah, dan pemeriksaan Kesehatan secara rutin

3. Materi

- a. Pengertian diabetes melitus
- b. Tanda dan gejala diabetes melitus
- c. Penyebab diabetes melitus
- d. Menghindari olahraga ketika kadar glukosa darah lebih 250 mg/dl
- e. Pentingnya pengobatan bagi penderita diabetes melitus

4. Metode, media, dan sumber

1. Metode : ceramah, tanya jawab

- 2. Media : leaflet
- 3. Sumber : jurnal
- 4. Materi : terlampir

5. Evaluasi

- 1. Prosedur : tanya jawab
 - 2. Bentuk : lisan
 - 3. Jenis : tanya jawab
6. Butir pertanyaan
- a. Apa itu diabetes melitus?
 - b. Apa saja penyebab diabetes melitus?
 - c. Apa saja komplikasi diabetes melitus?

Daftar Pustaka

- Abdimas, Lontara. 2023. “Gambaran Kadar Gula Darah Sewaktu Dan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Dusun Pimpinga Desa Baturappe Kecamatan Biringbulu Kabupaten Gowa.” 4(1): 20–28.
- Fauziani, Andra Nabila, Anggi Adelia, Okta Besti Ardika, Bagian Ilmu, Kedokteran Mata, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, et al. 2024. “Pengenalan Diabetes Mellitus Tipe 1 , Mutasi Genetik An Introduction to Diabetes Mellitus Type 1 , a Genetic Mutation.” 14: 442–46.
- Gusdiansyah, Edo, and Welly. 2022. “Pengaruh Terapi Hipnotis 5 Jari Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Akibat Hipertensi.” *Jurnal Kesehatan Medika Saintika* 13(2): 170–76. file:///C:/Users/USER/Downloads/1467-4295-1-PB.pdf.
- Hartono, By, Suryo Ediyono, and Itokes muhammadiyah Kalimantan Barat. 2024. “Hubungan Antara Tingkat Pendidikan, Lama Menderita Sakit, Dengan Pengetahuan Tentang Lima Penatalaksanaan Diabetes Melitus Pada Populasi Penderita Diabetes Di Wilayah Kerja Sungai Durian.” *Journal of TSCS1Kep* 9(1): 2775–0345. <http://ejournal.annurpurwodadi.ac.id/index.php/TSCS1Kep>.
- Health, Malahayati, and Student Journal. 2025. “Dm Di Jawa Tengah.” 5: 2632–44.
- Indonesia, dm di. 2026. “PENDAHULUAN Diabetes Melitus (DM) Adalah Salah Satu Dari Sekian Banyak Penyakit Tidak Menular (PTM) Yang Masih Menjadi Ancaman Kesehatan Penduduk Dunia . Tercatat Angka Kejadian DM Saat Ini Yaitu 537 Juta Orang Mengidap Diabetes Dan Diperkirakan Pada.” 6(September).
- Indriyani, Esti, Tri Kesuma Dewi, Kata Kunci, Gula Darah, and Senam Kaki. 2023. “Jurnal Cendikia Muda Volume 3 , Nomor 2 , Juni 2023 ISSN : 2807-3469 Indriyani , Penerapan Senam Kaki PENDAHULUAN Diabetes Melitus (DM

) Adalah Suatu Keadaan Tubuh Tidak Dapat Menghasilkan Hormon Insulin Sesuai Kebutuhan Atau Tubuh Tidak Dapat Memanfaatk.” 3: 252–59.

Jayadi, Alpian, Eko Budi Santoso, Novia Ayu, Jln Medokan, and Semampir Indah. 2021. “PEMBERIAN RENDAMAN BUAH OKRA (*Abelmoschus* *Esculentus*) TERHADAP PENURUNAN KADAR KOLESTEROL PADA

L, *Abelmoschus Esculentus*. 2023. “Farmaka Farmaka.” 21: 109–15.

Li, Xin, Jiaguo Yu, Mietek Jaroniec, Xiaobo Chen, and Ματινα. 2021. “No TitleEAENH.” *Chemical Reviews* 8(5): 55.

Mengolahnya, D A N Cara. “MANFAAT TANAMAN OKRA BAGI KESEHATAN.” : 1–10.

Mohammad Rizki Wahyudi, Esti Nur Janah, and Siti Fatimah. 2024. “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. K Dengan Gangguan Sistem Endokrin : Diabetes Melitus Di Desa Kalibuntu Rt 04 Rw 02 Kecamatan Losari Kabupaten

Saragih, Glory Griffith. B, Iyus Yosep, and Efri Widiанти. 2023. “Terapi Untuk Mengatasi Body Image Dissatisfaction Pada Remaja Oveerweight.” *Jurnal Keperawatan Silampari* 6(2): 1353–61. doi:10.31539/jks.v6i2.5334.

Varela Castro, Samanta. 2022. “Bab 3.” 2022 2(8.5.2017): 2003–5.

Wijaya, Dwi Nurul Hijrayanti, Rahmawati Ramli, and Al Ihksan Agus. 2024. “Pengaruh Senam Kegel Terhadap Inkontinensia Urin Pada Lansia.” *Window of Nursing Journal*: 32–39. doi:10.33096/won.v5i1.634.

o. Leaflet



KEGIATAN PENYULUHAN

No.	Waktu	Kegiatan	Penyuluh	Sasaran
1.	4 menit	Pembukaan	Mengucapkan salam, memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan kegiatan	Menjawab salam dan menyimak tujuan
2.	20 menit	Isi	Menjelaskan mengenai : a. Pengertian diabetes melitus b. Tanda dan gejala diabetes melitus c. Penyebab diabetes melitus d. Menghindari olahraga ketika kadar glukosa darah lebih 250 mg/dl	Menyimak penjelasan

			e. Pentingnya pengobatan bagi penderita diabetes melitus	
3.	6 menit	Evaluasi dan penutup	Memberikan kesempatan bertanya dan memberikan pertanyaan tentang materi yang telah dijelaskan Menutup penyuluhan dan mengucapkan salam	Bertanya menjawab pertanyaan, Menjawab salam

p. Materi

a. Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes mellitus tipe 2 di pengaruhi oleh beberapa keadaan yang berperan diantaranya, resistensi insulin dan disfungsi sel beta pankreas (Saputri, 2020). Perkembangan gangguan fungsi sel pankreas sangat mempengaruhi kontrol jangka panjang glukosa darah, sementara pasien dalam tahap awal setelah penyakit mulai menunjukkan peningkatan postprandial glukosa darah sebagai hasil dari peningkatan resistensi insulin, resistensi insulin adalah suatu kondisi dimana insulin dalam tubuh tidak mengarahkan tindakan yang memadai sesuai dengan konsentrasi darahnya. Kerusakan aksi insulin pada organ target utama seperti hati dan otot adalah fitur patofisiologis yang umum dari diabetes tipe 2. (Rosyidah and Cahyono 2025)

b. Tanda dan gejala

- 1) Polyuria (sering buang air kecil) polyuria, atau sering buang air kecil dalam jumlah banyak, merupakan salah satu tanda khas dari diabetes melitus tipe 2
- 2) Polidipsi (sering merasa haus) polidipsi, atau rasa haus yang berlebihan dan terus menerus, merupakan salah satu tanda utama dari diabetes melitus tipe .
- 3) Polifagia (sering merasa lapar) polifagia, atau rasa lapar yang

berlebihan dan terus menerus, merupakan salah satu gejala klasik dari diabetes melitus tipe 2.

- 4) Penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan
 - 5) Lemas dan mudah lelah
 - 6) Luka yang sulit sembuh
 - 7) Infeksi berulang, terutama infeksi saluran kemih dan kulit
 - 8) Pandangan kabur
 - 9) Kesemutan atau mati rasa di tangan dan kaki (neuropati diabetik)
- (Rosyidah and Cahyono 2025)

c. Penyebab diabetes melitus

Diabetes melitus tipe 2 sering juga disebut diabetes life style karena penyebabnya selain faktor keturunan, faktor lingkungan meliputi usia, obesitas, resistensi insulin, makanan, aktifitas fisik, dan gaya hidup penderita yang tidak sehat juga bereperan dalam terjadinya diabetes ini. (Betteng 2024)

d. Menghindari olahraga ketika kadar glukosa darah lebih 250 mg/dl

Penderita DM cukup melakukan olahraga sebanyak 3x dengan durasi yang cukup yaitu minimal 30 menit dalam sekali berolahraga. Efek dalam sekali berolahraga selama kurang lebih 30menit dapat meningkatkan efektivitas iunsulin selama 24/72 jam. Karena kadar glukosa darah yang tinggi dapat memivu timbulnya penyakit aru yang berhubungan dengan jantung, pembuluh darah, mata, saraf, dan ginjal secara konsisten. (Putri 2022)

e. Pentingnya pengobatan bagi penderita diabetes melitus

Untuk mencapai kontrol metabolisme yang baik pada pasien diabetes, penatalaksanaan penyakit diabetes melitus tipe 2 merupakan kombinasi antara perubahan gaya hidup dan pengobatan farmakologis. Tujuan dilakukannya penatalaksanaan diabetes ini adalah untuk menurunkan risiko komplikasi makrovaskuler dan mikrovaskuler pada pasien.(Sihombing 2022)

Lampiran 10 Lembar wawancara

207

Lampiran 3 Lembar wawancara

LEMBAR WAWANCARA

A. Identitas Responden

1. Nama/inisial : Ny. D
2. Usia : 76 tahun
3. Jenis kelamin: Perempuan
4. Pendidikan : tidak sekolah
5. Pekerjaan : tidak bekerja
6. Lama menderita DM tipe 2 : $\pm$ 10 tahun

B. Riwayat penyakit

1. Kapan pertama kali didiagnosis DM Tipe 2? $\pm$ 10 tahun yang lalu.
2. Apakah ada riwayat keluarga dengan DM Tipe 2? Ya.
3. Apakah rutin kontrol ke fasilitas kesehatan? Ya.
4. Keluhan yang sering dirasakan :
 - a) Sering haus : Ya, banyak minum air.
 - b) Sering buang air kecil : Ya.
 - c) Mudah Lelah : Ya.
 - d) Lainnya : Gampang lapar.

C. Pola makan

1. Apakah sedang menjalani diet khusus DM Tipe 2? Ya.
2. Apakah sering mengonsumsi makanan manis? Ya, tetapi tidak sering.
3. Berapa kali makan dalam sehari? 3 X
4. Contoh makanan sehari-hari: Nasi, sayur, protein.

D. Aktivitas fisik

1. Apakah rutin berolahraga? Kadang-kadang.
2. Jenis olahraga : Jalan pagi dengan mudah.

E. Kepatuhan pengobatan

1. Apakah rutin mengonsumsi obat DM Tipe 2?

2. Mengon farchir adl mengkonsumi obat, dikarenakan mntg kelen menbeten

2. Jenis obat yang dikonsumsi: amaryl 1

3. Apakah pernah lupa minum obat? Ya.

F. Perawatan diri

1. Apakah rutin memeriksa kadar gula darah?

Ya, rutin mengecek

2. Apakah pernah mengalami luka pada kaki?

Tidak

G. Pengetahuan tentang DM

1. Apa yang anda ketahui tentang penyakit DM?

2. Apakah DM bisa disembuhkan menurut anda?

Tidak

3. Bagaimana cara mengontrol gula darah

dan cara mengontrolnya
mengontrol yang manis?

Lampiran II Lembar observasi

209

Lampiran 4 Lembar observasi

LEMBAR OBSERVASI

NO.	Aspek yang diamati	Hasil
1.	Kesadaran (Compos mentis/ apatis/ somnolen)	compos mentis.
2.	Keadaan umum (baik/sedang/ lemah)	baik
3.	Tanda vital (TD, Nadi, RR, Suhu)	TD : / mmHg Nadi : x/menit RR : 22 x/menit Suhu: 36,5 °C
4.	Berat badan	50 Kg
5.	Tinggi badan	156 cm
6.	IMT	60 : (1,56 x 1,56) 60 : 2,4336 24.66 kg / m ² (24,7 kg.)
7.	Gula darah sewaktu	468 mg/dL
TANDA KLINIS		
1.	1. Poliuria 2. Polidipsi 3. Polifagia	✓
2.	Penurunan berat badan	✓
3.	kelelahan	✓
PERAWATAN DIRI		
1.	Obat tersedia dan digunakan	Amangin 1
2.	Pola makan sesuai diet	di bedah makan yang bersih makan dan air
3.	Aktivitas fisik dilakukan	di aktifkan dan istirahat ketika sakit.
4.	Kebersihan kaki terjaga	ke.
5.	Kondisi kulit	bagus
6.	Lokasi luka	tidak ada...
7.	Tanda infeksi	tidak ada -

Lampiran 12 Dokumentasi Kegiatan Penelitian



Lampiran 13 Lembar Bimbingan Dosen Pembimbing 1

FORM BIMBINGAN TUGAS AKHIRPEMBIMBING 1

Identitas Mahasiswa:

Nama : Nur Aqni Ashifa
 NIM : 28130046
 Judul TA : Implementasi konsumsi Rendaman okra dalam
 penurunan kadar gula darah sewaktu pada pasien DM tipe 2 di desa Limbungan Melan Babel.

Identitas Pembimbing 1:

Nama : Irma Maulida, S.KM, M. Ed
 NIDN : 062403730

Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Paraf Pembimbing 1
	Konsul Judul	
9/1/2026	Bab 1 : perbaikan latar belakang, rumusan masalah, tujuan, dan manfaat	
10/2/2026	Bab 1 : Perbaikan bagian isi bab I Melanjutkan bab II dan bab III	
1/4/2026	Bab 2 : revisi cukup 3 saja Bab 2 : 8 okra : beberapa perhitungan => penomoran sederhana => pathway : gambar diperbaiki dan tulis sumber.	
7/4/2026	Bab 3 perbaikan skema hasil => penambahan sup membuat cara => langkah implementasi	
17/4-2026	ace proposal (do diperbaiki)	

19/06/26	Hari [ditentukan tujuan khusus. (curutannya). → hari askep Pembahasan = hasil, dibuat kesimpulan	PRM
23/06/2026	Perbaiki pembahasan sesuai urutan sesuai hasil. Kesimpulan diperbaiki. Buat abstrak & lain-lain (cover)	PRM
25/6-2026	acc sidang TA	PRM

Lampiran 14 Lembar Bimbingan Dosen Pembimbing 2

FORM BIMBINGAN
TUGAS AKHIR PEMBIMBING 2

Identitas Mahasiswa:

Nama : Mur Anni Ashifa

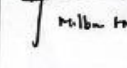
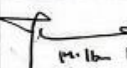
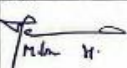
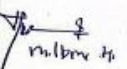
NIM : 23130046

Judul TA : Implementasi konsumsi Kondansen Pers

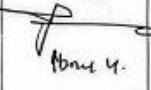
Identitas Pembimbing 2:

Nama : Muhammad Ibnu Han

NIDN : 06 23 06 51 03

Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Paraf Pembimbing 2
23/12/25	Judul	
08/01/26	Bab I pendahuluan	
31/03/26	- tambahkan efek dumping okra } Bab II - pengukuran Gds Stick - uraikan pemukiman responden yg sudah kemas okra	
16/4/26	- tambahkan lampiran 4 instrumen penelitian - sekuens 0-0 on type II - sekuens 11111111 / GDS Ace ambil data.	
	- konsultasi Adeg	

86

12/06/26	Revisi susunan dan isi hasil pembastaran 1. ~~Pembastaran~~ < data khus. untuk hasil step yg subjekty sesuai kondisi PA > 2. Mulai buat pembastaran.	 M. Idris H.
19/06/26	Penulisan hasil sudah mengikuti bentuk step - Pembastaran diperdalam - perbaikan sitasi	 M. Idris H.
26/6 26	- lengkapi seluruh susunan lap. Pagar akhir - Magu selang akhir - Aze	 M. Idris H.