

Lampiran 1

PEDOMAN WAWANCARA

1. Apakah bapak/ibu sering merasa haus berlebihan akhir akhir ini? Jawaban : pasien mengatakan sering haus, sehari bisa 600 – 1300 cc/ hari
2. Apakah bapak/ibu sering merasa cepat lapar atau porsi makan meningkat namun berat badan justru menurun?
Jawaban: pasien mengatakan sering merasa lapar, tidak dalam bentuk makanan berat, tetapi makanan ringan, ngemil snack, kalau makan berat hanya 2 sendok nasi saja, sudah merasa kenyang, lauk habis, tetapi nasi jarang habis untuk makan 1 porsi.
3. Apakah bapak/ibu menjadi sering buang air kecil terutama paada malam hari, berapa kali dalam semalam
Jawaban : pasien mengatakan sering buang air kecil apalagi kalau dimalam hari, bisa 4-5 kali bisa 800 cc – 900 cc.
4. Apakah bapak/ibu sering mengonsumsi makanan/minuman manis,camilan,atau makanan cepat saji?
Jawaban : pasien mengatakan menyukai makanan dan minuman manis contohnya the dipagi hari 1 gelas (150 cc), camilan snack ringan karena rasa nyam au ngemil terus, makanan cepat saji jarang konsumsi, kebanyakan memasak
5. Apakah ada penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan:
Jawaban : pasien mengatakan ada penurunan nafsu makan, kalau makan nasi tidak pernah habis, paling banyak hanya 2 sendok itu sudah kenyang, untuk penurunan berat badan konsisten yang dari 85 menjadi 73 kg, LILA 33 cm, selama 1 tahun terakhir hingga saat ini
6. Sudah berapa lama menderita diabetes melitus ?
Jawaban : Pasien mengatakan sudah menderita Diabetes Melitus sejak 2015, awalnya tidak diketahui tanda dan gejala nya, tetapi saat suaminya opname pasien pulang dari jaga terus lemas, tidak sadarkan diri, dicek kan ke dokter terdiagnosilah diabetes melitus dengan kadar glukosa saat itu 400 – 500 mg/dl
7. Obat apa saja yang saat ini di konsumsi, apakah dikonsumsi secara rutin ?
Jawaban : pasien mengatakan secara rutin menggunakan insulin unit yang awalnya 23 unit di pagi hari dan 20 unit sore hari menjadi 6 unit di pagi, dan sore hari yang disuntikan awalnya dilengan menjadi di bagian perut, dulu sempat minum obat oral tetapi lupa dosis dan jenis (sudah lama sekali)
8. Apakah bapak/ibu mudah merasa cepat Lelah,lemas atau mengantuk setelah makan
Jawaban : pasien mengatakan sering pusing , dan lemas, merasa lelah dan mudah mengantuk, terkadang bahkan sering blank tidak ingat, bingung

9. Apakah ada keluhan pandangan kabur, kesumutan atau rasa tebal/matirasa pada area kaki dan tangan
Jawaban : pasien mengatakan ada keluhan pandangan kabur, tidak jelas, blur, untuk kesemutan dan kebas tidak dirasakan oleh pasien, luka juga sulit kering bisa kering dalam waktu 1 – 2 minggu
10. Apakah bapak/ibu sudah pernah mendapatkan edukasi tentang diet 3 J
Jawaban : Pasien mengatakan sudah mendapat edukasi terkait dengan 3 J tetapi pasien tidak terlalu menerapkan pola 3J dalam kehidupan pasien dan pola hidup pasien
11. Apakah bapak/ibu melakukan olahraga rutin ? berapa kali dalam seminggu?
Jawaban : pasien mengatakan berkegiatan dan bekerja, kegiatan di rumah menggunakan sepeda statis setiap hari setiap 5 menit berhenti dengan durasi 45 menit – 1 jam
12. Bagaimana perasaannya ?
Jawaban : pasien mengatakan sudah lebih aware akan penyakitnya, dan cemas pasti ada tetapi harus tetap dijalani dan pasien mengatakan untuk patuh terhadap gaya hidup dan makan
13. Apakah bapak/ibu sering mengobservasi gula darah secara mandiri?
Jawaban : pasien mengatakan bahwa sering mengobservasi gula darah secara mandiri di rumah, gula darah sewaktu sekitar >140 mg/dl

Lampiran 2

Lembar Observasi dan Monitoring

1. Monitoring Kadar Glukosa Darah

Nomor	Tanggal	Jam	Hasil Gula Darah
1.	04/06/2026 (Gula darah puasa)	04.30 WIB	155 mg/dl
2.	04/06/2026 (Gula darah 2 Jam setelah makan)	21.00 WIB	142 mg/dl
3.	05/06/2026 (Gula Darah Puasa)	04.30 WIB	144 mg/dl
4.	05/06/2026 (Gula Darah 2 Jam setelah makan)	21.00 WIB	196 mg/dl
5.	06/06/2026 (Gula Darah Puasa)	04.30 WIB	176 mg/dl

2. Tanda – tanda vital

Nomor	Tanggal	Jam	Hasil Tanda – Tanda Vital
1.	04/06/2026	14.15 WIB	Td: 168/63 mmHg Nadi: 65x/mnt, Napas: 19x/mnt,

			suhu: 36.7 celcius Spo2 : 99x/mnt Frekuensi nadi : normal regular Frekuensi nadi : normal regular
		17.15 WIB	TD: 165/64 mmHg Nadi:57x/mnt, Napas: 20x/mnt, suhu: 36,5 celcius Spo2 : 98x/mnt Frekuensi nadi : normal regular Frekuensi nadi : normal regular
		21.15 WIB	TD: 158/67 mmHg Nadi: 55x/mnt, Napas: 20x/mnt, suhu: 36,6 celcius Spo2: 97% Frekuensi nadi : normal regular Frekuensi nadi : normal regular
2.	05/06/2026	07.30 WIB	TD: 156/68 mmHg Nadi: 76 x/mnt, Napas: 19 x/mnt suhu 36.4 celcius Spo2 : 97 % Frekuensi nadi : normal regular

			Frekuensi nadi : normal regular
		11.30 WIB	TD: 155/67 mmHg Nadi: 87x/mnt, Napas: : 19x/mnt suhu 36.2 celcius Spo2 : 98% Frekuensi nadi : normal regular Frekuensi nadi : normal regular
		14.15 WIB	TD: 123/54 mmHg Nadi: 55x/mnt, Napas: 20x/mnt, suhu 36,1 celcius Spo2 : 98% Frekuensi nadi : normal regular Frekuensi nadi : normal regular

1. Kondisi kulit : kering dan bersisik, terutama pada kaki, terdapat luka ukuran 4-5 cm, luka kering, tidak bernanah, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, tidak ada panas disekitar luka
2. Glad glow coma scale (GCS)
Eye : 4 (membuka mata secara spontan)
Verbal : 5 (orientasi baik)
Motorik : 6 (mengikuti perintah)
3. Berat badan : 73 kg ar 85 kg (dalam 1 tahun)
Tinggi Badan 155 cm
IMT : $\frac{BB}{(TB)^2}$: 73/ (1,55x1,55) : 30 obesitas

4. Intake Output

Nomor	Tanggal	Jam	Hasil
-------	---------	-----	-------

1.	04/06/2026	06.00	Makan: 0 cc Nacl 0,9% : 200 cc Minum: 100 cc Urine : 700 cc Iwl : 274 cc Total input : 300 cc total output: 974 cc balance : -674 cc
		12.00	Makan: 250 cc Nacl 0,9% : 283 cc Minum: 600 cc Nicardipine : 50 cc Urine :800 cc Iwl : 274 cc Total input : 1183 cc total output: 1074 cc balance : 109 cc
		18.00	Makan: 150 cc Nacl 0,9% : 217 cc Minum: 400 cc Urine :350 cc Iwl : 274 cc Total input : 767 cc total output: 624 cc balance : 143 cc
		24.00	Makan: 0 cc Nacl 0,9% : 213 cc Minum: 400 cc Urine :350 cc Iwl : 274 cc Total input : 613 cc

			total output: 624 cc balance : -11 cc
2.	05/06/2026	06.00	Makan: 0 cc Nacl 0,9% : 278 cc Minum: 200 cc Urine :1350 cc Iwl : 0 cc Total input : 478 cc total output: 1350 cc balance : -872 cc
		12.00	Makan: 250 cc Nacl 0,9% : 273 cc Minum: 400 cc Urine :800 cc Iwl : 274 cc Total input : 927 cc total output: 1074 cc balance : -151 cc
		18.00	Makan: 250 cc Nacl 0,9% : 102 cc Minum: 600 cc Urine : 800 cc Iwl : 274 cc Total input : 952 cc total output: 650 cc balance : 302 cc
		24.00	Makan: 0 cc Nacl 0,9% : 0 cc Minum: 0 cc Urine : 350 cc Iwl : 274 cc

			Total input : 0 cc total output: 624 cc balance : - 624 cc
--	--	--	---

5. Mukosa kering, bibir pecah – pecat, lidah pink muda lembab, turgor kulit elastis, bersisik, dan kering
6. Pasien mengatakan sering haus dan lapar
7. Tidak terdapat ulkus terbuka
8. *Capillary Refill Time* (CRT) : < 3 dtk
9. Akral hangat
10. Keluhan nyeri pada kaki saat berjalan
11. Pasien mengatakan mata sering blur, bingung, hilang konsentrasi, pusing, gampang cape, lelah, lemas
12. Laboratorium, Pemeriksaan penunjang

RM = 462803
RA = 2606095

Alamat = Jl Blanak 2 No 01 RT 03 RW 01 Minomartani ngaglit deMan
Yogyakarta

Nama = Sn Widrawati

17/11/1951

75 thn

DM, HT

DM, HT, UAP, NSTEMI, JVP Stroke qv
28/10/2026 Gd 28/10/26

21:00 203

01:00

06:00 195

02:01

02:24 214

03:

29/10/2026

21:48 144

05:00 167

30/10/2026

21:30 202

04:54 141

31/10/2026

04:30 167

21:15 140

01/10/26

04:36 146

21:15 253

02/10/26

04:30 150

11:59 280

21:00 150

03/10/26

05:08 143

21:30 180

04/10/26

04:30 155

Radiologi

Thorax Dorsal AP

Klinis : DM, UAP

Keto Thorax : AP Dorsal, Bimetri

Inspirasi dan kondisi kultur

hasil :

Bronchovascular pattern tampak

sedikit meningkat & posterior

hilateral sinus costophrenicus

destra & sinistra tampak

diaphragma destra &

sinistra normal (C.T.P) 0,50

hilum normal (C.T.P) 0,50

kelainan : cardiomegali dengan

minimal edema

paru

Functi

Alumina 2-82

3-97 - 4-94 g/dl tk

Elektrolit

Kalium 4.7

3.5 - 5.1 mmol/l

Calcium 8.7

8.2 - 9.6 mg/dl

fungsi ginjal

Nastrum 137

136 - 145 mmol/l

Kalium 5.7

3.5 - 5.1 mmol/l

Chlorida 112

98 - 107 mmol/l

Hematologi

Hb 11.1

12.0 - 15.0 g%

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

Hematokrit 31.1

4.5 - 11.5 %

LEMBAR PEMANTAUAN DIET 3 J tanggal 04/06/2026

Nama pasien : Ny. S.W
Nomor RM : 462803

Jadwal Makan	1. JADWAL	2. JUMLAH	3. JENIS	MONITORING METABOLIK
PAGI	Jam Hidang: 08.00 WIB Jam Makan: 08.00 WIB	Porsi RS yang dihabiskan: $\frac{1}{2}$ Porsi habis lauknya habis, nasi nya sisa $\frac{1}{2}$ porsi Kalori yang dibutuhkan 1700 kkal / hari	Menu Makanan RS: Tahu Tempe Cincang ayam Kacang panjang	Kadar Gula Darah: 180 mg/dl
Selingan	Jam 10.00	3 jenis snack Sisa pisang rebus	Pisang rebus, kue, dan agar – agar	-
SIANG	Jam Hidang: 12.00 WIB Jam Makan: 12.00 WIB [v] Tepat Waktu [] Terlambat	Porsi RS yang dihabiskan: [] 1 Porsi Penuh (100%) [] $\frac{3}{4}$ Porsi (75%) [v] $\frac{1}{2}$ Porsi (50%) [] $< \frac{1}{2}$ Porsi (<50%) <i>Input Tambahan Luar RS:</i> Tidak ada Kalori yang dibutuhkan 1700 kkal / hari	Menu Makanan RS: Sayur gambas Tempe Tahu Ikan kuah kuning <i>Pantangan yang dikonsumsi (jika ada):</i> Pisang, pepaya, alpukat, durian, dll	Kadar Gula Darah: - GD2PP / GDS: - mg/dL Keluhan Fisik: [] Lemas [] Gemetar [v] Haus [v] Lapar
Selingan Siang	Jam Makan: 11.30 WIB	[] Habis [v] Sisa [] Tidak Dimakan	Menu Selingan: Kue, jeruk, agar - agar	-

Selingan sore	15.30 WIB	Habis	Menu selingan : Kue Air putih	
Malam	Jam Hidang: 17.00 WIB Jam Makan: 17.30 WIB [v] Tepat Waktu [] Terlambat Kalori yang dibutuhkan 1700 kkal / hari	Porsi RS yang dihabiskan: [] 1 Porsi Penuh (100%) [] ¾ Porsi (75%) [v] ½ Porsi (50%) [] < ½ Porsi (<50%) <i>Input Tambahan Luar RS:</i> Tidak ada Kalori yang dibutuhkan 1700 kkal / hari	Menu Makanan RS: Sayur bayam Tempe, tahu Rolade daging <i>Pantangan yang dikonsumsi (jika ada):</i> Pisang, pepaya, alpukat, durian, dll	Kadar Gula Darah: GDS Malam: 144 mg/dL Keluhan Fisik: [] Lemas [] Gemetar [v] Haus [v] Lapar

LEMBAR PEMANTAUAN DIET 3 J tanggal 05/06/2026

Nama pasien : Ny. S.W Nomor RM : 462803
--

Jadwal Makan	1. JADWAL	2. JUMLAH	3. JENIS	MONITORING METABOLIK
PAGI	Jam Hidang: 07.00 WIB Jam Makan: 07.00 WIB	Jumlah Makanan yang dihabiskan: Lauk, sayur, habis, bubur 1/3 bubur masih sisan Kalori yang dibutuhkan 1700 kkal / hari	Jenis Makanan RS: Rawing daging dan bubur	Kadar Gula Darah: 142mg/dl
Selingan	10.00 WIB	Jumlah makanan yang dihabiskan:	Jenis Makanan RS: agar agar	

		Satu cup agar – agar		
SIANG	Jam Hidang: 12.00 WIB Jam Makan: 12.05 WIB ☒ Tepat Waktu ☐ Terlambat	Jumlah Makanan yang dihabiskan: ☐ 1 Porsi Penuh (100%) ☒ ¾ Porsi (75%) ☐ ½ Porsi (50%) ☐ < ½ Porsi (<50%) <i>Input Tambahan Luar RS:</i> Tidak ada Kalori yang dibutuhkan 1700 kkal / hari	Jenis Makanan RS: Telur kuah Tempe Bubur Kacang panjang <i>Pantangan yang dikonsumsi (jika ada):</i> Pisang, pepaya, alpukat, durian, dll	Kadar Gula Darah: 142mg/dl GD2PP / GDS: 159 mg/dL Keluhan Fisik: ☐ Lemas ☐ Gemetar ☐ Haus ☐ Lapar
Selingan Siang	Jam Makan: 11.30 WIB	☒ Habis ☐ Sisa ☐ Tidak Dimakan	Jenis makanan Selingan: Wafer Sus kering Jus melon	
Selingan Sore	Jam Makan : 15.30	Habis	Sus isi Air putih	
Malam	Jam Hidang: 17.30 WIB Jam Makan: 17.30 WIB ☒ Tepat Waktu ☐ Terlambat	Jumlah Makanan yang dihabiskan: ☐ 1 Porsi Penuh (100%) ☒ ¾ Porsi (75%) ☐ ½ Porsi (50%) ☐ < ½ Porsi (<50%) Kalori yang dibutuhkan 1700 kkal / hari	Jenis Makanan RS: Bubur Sup wortel Olahan ikan dan tahu. <i>Pantangan yang dikonsumsi (jika ada):</i> Pisang, pepaya, alpukat, durian, dll	Kadar Gula Darah: GDS Malam: 160 mg/dL Keluhan Fisik: ☐ Lemas ☐ Gemetar ☐ Haus ☐ Lapar

		<i>Input Tambahan Luar RS:</i>		
		Tidak ada		

Perhitungan Kebutuhan Kalori Ny. S.W yang dibutuhkan untuk sehari hari

Rumus BMR :

1. **Pria:** $BMR = (10 \times \text{Berat Badan}) + (6,25 \times \text{Tinggi Badan}) - (5 \times \text{Usia}) + 5$
2. **Wanita:** $BMR = (10 \times \text{Berat Badan}) + (6,25 \times \text{Tinggi Badan}) - (5 \times \text{Usia}) - 161$

Karena Ny. S.W seorang Wanita maka rumus BMR kalori Ny.S.W (75 tahun)

Rumus BMR : $(10 \times \text{Berat Badan kg}) + (6,25 \times \text{Tinggi Badan cm}) - (5 \times \text{usia tahun}) - 161$

$BMR \text{ Ny. S.W} = (10 \times 73 \text{ kg}) + (6,25 \times 155 \text{ cm}) - (5 \times 75 \text{ tahun}) - 161$

$BMR \text{ Ny. S.W} = (730) + (968,75) - (375) - 161 : 1.162,75 \text{ kkal / hari}$

Kalori Total = $BMR \times FA \text{ (Faktor Aktifitas)} \times FS \text{ (Faktor Stress)}$

$$= 1.162,75 \times 1,2 \times 1,1 = 1.534,83 \text{ kkal}$$

1. Pembulatan Standar Diet Rumah Sakit (Standardisasi Menu)

Instalasi Gizi Rumah Sakit umumnya memiliki **standar porsi diet** yang sudah dipaketkan untuk efisiensi penyelenggaraan makanan massal.

- a. Formula standar diet lambung atau diet diabetes umumnya berkisar di angka bulat seperti **1500 kkal, 1700 kkal, atau 1900 kkal**.
- b. Angka **1.534,83 kkal** secara klinis akan dibulatkan ke atas mendekati **1700 kkal** (diet 1700 kkal) untuk memastikan pasien tidak kekurangan energi (defisit) selama masa pemulihan, terutama karena tubuh lansia membutuhkan energi ekstra untuk regenerasi sel yang sakit.

2. Antisipasi *Plate Waste* (Makanan Sisa)

Pasien geriatri (lansia usia 75 tahun) di rumah sakit sangat rentan mengalami penurunan nafsu makan akibat rasa obat, penyakit, atau adaptasi rasa makanan RS.

- a. Pihak RS sengaja memberikan *buffer* atau cadangan kalori yang sedikit lebih tinggi (1700 kkal).
- b. Faktanya terlihat dari lembar pemantauan:

- 1) Pada tanggal 4 Juni, Ny. S.W hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ **porsi** di hampir semua waktu makan.
- 2) Pada tanggal 5 Juni, nafsu makan membaik namun tetap hanya habis $\frac{3}{4}$ **porsi**.
- c. Jika RS hanya menyediakan pas 1.534 kkal dan pasien hanya memakan setengahnya, maka kalori yang masuk hanya ~760 kkal (sangat kurang/malnutrisi). Dengan menyediakan 1700 kkal, jika habis $\frac{3}{4}$ porsi, kalori yang masuk berkisar **1.275 kkal**, angka yang jauh lebih aman untuk mempertahankan kondisi fisik pasien.

3. Strategi Manajemen Gula Darah (Diet Diabetes Melitus)

Melihat adanya monitoring berkala Kadar Gula Darah (180 mg/dL, 159 mg/dL), Ny. S.W kemungkinan besar sedang menjalani diet terkait diabetes (Diet DM).

- a. Dalam Diet DM, yang dikejar bukan hanya ketepatan kalori mutlak, melainkan **prinsip 3J (Jadwal, Jumlah, Jenis)** secara konsisten untuk mencegah hipoglikemia (gula darah drop).
- b. Pemberian snack/selingan yang terjadwal (pagi, siang, sore) ditujukan untuk membagi beban kerja pankreas. Porsi kalori 1700 kkal yang dibagi rata ke dalam 3 makan besar dan 3 selingan jauh lebih aman bagi stabilitas gula darah dibanding memberikan kalori yang terlalu ketat namun membuat pasien kelaparan (seperti keluhan "Haus dan Lapar" pada tanggal 4 Juni).

4. Perbedaan Estimasi Faktor Aktivitas & Stres

Rumus yang Anda hitung menggunakan Faktor Aktivitas (FA) 1,2 (bedrest/ringan) dan Faktor Stres (FS) 1,1 (stres ringan/infeksi ringan).

- a. Tim gizi RS kemungkinan menggunakan parameter penilaian klinis yang sedikit berbeda saat pasien masuk, atau mengantisipasi adanya peningkatan kebutuhan metabolik seiring berjalannya terapi medis (misalnya jika ada luka, infeksi tersembunyi, atau kondisi metabolik lain yang menuntut energi lebih tinggi).

Nilai Faktor aktifitas

Tirah Baring Lama / Bedrest Total (Nilai: 1,1)

Kondisi Pasien: Pasien tidak bisa bergerak sama sekali, terikat di tempat tidur, atau dalam kondisi koma/sedasi pasca operasi besar.

Tirah Baring / Bedrest Berpindah Minimal (Nilai: 1,2)

Kondisi Pasien: Pasien sebagian besar di tempat tidur, namun masih bisa duduk sendiri, makan mandiri di atas kasur, atau sekadar bergeser posisi tidur.

Duduk / Aktivitas Ringan di Bangsal (Nilai: 1,3)

Kondisi Pasien: Pasien sudah bisa turun dari tempat tidur, duduk di kursi samping kasur, atau berjalan kaki ke kamar mandi kamar perawatan secara mandiri.

Nilai Faktor Stress

Kondisi Tanpa Komplikasi / Pemulihan Ringan (Nilai: 1,0 – 1,1)

Pasien rawat inap biasa tanpa infeksi berat, malnutrisi ringan, atau setelah operasi sangat kecil.

Operasi Selektif / Pasca Operasi Terencana (Nilai: 1,1 – 1,2)

Pasien pasca operasi bedah minor hingga mayor terjadwal yang tidak mengalami komplikasi infeksi.

Kanker / Tumor Maligna (Nilai: 1,1 – 1,3)

Kondisi kanker meningkatkan metabolisme basal tubuh secara konstan.

Trauma / Cedera Skeletal/Blunt (Nilai: 1,2 – 1,35)

Patah tulang ganda atau cedera fisik akibat kecelakaan.

Infeksi Ringan hingga Sedang (Nilai: 1,2 – 1,4)

Adanya demam, pneumonia, infeksi saluran kemih (ISK), abses, atau peradangan organ dalam.

Sepsis / Infeksi Berat (Nilai: 1,4 – 1,8)

Infeksi sistemik yang menyebar ke seluruh aliran darah tubuh.

Luka Bakar / Burns (Nilai: 1,5 – 2,0)

Kondisi hipermetabolik ekstrem; nilai bervariasi tergantung pada persentase luas luka bakar pada kulit

Lampiran 3

PEDOMAN WAWANCARA PERAWAT TAHAP

PENGKAJIAN

1. Bagaimana perawat melakukan pengkajian terkait dengan riwayat nutrisi dan pola makan pasien saat pasien masuk ruangan ?

Jawaban : perawat I mengatakan terkait dengan pengkajian biasanya diberikan pertanyaan terkait dengan TB, BB, pola makan sehari – hari, makanan yang dipantang, keluhan mual muntah, apakah ada diet khusus

2. Data focus objektif apa yang diprioritaskan untuk menegakkan diagnosis gangguan nutrisi metabolic?

Jawaban : perawat I mengatakan Glukosa darah sewaktu, gula darah 2 jam setelah makan, laboratorium terkait dengan HBA1c, darah kimia, Hemoglobin

3. Bagaimana cara melakukan identifikasi gejala utama pada pasien DM (3P) dan komplikasi yang menyertai?

Jawaban :perawat I mengatakan hal ini ditanyakan langsung dengan pasien apakah ada rasa haus berlebihan, rasa lapar berlebihan, rasa ingin kencing terus menerus, tanyakan adakah Riwayat penyakit dan keluhan penyerta lainnya

Lampiran 4

PEDOMAN WAWANCARA PERAWAT TAHAP

PENGKAJIAN

4. Bagaimana perawat melakukan pengkajian terkait dengan riwayat nutrisi dan pola makan pasien saat pasien masuk ruangan ?

Jawaban : perawat I mengatakan terkait dengan pengkajian biasanya diberikan pertanyaan terkait dengan TB, BB, pola makan sehari – hari, makanan yang dipantang, keluhan mual muntah, apakah ada diet khusus

5. Data focus objektif apa yang diprioritaskan untuk menegakkan diagnosis gangguan nutrisi metabolic?

Jawaban : perawat I mengatakan Glukosa darah sewaktu, gula darah 2 jam setelah makan, laboratorium terkait dengan HBA1c, darah kimia, Hemoglobin

6. Bagaimana cara melakukan identifikasi gejala utama pada pasien DM (3P) dan komplikasi yang menyertai?

Jawaban :perawat I mengatakan hal ini ditanyakan langsung dengan pasien apakah ada rasa haus berlebihan, rasa lapar berlebihan, rasa ingin kencing

terus menerus, tanyakan adakah Riwayat penyakit dan keluhan penyerta lainnya

TAHAP DIAGNOSIS

1. Berdasarkan dengan hasil pengkajian kepada pasien apa saja diagnosis keperawatan utama yang dapat ditegakkan ?

Jawaban : perawat I mengatakan diagnosis yang bisa diambil ketidakstabilan kadar glukosa darah, perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan tekanan darah yang masih tinggi, Risiko defisit nutrisi

2. Bagaimana membedakan antara diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah dan Risiko defisit nutrisi ?

Jawaban : perawat I mengatakan lihat dari tanda dan gejala nya mengarah kemana, apakah hanya gula darah yang jadi masalah utama atau gangguan nutrisi juga menjadi salah satu masalah setelah masalah utama maka harus dikaji lebih dalam

TAHAP PERENCANAAN

1. Kriteria hasil apa yang akan perawat tetapkan untuk mengatasi masalah pasien?

Jawaban : Perawat I yang utama Kadar glukosa darah dalam rentang normal, observasi TTV Pasien

2. Apa bentuk kolaborasi yang sudah dilaksanakan ?

Pemberian edukasi diet diabetes dengan ahli gizi, pemberian rapid sansulin 3 x 6 unit, pemberian obat oral, monitoring ttv setiap per 5 jam sekali, makan, minum, urine, sisa infus, cek GDS 2 kali sehari dipagi hari dan malam hari

TAHAP IMPLEMENTASI

1. Intervensi keperawatan apa saja yang sudah dilakukan dalam membantu mengontrol kadar glukosa darah pasien ?

2. Jawaban : Perawat I mengatakan pemberian sansulin rapid 3 x 6 unit, pemantauan glukosa darah 2 x 1 hari pagi jam 5 pagi, dan jam 21.00, edukasi dengan ahli gizi terkait dengan manajemen Diabetes Melitus
3. Bagaimana cara perawat melakukan dan memberikan edukasi terkait dengan manajemen nutrisi mandiri ?

Jawaban : Perawat I mengatakan itu sudah dengan ahli gizi

TAHAP EVALUASI

1. Indikator apa yang digunakan untuk mengevaluasi dan menyatakan bahwa terdapat gangguan nutrisi metabolic pada pasien teratasi?

Jawaban : Perawat I mengatakan dengan SOAP di RM

2. Jika target yang ditetapkan belum tercapai, Langkah apa yang akan dilakukan dalam memodifikasi asuhan keperawatan pada pasien?

Jawaban : Perawat I mengatakan laporkan dokter jaga, instruksi tambahan terapi obat boleh asalkan tau, dan lain sebagainya

Lampiran 5

STUDI DOKUMENTASI

1. Pengkajian keperawatan

Riwayat penyakit sekarang :

Pasien mengeluh sejak Selasa tgl 26-5-2026 nyeri dada kiri hilang timbul, bicara cedal. Mulai pagi tgl 27-5-2026 nyeri dada terasa lebih sering muncul, Pk 17.25 pasien dibawa periksa ke IGD RSPR, kesadaran cm, TD 229/92 mmHg, HR: 71x/mnt, spo2 98%, GDS 187 mg/dl, suhu 36.5, RR 20 x/mnt, nyeri dada skala 3, di EKG hasil: ST Depres di II.III.AVE, hasil troponin i: 32,8 (Observasi), Pk 17.30. diberikan injeksi Pantoprazole IV 1 amp. Pukul 20.45 diberikan terapi Nospirinal 4 tab, CPG 1 tab, Atorvastatin 40 mg, Clonidine 1 tab, Bisoprolol 2,5 mg dan pemberian drip NTG mulai 20 mcg. Dilakukan CT Scan kepala hasil: minimal Infark cerebri di perikornu posterior, Pukul 21.45 diberikan injeksi Citicoline 500 mg IV. Pasien dirawat di yunia, dr M agus dan dr Maheswara untuk DM nya, Pukul 21.45 TD: 142/65, HR 61x/mnt, spo2 98%, RR 20x/mnt. Pukul 22.30 pasien diantar ke ICU lantai 2.

Riwayat penyakit Terdahulu

16/06/2021 riwayat Cholelithiasis Cholesistitis, Kontrol rutin dr. Triharnoto karena AKI dd AKI on CKD (pipis sering tidak lampias) terakhir kontrol 03/01/2026, DM, HHD, tgl 13/5/2026 pasien merasakan sulit menelan dan bicara cedal, sudah menjalani terapi wicara di RS Siloam dan saat ini terapi wicara di RS Panti Rapih dengan dr. Amelia baru 1 kali rencana 4x terapi. Minggu ini ditunda terapi karena penuh dan dapat di tgl 2 Juni 2026 Riwayat CT Scan di JIH Jempol kiri suka tremor kurang lebih 2 tahun yang lalu Fisioterapi di RS Siloam. Tangan kanan kalau untuk angkat beban berat suka tidak kuat.

2. Diagnosis Keperawatan
 - a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Disfungsi Pankreas ditandai dengan Lelah, letih, lesu, kadar glukosa darah tinggi/urine tinggi, mulut kering, haus meningkat, jumlah urine meningkat

- b. Diagnosis Keperawatan pada pasien : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Disfungsi Pankreas ditandai dengan pasien mengatakan cepat Lelah, kadar glukosa darah / urine dalam rentang tidak normal >140 mg/dl, sering kencing di malam hari 4-5 kali bisa 800 cc – 900 cc, sering merasa haus, dan lapar

3. Rencana Keperawatan dan Implementasi

RENCANA KEPERAWATAN	Sesuai	Tidak Sesuai
O :		
- Identifikasi penyebab hiperglikemia		
- Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat		
- Monitor tanda dan gejala hiperglikemia	√	
- Monitor intake output	√	
- Monitor keton urine, kadar Analisa darah, elektrolit, tekanan darah, ortostatik	√	
T:		
- Berikan asupan cairan oral	√	
- Konsultasi medis jika tanda dan gejala hiperglikemia memburuk		
- Fasilitas ambulan jika ada hipotensi ortostatik		
E :		
- Anjurkan menghindari olah raga kuat jika kadar glukosa darah lebih 250 mg/dl		
- Anjurkan monitoring kadar glukosa darah secara mandiri		
- Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olah raga		
- Anjurkan indikasi dan pentingnya pengujian pada keton urin jika perlu		
- Ajarkan pengelolaan diabetes melitus penggunaan insulin, bantuan kesehatan profesional		
K :		
- Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu	√	
- Kolaborasi pemberian cairan Intravena, jika perlu	√	
- Kolaborasi pemberian kalium jika perlu		

4. Evaluasi Keperawatan

S: Pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan, pasien mengatakan tubuhnya sudah lebih baik

O:

Kadar Glukosa Darah

04/06/2026 04.30 WIB : 155 mg/dl

21.00 WIB : 142 mg/dl
05/06/2026 04.30 WIB : 144 mg/dl
21.00 WIB : 196 mg/dl
06/06/2026 04.30 WIB : 176 mg/dl

07.30 WIB : 156/68 mmHg, Nadi: 76 x/mnt, Napas: 19 x/mnt, suhu 36.4 celcius, Spo2 : 97 %

11.30 WIB : 155/67 mmHg, Nadi: 87x/mnt, Napas: : 19x/mnt, suhu 36.2 celcius, Spo2 : 98%

05/06/2026, 06.00
Makan: 500 cc
Nacl 0,9% : 150 cc
Minum: 400 cc
Urine :450 cc
Iwl : 274 cc
Total input : 1.050 cc
total output: 724 cc
balance : 326 cc

05/06/2026, 12.00
Makan: 250 cc
Nacl 0,9% : 217 cc
Minum: 500 cc
Urine :300 cc
Iwl : 274 cc
Total input : 917 cc
total output: 574 cc
balance : 343 cc

Nafsu makan pasien sudah mulai membaik

Jumlah urine masih 300 – 600 cc

Kadar glukosa darah sewaktu 144 mg/dl

Kondisi pasien sudah tidak lemas, akral hangat, pernapasan tertaur, nadi teraba kuat, teratur, tidak ada luka yang basah ataupun infeksi luka

A: Tujuan tercapai

P: pemantauan gula darah dirumah secara mandiri

Penerapan diet DM secara konsisten

5. Wawancara Perawat

- a. Mengapa mengangkat diagnosis keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah?

Jawaban : Perawat mengatakan alasan mengapa mengambil diagnosis keperawatan ketidakstabilan glukosa darah karena pada pasien Ny. S.W mengalami tanda dan gejala diabetes melitus seperti pasien mengatakan sering haus, sering lapar, mudah Lelah, pusing, tidak berkonsentrasi, kadar glukosa darah dibatas rentang normal, terdapat gejala mata kabur yang pasien alami, sering kencing saat malam hari, kaki sakit saat berjalan

- b. Rencana tindakan apa yang dilakukan oleh perawatan supaya kriteria hasil yang sudah ditetapkan tercapai ?

Perawat mengatakan dengan melakukan manajemen hiperglikemia salah satunya adalah dengan pemantauan kadar glukosa darah setiap jam 04.30 dan 21.00, kolaborasi pemberian insulin 3 x 6 unit sebelum makan, pemberian cairan intravena Nacl 0,9%, pemberian cairan oral, melakukan monitoring tekanan darah setiap 5 jam dalam 24 jam, melakukan monitoring intake output di jam 06.00, 12.00, 18.00, 24.00 dengan mencatat seluruh intake dan output pasien, serta tidak lupa monitoring tanda dan gejala hiperglikemia yang memburuk

- c. Mengapa dalam implementasi tidak semua rencana dilakukan?

Alasannya ?

Perawat mengatakan tidak semua implementasi dilakukan karena kita juga harus mengetahui kriteria hasil yang sudah kita tetapkan, tidak semua pasien harus dilakukan sesuai dengan rencana pada SIKI, rencana kepada pasien harus disesuaikan dengan kondisi pasien, lalu kriteria waktu yang akan kita capai, dan tidak semua rencana bisa sesuai dengan kondisi pasien, misalkan: terkait dengan edukasi anjurkan kepatuhan diet dan olah raga itu nanti akan ada bagian sendiri yaitu ahli gizi, seperti contohnya lagi penyebab hiperglikemia itu sudah dikaji diawal saat pasien datang kerumah sakit, tidak setiap saat kita kaji.

Lampiran 6



RS PANTI RAPIH
Jl. Cik Di Tiro 30 Yogyakarta

**PEMBERIAN INFORMASI &
PERSETUJUAN PENELITIAN**

Penerima Informasi (inisial) : Ny . S . W
Tanggal Lahir : 17 10 11 1951
Usia : 75 th n
Jenis Kelamin : Perempuan

Nama Pemberi Informasi (Peneliti)	Agustin Meysa G K P
Institusi/Peneliti	STIKes Panti Rapih
Judul Penelitian	STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN NUTRISI METABOLIK PATOLOGIS PENYAKIT DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RUMAH SAKIT PANTI RAPIH YOGYAKARTA

No.	Jenis Informasi	Isi Informasi	Paraf Penerima Informasi
1.	Tujuan penelitian	Untuk mengetahui, menganalisis, dan membahas asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan nutrisi metabolik patologis Diabetes Melitus tipe 2	
2.	Manfaat penelitian	Memberikan manfaat bagi pasien terkait dengan pengelolaan nutrisi pasien dan kualitas hidup pasien	
3.	Alasan responden dianggap sesuai dengan penelitian (kriteria inklusi subjek penelitian)	Responden merupakan pasien dengan diagnosis medis diabetes melitus tipe 2 Dengan gangguan nutrisi metabolik sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan peneliti	
4.	Perlakuan/prosedur yang akan diterima	Responden akan dilakukan wawancara pengkajian secara mendalam, dilakukan pemeriksaan fisik dan monitoring ttv , pengecekan kadar glukosa darah, dilakukan observasi, dilakukan intervensi terkait dengan manajemen nutrisi, dan evaluasi	
5.	Durasi penelitian (lama proses partisipan/responden mengikuti penelitian)	Dilakukan selama 3 hari dimulai tanggal 4 Juni - 6 Juni 2026	
6.	Risiko yang dapat dialami selama penelitian	Ketidaknyamanan saat dilakukan wawancara atau kelelahan saat menjawab pertanyaan, peneliti memastikan tidak ada tindakan yang merugikan atau membahayakan	
7.	Kompensasi / reimbe	Tidak ada kompensasi dalam bentuk apapun seluruh intervensi merupakan bagian Asuhan keperawatan dan tidak dipungut biayanya	
	Kesukarelaan	Tidak ada paksaan ataupun ancaman dari pihak manapun	
8.	Hak untuk mengundurkan diri sewaktu-waktu	Responden berhak menolak atau mengundurkan diri dari penelitian kapan saja tanpa mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diterima	
9.	Jaminan kerahasiaan data	Seluruh data responden akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian identitas berupa inisial nama responden	

10.	Kontak peneliti	Meysa : 081235134302	
	Kontak	Novi : 089628165916	
Pernyataan			Tanda Tangan
Pemberi informasi menyatakan bahwa telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jujur, memberikan kesempatan untuk bertanya, dan memberikan kesempatan untuk berdiskusi kepada penerima informasi			
Penerima informasi menyatakan bahwa telah menerima informasi dari pemberi informasi sesuai yang tertera di atas, telah mencantumkan paraf pada setiap informasi yang diterima, dan telah memahami setiap informasi tersebut.			
		Rev. 1 / 1 Februari 2020	Hal 1/2

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Penerima informasi (inisial) : Ny S W

Umur : 75 tahun

Jenis Kelamin : laki-laki / perempuan*

dengan ini menyatakan persetujuan untuk memberikan informasi dan terlibat sebagai responden dari penelitian yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan
Metabolik Patologis Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2
Saya memahami manfaat dan pentingnya penelitian tersebut sebagaimana telah diinformasikan dan/atau dijelaskan oleh peneliti kepada saya, termasuk risiko yang mungkin timbul.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran, niat baik, dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Hari Kamis, Tanggal 04 Bulan 06 Tahun 2016, pukul 17.00

Penerima Informasi (Responden)

(ELI AND KDH-W)
Nama (inisial) dan Tanda Tangan

Pemberi Informasi (Peneliti)

Nama dan Tanda Tangan

(*) Coret yang tidak perlu

ELISABETH ERIKA WIJAYANTI

(.....)

Rev. 1 / 1 Februari 2020	Hal 2/2
-----------------------------	------------

yang menerima
Perawat yang Memulangkan Pasien
Tegayakarta, 04 Juni 2026 Pukul : 10:52

DIJINJANG PULANG / # Allowed to go home
Please consult at the time discharge

