

LAMPIRAN

Lampiran 1

 RS PANTI RAPIH Jl. Cik Di Tiro 30 Yogyakarta PEMBERIAN INFORMASI & PERSETUJUAN PENELITIAN		Penerima Informasi (inisial) : <i>h m</i> Tanggal Lahir : Usia : <i>61 tahun</i> Jenis Kelamin : <i>Pemeriksaan</i>	
Nama Pemberi Informasi (Peneliti) : Anggun Kinanti			
Institusi Peneliti : STIKes Panti Rapih Yogyakarta			
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 dan menganalisis asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan nutrisi metabolik patologis diabetes melitus tipe 2	<i>[Signature]</i> u
2.	Manfaat penelitian	Memberikan manfaat bagi pasien dalam meningkatkan pengelolaan nutrisi dan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2.	<i>[Signature]</i> u
3.	Alasan responden dianggap sesuai dengan penelitian (kriteria inklusi subjek penelitian)	Responden merupakan pasien dengan diagnosa medis diabetes melitus tipe 2 yang mengalami gangguan nutrisi metabolik sesuai dengan kriteria penelitian yang telah ditetapkan.	<i>[Signature]</i> u
4.	Perlakuan/prosedur yang akan diterima	Responden akan dilakukan pengkajian keperawatan, wawancara riwayat kesehatan dan pola makan, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan kadar gula darah, pemberian intervensi keperawatan terkait manajemen nutrisi/glukosa, serta evaluasi hasil tindakan keperawatan.	<i>[Signature]</i> u
5.	Durasi penelitian (lama proses partisipasi/responden mengikuti penelitian)	Penelitian dilaksanakan selama proses pemberian asuhan keperawatan, yaitu sekitar 3 hari atau sesuai lama perawatan pasien di rumah sakit.	<i>[Signature]</i> u
6.	Risiko yang dapat dialami selama penelitian	Risiko yang mungkin terjadi berupa ketidaknyamanan saat wawancara atau kelelahan ringan saat menjawab pertanyaan. Tidak terdapat tindakan fisik yang membahayakan atau merugikan pasien.	<i>[Signature]</i> u
7.	Kompensasi / reimburse	Tidak ada kompensasi dalam bentuk uang. Seluruh tindakan yang diberikan merupakan bagian dari asuhan keperawatan dan tidak dipungut biaya tambahan	<i>[Signature]</i> u

		tekanan atau paksaan dari pihak manapun.	
8.	Hak untuk mengundurkan diri sewaktu-waktu	Responden berhak menolak atau mengundurkan diri dari penelitian kapan saja tanpa memengaruhi pelayanan kesehatan yang diterima.	
9.	Jaminan kerahasiaan data	Seluruh data responden akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Identitas responden tidak akan dicantumkan dalam laporan penelitian (menggunakan inisial).	
10.	Kontak peneliti	Anggun : 083132986724	
	Kontak KEPK	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.M

Umur : 61 tahun

Jenis Kelamin : laki-laki / perempuan*

dengan ini menyatakan persetujuan untuk memberikan informasi dan terlibat sebagai responden dari penelitian yang berjudul

Saya memahami manfaat dan pentingnya penelitian tersebut sebagai mana 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 Juni Tahun 2026, pukul 12.20

Penerima Informasi (Responden)


Musiyen

Nama (inisial) dan Tanda Tangan

Pemberi Informasi (Peneliti)


Anggun Kimanti

Nama dan Tanda Tangan

(*) Coret yang tidak perlu

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

PEDOMAN WAWANCARA PASIEN

1. Apakah bapak/ibu sering merasa haus berlebihan akhir akhir ini?
= pasien mengatakan tidak merasa haus berlebih akhir akhir ini.

2. Apakah bapak/ibu sering merasa cepat lapar atau porsi makan meningkat namun berat badan justru menurun?
= pasien mengatakan nafsu makan menurun dan terjadi penurunan berat badan yang awalnya 70kg menjadi 63kg dengan rentang waktu 3 bulan.

3. Apakah bapak/ibu menjadi sering buang air kecil terutama paada malam hari, berapa kali dalam semalam
=pasien mengatakan sering buang air kecil terutama saat malam hari bisa sampai 5kali dalam 1 malam

4. Apakah bapak/ibu sering mengonsumsi makanan/minuman manis,camilan,atau makanan cepat saji?
=pasien mengakatan lebih suka mengonsumsi makanan yang rasanya manis, ketika memasak sayur pun pasien lebih suka rasa manis, setiap pagi dan siang hari pasien selalu mengonsumsi the manis dan sedikit minum air putih.

5. Sudah berapa lama menderita diabetes melitus ?
= pasien mengatakan awalnya belum mengetahui jika dirinya menderita diabetes melitus karena tidak tau tanda dan gejala diabetes melitus, jadi pasien hanya mengabaikan tanda dan gejala tersebut.

6. Obat apa saja yang saat ini di konsumsi, apakah dikonsumsi secara rutin ?
= pasien mengatakan awalnya mengonsumsi obat mefornim namun saat ini dokter meminta untuk stop obat terlebih dahulu.

7. Apakah bapak/ibu mudah merasa cepat Lelah,lemas atau mengantuk setelah makan

=pasien mengatakan akhir akhir ini sering merasa lemas dan mudah lelah, sejak tanggal 1/06/2026 pasien mengatakan padangannya sering kabur sampai saat berjalan pasien menabrak gerobaknya sendiri.

8. Apakah ada keluhan pandangan kabur,kesumutan atau rasa tebal/matirasa pada area kaki dan tangan

= pasien mengatakan mengalami pandangan kabur sejak 01/06/2026, pasien juga mengatakan sering merasa kebas da kesumutan pada area kaki dan tangan.

9. Apakah bapak/ibu sudah pernah mendapatkan edukasi tentang diet 3 J

= pasien mengatakan belum pernah mendapatkan edukasi mengenai diet 3 J, dan pasien belum mengetahui bagaimana diet 3 j sehingga saat ini pasien belum menerapkan program diet.

10. Apakah bapak/ibu melakukan olahraga rutin ? berapa kali dalam seminggu?

= pasien mengatakan karena merasa mudah lelah membuat pasien menjadi jarang berolahraga dan juga karena tuntutan pekerjaan maka pasien jarang memiliki waktu untuk bekerja.

PEDOMAN OBSERVASI

1. Bagaimana kesadaran umum pasien ?(lemas,segar, atau gellisah)
=pasien masih tampak lemas, pasien mampu mobilisasi miring kana kiri, duduk, dan ke kamar mandi sendiri, pasien tampak lusuh, terdapat luka operasi pada kaki kanan.
2. Berapa hasil pengukuran antropometri pasien saat ini ? (BB dan TB)
= BB Pasien saat ini 63kg dan tinggi badan 155kg .
3. Berapa hasil pemeriksaan kadar gula darah sewaktu?

Tanggal 01/06/2026	
Jam pemeriksaan	Hasil GDS
12.00	39 mg/dl
Tanggal 04/06/2026	
Jam pemeriksaan	Hasil GDS
05.00	103 mg/dl
21.00	136 mg/dl
Tanggal 04/06/2026	
Jam pemeriksaan	Hasil GDS
05.00	94 mg/dl

4. Bagaimana pemeriksaan tanda tanda vital.

Tanda tanda vital :

Tanggal 04/06/2026					
jam	TD	Nadi	Respirasi	Saturasi	Suhu
07.45	141/84	92	19	97%	36,3
11.55	106/66	88	19	93%	36,6
14.35	133/72	85	19	95%	36,2
18.15	145/8	86	19	97%	36,3
21.10	135/7	81	19	97%	36,3
24. 10	106/66	88	19	98%	36,2

05.05	131/84	92	18	97%	36,5
07.30	135/83	83	19	98%	37,1
11.25	106/66	85	19	98%	36,6

Tanggal 04/06/2026 jam 11.55 (IWL 250)					
Infus	Makan	Minum	Intake	Urin	Output
300cc	250cc	400cc	950cc	500cc	750cc
Balance : 200cc					
Tanggal 04/06/2026 Jam 18.15 (IWL 250)					
350cc	200cc	450cc	1000cc	550cc	800cc
Balance : 200cc					
Tanggal 04/06/2026 Jam 24. 10 (IWL 250)					
150 cc	150cc	300cc	600cc	450cc	700cc
Balance : -100					
Tanggal 05/06/2026 Jam 11.25 (IWL 250)					
350cc	250cc	400cc	1000cc	500cc	750cc
Balance : 250cc					

5. Apakah ada tanda tanda dehidrasi pada kulit (kulit kering, turgor kulit menurun atau mukosa bibir kering)
= pasien tampak sedikit pucat, turgir kulit tidak pucat/menurun
6. Apakah terdapat tanda tanda penebalan kulit berwarna kehitaman?
= tak tampak peenebalan pada kulit seperti berwaena kehitaman.
7. Apakah pasien tampak mematuhi diet yang disediakan oleh rumah sakit/tim gizi?
= pasien mengatakan tiddak tau diet yang di sediakan oleh rumah sakit

Lampiran 4

Nama pasien : Ny.M
Nomor RM :1406342

Jadwal Makan	1. JADWAL	2. JUMLAH	3. JENIS	MONITORING METABOLIK
PAGI	Jam Hidang: 07.00 WIB Jam Makan: 08.00 WIB	Porsi RS yang dihabiskan: Kebutuhan kalori pasien 1700kkal [-] 1 Porsi Penuh (100%) [-] $\frac{3}{4}$ Porsi (75%) [✓] $\frac{1}{2}$ Porsi (50%) [-] $< \frac{1}{2}$ Porsi (<50%) <i>Input Tambahan Luar RS:.....</i> <i>.....</i>	Menu Makanan RS: Nasi putih, lauk tempe dan sayur gulai ayam <i>Pantangan yang dikonsumsi (jika ada):</i> Pasien mengatakan tidak ada pantangan makan	Kadar Gula Darah: 103 mg/dl [✓] Lemas [-] Gemetar [-] Haus [-] Lapar
Selingan Pagi	Jam Makan: 10.00 WIB	1 Buah jeruk [] Habis [✓] Sisa [] Tidak Dimakan	Jeruk dan puding	
SIANG	Jam Hidang: 11.00 WIB Jam Makan:	Porsi RS yang dihabiskan: Kebutuhan	Menu Makanan RS: Sayur gambas tempe, tahu ikan	Kadar Gula Darah:

	- WIB ☐ Tepat Waktu ☒ Terlambat	kalori pasien 1700kcal ☐ 1 Porsi Penuh (100%) ☐ $\frac{3}{4}$ Porsi (75%) ☒ $\frac{1}{2}$ Porsi (50%) ☐ $< \frac{1}{2}$ Porsi (<50%) <i>Input Tambahan Luar RS:</i> Makan 1 buah pisang dan agar-agar	kuah kuning <i>Pantangan yang dikonsumsi (jika ada):</i> 	GD2PP GDS: mg/dL Keluhan Fisik: ☐ Lemas ☐ Gemetar ☐ Haus ☐ Lapar
Selingan Siang	Jam Makan: 16.00 WIB	☐ Habis ☒ Sisa ☐ Tidak Dimakan	Menu Selingan: Pisang dan agar agar	
Malam	Jam Hidang: WIB Jam Makan: WIB ☒ Tepat Waktu ☐ Terlambat	Porsi RS yang dihabiskan: Kebutuhan kalori pasien 1700 kkal ☐ 1 Porsi Penuh (100%) ☐ $\frac{3}{4}$ Porsi (75%) ☒ $\frac{1}{2}$ Porsi (50%) ☐ $< \frac{1}{2}$ Porsi	Menu Makanan RS: Sayur bayam, tempe, tahu, kornet daging <i>Pantangan yang dikonsumsi (jika ada):</i>	Kadar Gula Darah: 136 mg/dl Keluhan Fisik: ☒ Lemas ☐ Gemetar ☐ Haus ☐ Lapar

		($<50\%$) <i>Input Tambahan Luar RS:.....</i>		
--	--	--	--	--

Observasi hari ke 2

Jadwal Makan	1. JADWAL	2. JUMLAH	3. JENIS	MONITORING METABOLIK
PAGI	Jam Hidang: 07.00 WIB Jam Makan: 07.55 WIB ☒ Tepat Waktu ☐ Terlambat	Porsi RS yang dihabiskan: Kebutuhan kalori pasien 1700kkal ☒ 1 Porsi Penuh (100%) ☐ $\frac{3}{4}$ Porsi (75%) ☐ $\frac{1}{2}$ Porsi (50%) ☐ $< \frac{1}{2}$ Porsi ($<50\%$) <i>Input Tambahan Luar RS:.....</i>	Menu Makanan RS: Sayur, tahu, dan rawon daging <i>Pantangan yang dikonsumsi (jika ada):</i> Pasien mengatakan tidak ada pantangan makan	Kadar Gula Darah: 94 mg/dl ☐ Lemas ☐ Gemetar ☐ Haus ☐ Lapar Pasien mengatakan kondisi tubuhnya merasa lebih baik, tidak pusing, tidak lemas lagi
Selingan Pagi	Jam Makan: 10.00 WIB	Roti dan wafer ☒ Habis ☐ Sisa ☐ Tidak dimakan	Roti dan wafer	
SIANG	Jam Hidang:	Porsi RS yang	Menu Makanan RS:	Kadar Gula

	11.00 WIB Jam Makan: - WIB [-] Tepat Waktu [√] Terlambat	dihabiskan: Kebutuhan kalori pasien 1700kcal [√] 1 Porsi Penuh (100%) [-] $\frac{3}{4}$ Porsi (75%) [-] $\frac{1}{2}$ Porsi (50%) [-] $< \frac{1}{2}$ Porsi (<50%) <i>Input Tambahan Luar RS:</i> Makan 1 buah pisang dan agar-agar	Sayur tahu dan buncis <i>Pantangan yang dikonsumsi (jika ada):</i>	Darah: 94mg/dl Keluhan Fisik: [-] Lemas [-] Gemetar [-] Haus [-] Lapar
--	--	--	---	---

STUDI DOKUMENTASI

1. Pengkajian

Nama : Ny. M

Usia : 61 Tahun

Diagnosa medik : Hipoglikemia, DM Tipe 2, HT, CHF

No RM : 1406342

Keluhan utama	pasien mengatakan badannya lemas sejak 31/05/2026 pandangan kabur, pasien merasa gemetar, pandangan kedua mata kabur/buram, sering merasa ngantuk dan pusing, tidak nafsu makan.
Riwayat penyakit sekarang	Pasien mengatakan pusing sejak 31/05/2026 pagi bicara mulai pelo lalu di bawa ke RSPR dg PSC 199 di cek GDS rendah hasil GDS 39mg/dl, dilanjutkan opname
Riwayat Penyakit Dahulu	HT dan DM, pengobatan di RS hidayatullah, Riwayat Debridemen Pendis Sinistra

Pemeriksaan penunjang

Radiologi			
Komponen yang di periksa	Hasil	Nilai normal	Satuan
Hemoglobin	11.3	12.0-15.0	
Leukosit	8.6	4.5-11.5	
Eritrosit	3.85	4.00-5.40	
Trombosit	309	150-450	
SGOT	23.1	00-32.0	
SGPT	9.8	00-31.00	
Ureum	18	10-50	
Ceatinin	0.67	0,50-0.90	

Natrium	134	136-145	
Kalium	4.3	35 -51	
Clorida	101	98-107	
Bj	1.010	1.015-1.025	
PH	7,5	4.8-7.4	
HBa1C	6.0	4.5-6.5	
Cholesterol	124	<200	

Pengobatan

Obat	Dosis	Jam pemberian
Irbesartan	1x300mg	08.00
Lazoprazole	1x1 ampl	08.00
Paracetamol	3x500mg	08.00, 12.00
Vit B 12	1x1	08.00
Acetelicyln 400mg	5x2tab	06.00, 10.00, 14.00, 18.00
Asamnamesamat 500mg	3x1	08.00, 12.00

2. Diagnosis

Diagnosis yang seharusnya muncul adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah

Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)

Hipoglikemi

Kemungkinan penyebab : efek agen farmakologis

-Tanda dan gejala mayor

Subjektif :	Objektive :
a. Mengantuk	a. Gangguan koordinasi
b. Pusing	b. Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi

-Tanda gejala minor

Subjektif	Objektif
a. Palpitasi b. Mengeluh lapar	a. Gemetar b. Kesadaran menurun c. Prilaku aneh d. Sulit bicara e. Berkeringat

Diagnosis pada pasien :

Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan efek agen farmakologis (konsumsi obat metformin 500Mg) dibuktikan dengan pasien mengeluh pusing, lemas, Kadar glukosa darah 39mg/dl, merasa gemetar, sulit bicara.

3. Rencana dan implementasi

Tindakan Yang Dilakukan	YA	Tidak
Otek :		
1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia	√	
2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia	√	
Terapeutik :		
1. Memberikan karbohidrat sederhana, bila perlu		√
2. Memberikan glukogen, Jika perlu		√
3. Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet		√
4. Pertahankan kepatenan jalan napas	√	
5. Pertahankan akses IV, Jika Perlu	√	
Edukasi :		
1. Ajarkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat		√
2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah	√	

3. Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes dengan penyesuaian program		√
4. Jelaskan interaksi antara diet insulin, agen oral dan olahraga		
5. Ajarkan pengelolaan hiperglikemia	√	
6. Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia		
Kolaborasi :		
1. Kolaborasi pemberian dextrose, Jika perlu	√	
2. Kolaborasi pemberian glukagon, Jika perlu		

4. Evaluasi keperawatan

Subjektif	Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing dan lemas lagi, pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai meningkat di bandingkan yang kemarin.
Objektif	Kondisi pasien sudah tidak lemas lagi, pasien tak tampak pucat, nafsu makan pasien meningkat, pasien makan 1 porsi habis. Kadar glukosa darah 94mg/dl, tekanan darah 106/66mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 19x/menit, saturasi 98%, suhu 36,6 intake 1000cc output 750cc
Analisis	Tujuan teratasi
Planing	Lanjutkan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri

5. Wawancara perawat

a. Mengapa perawat memilih diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah ?

Jawaban : Perawat mengatakan tanda dan gejala yang di temukan lebih mendukung untuk menegaskan diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah, karena awal pasien datang hasil pengkajian di temukan hasil kadar glukosa darah yang rendah dan menandakan kondisi hipoglikemi yang harus segera mendapatkan penanganan.

b. Rencana tindakan apa yang dilakukan oleh perawat ?

Jawaban : perawat mengatakan rencana tindakan yang akandi berikan kepada pasien yang paling penting yaitu pemantauan kadar glukosa darah sesuai dengan

instruksi dari dokter yaitu 2 kali dalam sehari, pada jam 05.00 dan jam 21.00 WIB, dan untuk mengatasi glukosa darah yang sangat rendah yang dialami oleh pasien kita melakukan kolaborasi pemberian dextrose 5% melalui intra vena/ infus 20 tpm sampai kondisi kadar glukosa darah pasien sesuai dengan kriteria yang ingin kita capai yaitu kadar glukosa darah sewaktu >100 mg/dl.

c. Mengapa dalam implementasi tidak semua di lakukan, berikan alasannya?

Jawaban : perawat mengatakan tidak semua rencana tidkana yang ada di SIKI kita lakukan semua karena kita juga harus menyesuaikan dengan kriteria hasil yang kita capai, contohnya memberikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet saat ini tindakan tersebut sudah dilakukan oleh tim gizi untuk memantau nutrisi yang di butuhkan oleh pasien dan kolaborasi pemberian glukagon, jika perlu.

PEDOMAN WAWANCARA PERAWAT

1. PENGKAJIAN

- a. Bagaimana cara Perawat mengkaji riwayat nutrisi dan pola makan pasien DM Tipe 2 saat pertama kali masuk ruangan?

= yang pertama tentunya Saya melakukan anamnesis setiap adapasien baru yang datang. Namun pada pasien ini saya menggunakan pendekatan riwayat nutrisi, fokus pada diet harian pasien di rumah menggunakan prinsip 3J (Jadwal, Jumlah, Jenis. Saya tanyakan berapa kali mereka makan, apakah sering mengonsumsi karbohidrat tinggi/gula sederhana, serta bagaimana kepatuhan dietnya. Saya juga mengkaji apakah ada keluhan mual, muntah, atau perubahan nafsu makan.

- b. Data objektif apa saja yang Perawat prioritaskan untuk menegakkan masalah gangguan nutrisi-metabolik?

= Prioritas saya dalam menangani pasien dengan diabetes melitus adalah memeriksa kadar Glukosa Darah Sewaktu (GDS) atau GD2PP, dan HbA1c untuk melihat kontrol glikemik jangka panjang. Selain itu, dan tentunya mengukur data antropometri (Berat Badan, Tinggi Badan, IMT) serta memantau nilai laboratorium lain seperti albumin, Hb, dan elektrolit jika ada indikasi dehidrasi.

- c. Bagaimana Perawat mengidentifikasi gejala klasik (3P) serta tanda komplikasi akut?

= yang khas dan pasti saya dan perawat lainnya pasti menanyakan langsung apakah pasien merasa haus terus-menerus (polidipsi), lapar terus-menerus (polifagia), dan sering buang air kecil terutama malam hari (poliuria). Untuk komplikasi akut seperti hipoglikemia, saya pantau tanda seperti akral dingin, keluar keringat sejuk, gemetar, pusing, atau penurunan kesadaran.

2. DIAGNOSIS

- a. Berdasarkan hasil pengkajian, apa saja diagnosis keperawatan utama yang biasanya Perawat angkat?

=Diagnosis utama yang sering muncul adalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (b.d disfungsi pankreas/resistensi insulin) dan Defisit Nutrisi (b.d

ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi akibat peningkatan ambang ginjal atau metabolisme yang terganggu). Jika pasien tidak patuh, saya juga bisa mengangkat diagnosis Ketidakpatuhan atau Defisit Pengetahuan.

- b. Bagaimana Perawat membedakan antara diagnosis Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah dengan Defisit Nutrisi pada pasien DM Tipe 2?

= Saya melihat indikator utamanya. Jika masalahnya adalah fluktuasi gula darah yang drastis (hipoglikemia) disertai gejala pusing atau lemas, maka diagnosis utamanya adalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah. Namun, jika berat badan pasien turun >10% dalam waktu singkat, porsi makan tidak dihabiskan, dan otot tampak menyusut, saya akan mengangkat Defisit Nutrisi sebagai masalah yang berdiri sendiri atau menyertai.

3. RENCANA

- a. Apa saja kriteria hasil (target) yang Perawat tetapkan untuk mengatasi masalah pasien?

=Target utama yang di rumah sakit ini berdasarkan SLKI adalah Kestabilan Kadar Glukosa Darah, dengan kriteria hasil: kadar GDS/GDP dalam rentang normal, keluhan pusing/lemas menurun, dan tidak ada tanda hipo/hiperglikemia. Untuk nutrisi, targetnya adalah Status Nutrisi Membaik, ditandai dengan porsi makan dihabiskan dan berat badan membaik/stabil.

- b. Bagaimana bentuk kolaborasi yang Perawat lakukan dengan Tim Gizi (Dietisien)?

= sama saja seperti yang lain Saya melaporkan kondisi klinis pasien dan hasil lab terbaru kepada dietisien. Kami berkolaborasi menentukan kebutuhan kalori harian pasien (misal: Diet DM 1700 kkal) dan memastikan makanan disajikan tepat waktu sesuai jadwal rumah sakit agar tidak terjadi lonjakan atau penurunan gula darah yang ekstrem.

4. IMPLEMENTASI

- a. Tindakan keperawatan mandiri apa saja yang Perawat lakukan untuk membantu pasien mengontrol gula darahnya?

= Saya melakukan pemantauan glukosa darah secara berkala (posisi finger-prick sebelum makan atau sesuai instruksi), memonitor tanda-tanda vital, memfasilitasi

hidrasi yang adekuat, serta membantu memosisikan pasien dengan nyaman agar nafsu makannya meningkat.

- b. Bagaimana cara Perawat memberikan edukasi mengenai manajemen nutrisi mandiri (discharge planning)?

= Saya memberikan edukasi menggunakan media leaflet/lembar balik bersama keluarga pasien. Saya jelaskan kembali konsep diet 3J: memilih Jenis karbohidrat kompleks (kurangi gula murni), mematuhi Jadwal makan (3 kali makan besar, 2-3 kali selingan), dan mengontrol Jumlah porsi sesuai takaran kalori mereka di rumah.

- c. Bagaimana protokol yang Anda jalankan jika tiba-tiba pasien menunjukkan gejala hipoglikemia?

= Pertama, saya segera cek GDS. Jika GDS < 70 mg/dL dan pasien sadar, saya berikan larutan air gula atau teh manis. Jika pasien tidak sadar, saya posisikan aman, pertahankan kepatenan jalan napas, dan segera kolaborasi dengan dokter untuk pemberian Dextrose 40% secara intravena, lalu memantau GDS ulang setiap 15-30 menit.

5. EVALUASI

- a. Indikator apa yang Anda gunakan untuk menyatakan bahwa gangguan nutrisi-metabolik pasien sudah teratasi?

= Saya mengevaluasi menggunakan metode SOAP. Indikator keberhasilannya adalah pasien secara subjektif melaporkan badan lebih segar lemas hilang, haus berkurang, porsi makanan RS habis 80%, dan secara objektif kadar gula darah sewaktu stabil di angka target dokter misal < 200 mg/dL

RENCANA JADWAL PENELITIAN

[illegible]