

LAMPIRAN

Lampiran 1



Jl. Pembangunan No.112 Tarogong Kidul Kab.Garut 44151
(0262) 2246380 - 2800993
@bku.ac.id psdku.garut@bku.ac.id

No : 340/03.FKP.LPPM-K.GRT/XII/2024
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Data Awal

Garut, 16 Desember 2024

KepadaYth.
Dinas Kesehatan Kab.Garut
Di Tempat

Assalamualaikumwr.wb.

Berdasarkan kurikulum Prodi D III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut T.A 2024.2025 mahasiswa/l dituntut untuk melaksanakan penelitian berupa karya tulis ilmiah sebagai salah satu dari tiga pilar dalam Pendidikan di Perguruan Tinggi dan sebagai tugas akhir Pendidikan di UBK Garut.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk kesedaaannya memberikan data awal kepada Mahasiswa/l kami yang terlampir dibawah ini :

Nama : DESTIA HERAWATI
NIM : 221FKD6095

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum wr.wb.

Homat Kami
Ketua Panitia

Santi Rinjani, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN. 0430058904

RECEIVED

Lampiran 2

Surat permohonan Data Awal Dari DINKES



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT DINAS KESIHATAN

J. proklamasi no.7, jayaraga, kec. tarogong kidul, kabupaten garut, jawa barat
44151 web : <https://dinkes.garutkab.go.id> E-mail dinkesgarut1@gmail.com

Nomor : 800.1.11.8/2490/Dinkes
Sifat : Biasa
Lampiran :
Perihal : Permohonan Data Awal

Garut, 25 April 2025

Kepada Yth,
Kepala UPT Puskesmas Pembangunan
di
Tempat

Menindaklanjuti Surat Dari Mahasiswa/I Universitas Bhakti Kencana Garut Nomor
072/0273-Bakesbangpol/III/2025 Perihal Permohonan Data Awal Pada Prinsipnya Kami
Kami Tidak Keberatan Dan Memberikan Izin kepada :

Nama : Destia Herawati
NPM/NIM/NIDN : 221FK0695
Tujuan : Permohonan Data Awal
Lokasi/Tempat : UPT Puskesmas Pembangunan Kabupaten Garut
Tanggal/Observasi : 07 Maret 2025 s/d 07 April 2025
Bidang/Judul : Self Management Education (DME) Melalui Flip Chare Untuk
Kepatuhan Perawatan Kaki Pada Asuhan Keperawatan Pasien
Dengan Diabetes Melitus Tipe 2 Di UPT Puskesmas
Pembangunan
Untuk Melaksanakan Permohonan Data Awal / Di UPT Puskesmas Pembangunan
Kabupaten Garut
Demikian agar menjadi maklum

An.Kepala Dinas Kesehatan

Seketaris

u.b.

Kepala Sub Bagian Umum Dan

Kepegawaian



Engkus Kusman, S.I.P MSI
Penata Tingkat 1
NIP. 19710620 199103 1 002

Lampiran 3

Instrument Pengkajian Asuhan Keperawatan gerontic

a. Pengkajian

1. Pengkajian data

b. Identitas klien

Nama :
Tempat tanggal lahir :
Umur :
Jenis kelamin :
Agama :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Status pernikahan :
Suku/bangsa :
Tanggal pengkajian :
Diagnosa medis :
Alamat :

c. Identitas penanggung jawab

Nama :
Jenis keamin :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Agama :
Hubungan dengan pasien :
Alamat :

d. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Menguraikan saat keluhan pertama kali dirasakan, tindakan yang dilakukan sampai klien datang ke RS, tindakan yang sudah dilakukan rumah sakit sampa klien menjalani perawatan.

2. Keluhan Utama Saat Dikaji

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Menguraikan saat keluhan pertama kali dirasakan, Tindakan yang dilakukan sampai

klien datang ke RS, tindakan yang sudah dilakukan rumah sakit sampai klien menjalani perawatan.

b. Keluhan utama saat dikaji

Keluhan yang paling dirasakan oleh klien saat dikaji, diurakan dalam konsep PQRST dalam bentuk narasi

1. Provokatif dan paliatif.: Apa penyebabnya apa yang memperberat dan apa yang merenggangi
2. Quality/kualitas : dirasakan seperti apa, tapilanya, suaranya, berapa banyak.
3. Region/radiasi : lokasinya Dimana, penyebarannya
4. Severity/scale ; intensitasnya (skala) pengaruh terhadap aktivitas
5. Timing : kapan muncul keluhan, berapa lama, bersifat (tiba-tiba, bertahap)

2. Riwayat Kesehatan dahulu

Mengidentifikasi riwayat kesehatan yang memiliki hubungan dengan klien dengan atau memperberat keadaan penyakit yang sedang diberita saat ini. Termasuk faktor predis posisi penyakit.

3. Riwayat Kesehatan keluarga

Mengidentifikasi apakah di keluarga ada Riwayat penyakit menular atau turunan atau keduanya.

1. Bila ditemuan Riwayat penyakit menular dibuat struktur keluarga, Dimana di identifikasi individu-individu yang tinggal di rumah bukan genogram
2. Bila ditemukan Riwayat penyakit keturunan dibuat genogram minimal 3 generasi

e. Pola aktivitas sehari-hari

Meliputi pola activity daily living (ADL) antara kondisi sehat dan sakit, di identifikasi hal hal yang memperburuk kondisi klien saat ini dari aspek ADL meliputi:

Tabel 1.1

Pola aktivitas sehari-hari

NO	Jenis aktivitas	Di rumah	Di rumah sakit
1.	Nutrisi <ul style="list-style-type: none"> a) makan frekuensi jenis porsi keluhan b) minum frekuensi jumlah warna keluhan 		
2.	Eliminasi <ul style="list-style-type: none"> a) BAB frekuensi warna bau keluhan b) BAK jumlah warna keluhan 		
3.	Istirahat tidur <ul style="list-style-type: none"> Siang Malam Keluhan 		
4.	Personal hygiene <ul style="list-style-type: none"> a) mandi b) gosok gigi c) keramas d) gunting kuku e) ganti pakaian 		

5.	Aktivitas		
----	-----------	--	--

f. pemeriksaan fisik

1. keadaan umum :

kesadaran :

penampilan :

2. pemeriksaan tanda-tanda vital

tekanan darah :

nadi :

respirasi :

suhu :

3. pemeriksaan fisik sistem

a) sistem pernapasan

b) sistem cardiovaskuler

c) sistem pencernaan

d) sistem genitourinaria

e) sistem endokrin

f) sistem persyarafan

1. Tes fungsi celebral

2. Tes fungsi Nervus (Cranialis)

g) Sistem Integumen

h) Sistem Muskuloskeletal

1. Ekstermitas Atas

2. Ekstemitas Bawah

i) Sistem Penglihatan

j) Wicara dan THT

f) Data Psikologis

1. Status Emosional

Status klien menghadapi kondisi sakit

2. Kecemasan

Kecemasan klien menghadapi kondisi sakit

3. Pola coping

Coping yang digunakan klien dalam menghadapi sakit

4. Gaya komunikasi

Gaya komunikasi yang digunakan

5. Konsep diri

a. Gambaran diri :

b. Ideal diri :

c. Harga diri :

d. Peran :

e. identitas Diri :

G. Data Sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan.

H. Data Spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimis kesembuhan penyakit, dan gangguan dalam melaksanakan ibadah

I. Data Penunjang

Semua prosedur diagnostik dan lab yang dijalani klien. Hasil pemeriksaan di tulis termasuk nilai rujukan, pemeriksaan terakhir secara beturut turut (berhubungan dengan kondisi klien).

j. Indeks KATZ

Pengkajian menggunakan indeks kemandirian katz untuk aktivitas kehidupan sehari-hari yang berdasarkan pada evaluasi fungsi mandiri atau bergantung dari klien dalam hal : makan,kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar mandi, mandi dan berpakaian. Indeks Katz adalah pemeriksaan disimpulkan dengan sistem penilaian yang didasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam melakukan aktifitas fungsionalnya. Salah satu keuntungan dari alat ini adalah kemampuan untuk mengukur perubahan fungsi aktivitas dan latihan setiap waktu, yang diakhiri evaluasi dan aktivitas rehabilitasi

indeks	Keterangan
A	Mandiri dalam semua aktivitas tanpa kecuali
B	Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet dan satu fungsi tambahan
F	Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

(b) Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	5	10	Frekuensi : Jumlah :

					Jenis :
2.	Minum		5	10	Frekuensi :
3.	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur, sebaliknya	5-10	15		Jumlah :
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5		Frekuensi
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh menyiram)	5	10		
6.	Mandi	5	15		frekuensi
7.	Jalan dipermukaan datar	0	15		
8.	Naik turun tangga	5	10		
9.	Mengenakan pakaian	5	10		
10.	Control bowel (BAB)	5	10		Frekuensi : Konsistensi
11.	Control bladder (BAK)	5	10		
12.	Olahraga/Latihan	5	10		
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu	5	10		

Interpretasi hasil:

130 : Mandiri

65 – 125 : Ketergantungan sebagian

60 : Ketergantungan total

C. Risiko Jatuh dengan Morse Fall Scale (MSC)

Pengkajian	Skala	Skor
Riwayat jatuh;	Tidak 0	
Apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Ya 25	
Diagnosa sekunder;	Tidak 0	
Apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Ya 15	
Alat bantu jalan; Bed rest/ dibantu		
Kruk/ tongkat/ walkeBerpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)	0	
	15	
	30	
Terapi intravena;	Tidak 0	
Apakah lansia saat ini terpasang infus?	Ya 20	

Gaya berjalan/ cara berpindah Normal/ bed rest/ immobile		0
Lemah (tidak bertenaga)		10
Gangguan/ tidak normal (pincang, diseret)		20
Status mental		
Lansia menyadari kondisi dirinya sendiri		0
Lansia mengalama keterbatasan daya ingat		15

a. Keseimbangan dengan Berg Balance Scale (BBS)

NO	Item	Skor (0-4)	Skor
Keseimbangan			
1.	Duduk ke berdiri	4= dapat berdiri tanpa menggunakan tangan dan menstabilkan independen 3 = mampu berdiri secara independen menggunakan tangan setelah mencoba 2 = mampu berdiri menggunakan tangan setelah mencoba 1 = perlu bantuan minimal untuk berdiri atau menstabilkan 0 = perlu asisten sedang atau maksimal untuk berdiri	
2.	Berdiri tanpa penunjang	4 = dapat berdiri dengan aman selama 2 menit 3 = mampu berdiri 2 menit dengan pengawasan 2 = dapat berdiri 30 detik yang tidak dibantu/ ditunjang 1 = membutuhkan beberapa waktu untuk mencoba berdiri 30 detik yang tidak dibantu 0 = tidak dapat berdiri secara mandiri selama 30 detik	
3.	Duduk tanpa penunjang	4 = bisa duduk dengan aman dan nyaman selama menit 3 = bisa duduk 2 menit dengan pengawasan 2 = mampu duduk selama 30 detik 1 = bisa duduk 10 detik 0 = tidak dapat duduk tanpa penunjang	
4.	Berdiri ke duduk	4 = duduk dengan aman dengan menggunakan minimal tangan	

		3 = mengontrol posisi turun dengan menggunakan tangan 2 = menggunakan punggung kaki terhadap kursi untuk mengontrol posisi turun 1 = duduk secara independen tetapi memiliki keturunan yang tidak terkendali 0 = kebutuhan membantu untuk duduk
5.	Tranfer	4 = dapat mentransfer aman dengan penggunaan ringan tangan 3 = dapat mentransfer kebutuhan yang pasti aman dari tangan 2 = dapat mentransfer dengan pengawasan 1 = membutuhkan satu orang untuk membantu 0 = membutuhkan dua orang untuk membantu atau mengawasi
6.	Berdiri dengan mata tertutup	4 = dapat berdiri 10 detik dengan aman 3 = dapat berdiri 10 detik dengan pengawasan 2 = mampu berdiri 3 detik 1 = tidak dapat menjaga mata tertutup 3 detik tapi tetap aman 0 = membutuhkan bantuan agar tidak jatuh
7.	Berdiri dengan kaki rapat	4 = mampu menempatkan kaki bersama-sama secara independen dan berdiri 1 menit aman 3 = mampu menempatkan kaki bersama-sama secara independen dan berdiri 1 menit dengan pengawasan 2 = mampu menempatkan kaki bersama-sama secara mandiri tetapi tidak dapat tahan selama 30 detik 1 = memerlukan bantuan untuk mencapai posisi tapi mampu berdiri kaki bersama-sama selama 15 detik 0 = memerlukan bantuan untuk mencapai posisi dan tidak dapat tahan selama 15 detik
8.	Mengambil barang dari lantai	4 = dapat mengambil sandal aman dan mudah 3 = dapat mengambil sandal tetapi membutuhkan pengawasan 2 = tidak dapat mengambil tetapi mencapai 2 - 5 cm (1 - 2 inci) dari sandal dan menjaga keseimbangan secara bebas

			1 = tidak dapat mengambil dan memerlukan pengawasan ketika mencoba 0 = tidak dapat mencoba/ membantu kebutuhan untuk menjaga dari kehilangan keseimbangan atau jatuh
9.	Menoleh ke belakang		= tampak belakang dari kedua sisi dan berat bergeser baik 3 = tampak belakang satu sisi lain menunjukan pergeseran berat badan kurang = hanya menyamping tetapi tetap mempertahankan keseimbangan 1 = perlu pengawasan saat memutar 0 = butuh bantuan untuk menjaga dari kehilangan keseimbangan atau jatuh
10.	Berputar derajat	360	4 = mampu berputar 360o dengan aman dalam 4 detik atau kurang 3 = mampu berputar 360o dengan aman satu sisi hanya 4 detik atau kurang 2 = mampu berputar 360o dengan aman tetapi perlahanlahan 1 = membutuhkan pengawasan yang ketat atau dengan lisani 0 = membutuhkan bantuan saat memutar
11.	Menempatkan kaki bergantian dibangku		4 = mampu berdiri secara independen dengan aman dan menyelesaikan 8 langkah dalam 20 detik 3 = mampu berdiri secara mandiri dan menyelesaikan 8 langkah dalam > 20 detik 2 = dapat menyelesaikan 4 langkah tanpa bantuan dengan pengawasan 1 = dapat menyelesaikan > 2 langkah perlu assit minimal 0 = membutuhkan bantuan agar jatuh/ tidak mampu untuk mencoba

Interpretasi hasil:

0 - 20 : Harus memakai kursi roda 21 -

40 : Berjalan dengan bantuan 40 -

56 : Mandiri/ independen

5) Status Mental

(a) Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan Short Portable

Mental Status Questioner (SPSMQ)

No	Item pertanyaan	Benar	Salah
1.	Jam berapa sekarang? Jawaban:.....		
2.	Tahun berapa sekarang? Jawaban:.....		
3.	Kapan Bapak/ Ibu lahir? Jawaban:.....		
4.	Berapa umur Bapak/ Ibu sekarang? Jawaban:.....		
5.	Dimana alamat Bapak/ Ibu sekarang? Jawaban:.....		
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal Bersama Bapak/ Ibu? Jawaban:.....		
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal Bersama Bapak/ Ibu? Jawaban:.....		
8.	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia? Jawaban:.....		
9.	Siapa nama Presiden Republik Indonesia? Jawaban:.....		
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 Jawaban:.....		

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai pasien	Kriteria
1.	Orientasi	5		<p>Menyebutkan dengan benar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tahun - Musim - Tanggal - Hari - Bulan
2.	Orientasi	5		<p>Dimana kita sekarang berada ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negara Indonesia - Profinsi Jawa Barat - Kota
3.	Registrasi	3		<p>Sebutkan nama 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek. Kemudian tanyakan kepada klien 3 objek tadi (untuk disebutkan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objek - Objek - Objek
4.	Perhatian dan kalkulasi	5		<p>Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - 93 - 86 - 79 - 72 - 65
5.	Mengingat	3		<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada No. 3 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 point untuk masing- masing objek.</p>
6.	Bahasa	9		<p>Tunjukan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien</p> <ul style="list-style-type: none"> -(Misal jam tangan) -(Misal pensil) <p>Minta klien untuk mengulang kata“Tak ada jika, tetapi. Bila benar 1 point. berikut</p>

-Pertanyaan 2 buah : tak ada, tetapi.

Minta klien

untuk mengikuti perintah berikut

yang terdiri dari 3 langkah

”Ambil kertas ditangan anda, lipattaruh dilantai”. dua dan

-Ambil kertas di tangan anda

-Lipat dua

-Taruh dilantai

Perintahkanaktivitas sesuai pada perintah klien untuk point 1)hal berikut (bila

Mini Mental Status Exam (MMSE)

6) Status Psikologis

(a) Identifikasi Masalah Emosional

No Pertanyaan tahap 1

1. 1. Apakah klien mengalami sukar tidur ?
 2. Apakah klien merasa gelisah ?
 3. Apakah klien murung atau menangis sendiri?
 4. Apakah klien sering was-was atau khawatir?
-

Pertanyaan tahap 2

2. 1. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam sebulan?
 2. Ada masalah atau banyak pikiran?
 3. Adanya gangguan/ masalah dengan keluarga lain?
 4. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
 5. Cenderung mengurung diri?
-

(b) Skala Depresi Geriatrik

No	Apakah Bapak/ Ibu dalam 1 minggu terakhir:	Ya	Tidak
----	--	----	-------

1. Merasa puas dengan kehidupan yang dijalani?
-

2. Banyak meninggalkan kesenangan/ minat dan aktivitas anda?
-

3. Merasa bahwa kehidupan anda hampa?
-

4. Sering merasa bosan?
-

5. Penuh pengharapan akan masa depan?
-

6. Mempunyai semangat yang baik setiap waktu?
-

7. Diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak diungkapkan?

8. Merasa bahagia di sebagian besar waktu?

9. Merasa takut sesuatu akan terjadi pada anda?

10. Sering kali merasa tidak berdaya?

11. Sering merasa gelisah dan gugup?

12. Memilih tinggal di rumah daripada pergi melakukan sesuatu yang bermanfaat?

13. Sering kali merasa khawatir akan masa depan?

14. Merasa mempunyai lebih banyak masalah dengan daya ingat dibandingkan orang lain?

15. Berpikir bahwa hidup ini sangat menyenangkan sekarang?

16. Sering kali merasa merana?

17. Merasa kurang bahagia?

18. Sangat khawatir terhadap masa lalu?

19. Merasa bahwa hidup ini sangat menggairahkan?

20. Merasa berat untuk memulai sesuatu hal yang baru?

21. Merasa dalam keadaan penuh semangat?

22. Berpikir bahwa keadaan anda tidak ada harapan?

23. Berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik daripada saya?

24. Sering kali menjadi kesal karena hal sepele?

25. Sering kali merasa ingin menangis?

26. Merasa sulit untuk berkonsentrasi?

27. Menikmati tidur?

28. Memilih menghindar dari perkumpulan social?

29. Mudah mengambil keputusan?

30. Mempunyai pikiran yang jernih?

Jumlah item terganggu

Interpretasi hasil:

YA → skor 1 TIDAK → skor 0

Skor 0 - 5 : Normal

Skor 6 - 15 : Depresi ringan sampai sedang Skor

16 - 30 : Depresi berat

3. Program dan rencana pengobatan

Therapy yang diberikan diidentifikasi mulai nama obat, dosis, waktu, dan cara pemberian.

Table 1.4

Rencana pengobatan

Jenis terapi	Dosis	Cara pemberian	Waktu

2. Analisis Data

Melakukan interpretasi data data senjangan dengan tinjauan patofisiologi

Table 2.1

Analisa data

	Data	Etiologi	Masalah
Pasien 1			
Pasien 2			

B. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

Diagnosa keperawatan disusun dalam format PES (Problem, etiologi, simptom/sign). Daftar diagnosa keperawatan disusun berdasarkan prioritas masalah. Diagnosa yang digunakan merujuk pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

NO	Diagnosa keperawatan	Tanggal ditemukan	Nama perawat	Ttd
Pasien 1				
Pasien 2				

C. Perencanaan

Tabel 2.3

Perencanaan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi/Tindakan
Pasien 1			
Pasien 2			

1. Rumusan tujuan mengandung konsep SMART dan mengandung kriteria indikator diagnosa keperawatan teratasi, meujuk pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)
2. Rencana tindakan keperawatan dibuat secara eksplisit dan spesifik, meujuk pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
3. Rasional Berisi mekanisme pencapaian hasil melalui tindakan yang dilakukan berupa tujuan dari satu tindakan.

B. Implementasi

Pelaksanaan implementasi dan dilakukan evaluasi secara formatif setelah tindakan.

Tabel 2.4

Pelaksanaan

	Tanggal	Jam	DP	Tindakan	Nama&ttd
Pasien 1		09.00	1	Tindakan:	
Pasien 2				Hasil :	

E. Evaluasi

1. Evaluasi format dituliskan sebagai hasil dari suatu tindakan yang dicatat dalam format implementasi
2. Evaluasi sumatif berupa pemecahan masalah diagnosa keperawatan dalam bentuk catatan perkembangan (SOAPIER) yang dibuat bila:
 - a. Kerangka waktu di tujuan tercapai
 - b. Diagnosa tercapai sebelum waktu di tujuan
 - c. Terjadi perburukan kondisi
 - d. Muncul masalah baru

Tabel 2.5

Evaluasi

Tanggal	DP	Evaluasi sumatif	Nama&ttd
	S		
	O		
	A		
	P		
	I		
	E		
	R		

Lampiran 4

No : 105/KEPK_UBK_GRT/07/2025
Lampiran : -
Perihal : Surat Keputusan Uji Etika

Garut, 17 Juli 2025

Kepada Yth.
DIREKTUR RSUD dr. SLAMET GARUT
Di Tempat

Assalamualaikum wr.wb.

Berdasarkan kurikulum Universitas Bhakti Kencana (UBK) Garut Tahun Akademik 2024/2025 Mahasiswa/I dituntut untuk membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) sebagai salah satu tugas akhir dan merupakan satu dari tiga pilar dalam pendidikan Perguruan Tinggi. Untuk menjamin keamanan penelitian KTI di UBK Garut harus melalui Uji Etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) dari penelitian yang akan dilaksanakan.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka setelah dilaksanakan Uji Etik Penelitian tersebut kami menyatakan penelitian Mahasiswa/I kami dibawah ini:

Nama	:	DESTIA HERAWATI
NIM	:	221FK06095
Judul KTI	:	PENERAPAN DIABETES SELFIE MANAGEMENT EDUCATION (DMSE) MELALUI MEDIA FLIP CHART DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN DIABETES MELLITUS Tipe 2 DI UPT PUSKESMAS PEMBANGUNAN TAHUN 2025
Kesimpulan	:	<u>LOLOS UJI ETIK</u> untuk bisa dilanjutkan ketahap penelitian

Demikian surat pernyataan ini kami sampaikan dan dapat digunakan sembagaimana mestinya.
Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum wr.wb.

Penelaah KEPK UBK Garut



Ridwan Riadul Jinan, SKM., M.Si.
NIDN : 0424088404

1.SAP DMSE

SATUAN ACARA PENYULUHAN



Disusun oleh :

Destia Herawati 221FK06095

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA

TAHUN 2025

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan : DMSE (DIABETES SELF MANAGEMEN EDUCATION)

Sasaran : pasien dan keluarga pasien

Hari \tanggal :

Waktu : 20-30 menit (

Tempat : UPT PUSKESMAS PEMBANGUNAN

A. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah dilakukan penyuluhan selama 30 menit, diharapkan klien dan keluarga dapat memahami tentang DMSE

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mengikuti penyuluhan selama 30 menit, klien dan keluarga dapat:

- Mengetahui tentang diabetes melitus (DM)
- Mengetahui Pendidikan gaya hidup sehat
- Mengetahui pemantauan gula darah
- Mengetahui manajemen minum obat
- Mengetahui dukungan emosional
- Mengetahui perencanaan makanan
- Mengetahui perawatan luka

C. SASARAN

Adapun sasaran dari penyuluhan ini ditunjukan khususnya untuk pasien dan keluarga.

D. METODE

Metode yang digunakan adalah sebagai berikut:

- Moderator
- Diskusi \ tanya jawab

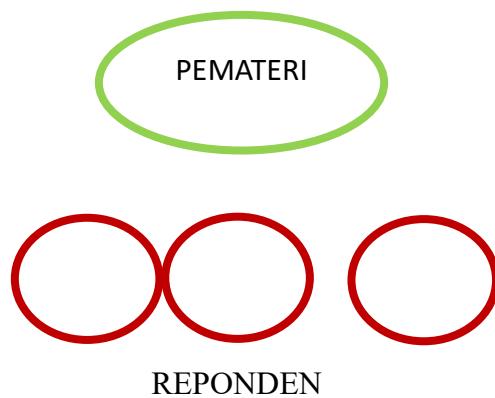
E. ALAT DAN BAHAN

- Kursi

F. MEDIA

- Leaflet
- Flip chart

G. SETING TEMPAT



H. MATERI

Terlampir

I. KEGIATAN

a. Persiapan

1. Berpakaian rafih dan sopan.
2. Mempersiapkan alat-alat dan bahan untuk penyuluhan, yaitu : kursi
3. Mempersiapkan media untuk penyuluhan, yaitu : leaflet dan fip chart

b.Pelaksanaan

NO	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan pasien
1.	5 menit	<p>Pembukaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membuka\memulai kegiatan dengan mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan dari penelitian 4. Menyebutkan materi penyuluhan 5. Bertanya kepada pasien apakah sudah mengerti tentang diabetes melitus 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Mendengarkan • Mendengarkan • Mendengarkan dan memperhatikan • Menjawab pertanyaan
2.	20 menit	<p>Pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menjadikan tentang diabetes melitus (DM) b. Menjelaskan Pendidikan gaya hidup sehat c. Menjelaskan pemantauan gula darah d. Menjelaskan manajemen minum obat e. Menjelaskan dukungan emosional f. Menjelaskan perencanaan makanan g. Memberikan keempatan kepada 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Mendengarkan • Mendengarkan • Mendengarkan dan memperhatikan • Menjawab pertanyaan

pasien untuk
bertanya.

3.	4 menit	Evaluasi	<ul style="list-style-type: none">• Menjawab pertanyaan• Menjawab pertanyaan
		<ul style="list-style-type: none">a) Menanyakan kepada pasien tentang materi yang telah disampaikan dan memberikan reinforcement kepada pasien yang dapat menjawab.b) Menanyakan Kembali apakah ada pasien yang kurang jelas mengenai isi penyuluhan	
4.	1 menit	Terminasi:	<ul style="list-style-type: none">• Mendengarkan• Menjawab salam
		<ul style="list-style-type: none">a) Mengucapkan terima kasih atas peran sertanyab) Mengucapkan salam penutup	

VII. EVALUASI

1. Evaluasi struktur

- Peserta hadir ditempat penyuluhan.
- Penyelengaraan penyuluhan.
- Persiapan alat dan bahan penyuluhan (SAP, leaflet, dan flip chart)

2. Evaluasi proses

- Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
- Peserta mengikuti jalanya penyuluhan sampai selesai.
- Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar.

3. Evaluasi hasil

- Peserta mengetahui tentang diabetes melitus (dm)

- Peserta mengetahui Pendidikan gaya hidup sehat
- Peserta mengetahui pemantauan gula darah
- Peserta mengetahui manajemen minum obat
- Peserta mengetahui dukungan emosional
- Peserta mengetahui perawatan luka

Lampiran Materi

DMSE

Tindakan perata yaitu penyuluhan tentang diabetes miltius (DM). Diabetes Mellitus (DM) adalah peningkatan kadar gula darah yang abnormal, disebabkan oleh resistensi insulin atau kekurangan produksi insulin. Faktor risiko termasuk obesitas, pola makan tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, riwayat keluarga, dan usia. Gejalanya meliputi haus, sering buang air kecil, kelelahan, penglihatan kabur, dan luka sulit sembuh. Deteksi dini DM penting melalui tes darah dan pemeriksaan rutin. Pencegahan melibatkan pola makan sehat, olahraga teratur, mengontrol berat badan, dan menghindari merokok. Manajemen meliputi rencana makan, olahraga, penggunaan obat-obatan, dan pemantauan gula darah. Komplikasi jangka panjang dapat dihindari dengan manajemen yang baik. Peserta juga akan diberikan informasi tentang dukungan psikologis dan sumber informasi yang dapat dipercaya. Metode penyuluhan melibatkan presentasi visual, diskusi interaktif, dan evaluasi untuk memastikan pemahaman yang baik. Diharapkan peserta dapat mengambil langkah-langkah untuk mencegah dan mengelola DM setelah penyuluhan ini (Mamuaya, Nova Ch., 2023).

Tindakan kedua yaitu pendidikan gaya hidup sehat. Pendidikan gaya hidup sehat bagi penderita Diabetes Mellitus (DM) penting untuk mengelola kondisi dengan baik. Ini meliputi pola makan rendah gula, rendah lemak, dan tinggi serat, serta mengontrol porsi dan indeks glikemik. Aktivitas fisik teratur, seperti 150 menit aerobik moderat per minggu dan latihan kekuatan, dianjurkan. Manajemen stres dengan teknik relaksasi juga penting, bersama dengan pemantauan gula darah, minum obat sesuai resep, dan komunikasi dengan tim perawatan kesehatan. Dengan pendidikan yang tepat,

penderita DM dapat meningkatkan kualitas hidup dan mengelola kondisi mereka dengan lebih efektif (Febriyan, 2020).

Tindakan ketiga yaitu pemantauan gula darah adalah langkah penting dalam manajemen Diabetes Mellitus (DM). Ini melibatkan pengukuran kadar glukosa darah secara teratur dengan alat seperti glucometer. Penderita DM melakukan pemantauan beberapa kali sehari, termasuk sebelum dan setelah makan, serta sebelum dan sesudah berolahraga. Hasil pengukuran digunakan untuk mengevaluasi rencana makan, aktivitas fisik, dan pengobatan, serta membantu dalam pengambilan keputusan yang tepat. Pemantauan gula darah secara teratur membantu mengelola kondisi dengan lebih efektif dan mencegah komplikasi (Ifadah and Marlina, 2019).

Tindakan keempat yaitu manajemen minum obat pada Diabetes Mellitus (DM) meliputi beberapa langkah. Pertama, konsultasi dengan dokter untuk mendapatkan resep obat yang tepat, dilanjutkan dengan pemahaman dosis dan jadwal minum yang konsisten. Penting juga untuk memantau efek samping dan menjaga kepatuhan terhadap jadwal minum. Menyimpan dan mengisi ulang obat dengan benar juga diperlukan. Terakhir, rutin berkonsultasi dengan dokter untuk evaluasi respons terhadap pengobatan dan pemantauan kondisi. Dengan langkah-langkah ini, penderita DM dapat mengelola kadar gula darah mereka dengan efektif (Ifadah and Marlina, 2019).

Tindakan kelima yaitu dukungan emosional. Ini termasuk memberikan ruang untuk ekspresi perasaan, mendapatkan informasi yang akurat tentang DM, dan mendukung gaya hidup sehat bersama. Komunitas atau kelompok dukungan juga dapat memberikan dukungan yang berarti. Dengan dukungan ini, penderita DM dapat merasa didukung secara holistik dalam mengelola kondisinya (Jais, Tahlil and Susanti, 2021).

Tindakan keenam yaitu perencanaan makanan pada penderita Diabetes Mellitus (DM) adalah kunci untuk menjaga kadar gula darah tetap stabil. Ini melibatkan memilih makanan dengan indeks glikemik rendah, mengatur porsi dengan seimbang, membuat jadwal makan yang teratur, memperhatikan kalori, dan berkonsultasi dengan

ahli gizi atau dokter untuk mendapatkan rencana makan yang sesuai. Dengan perencanaan makan yang baik, penderita DM dapat menjaga kadar gula darah mereka dalam kisaran yang sehat (Setyaningrum and Nissa, 2021).

Tindakan ketujuh yaitu perawatan luka pada kaki pada penderita Diabetes Mellitus (DM) penting untuk mencegah komplikasi. Langkah-langkah utama termasuk membersihkan luka secara teratur dengan larutan antiseptik, menjaga kebersihan dan kekeringan luka, serta memonitor tanda-tanda infeksi. Konsultasikan dengan profesional medis jika terjadi infeksi atau luka tidak sembuh. Menjaga kadar gula darah tetap stabil juga krusial dengan mengikuti rencana pengobatan, pola makan sehat, dan aktivitas fisik yang cukup. Dengan perawatan yang tepat, risiko komplikasi luka pada penderita DM dapat diminimalkan (Alhidayati et al., 2021).

Tindakan kedelapan yaitu Aktivitas fisik. Aktivitas fisik merupakan salah satu pilar penting dalam manajemen Diabetes Mellitus selain pengaturan pola makan, edukasi, dan terapi obat. Tujuan dari aktivitas fisik bagi pasien DM adalah untuk membantu menurunkan kadar gula darah, meningkatkan sensitivitas insulin, menjaga berat badan ideal, serta meningkatkan kesehatan jantung dan pembuluh darah.

Pasien diabetes disarankan untuk melakukan aktivitas fisik secara rutin, minimal selama 150 menit per minggu atau sekitar 30 menit per hari selama lima hari dalam seminggu. Jenis aktivitas fisik yang dianjurkan meliputi olahraga aerobik intensitas sedang seperti jalan cepat, bersepeda, berenang, atau senam diabetes. Selain itu, latihan kekuatan otot seperti angkat beban ringan atau latihan dengan resistance band juga dianjurkan dua hingga tiga kali dalam seminggu. Untuk pasien lanjut usia, aktivitas yang meningkatkan fleksibilitas dan keseimbangan seperti yoga atau Tai Chi sangat bermanfaat.

Lampiran 6 sop

Tabel 1.1

Standar Operasional Prosedur (SOP) penerapan diabetes self management education melalui media flip chart untuk kepatuhan Dalam asuhan keperawatan pasien diabetes melitus tipe 2

PROSEDUR TETAP	
Pengertian	Suatu proses berkelanjutan yang dilakukan dalam bentuk pendidikan kesehatan mengenai pengelolaan DM secara mandiri untuk memfasilitasi pengetahuan, keterampilan dan kemampuan pasien DM dalam melakukan perawatan diri serta mempertahankan perilaku yang dibutuhkan untuk mengelola kondisi secara berkelanjutan
Tujuan	Mendukung pengambilan keputusan, perawatan diri, pemecahan masalah dan kolaborasi aktif dengan tim kesehatan untuk meningkatkan hasil klinis, status kesehatan, kualitas hidup pasien DM
Indikasi	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien Diabetes Mellitus tipe 22. Pasien kurang pengetahuan terkait penyakit Diabetes mellitus tipe 2
Kontra Indikasi	<ol style="list-style-type: none">a. pasien yang mengalami penurunan kesadaranb. pasien yang mengalami ketidakstabilan emosic. pasien dengan tanda-tanda vital yang tidak stabil
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none">1. mengkaji kondisi pasien
Persiapan Perawat	<ol style="list-style-type: none">a. lakukan pengajian pada pasien, termasuk Riwayat DM yang dialami pasien dan pengetahuan yang dimiliki pasien.b. identifikasi masalah Kesehatan pasienc. buat perencanaan Tindakand. kaji kebutuhan perawat, minta bantuan perawat lain jika perlue. siapkan alat
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none">1. lembar balik catatan dan2. alat tulis
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none">1. Ciptakan lingkungan nyaman dan tenang2. Mencatat waktu frekuensi dan jenis alat yang dipakai selama Tindakan3. Tuliskan nama dan paraf perawat pendaping4. Memantau tanda tanda vital dan GDS
Prosedur pretest	<p>A. Tahap prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mencuci tangan.

2. Sampaikan salam dan memperkenalkan diri.
3. Sampaikan maksud dan tujuan melakukan edukasi Diabeter mellitus tipe-2.

B. Tahap orientasi.

1. Memberikan salam kepada pasien dan memperkenalkan diri.
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur dilaksanakan.
3. Menanyakan kesiapan/peresetujuan pasien.
4. Kontrak waktu dengan pasien.
5. Tanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan dilakukan.
6. Berikan privasi untuk pasien jika pasien membutuhkan.

C. Tahap kerja

1. Mencuci tangan.
2. Atur posisi yang nyaman untuk pasien.
3. Kaji kondisi pasien.
4. Monitor TTV dan GDS.
5. Lakukan asesmen awal (pengetahuan, perilaku, psikososial).
6. Tentukan kebutuhan edukasi berdasarkan hasil asesmen.
7. Berikan Diabetes Self-Manajement Education (DSME) menurut materi tiap sesi:
 - 1) Sesi 1 membahas tentang pengetahuan konsep dasar DM meliputi definisi, etiologi, manifestasi, penatalaksanaan, dan komplikasi.
 - 2) Sesi 2 membahas tentang manajemen nutrisi dan aktivitas fisik yang dapat dilakukan pasien.
 - 3) Sesi 3 membahas tentang perawatan diri dan monitoring yang perlu dilakukan.
 - 4) Sesi 4 membahas tentang manajemen stress, dukungan psikososial, dan akses pasien terhadap pelayanan Kesehatan.
1. Libatkan keluarga pasien dalam proses edukasi.
2. Gunakan media bantu edukasi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
3. Dokumentasikan kegiatan edukasi dan tindak lanjut.
4. Selama prosedur, tingkatkan keterliatan dan kenyamanan pasien.
5. Kaji toleransi pasien selama prosedur.
6. Lakukan evaluasi pemahaman pasien (post-test atau wawancara).

Waktu	Waktu pelaksanaan edukasi umumnya dilakukan selama 30 menit dan dilakukan 1 hingga 3 kali sehari.
Prosedur posttest	<p>D. Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi respon pasien setelah diberikan edukasi. 2. Tanyakan pada pasien, adakah pertanyaan yang kurang dimengerti oleh pasien. 3. Kaji pengetahuan pasien setelah diberikan edukasi. 4. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya. 5. Berpamitan pada pasien. 6. Mencatat lembar kegiatan.
Dokumentasi	<ul style="list-style-type: none"> - Catat tindakan dalam catatan keperaan. - Dokumentasi respon pasien : Tingkat pengetahuan pasien meningkat. - Tuliskan nama dan paraf perawat. - Memantau tanda-tanda vital dan GDS.

Menyetujui

Pembimbing utama

Yusni Ainurrahmah, S.Kep,Ners,M.si

NIDN.0401018209

Pembimbing pendamping

Ns. Winasari Dewi M.Kep

NIDN.0429098903

Lampiran 7 kuesioner

kuesioner

Petunjuk pengesian: Pilihlah jawaban sesuai dengan Bapak/Ibu ketahui, dengan memberi centang (□) pada kolom yang telah disediakan. Jika Bapak/Ibu memberi centang pada jawaban benar maka dapat skor nilai 4.16, dan jika memberi centang pada jawaban salah dan tidak tau maka dapat skor nilai 0. Beberapa pernyataan dibawah ini benar dan beberapa pernyataan salah, semua pertanyaan harus dijawab dengan satu pilihan.

No	Pernyataan	Benar	Salah	Tidak tahu
1.	Makan terlalu banyak gula dan makanan manis lainnya merupakan penyebab diabetes			
2.	Penyebab umum diabetes adalah kurangnya insulin yang efektif adalah tubuh			
3.	Diabetes disebabkan karena kegagalan ginjal mencegah gula masuk ke dalam kencing			
4.	Ginjal memproduksi insulin			
5.	Pada diabetes yang tidak di obati, jumlah gula dalam gula darah biasanya meningkat			
6.	Jika saya menderita diabetes, anak-anak saya berpeluang lebih besar menderita diabetes juga			
7.	Diabetes mellitus dapat disembuhkan			
8.	Kadar gula darah puasa 210 adalah terlalu tinggi			
9.	Cara terbaik untuk memeriksakan diabetes mellitus Adalah dengan tes urin			
10.	Olahraga teratur akan meninggalkan kebutuhan atas insulin atau obat diabetes lainnya			
11.	Ada dua jenis utama diabetes : tipe 1(tergantung pada insulin) dan tipe 2 (tidak tergantung pada insulin)			
12.	Insulin bekerja disebabkan karena makanan terlalu banyak			
13.	Obat lebih penting daripada diet dan olahraga untuk mengendalikan diabetes			
14.	Diabetes sering menyebabkan peredaran darah tidak baik			
15.	Luka dan lecet pada penderita diabetes sembuhnya lama			
16.	Penderita diabetes harus sangat berhati-hati			
17.	Penderita diabetes harus membersihkan luka dengan yodium (betadine) dan alcohol			
18.	Cara memasak makanan sama pentingnya dengan makanan yang dimakan oleh penderita diabetes			
19.	Diabetes dapat merusak ginjal			
20.	Diabetes dapat menyebabkan mati rasa pada tangan, jari-jari dan kaki			
21.	Gemeteran dan berkeringat merupakan tanda tingginya			
22.	Sering kencing dan haus merupakan tanda rendahnya kadar gula darah			

23. Kaos kaki yang ketat tidak boleh dipakai oleh penderita diabetes

24. Diet diabetes Sebagian besar terdiri dari makanan-makanan khusus

Lampiran 8

HIDUP SEHAT TANPA DIABETES

APA ITU DIABETES?

Diabetes melitus (DM) merupakan suatu gejala klinis yang ditandai dengan peningkatan glukosa darah plasma (hiperglikemia).

TANDA DAN GEJALA

1. seringng kencing
2. rasa haus berlebihan
3. rasa lapar berlebihan
4. pandangan kabur
5. mudah lelah
6. kadar gula meningkat
7. berat badan turun drastis

Kadar gula darah normal:

- sebelum makan atau setelah puasa : 70-100mg/ml
- sebelum tidur atau 2 jam setelah makan : <140mg/ml
- pemeriksaan gula darah sewaktu <200mg/ml



FAKTOR RESIKO?

- faktor turunan/keluarga dengan diabetes melitus
- usia lebih 40 tahun
- gaya hidup kurang sehat
- kegemukan
- kurang aktivitas dan olahraga

APA SAJA JENIS (DM)

- **DM Tipe 1**
DM yang disebabkan tidak adanya produksi insulin sama sekali.
- **DM Tipe 2**
DM yang disebabkan tidak cukup dan tidak efektifnya kerja insulin
- **DM GESTASIONAL**
DM yang terjadi saat kehamilan
- **DM Tipe lainnya**
DM tipe lain yang disebabkan oleh pemakaian obat, penyakit lainnya.



KOMPLIKASI DM

1. luka yang tidak kunjungng sembuh
2. penglihat kabur
3. rentan terkena penyakit jantung

WELCOME TO

**PENERAPAN
DMSE**



Disusun oleh:
Destia Herawati
221FK06095

TUJUAN DMSE?

1. Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pasien dalam pengelolaan DM
2. Meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan dan pola hidup sehat
3. Menurunkan risiko komplikasi jangka panjang

**MANFAAT DMSE
UNTUK PASIEN?**

1. Penurunan angka rawat inap karena komplikasi
2. Peningkatan kualitas hidup
3. Meningkatkan rasa percaya diri dalam mengelola DM

KOMPONEN

1. Bernapas dalam, meditasi, dzikir, atau aktivitas spiritual.
2. Tidur cukup dan rutin istirahat.
3. Bicara dengan orang terdekat atau konselor.
4. Aktivitas Fisik
Olahraga minimal 150 menit/minggu (jalan kaki, senam, atau bersepeda ringan).
5. Manajemen Obat
Minum obat sesuai resep dan jadwal. Jangan mengubah dosis tanpa arahan dokter.

6. Pemantauan Gula Darah
Rutin cek gula darah untuk memantau efektivitas pengelolaan DM.

7. Dukungan Psikososial
Dapatkan dukungan keluarga dan komunitas, kelola stres dan kecemasan.

8. Pencegahan Komplikasi
Rutin periksa kaki, mata, dan tekanan darah. Segera ke fasilitas kesehatan bila ada keluhan.

**MANAJEMEN STRES
DALAM DMSE?**

- Bernapas dalam, meditasi, dzikir, atau aktivitas spiritual.
- Tidur cukup dan rutin istirahat.
- Bicara dengan orang terdekat atau konselor.

Perawatan Diri Sehari-Hari yang Ditekankan dalam DSME

- Cuci kaki setiap hari dan periksa luka/lebet.
- Gunakan alas kaki yang nyaman.
- Jangan berjalan tanpa alas kaki.
- Periksa mata dan gigi secara berkala.

MANFAAT MENGIKUTI PROGRAM DSME

- Penurunan angka rawat inap karena komplikasi
- Peningkatan kualitas hidup
- Meningkatkan rasa percaya diri dalam mengelola DM

**TIPS SUKSES
MENGIKUTI DSME**

- Datang tepat waktu ke sesi edukasi
- Catat pertanyaan untuk ditanyakan ke petugas
- Praktikkan ilmu di rumah dan laporan kemajuan Anda

Lampiran 9

lembar balik

PENYULUHAN DIABETES MELITUS

AYO, KITA KENALI PENYAKIT DIABETES MELITUS



APA ITU PENYAKIT DIABETES MELLITUS?



Diabetes Mellitus adalah suatu penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah yang melibih nilai normal secara menahun. Sebutan glukosa darah sering dikenal oleh masyarakat dengan gula darah.

APA SAJA TIPE PENYAKIT DM ?

DM Tipe 1 :

DM yang disebabkan tidak adanya produksi insulin sama sekali.

DM Gestasional :

DM yang terjadi saat kehamilan

DM Tipe 2 :

DM yang disebabkan tidak cukup dan tidak efektifnya kerja insulin

DM Tipe lainnya :

DM tipe lain yang disebabkan oleh pemakaian obat, penyakit lain.



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Ayo, Kita Kenali
Penyakit Diabetes
Melitus

APA SAJA GEJALA PENYAKIT DIABETES MELITUS (DM) ?

GEJALA UTAMA (KLASIK)



Sering Kencing
(*Poliuri*)



Cepat Lapar
(*Polifagia*)



Sering H haus
(*Polidipsi*)

GEJALA TAMBAHAN



Berat badan
menurun cepat
tanpa penyebab
yang jelas



Kesemutan



Gatal di daerah
kemaluan wanita



Keputihan
pada wanita



Luka
sulit sembuh



Bisul yang
hilang timbul



Penglihatan
kabur



Cepat lelah



Mudah
mengantuk



Impotensi
pada pria



www.p2ptm.kemkes.go.id

f @p2ptm.kemkesRI

twitter @p2ptm.kemkesRI

Instagram @p2ptm.kemkesRI

BAGAIMANA MENGETAHUI PENYAKIT DM SECARA DINI ?

- Mempunyai gejala utama dan atau beberapa gejala tambahan
- Mempunyai faktor resiko penyakit DM
- Pemeriksaan kadar glukosa darah menunjukan hasil sebagai berikut :

Pemeriksaan	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dL)	≥ 200 ≥ 200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dL)	≥ 126 ≥ 100

APA YANG HARUS DILAKUKAN BILA TELAH DIDIAGNOSIS PENYAKIT DM ?

1. Mengikuti edukasi (penyuluhan dan konseling) tentang DM



2. Melakukan latihan fisik secara teratur dan tepat dengan prinsip BBTT (baik, benar, terukur, teratur)



3. Mengkonsumsi obat secara teratur sesuai petunjuk dokter



4. Monitoring kadar glukosa darah sesuai petunjuk dokter







APA SAJA FAKTOR RESIKO PENYAKIT DM ?

Faktor resiko yang bisa diubah	Faktor resiko yang tidak bisa diubah
<ul style="list-style-type: none"> - Kegemukan - Kurang aktivitas fisik - Riwayat penyakit jantung - Hipertensi / tekanan darah tinggi - Diet tidak seimbang (tinggi gula, garam, lemak, dan rendah serat) 	<ul style="list-style-type: none"> - Usia ≥ 40 tahun - Mempunyai riwayat keluarga menderita DM - Kehamilan dengan gula darah tinggi

TIPS AND TRICK SEPUTAR DM

1. Jenis latihan fisik yang dianjurkan : Jenis latihan fisik antara lain : Jogging, senam, bersepeda dalam ruangan maupun luar ruangan.berenang

2. Selalu mengkonsumsi makanan dengan pola gizi seimbang menggunakan prinsip piring makan model T untuk makanan utama dan mengutamakan konsumsi buah-buahan untuk makanan selingan



3. Batasi makanan, dan sangat baik jika dapat dihindari :
 - Mengandung banyak gula sederhana
 - Mengandung banyak lemak
 - Mengandung banyak natrium



4. Jika ingin mengganti gula pasir, gula aren/jawa dan gula batu dengan gula alternatif maka gunakanlah dalam jumlah terbatas.



PENERAPAN KOMPONEN DMSE

1. Pemahaman tentang Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus tipe 2 adalah penyakit kronis yang ditandai dengan kadar gula darah tinggi karena tubuh tidak dapat menggunakan insulin.

2. Nutrisi dan perencanaan makanan

- Pola makan sangat berpengaruh terhadap kadar gula darah.
- pasien diabetes dianjurkan untuk makan makanan tinggi serat, rendah gula, dan rendah lemak.
- Mengatur porsi dan jadwal makan juga sangat penting.

3. Aktivitas fisik

- Aktivitas fisik secara teratur membantu menurunan gula darah dan meningkatkan sensitivitas insulin.
- Lakukan olahraga ringan setiap berjalan kaki selama 30 menit setiap hari.

4. Pengelolaan obat

- Minum obat sesuai anjuran dokter membantu mengontrol gula darah.
- Jangan mengubah dosis atau menghentikan obat tanpa konsultasi medis.

5. Pemantauan gula darah

- Pemantauan kadar gula darah secara rutin membantu pasien mengetahui apakah pengobatan dan pola hidupnya sudah efektif.
- Gunakan glucomenter dan catat hasil setiap harinya.

6. Pencegahan komplikasi

- Diabetes yang tidak terkontrol dapat menyebabkan komplikasi pada mata, ginjal, saraf, dan kaki.
- Rutinlah memeriksakan Kesehatan dan jaga Kebersihan kaki untuk mencegah luka yang sulit sembuh.

7. Dukungan psikologis

- Mengelola diabetes bisa membuat stress.
- Dukungan dari keluarga, teman, dan komunitas sangat penting agar pasien tidak merasa sendiri dan tetap semangat

menjalani pengobatan.

8. Perawatan kaki

Perawatan luka pada kaki penderita diabetes Tindakan ketujuh yaitu perawatan luka pada penderita diabetes mellitus penting untuk mencegah komplikasi.

PENGCEGAHAN KOMPLIKASI

1. Penderita diabetes memiliki risiko tinggi mengalami komplikasi jangka panjang seperti kerusakan saraf, gagal ginjal, kebutaan, luka kaki sulit sembuh, hingga penyakit jantung dan stroke. Karena itu, pencegahan komplikasi sangat penting.
2. Langkah utama untuk mencegah komplikasi adalah menjaga kadar gula darah tetap stabil melalui pola makan sehat, aktivitas fisik teratur, dan penggunaan obat yang sesuai.
3. Rutin memantau tekanan darah dan kadar kolesterol juga penting untuk mencegah kerusakan pada pembuluh darah dan jantung.
4. Periksa kaki setiap hari untuk melihat adanya luka, lecet, atau infeksi. Bersihkan dan keringkan kaki secara rutin, dan gunakan alas kaki yang nyaman untuk mencegah luka.
5. Lakukan pemeriksaan rutin ke dokter untuk memantau kondisi mata, ginjal, dan sistem saraf. Deteksi dini sangat membantu mencegah kerusakan lebih lanjut.
6. Dengan edukasi yang baik dan kepatuhan dalam perawatan, banyak komplikasi diabetes dapat dicegah atau ditunda.

DUKUNGAN EMOSIONAL

1. Mengelola diabetes tidak hanya tentang obat dan makanan, tetapi juga tentang perasaan dan pikiran. Banyak penderita diabetes merasa cemas, stres, bahkan putus asa ketika mengetahui mereka harus hidup dengan kondisi ini seumur hidup.
2. Dukungan emosional sangat penting agar pasien tetap termotivasi menjalani pengobatan dan menjaga gaya hidup sehat. Dukungan ini bisa berasal dari keluarga, teman, tenaga kesehatan, maupun kelompok sesama penderita diabetes.
3. Keluarga memiliki peran besar dalam memberikan semangat, membantu mengingatkan jadwal minum obat, menemani kontrol ke dokter, atau sekadar mendengarkan keluhan pasien.
4. Selain itu, pasien juga dianjurkan untuk bergabung dalam komunitas atau kelompok edukasi diabetes, agar dapat berbagi pengalaman dan saling memberi dukungan positif.
5. Stres berkepanjangan bisa memengaruhi kadar gula darah. Karena itu, penting untuk belajar mengelola stres, seperti melalui relaksasi, olahraga, ibadah, hobi, atau konseling jika diperlukan.
6. Dengan dukungan emosional yang baik, pasien akan lebih percaya diri dan tidak merasa sendiri dalam mengelola diabetes.



#200300885

Lampiran 10

Dokumentasi responden 1 dan 2



Responden 2



Lampiran 11

 Universitas
Bhakti Kencana

bsi ISO 27001
ISO 9001
ISO 14001
ISO 45001
CERTIFIED
14001:2015
14001:2018

12.03.00/FRM-03/CAB.GRT-SPMI

CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Destra Herawati
NIM : 221FKOG005
Judul Proposal :
Nama Pembimbing :

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	6/12/2024	<ul style="list-style-type: none">- Pelajari teorius DM, cari masalah yg timbul, cari google scholar- Buat bab 1	Off
2	17/12/2024	<ul style="list-style-type: none">- Cari <u>fenomena masalah terkait ppa pasien DM</u>, cipta ayam telur- Cari <u>Destra</u> update dunia, lulus, Sebar, Gantut, Rangup- Cari teori yg DM Cbaka sumber Det, Bgajatari, Lamp. Penatalaksanaan & non Penatalaksanaan- DMSE ?- Penentuan kebut kdm caps atau masalah kep.- SOKI / SIKI ✓ SLIKI	Off

Jl. Pembangunan No.112 Taregonda Kidul Kab.Garut 44191
(0262) 2248380 2500993
pukuzparut@bku.ac.id

CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Della Herawati

NIM : 221840005

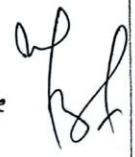
Judul Proposal :

Nama Pembimbing :

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	5/3/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki judul - Perbaiki tulisan - Lengkapi fenomena masalah bns dan perawatan dui - lengkapi bab 2 teori aspek DM pelajaran, SDIKI, SIKI, SIKI sd evaluasi - teori DMSE - SOP leaflet / kalender ? - Media. Kalender buku/spt apn. 	offe.

CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Destra Herawati
NIM : 221PK06005
Judul Proposal :
Nama Pembimbing :

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	17/4/2025	<ul style="list-style-type: none">- Judul dilengkapi- BAB I :<ul style="list-style-type: none">* Sintaksis antarparagraf perbaiki* Data perbandingan lengkap, update data* Buat narasi/paragraf yg awal dan penjelasan tabel* Judul tabel & tabel perbaiki* Masih banyak konsep yg ditulis berulang* Justifikasi media edukasi perjelas* Belum ada hasil stupen* Peran perawat belum ada* Belum ada penutup latbel* Rumusan, tujuan, & manfaat sesuaikan & lengkap- Penulisan perbaiki, spasi sesuaikan- Perbaikan lain cek di draft	 



12.03.00/FRM-03/CAB.GRT-SPM!

CATATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Destia Herawati

NIM : 2211900002

Judul Proposal :

Nama Pembimbing :

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
	29/4/2025	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan patuhs / pathways sama dg SPKI dan SUCI- Tambahan dx defisit penget- Perbaiki penulisan- Buat bab 3- Lengkapin lampiran KP, D,I,DT, DG, Daftar Bub & sumit 121n- Template asik2 kmo	Dwi Offie -

CATATAN BIMBINGAN

hasiswa : Destia Herawati
: 221FKOG0075
posal :
mbimbing :

Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
16/5/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki sesuai saran - Bab 1 tambah fenomena usia luka kak. - Tulion perbaiki - Bab 2 perbaiki sesuai draft 	dkc.
23/5/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Bantuan lampiran perbaiki - Perbaiki penulisan - Perbaiki huruf besar kecil - Perbaiki pemfis per sistem di bab 2 sesuai template astek KMB di lampiran - Lengkapi Sumber Pustaka > tahun 2015-2020 - Fenomena masalah terungkap - Spt poli DMSE - Lengkapi komponen DMSE dg contoh 	dkc.

CATATAN BIMBINGAN

asiswa

8

250

bimbing :

Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
7/6/2025 ✓ BAB II:	<ul style="list-style-type: none"> - Urutan penulisan konsep sesuaikan - Konsep terapi lengkap lagi sesuai SARAN - Pengukuran pengetahuan sesuaikan - SUP perbaiki - Konsep astek perbaiki Analisa data, tujuan di intervensi sesuaikan, evaluasi perjelas <ul style="list-style-type: none"> * Lanjut ke BAB III * Buat kuesioner w/ penilaian pengetahuan * Perbaikan lain cek di draft * Buat daftar pustaka * Lengkapi draft: lampiran, Bataris, dll 	 

CATATAN BIMBINGAN

laha siswa : Destria Herawati

: 24FF0G0n5

oposal :

embedding :

Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
03/06/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Daft 181, Tabel dll. cde uangs - acc_seminar proposal - Persiapan PPT 	cfe.

Lampiran 12

PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

PENERAPAN DIABETES SELF MANAGEMENT EDUCATION (DMSE) MELALUI FLIP CHART DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN LANSIA DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE II DI UPT PUSKESMAS PEMBANGUNAN TAHUN 2025

Destia Herawati

221FK06095

Disetujui oleh pembimbing untuk mengajukan kti pada program studi D III
Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut

Garut, Mei 2025

Pembimbing utama

Yusni Ainurrahmah, S.Kep,Ners,M.si
NIDN.0401018209

Pembimbing pendamping

Ns. Winasari Dewi M.Kep
NIDN.0429098903

Lampiran 13

Lembar Persetujuan Responden 1 (Informed Consent)

Lampiran 5

Surat Persetujuan Responden (Informed Consent)

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Diploma III Kependidikan Universitas Bhakti Kencana Garut dengan Judul " **PENERAPAN DIABETES SELF MANAGEMENT (DMSE) MELALUI FLIP CHART DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI UPT PUSKESMAS PEMBANGUNAN GARUT TAHUN 2025**".

Nama : Nia. P.
Umur : 25 tahun
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Suku : Indonesia.
Agama : Islam
Hubungan Dengan Pasien : anak

Saya memahami penelitian ini dimaksud untuk kepentingan ilmiah dalam rangka menyusun Karya Tulis Ilmiah bagi peneliti dan tidak akan mempunyai dampak negatif, serta merugikan saya. Sehingga jawaban dan hasil observasi, benar-benar di rahasianakan. Dengan demikian, secara sukacita dan tanpa ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Dengan lembar persetujuan ini saya tanda tangani dan apabila di gunakan sebagaimana mestinya.

Garut, April 2025

Responden
(..)

Lembar Persetujuan Responden 1 (Informed Consent)

Lampiran 6
Surat Persetujuan Responden (Informed Consent)

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut dengan Judul "**PENERAPAN DIABETES SELF MANAGEMENT (DMSE) MELALUI FLIP CHART UNTUK KEPATUHAN PERAWATAN KAKI PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI UPT PUSKESMAS PEMBANGUNAN GARUT TAHUN 2025**".

Nama	:	Tn. D
Umur	:	38 tahun
Pekerjaan	:	Wiraswasta
Suku	:	Indonesia
Agama	:	Islam
Hubungan Dengan Pasien	:	Anak

Saya memahami penelitian ini dimaksud untuk kepentingan ilmiah dalam rangka menyukseskan Karya Tulis Ilmiah bagi peneliti dan tidak akan mempunyai dampak negatif, serta merugikan saya. Sehingga jawaban dan hasil observasi, benar-benar di rahasianakan. Dengan demikian, secara sukacita dan tanpa ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Dengan lembar persetujuan ini saya tanda tangani dan apabila di gunakan sebagaimana mestinya.

Garut, April 2025

Responden


Lampiran 14

Lembar Saran Penguji 1

 <p>Fakultas Keperawatan Bhakti Kencana University</p>		Universitas Bhakti Kencana Garut Jl. Pembangunan No.112 (0262) 2248380 - 2800993
LEMBAR PERBAIKAN PROPOSAL KTI		
Nama Mahasiswa : <i>Destha</i>		
NIM :		
Judul KTI :		
Waktu Ujian : <i>Senin 20 Juni 2022</i>		
NO	SARAN PENGUJI	TTD
1	<p>Penulisan Judul</p> <p>Bab 1</p> <ul style="list-style-type: none">- Justifikasi masalah DM- Studi pendahuluan, masalah pd pengeluhan?- Data DM di pruv?- Penelitian sebelumnya- Apakah KMB di pertes / keluarga?	<i>Y</i>
2	<p>Bab 2 dan 3</p> <ul style="list-style-type: none">- Pathway- Questioner Pre-post harus yg valid jangan Gua sendiri- Analisa data- Intervensi- Implementasi- Evaluasi	<i>Y</i>
3.	<p>Kriteria inklus dan ekslus</p> <p>Lampiran kuectioner</p> <p>Daftar pustaka yg berhubungan masuk ke later belakang?</p>	<i>Y</i>

Garut, *20 - Juni* 20..
PENGUJI

Yani Anira FB

Lembar Saran Penguji 2

 <p>Fakultas Keperawatan Bhakti Kencana University</p>		<p>Universitas Bhakti Kencana Garut Jl. Pembangunan No.112 (0262) 2248380 - 2800993</p>
LEMBAR PERBAIKAN PROPOSAL KTI		
Nama Mahasiswa	Dewi Herawati	
NIM	221P1K0029	
Judul KTI	DMST pada pasien	
Waktu Ujian	Diabetes 11.00 30 Juni 2025	
NO	SARAN PENGUJI	TTD
1.	Ppt sebaiknya diketahui bagaimana pembentukan panduan, peran dalam munculnya	
2.	LB sebaiknya diketahui bagaimana panduan, peran dalam munculnya	
3.	semua tabel di dalam BAB hanya horizontal, tidak ada vertikal (tabel tersebut pemantauan yg relevan pada BAB 1 pemantauan tersebut ada perubahan setelah DMSE	
4.	Hac 20 faktor yg mempersulih perangkatuan	
5.	Bacan ketemu pada perananya dalam munculnya (Hanya ketemu pada proses) Data sekunder, Data primer belum	
6.	lebih lanjut yg datu dari Garut, 30 Juni 2025 perubahan (lebih banyak yg berfokus pada teknik teknik dan perawatan (DMSE))	
7.	Ns. Iman Nurjaman, M.Kep	

Lampiran 15

Cek Turnitin

KTI Destia Herawati

ORIGINALITY REPORT

13 % SIMILARITY INDEX **9** % INTERNET SOURCES **7** % PUBLICATIONS **4** % STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	scholar.unand.ac.id Internet Source	3%
2	repository.bku.ac.id Internet Source	2%
3	repository.ip4mstikeskkg.org Internet Source	2%
4	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	2%
5	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	2%
6	repository.itekes-bali.ac.id Internet Source	1%
7	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
8	eprints.umpo.ac.id Internet Source	1%
9	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	1%
10	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	1%
11	publish.ojs-indonesia.com Internet Source	1%
12	es.scribd.com Internet Source	

Lampiran 16

Riwayat Hidup



Identitas Pribadi

Nama : Destia Herawati
Tempat,Tanggal Lahir : 25 Desember 2004
Alamat : KP Bantarjati
Motto Hidup : ‘Jadikan setiap Langkah sebagai proses menuju tujuan’.

Nama Orang Tua

Ayah : Dani
Ibu : Teti Suhayati

Riwayat Pendidikan

TK : RA – AL JIHAD
SD : SD NEGERI BAGENDIT 1 (2010-2016)
SMP : SMP NEGERI 1 BANYURESMI 2016-2019)
SMA : SMA NEGERI 25 GARUT (2019-2022)
UNIVERSITAS : UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA GARUT
(2022-2025)