

Lampiran 1 Matriks Kegiatan

[illegible]

Lampiran 2 Surat Pengantar

SURAT PENGANTAR

Kepada Yth.

.....

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama/ NIM : NORIDA MEYLA / P17250224083

Alamat : Dkh. Jugil, RT/ RW 02/01, Ds. Ngraket, Kec. Kismantoro, Kab.
Ponorogo

Telp 085855237686

Saya adalah mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Ponorogo Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang sedang melaksanakan penelitian studi kasus dengan judul: **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELLITUS DENGAN PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BALONG KABUPATEN PONOROGO**".

Tujuan studi kasus ini untuk mengetahui pelaksanaan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan dan upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan akan dijaga jika terjadi hal-hal yang memberatkan maka anda diperbolehkan mengundurkan diri dari kegiatan studi kasus ini dengan menghubungi penulis pada nomor yang tercantum diatas.

Apabila anda menyetujui maka saya mohon kesediaannya menandatangani lembar persetujuan. Atas kesediaan dan kerjasamanya dalam karya tulis (studi kasus) ini, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya

Norida Meyla

Lampiran 3 Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN*(Informed Consent)*

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi bekerjasama dalam karya tulis (studi kasus) yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DIABETES MELLITUS DENGAN PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BALONG KABUPATEN PONOROGO”**.

Setelah membaca dan memahami surat pengantar persetujuan maka saya menyatakan bersedia bekerja sama dalam kegiatan ini. Saya menyadari bahwa data yang dihasilkan merupakan rahasia dan hanya digunakan untuk keperluan karya tulis dan pengembangan ilmu keperawatan. Saya juga memahami bahwa kegiatan ini tidak merugikan dan tidak berdampak pada diri saya, namun saya yakin bahwa kegiatan ini akan memberikan manfaat pada peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

Ponorogo, 23 April 2025

**Responden**

Lampiran 4 Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN

Jl. Basuki Rahmad Gedung Terpadu Graha Bhakti Praja LL 1 dan 2 Ponorogo, Jawa Timur Kode Pos 63418

Telepon 0352-481438 Faximile 0352-484550

Laman dinkes.ponorogo.go.id, Pos-el dinkes@ponorogo.go.id

Ponorogo, 17 April 2025

Nomor : 400.7/KRP/121/405.09/2025
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian

Yth. Kepala Puskesmas Balong
 Kabupaten Ponorogo
 Di
PONOROGO

Menindaklanjuti surat dari Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang Nomor: PP.06.02/F.XIII.15.6/247/2025 tanggal 26 Maret 2025 Perihal Permohonan Ijin Penelitian, maka bersama ini diberikan Rekomendasi di Wilayah Kerja Puskesmas Balong Kabupaten Ponorogo sebagai tempat penelitian kepada mahasiswa berikut :

Nama : Norida Meyla
 NIM : P17250224083
 Judul : Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Melitus Dengan Perfusi Perifer Tidak Efektif Di Wilayah Puskesmas Balong
 Pelaksana : 1 (Satu) Bulan (Menyesuaikan Jadwal Puskesmas)

Demikian untuk menjadi perhatian, atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.



Ditandatangani secara elektronik oleh :
 Kepala Dinas Kesehatan

Dyah Ayu Puspitaningarti, SKM,M.Kes
 Pembina Utama Muda (IV/c)
 NIP. 197602062002122012

Tembusan :

1. Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang
2. Arsip

Lampiran 5 Surat Izin Penelitian Puskesmas



**PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS BALONG**

Jalan Pemuda Nomor 4A, Balong, Ponorogo, Jawa Timur 63461,
Telepon 0352-371793,
Laman puskesmas.ponorogo.go.id/balong, Email : uptpkmbalong@gmail.com

Ponorogo, 19 April 2025

Nomor : 100.3.12/KH/ *144* /405.09.22/2025
Lampiran : -
Hal : Pemberian Izin Penelitian

Yth. Sdr Norida Meyla
di
Ponorogo

Menindaklanjuti Surat Kepala Dinas Kesehatan Kab 400.7/KRP/121/405.09/2025 tentang Rekomendasi Izin Penelitian yang akan saudara laksanakan di wilayah kerja Puskesmas Balong, maka dengan ini kami memberikan izin untuk melakukan penelitian:

- Tema** : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Perfusi Perifer Tidak Efektif Di Wilayah Kerja Puskesmas Balong Kabupaten Ponorogo
- Lokasi** : Wilayah Kerja Puskesmas Balong.
- Waktu** : 1 (satu) bulan (Menyesuaikan Jadwal Puskesmas)
- Catatan** : 1. Mahasiswa wajib membayar biaya kegiatan sesuai dengan Surat Edaran Kepala Dinas Kesehatan Ponorogo Kabupaten Ponorogo No.000.1/KRP/413/405.09/2024. -
2. Mahasiswa wajib berkoordinasi dengan petugas Puskesmas Balong selama penelitian.
3. Mahasiswa wajib memberikan salinan hasil penelitian kepada Puskesmas Balong saat penelitian telah selesai.

Demikian izin ini kami berikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Kepala Puskesmas Balong,

[Signature]

dr. Sapto Nugroho
Pembina Tingkat I (IV/ b)
NIP. 197101112006041024

Lampiran 6 Surat Keterangan Selesai Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS BALONG

Jalan Pemuda Nomor 4A, Balong, Ponorogo, Jawa Timur 63461,
 Telepon 0352-371793,
 Laman puskesmas.ponorogo.go.id/balong, Email : uptpkmbalong@gmail.com

SURAT KETERANGAN

Nomor. 400.7.22 / KH / 220 / 405.09.22 / 2025

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : dr.Sapto Nugroho
 NIP : 19670111 200604 1 024
 Pangkat/Gol : Pembina Tk.1/ IV B
 Jabatan : Kepala Puskesmas Balong

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Norida Meyla
 Pendidikan : Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Jawa Timur
 Tema : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Perfusi Perifer
 Tidak Efektif Di Wilayah Kerja Puskesmas Balong Kabupaten Ponorogo.

Telah menyelesaikan penelitian dan pengambilan data di Puskesmas Balong Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo mulai tanggal 19 April s/d 13 Mei 2025.

Demikian keterangan ini kami buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Ponorogo, 14 Mei 2025
 Kepala Puskesmas Balong,



Lampiran 7 Lembar Observasi Perfusi Perifer

Modifikasi inlow-60 dan SLKI: Perfusi Perifer L.02011

1. Persiapan
 - a. Jelaskan kepada pasien tentang tujuan pemeriksaan
 - b. Anjurkan pasien untuk melepas kaos kaki, alas kaki
 - c. Anjurkan pasien mengambil posisi yang nyaman (duduk/tidur terlentang)
 - d. Lakukan kontrak waktu dengan pasien bahwa pemeriksaan perfusi perifer dilakukan 10-15 menit
2. Persiapan alat
 - a. Monofilament
 - b. Lembar observasi dan alat tulis
3. Pelaksanaan
 - a. Denyut nadi perifer meningkat
Lakukan palpasi di area dorsalis pedis. Jika tidak terasa, palpasi bagian posterolateral tibial

Nilai 0:	Ada pulsasi
Nilai 1:	Tidak ada pulsasi

- b. Sensasi meningkat
Sensasi 4 pertanyaan
Pertanyaan yang diajukan kepada pasien tentang sensasi pada kaki adalah sebagai berikut:

No	Pertanyaan
1	Apakah kaki terasa kebas
2	Apakah kaki terasa gatal
3	Apakah kaki terasa seperti terbakar
4	Apakah seperti serangga yang merayap dikaki

Penilai untuk sensasi 4 pertanyaan yaitu

Nilai 0:	Menjawab “tidak” untuk seluruh pertanyaan
Nilai 2:	Menjawab “ya” untuk 1 atau lebih dari pertanyaan

- c. Warna kulit pucat menurun
Ada tidaknya kemerahan sesaat pada kaki
 - a) Cek apakah pada kaki berwarna kemerahan ketika kaki diturunkan ke arah bawah
 - b) Cek apakah kaki pucat ketika kaki diangkat (elevasi)
 - c) Apabila hasil kedua cek tersebut ditemukan, maka terdapat indikasi adanya gangguan pembuluh darah arteri

Nilai 0:	Tidak ada
Nilai 1:	Ada

- d. Nyeri ekstremitas menurun
Sensasi dengan uji monofilament
 - a) Cek 10 detik dengan monofilament
 - b) Jangan melakukan pengecekan pada kaki yang tebal atau ada

callus

- c) Minta pasien untuk menutup matanya, pasien diminta mengatakan "ya" jika merasakan titik yang disentuh dengan monofilament

Nilai 0:	10 titik terdeteksi
Nilai 2:	6-9 titik terdeteksi
Nilai 3:	0-6 titik terdeteksi

- e. Akral membaik

Suhu kaki dingin dan panas.

Raba pada bagian punggung dan telapak kaki, rasakan suhu pada kaki. cek kaki apakah terasa dingin/panas, jika dibandingkan kaki lainnya dan dibandingkan dengan suhu lingkungan. Jika iya, berarti ada indikasi gangguan perfusi jaringan.

Nilai 0:	Kaki terasa hangat
Nilai 1:	Kaki terasa dingin/panas

- f. Indeks *ankle-brachial* membaik

Pemeriksaan ABI

Hasil pemeriksaan ABI pada ekstremitas bawah:

Nilai 0:	Hasil pemeriksaan ABI >0,90
Nilai 1:	Hasil pemeriksaan ABI <0,90

Berdasarkan hasil observasi, maka tingkat perfusi perifer dapat disimpulkan dengan:

0-3	Perfusi perifer baik
4-6	Perfusi perifer kurang
7-9	Perfusi perifer buruk

Lampiran 8 SOP Pemeriksaan ABI

	POLTEKKES KEMENKES MALANG STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR ANKLE BRACHIAL INDEX
Pengertian	Ankle brachial index (ABI) adalah rasio tekanan darah sistolik yang diukur dikaki (dorsalis pedis dan posterior tibia) dan dilengan (brachial)
Tujuan	1. Untuk mengukur keparahan arteri oklusi di kaki 2. Mengakji potensi penyembuhan luka 3. Menentukan aliran darah arterial yang adekuat pada esktremitas bawah sebelum dilakukan terapi kompresi atau debridement luka
Indikasi	1. Menegakkan diagnosis arterial disease pada pasien suspect Lower Extremity Arterial Disease (LEAD) 2. Mengesampingkan LEAD pada pasien dengan luka ekstremitas bawah 3. Usia lebih dari 40 tahun dengan Riwayat diabetes mellitus
Kontra Indikasi	Nyeri pada kaki, tungkai terasa hangat, bengkak pada betis, kram pada kaki malam hari, warna kaki pucat atau kemerahan.
Persiapan alat dan tempat	1. Doopler portable 2. Sphygmomanometer aneroid 3. Gel ultrasound 4. Alcohol pads 5. Kassa, tissue untuk membersihkan gel dari kulit pasien 6. Handuk atau selimut untuk menutup tungkai pada esktremitas 7. Kertas dan pena untuk dokumentasi
Persiapan pasien	1. Pasien harus tidak merokok minimal 2 jam sebelum pengukuran ABI 2. Pasien harus berada dalam kondisi istirahat selama 5-10 menit pada posisi supinasi, relaks 3. Pasien harus berada dalam kondisi diam/tenang saat dilakukan pemeriksaan
Persiapan lingkungan	1. Ciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien 2. Jaga privasi pasien

Prosedur pelaksanaan	Tahap orientasi 1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri 2. Klarifikasi Identitas 3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan 4. Kontrak waktu 5. Beri kesempatan pada pasien/ keluarga untuk bertanya 6. Minta persetujuan pasien/ keluarga 7. Dekatkan alat 8. Jaga privacy pasien dengan menutup tirai/pintu Tahap kerja 1. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub) 2. Atur posisi pasien supinasi dengan kaki sama tinggi dengan jantung, rileks. 3. Anjurkan pasien tetap diam selama pengukuran 4. Menggunakan sarung tangan bersih Mengukur Tekanan Sistolik Arteri Brachialis  The diagram illustrates the setup for measuring brachial artery blood pressure. A patient's arm is shown in a supine position. A blood pressure cuff is wrapped around the upper arm. An ultrasound device is positioned over the brachial artery, with a probe vaskuler Doppler ultrasound placed directly on the artery. Labels indicate the 'Ultrasound device', 'Brachial artery', and 'Blood pressure cuff'. 5. Pasang manset spignomanometerdi lengan atas 2-3 cm di atas fossa antecubiti 6. Palpasi denyut arteri brachialis 7. Tempatkan probe vaskuler Doppler ultrasound di atas arteri brachialis 8. Letakkan gell secukupnya tepat di atas denyut arteri brachialis 9. Letakkan Doppler dan besarkan volume Doppler. Tahan posisi Doppler dengan tangan kiri 10. Pompa manset hingga 20 mmHg di atas tekanan darah sistolik dengan tangan kanan kempeskan manset pelan-pelan, suara pertama yang dideteksi oleh Doppler, hasilnya merupakan tekanan darah systolic brachialis Mengukur Tekanan Sistolik Arteri Posterior Tibialis dan Dorsalis Pedis:
------------------------------------	--

	 11. Pasang manset spignomanometer pada tungkai 12. Palpasi denyut arteri posterior tibialis/ dorsalis pedis 13. Letakkan gell secukupnya tepat di atas denyut arteri posterior tibialis/ dorsalis pedis 14. Letakkan Doppler dan besarkan volume Doppler. Tahan posisi Doppler dengan tangan kiri 15. Pompa manset hingga 20 mmHg di atas tekanan darah sistolik dengan tangan kanan 16. Kempeskan manset pelan-pelan. Perhatikan suara pertama yang dideteksi oleh Dopler, hasilnya merupakan tekanan darah systolic ankle. 17. Catat tekanan sistolik arteri posterior tibialis/dorsalis pedis 18. Hitung nilai ABI kaki kanan dan kaki kiri Tahap terminasi 1. Evaluasi respon pasien 2. Menyimpulkan hasil prosedur yang telah dilakukan 3. Memberikan reinforcement positif pada pasien 4. Mengakhiri dengan salam
Interpretasi	ABI <0,90 merupakan batas untuk menegaskan diagnosis PAD esktremitas bawah Selama follow up, penurunan ABI >0,15 beberapa kali dapat secara efektif mendeteksi perkembangan PAD yang signifikan.

Referensi	Agus Wiwit Suwanto, H. W. (n.d.). <i>Modul Pelatihan Pengukuran ABI dan Relaksasi Benson</i> . (Agus Wiwit Suwanto)
-----------	--

Lampiran 9 SOP Buerger Allen Exercise

SOP BUERGER ALLEN EXERCISE

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR BUERGER ALLEN EXERCISE
Pengertian	Buerger allen exercise merupakan latihan fisik yang mengkombinasikan antara perubahan postural gravitasi (elevasi kaki 45 derajat , penurunan kaki, dan tidur terlentang) serta gerakan muscle pump (dorsalfleksi dan plantarfleksi)
Manfaat	1. Untuk meningkatkan perfusi pada ekstremitas bagian bawah serta mengurangi rasa nyeri, edema tungkai ekstremitas bawah pada penderita diabetes mellitus. 2. Untuk meningkatkan suplai darah sampai pada tingkat sel dan jaringan serta membantu dalam pembentukan struktur vaskular baru. 3. Untuk membantu meningkatkan vaskularisasi serta suplai darah ke daerah yang terkena luka diabetic foot ulcer sehingga dapat membantu proses penyembuhan luka dan meningkatkan sensitivitas kaki. 4. Untuk meningkatkan metabolisme glukosa dimana sel akan terlatih lebih sensitif terhadap insulin sehingga tranport glukosa akan lebih meningkat
Indikasi	Penderita diabetes melitus baik tipe 1 maupun 2 dan penderita diabetes melitus yang beresiko rendah mempunyai ulkus kaki diabetik
Kontaindikasi	Penderita yang mengalami perubahan fungsi fisiologis seperti dipsnea atau nyeri dada, cemas. Penderita yang memiliki diabetes melitus dengan ulkus kaki dengan gangren yang kronik serta memiliki fraktur atau dislokasi
Hal yang diperhatikan	Mengkaji keadaan umum seperti keadaan kaki dan kesadaran penderita DM serta tanda-tanda vital. Memastikan tidak ada nyeri dada atau dispnea. Selain itu juga perhatikan suasana hati dan mood penderita DM. Maupun kadar glukosa darah agar tidak terjadi hipoglikemi setelah latihan.
Prosedur	Latihan buerger allen exercise dilakukan selama 3-5 hari berturut-turut. Setiap harinya dilakukan sebanyak 2 kali pada jam 08.00 dan jam 16.00. Durasi setiap latihan ± 15-20 menit.
Tahap pelaksanaan	TAHAP PRA-INTERAKSI 1. Persiapan Alat

	a. Penyangga berupa 2 buah bantal, hindari penggunaan benda keras karena dapat mencederai klien b. Selimut 2. Persiapan Helper a. Mencuci tangan 6 langkah b. Memakai APD 3. Persiapan Klien a. Pastikan kondisi klien b. Posisikan klien yang nyaman : supinasi 4. Persiapan Lingkungan Pastikan penyangga tempat tidur agar klien tidak terjatuh
	TAHAP ORIENTASI 1. Komunikasi terapeutik dan menanyakan kondisi klien 2. Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga 3. Menanyakan persetujuan Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan. ...? Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi
	TAHAP KERJA 1. Posisikan klien berbaring terlentang atau supinasi selama $\pm$ 3 menit agar klien lebih rileks dalam pelaksanaan latihan fisik ini. 

2. Kemudian lakukan perubahan postural ekstremitas bawah dengan memposisikan kaki ± 45 derajat selama ± 3 menit menggunakan penyangga berupa bantal dan melakukan gerakan fleksi-ekstensi pada kaki.

3. Gerakan selanjutnya duduk dipinggir tempat



tidur dengan posisi kaki menggantung serta melakukan gerakan dorsofleksi-plantarfleksi yakni telapak kaki anda ke atas semaksimal mungkin dan regangkan telapak kaki anda ke arah bawah selama ± 3 menit.



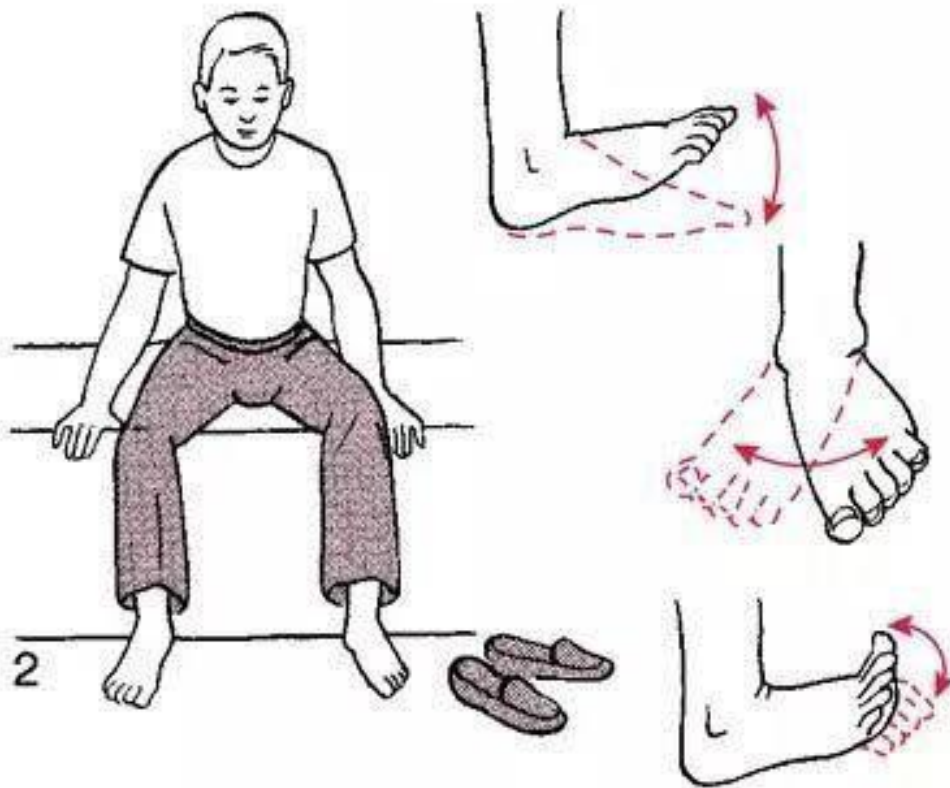
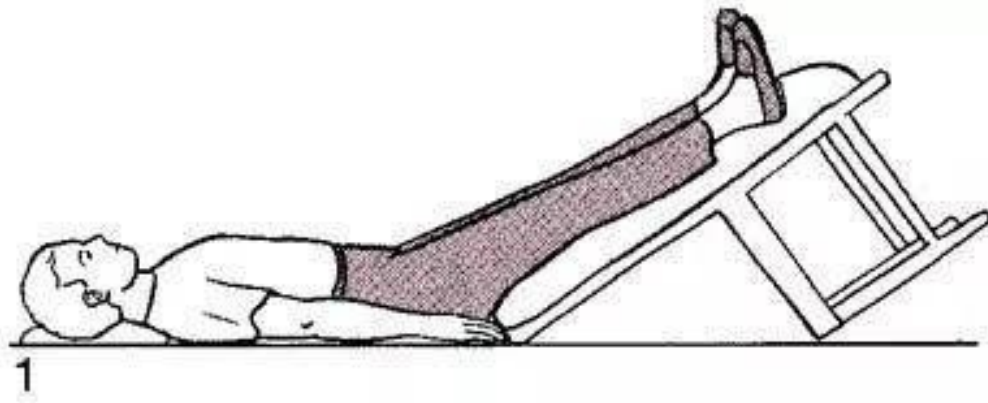
4. Dilanjutkan gerakan infersi-eversi yakni menggerakkan pergelangan kaki selama 3 menit kearah samping luar dan kearah samping dalam.



	5. Kemudian gerakan fleksi-ekstensi yakni menekuk jari-jari kaki ke bawah dan tarik jari-jari kaki ke atas selama kurang lebih 3 menit 6. Setelah anda melakukan gerakan-gerakan  tersebut, bantu klien untuk berbaring terlentang atau supinasi di tempat tidur dengan menyelimuti seluruh kaki menggunakan selimut selama kurang lebih 3 menit. 
	TAHAP TERMINASI 1. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan salam terapeutik 2. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan klien c. Catat tanggal dan jam melakukan tindakan dan nama

Sumber: (Charmita, 2022)

Lampiran 10 Poster Buerger Allen Exercise



Lampiran 11 Poster Teknik Penyuntikan Insulin


**D-III KEPERAWATAN KAMPUS
KAB. PONOROGO**
 Kemenkes
Poltekkes Malang



LANGKAH-LANGKAH SUNTIK INSULIN PEN SENDIRI

KONTROL KADAR GULA DARAH DENGAN
TERAPI INSULIN



1 Persiapkan Insulin



Lepaskan penutup insulin pen, pastikan insulin tidak menggumpal dengan cara memutar-mutar insulin pen (jangan dikocok!)

4 Atur Dosis Sesuai Anjuran Dokter



- Pastikan dosis yang diberikan sesuai anjuran dari dokter

2 Lepaskan Kertas Pembungkus dan Tutup Jarum



- buka kertas pembungkus dan tutup jarum pen
- tarik kertas pembungkus pada jarum pen
- putar jarum insulin ke insulin pen
- lepaskan penutup luar jarum sehingga jarum tampak.

5 Pilih Lokasi Tubuh yang akan disuntik



- pastikan posisi nyaman saat menyuntikan insulin pen
- penyuntikan dapat dilakukan pada bagian perut, lengan, paha atas atau pantat
- tidak dianjurkan untuk melakukan penyuntikan pada bagian yang sama

3 Pastikan Insuline Pen Siap digunakan



- putar tombol pemilih dosis pada ujung pen untuk 1 atau 2 unit
- tekan tombol dosis dengan benar sambil mengeluarkan sedikit insulin
- tombol pemutar harus kembali ke 0

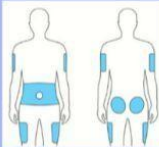
6 Suntikan Insulin



- usapkan kapas alkohol pada bagian tubuh yang akan disuntik
- genggam insulin pen dengan 4 jari dan jempol pada tombol dosis
- cubit bagian tubuh dengan 2 jari
- suntikkan insulin dengan tegak lurus
- tekan tombol dosis, tunggu 5-10 detik lalu lepas insulin pen,

APA YANG HARUS DIPERHATIKAN?

1 Lokasi Penyuntikan



Lokasi penyuntikan insulin bisa dilakukan pada:

- Abdomen (Perut)
- Paha bagian depan
- Pantat (Bokong)
- Lengan atas

2 Cara Penyimpanan Insulin Pen



- simpan insulin pen pada lemari es suhu 80°C
- tidak disarankan menyimpan insulin pen di lemari es
- insuline bekas bertahan maksimal 28 hari



Lampiran 12 Poster Diet Makan Seimbang



Prinsip 3J Pasien Diabetes



Jumlah

Menentukan jumlah asupan kalori harian berdasarkan umur, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, dan aktivitas fisik



Jenis

Memilih jenis makanan rendah GI dan menerapkan prinsip piring makan T



Jadwal

Mengatur jadwal makan secara teratur setiap harinya dengan 3 kali makan utama dan 2 kali makanan selingan (snack) dengan porsi kecil



Berhenti Konsumsi Gula

Makanan Utama

Boleh makan



beras hitam



jagung



buckwheat



ubi rambat



ubi jalar



ubi ungu



oat



talas

Kurangi makan



bapau



nasi



mie



roti



bihun



tteokbokki



toast



biskuit

Makanan Pemicu **Kolesterol**



1



Roti tawar

2



Gorengan

3



Seblak

4

Minuman manis,
soda & alkohol

5



Daging merah

6



Kulit ayam

7

Makanan
bersantan

8



Sambal

Lampiran 13 Poster Perawatan Kaki Harian

Perawatan Kaki Diabetes



- 1** Memelihara kadar glukosa darah dalam batas normal
- 2** Bersihkan kaki dengan air hangat, jangan digosok kasar
- 3** Gunting kuku mengikuti bentuk normal kuku, lalu kikir kuku agar tidak tajam
- 4** Gunakan pelembab di bagian yang kering, jangan di sela sela jari
- 5** Periksa kaki setiap hari, amati adanya luka, lecet, dan kemerahan
- 6** Gunakan alas kaki yang nyaman, tidak sempit. Pastikan didalam sepatu tidak ada objek/benda kecil
- 7** Gunakan kaos kaki jika dingin, ganti apabila sudah lembab
- 8** Jika terdapat lecet, luka, atau bengkak tidak sembuh dalam sehari, segera pergi ke layanan kesehatan
- 9** Pertahankan aliran darah di kaki

Penting untuk mencegah timbulnya ulkus

Revisi: 14/04/2023

Lampiran 14 Poster penanganan pertama Hipoglikemia

HIPOGLIKEMIA
(Kadar glukosa darah terlalu rendah < 70 mg/dl)

Terjadi bila **diabetesi** (penderita diabetes) **meminum obat tablet** atau menggunakan obat suntik (**insulin**) disertai mengonsumsi makanan yang terlalu sedikit dan atau latihan fisik terlalu berat sehingga kadar glukosa darahnya turun terlalu rendah

Mengonsumsi obat anti diabetes tidak sesuai petunjuk dokter

Respon diabetesi terhadap obat anti diabetes berlebihan

Gejalanya

- Badan terasa lemas
- Lapar
- Pusing
- Gemetar
- Penglihatan kabur
- Keringat berlebih
- Kejang-kejang
- Kebingungan
- Detak jantung cepat dan bisa sebabkan pingsan

Tips Atasi Hipoglikemia

- Mengonsumsi larutan air gula atau makanan tinggi gula seperti permen
- Larutan air gula dengan melarutkan 2 sdm gula pasir pada satu gelas air putih
- Jika setelah 15 menit keluhan hipoglikemia masih tetap ada, minum kembali larutan air gula atau makanan tinggi gula
- Jika hasil pemeriksaan kadar glukosa darah sudah normal, segera konsumsi makanan utama atau selingan
- Segera berkonsultasi dengan dokter

Sumber: P2PTM-Kemankes RI

082114555115 KSR UNS @KSR_UNS @ktd6500e

Lampiran 15 Jadwal kegiatan Harian

Hari ke-1 28 April 2025	1. Mengobservasi dan wawancara 2. Menjelaskan prosedur penelitian 3. Mengisi lembar persetujuan
Hari ke-2 29 April 2025	1. Membina hubungan saling percaya 2. Melakukan pengkajian status perfusi perifer (denyut nadi perifer, sensasi, warna, nyeri, akral, indeks angkle bracial) 3. Mengisi lembar Observasi perfusi perifer 4. Mengajarkan <i>Buerger Allen Exercise</i> 5. Mengajarkan melakukan BAE secara mandiri minimal 3x sehari 6. Melakukan cek gula darah sewaktu
Hari ke-3 30 April 2025	1. Melakukan pemeriksaan tanda vital 2. Mengajarkan Teknik penyuntikan insulin (rotasi tempat suntik, dosis, waktu) 3. Mengajarkan latihan BAE
Hari ke-4 1 Mei 2025	1. Melakukan pemeriksaan tanda vital dan cek gula darah sewaktu 2. Melakukan BAE 3. Pengkajian status perfusi perifer (denyut nadi perifer, sensasi, warna, nyeri, akral, indeks angkle bracial) 4. Mengisi lembar Observasi perfusi perifer 5. mengedukasi tanda gejala dan penanganan cepat hipoglikemia
Hari ke-5 2 Mei 2025	1. Melakukan pemeriksaan tanda vital 2. Mengedukasi tentang makan seimbang 3. Mengedukasi penghindaran makanan tinggi gula dan lemak 4. Melakukan BAE secara mandiri
Hari ke-6 3 Mei 2025	1. Melakukan pemeriksaan tanda vital 2. Mengecek gula darah sewaktu 3. Mengedukasi perawatan kaki harian 4. Mengevaluasi BAE secara mandiri
Hari ke-7 4 Mei 2025	1. Melakukan pemeriksaan tanda vital 2. Pasien melakukan Latihan BAE secara mandiri 3. Pengkajian status perfusi perifer (denyut nadi perifer, sensasi, warna, nyeri, akral, indeks angkle bracial) 4. Mengisi lembar Observasi perfusi perifer 5. Mengevaluasi pemahaman pasien tentang Latihan BAE, Teknik penyuntikan insulin, penanganan hipoglikemia, makan seimbang, perawatan kaki harian 6. Mendiskusikan apa yang berjalan baik dan kendala yang dihadapi intervensi 7. Terminasi

Lampiran 16 Asuhan Keperawatan

A. Identitas klien

Nama Klien : Ny. S
 Alamat Klien : Ds. N Kec. B Kab. P
 Umur Klien : 54 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan

B. Pengkajian 13 Domain

1. Health Promotion

Keluhan utama :
 Kebas pada telapak kaki

2. Riwayat penyakit :

Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes sejak 4 tahun yang lalu, seminggu sekali klien rutin cek ke apotek. Klien mengatakan 3 bulan lalu gula darah klien mencapai 800mg/dL dan dirawat di RS Darmayu. klien mengatakan klien sering mengalami kesemutan dan kebas dikaki dalam 2 bulan terakhir.

3. Riwayat Kesehatan dahulu :

Klien mengatakan memiliki sakit DM 4 tahun yang lalu dan hipertensi 3 bulan yang lalu

4. Riwayat penyakit keluarga :

Klien mengatakan ibunya memiliki DM.

5. Nutrition

Antropometri
 BB : 70 kg
 TB : 155 cm
 IMT : 29,1 (obesitas)

6. Biochemical

Gula darah acak : 202 mg/dL

7. Clinical

Kepala bersih, bentuk kepala normal (mesocephalic), warna rambut hitam dan mulai beruban.

8. Diet

Jenis makanan: nasi, sayur, lauk dan buah

Jenis minuman: air putih, teh manis 2 hari sekali

9. Energy

Klien mengatakan selalu berjalan-jalan dipagi hari, setelah itu Ny. S menjaga cucunya. Ny. S mengatakan tidak melakukan aktifitas lainnya seperti masak, nyapu dan lain-lain karena kakinya nyeri saat banyak beraktifitas.

10. Elimination

Pola eliminasi alvi

Frekuensi BAB : 1x 1 hari,
 Kebiasaan waktu BAB : pagi hari setelah sarapan
 Karakteristik feces : lembek, berwarna coklat
 Inkontinensia alvi : tidak ada
 Diare : tidak ada
 Kontipasi : tidak ada

Pola eliminasi urine

Frekuensi BAK : 8x sehari
 Inkontinensia urine : tidak ada
 Karakteristik urine : kuning jernih
 Distensi kandung kemih : tidak ada
 Sering kencing : ada, sekitar 3x setiap malam

Integumen

Warna kulit :kulit berwarna kuning langsung, terdapat bercak-bercak kehitaman pada leher, lengan dan betis
 Turgor : turgor kulit baik, < 3 detik
 Lesi : tidak ada lesi pada kulit, kulit kering

11. Activity

Penyakit sistem nafas : klien menyatakan tidak punya riwayat sakit pernafasan
 Kemampuan bernafas : klien mampu bernafas dengan normal, tidak sesak

Pemeriksaan paru-paru

Inpeksi : dada tampak simetris, tidak ada deformitas, gerakan pernafasan kanan dan kiri seimbang, tidak ada pernafasan cuping hidung, RR 17x/menit

Palpasi : ekspansi dada simetris, focal fremitus kanan dan kiri simetris, tidak teraba massa maupun nyeri tekan.

Perkusi : perkusi paru kanan dan kiri resonan

Auskultasi : bunyi nafas vesicular

Istirahat tidur : Tidur malam hari 5 jam

Tidur siang hari 1 jam

Pengukuran ABI : Kanan 0,75
Kiri 0,62

12. Perception/ cognition

Orientasi

Tingkat Pendidikan : SMP

Pengetahuan ttg DM : klien mengetahui penyebab dan gejala DM

Orientasi : orientasi baik. Pasien mampu menyebutkan waktu, tempat dan orang dengan benar.

Sensasi/persepsi

Riwayat penyakit DM : 4 tahun yang lalu

Sakit kepala : jarang

Pengindraan : klien mengatakan matanya kabur (gangguan mata akibat renopati)

Uji sensasi monofilament : Hilang sensasi pada 7 titik pada kaki kanan
Hilang sensasi pada 4 titik pada kaki kiri

Communication

Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia dan Bahasa jawa

Kesulitan komunikasi : tidak ada kesulitan komunikasi

13. Self perception

Perubahan fungsi peran : klien mengatakan masih mampu menjalankan peran sebagai orangtua dan nenek seperti sebelumnya.

Gangguan citra tubuh : tidak ada perubahan fisik akibat DM

Persepsi pasien terhadap penyakit : klien merasa sakitnya sulit disembuhkan

Perasaan penurunan harga diri, tidak berguna : tidak ada, klien merasa berhasil mengontrol sakitnya dibuktikan dengan penggunaan insulin 20 unit menjadi 8 unit

Merasakan kecemasan : klien tidak merasa cemas dibuktikan dengan tidak takut dengan suntikan.

Mudah tersinggung : klien tidak tampak mudah tersinggung

Mudah marah : keluarga mengatakan bahwa klien tidak marah saat dihadapkan oleh stressor

Perasaan putus asa : tidak ada, klien merasa ada harapan membaik

Adanya cacat tubuh : tidak ada kecacatan tubuh

Harga diri : harga diri klien baik, klien tidak merasa menjadi beban karena masih bisa melakukan aktifitas sehari-hari

Gambaran diri : gambaran diri klien positif

Keinginan untuk menciderai : klien mengungkapkan tidak ada keinginan menyakiti diri

14. Role perception

Peranan hubungan

Status hubungan : ibu/nenek

Orang terdekat : anak

Perubahan peran : tidak ada

Interaksi dgn orang lain : baik, klien biasa berinteraksi dengan tetangga

15. Sexuality

Disfungsi seksual : klien terdapat gangguan Hasrat dan gairah

Gatal pada vagina : tidak ada gatal

Gangguan menstruasi : klien mengatakan menopause

16. Coping / stress tolerance

Rasa sedih / takut / cemas / putus asa / trauma:

klien mengatakan sedih apabila gula darahnya naik

Rasa stress :

tidak ada, dibuktikan dengan klien tidak udah marah dan tidak mengalami kesulitan tidur

Kemampuan untuk mengatasi (koping) :

adaptif, klien selalu berdoa tentang kesehatannya.

Perilaku yang menampakkan cemas :

tidak ada, klien tidak tapak gelisah dan selalu konsentrasi

17. Life principle

Kegiatan keagamaan yang diikuti :

klien mengikuti yasinan dan terkadang sholat dimasjid

Kemampuan untuk berpartisipasi :

klien mampu menjalani kegiatan spiritual secara aktif

Kegiatan kebudayaan :

klien mengatakan apabila ada gotong royong tidak mengikuti dan hanya menyiapkan makanan

Kemampuan memecahkan masalah:

klien mampu berfikir logis dalam menghadapi masalah

18. Safety / protection

Riwayat alergi :

tidak ada riwayat alergi obat-obatan dan makanan

Penyakit autoimun:

klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit autoimun

Gangguan termoregulasi :

tidak ada gangguan, suhu: 36,5 derajat

19. Comfort / kenyamanan

Rasa nyeri di kaki:

klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk

Rasa panas/dingin di kaki :

klien mengatakan kaki terasa dingin

Nyeri pada luka :

tidak ada luka

Kenyamanan / nyeri

Provokes (yang menimbulkan nyeri) : nyeri muncul saat aktifitas berlebihan

Quality (bagaimana kualitasnya) : nyeri seperti tertusuk-tusuk

Regio (dimana letaknya) : nyeri di telapak, kadang menjalar sampai betis

Scala (berapa skalanya) : 4 (nyeri sedang)

Time (waktu) : nyeri hilang timbul

20. Growth / development

Luka DM menimbulkan kecacatan : tidak ada luka

21. Pengkajian Perfusi Perifer

No.	Aspek	indikator	Penilaian
1.	Denyut nadi perifer	Nilai 0 : Ada pulsasi Nilai 1 : Tidak ada pulsasi	1
2.	Sensasi	Nilai 0 : Menjawab “tidak” untuk seluruh pertanyaan Nilai 2 : Menjawab “ya” untuk 1 atau lebih dari pertanyaan	2
3.	Warna kulit pucat	Nilai 0 : tidak ada Nilai 1 : ada	1
4.	Nyeri ekstremitas	Nilai 0 : 10 titik terdeteksi Nilai 2 : 6-9 terdeteksi Nilai 3 : 0-6 terdeteksi	3
5.	Akral	Nilai 0 : kaki teraba hangat Nilai 1 : kaki teraba dingin/panas	1
6.	<i>Indeks angkle brachial</i>	Nilai 0 : >0,90 Nilai 1 : <0,90	1
Total skor			9 (perfusi perifer buruk)

PENATALAKSANAAN TERAPI

Nama obat	Cara pemberian	Dosis	Manfaat
Sansulin	Subcutan	1x8 unit Sebelum makan	Mengontrol kadar gula darah
Amlodipine	Oral	1x10 mg Sesudah makan	Menurunkan tekanan darah
Atorvastatin	Oral	1x20 mg Sesudah makan	Menurunkan kolesterol
Clopidogel	Oral	1x75 mg Sesudah makan	Melancarkan pembuluh darah

ANALISA DATA

No.	Data Penunjang	Masalah	Kemungkinan Penyebab
1.	DS: - Klien mengatakan nyeri pada kakinya DO: - Tidak ada pulsasi dorsalis pedis dan posterior tibialis - Warna kaki pucat - Tes sensasi uji monofilament hilang sensasi 7 titik pada kaki kiri dan hilang sensasi 4 titik pada kaki kanan - Akral terasa dingin - Nilai ABI kanan 0,75 dan nilai ABI kiri 0,62 - Nilai observasi perfusi perifer 9 yaitu perfusi perifer buruk.	Hiperglikemia (GDS Ny. S : 202 mg/dl)	

DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

No.	Tanggal muncul	Diagnosis keperawatan	Tanggal teratasi	Tanda tangan
1.	28 April 2025	Perfusi Perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan Hiperglikemia (202 mg/dL) ditandai dengan tidak adanya pulsasi dorsalis pedis dan posterior tibialis, warna kaki pucat, tes sensasi uji monofilament hilang sensasi 7 titik pada kaki kiri dan hilang sensasi 4 titik pada kaki kanan, akral terasa dingin, nilai ABI kanan 0,75 dan nilai ABI kiri 0,62, nilai observasi perfusi perifer 9 yaitu perfusi perifer buruk.	4 Mei 2025	

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan tidak adanya pulsasi dorsalis pedis dan posterior tibialis, warna kaki pucat, tes sensasi uji monofilament hilang sensasi 7 titik pada kaki kiri dan hilang sensasi 4 titik pada kaki kanan, akral terasa dingin, nilai ABI kanan 0,75 dan nilai ABI kiri 0,62, nilai observasi perfusi perifer 9 yaitu	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat (L.02011) dengan Kriteria Hasil: 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Sensasi meningkat 3. Warna kulit pucat menurun 4. Nyeri ekstremitas menurun 5. Akral membaik 6. Indeks <i>angkle-brachial</i> membaik 7. Nilai observasi perfusi perifer membaik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 1. Periksa ada tidaknya nadi perifer 2. Periksa warna kulit pucat 3. Periksa suhu kaki pasien dan bandingkan dengan suhu ruangan 4. edema, pengisian kapiler ankle-brachial index) 5. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 6. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 7. Lakukan pemeriksaan ABI kanan dan kiri Edukasi 8. Anjurkan berolahraga rutin 9. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu

	perfusi perifer buruk.		10. Anjurkan minum obat secara teratur 11. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 12. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 13. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: hipoglikemia, hiperglikemia, rasa sakit yang tidak hilang, luka tidak sembuh, hilangnya rasa). 14.
--	------------------------	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari ke-1 28 April 2025	1. Mengobservasi dan wawancara 2. Menjelaskan prosedur penelitian 3. Mengisi lembar persetujuan
Hari ke-2 29 April 2025	1. Membina hubungan saling percaya 2. Melakukan pengkajian status perfusi perifer (denyut nadi perifer, sensasi, warna, nyeri, akral, indeks ankle bracial) 3. Mengisi lembar Observasi perfusi perifer 4. Mengajarkan <i>Buerger Allen Exercise</i> 5. Mengajarkan melakukan BAE secara mandiri minimal 3x sehari 6. Melakukan cek gula darah sewaktu
Hari ke-3 30 April 2025	1. Melakukan pemeriksaan tanda vital 2. Mengajarkan Teknik penyuntikan insulin (rotasi tempat suntik, dosis, waktu) 3. Mengajarkan latihan BAE
Hari ke-4 1 Mei 2025	1. Melakukan pemeriksaan tanda vital dan cek gula darah sewaktu 2. Melakukan BAE 3. Pengkajian status perfusi perifer (denyut nadi perifer, sensasi, warna, nyeri, akral, indeks ankle bracial) 4. Mengisi lembar Observasi perfusi perifer 5. mengedukasi tanda gejala dan penanganan cepat hipoglikemia
Hari ke-5 2 Mei 2025	1. Melakukan pemeriksaan tanda vital 2. Mengedukasi tentang makan seimbang 3. Mengedukasi penghindaran makanan tinggi gula dan lemak 4. Melakukan BAE secara mandiri
Hari ke-6 3 Mei 2025	1. Melakukan pemeriksaan tanda vital 2. Mengecek gula darah sewaktu 3. Mengedukasi perawatan kaki harian 4. Mengevaluasi BAE secara mandiri

Hari ke-7 4 Mei 2025	5. Melakukan pemeriksaan tanda vital 6. Pasien melakukan Latihan BAE secara mandiri 7. Pengkajian status perfusi perifer (denyut nadi perifer, sensasi, warna, nyeri, akral, indeks angkle bracial) 8. Mengisi lembar Observasi perfusi perifer 9. Mengevaluasi pemahaman pasien tentang Latihan BAE, Teknik penyuntikan insulin, penanganan hipoglikemia, makan seimbang, perawatan kaki harian 10. Mendiskusikan apa yang berjalan baik dan kendala yang dihadapi intervensi 11. Terminasi
-------------------------	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Pada *pre* terapi *buerger allen exercise* (kunjungan ke 2) didapatkan skor observasi perfusi perifer 9 yang artinya perfusi perifer buruk. Ny. S mengeluh kebas pada kakinya, terkadang gatal dan terasa seperti menginjak es pada telapak kaki. Skor 9 tersebut didapatkan beberapa gejala negatif yang muncul pada pasien seperti tabel dibawah ini:

No.	Aspek	indikator	Penilaian
1.	Denyut nadi perifer	Nilai 0 : Ada pulsasi Nilai 1 : Tidak ada pulsasi	1
2.	Sensasi	Nilai 0 : Menjawab “tidak” untuk seluruh pertanyaan Nilai 2 : Menjawab “ya” untuk 1 atau lebih dari pertanyaan	2
3.	Warna kulit pucat	Nilai 0 : tidak ada Nilai 1 : ada	1
4.	Nyeri ekstremitas	Nilai 0 : 10 titik terdeteksi Nilai 2 : 6-9 terdeteksi Nilai 3 : 0-6 terdeteksi	3
5.	Akral	Nilai 0 : kaki teraba hangat Nilai 1 kaki teraba dingin/panas	1
6.	<i>Indeks angkle brachial</i>	Nilai 0 : >0,90 Nilai 1 : <0,90	1
Total skor			9 (perfusi perifer buruk)

Pada pertengahan terapi *buerger allen* (kunjungan ke 4) didapatkan skor observasi perfusi perifer 6 yang artinya perfusi perifer kurang. Ny. S mengeluh kebas pada kakinya berkurang, keluhan gatal menghilang dan sensasi menginjak es pada

telapak kaki berkurang. Skor 6 tersebut didapatkan beberapa gejala negatif yang muncul pada pasien seperti tabel dibawah ini:

No.	Aspek	indikator	Penilaian
1.	Denyut nadi perifer	Nilai 0 : Ada pulsasi Nilai 1 : Tidak ada pulsasi	0
2.	Sensasi	Nilai 0 : Menjawab “tidak” untuk seluruh pertanyaan Nilai 2 : Menjawab “ya” untuk 1 atau lebih dari pertanyaan	2
3.	Warna kulit pucat	Nilai 0 : tidak ada Nilai 1 : ada	1
4.	Nyeri ekstremitas	Nilai 0 : 10 titik terdeteksi Nilai 2 : 6-9 terdeteksi Nilai 3 : 0-6 terdeteksi	2
5.	Akral	Nilai 0 : kaki teraba hangat Nilai 1 kaki teraba dingin/panas	0
6.	<i>Indeks angkle brachial</i>	Nilai 0 : >0,90 Nilai 1 : <0,90	1
Total skor			6 (perfusi perifer kurang)

Pada *post* terapi buerger allen (kunjungan ke 7) didapatkan skor observasi perfusi perifer 1 yang artinya perfusi perifer baik. Tidak ada keluhan pada kaki Ny. S. Skor 1 tersebut didapatkan beberapa gejala yang muncul pada pasien seperti tabel dibawah ini:

No.	Aspek	indikator	Penilaian
1.	Denyut nadi perifer	Nilai 0 : Ada pulsasi Nilai 1 : Tidak ada pulsasi	0
2.	Sensasi	Nilai 0 : Menjawab “tidak” untuk seluruh pertanyaan Nilai 2 : Menjawab “ya” untuk 1 atau lebih dari pertanyaan	0
3.	Warna kulit pucat	Nilai 0 : tidak ada Nilai 1 : ada	1
4.	Nyeri ekstremitas	Nilai 0 : 10 titik terdeteksi Nilai 2 : 6-9 terdeteksi Nilai 3 : 0-6 terdeteksi	0

5.	Akral	Nilai 0 : kaki teraba hangat Nilai 1 kaki teraba dingin/panas	0
6.	<i>Indeks angkle brachial</i>	Nilai 0 : >0,90 Nilai 1 : <0,90	0
Total skor			1 (perfusi perifer baik)

Lampiran 17 Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Norida Meyla

Nim : P17250224083

Dosen Pembimbing : Endang Purwaningsih S. Kep., Ns, M. Kep

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan
Perfusi Perifer Tidak Efektif Di Puskesmas Balong

NO.	TANGGAL	BAB	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	1 Januari 2025	1	1. Pengajuan judul KTI 2. Intervensi yang akan dilakukan apa 3. ACC judul	
2.	2 Januari 2025	1	1. Penulisan citasi dengan APA / vancaunter / havard 2. Prevalasi ambil data dari riskesdas terbaru	
3.	3 Januari 2025	1	1. Benahi urutan penulisan A, 1, a 2. Cari referensi diatas 2020	
4.	4 Janusri 2025	1	1. Pada akhir paragraph tambahkan citasi 2. Penulisan "masalah keperawatan" delete	
5.	13 Januari 2025	2	1. Pengkajian kurang terarah, gunakan pengkajian 13 domain	

6.	29 Januari 2025	2	1. Tabel menggunakan spasi 1 2. Tulisan ditabel ukuran 11	
7.	3 Maret 2025	2	1. Benahi pathway, tulisan terlalu kecil	
8.	6 Maret 2025	3	1. Perhasitan kerapian penulisan 2. Perhatikan penulisan karya tulis sesuai pedoman buku panduan	
9.	11 Maret 2025	3	1. ACC proposal, siapkan ujian	
10.	24 Maret 2025		1. Mengganti instruen NSS menjadi modifikasi inlow 60s	
11.	25 Maret 2025		1. ACC revisi proposal oleh ketua penguji	
12.	26 Maret 2025		1. ACC proposal oleh dosen pembimbing	
13.	2 Juni 2025		1. Tambahkan tujuan, metode, pengumpulan data, hasil, diagnosis, perencanaan, implementasi pada abstrak	

			2. Observasi perfusi perifer asukkan ke pemeriksaan penunjang 3. Menambahkan teori terapi obat tentang kepatuhan	
14.	5 Juni 2025		1. ACC oleh ketua penguji	
15	5 Juni 2025		1. Revisi daftar isi 2. BAB I, BAB II BAB III enter 3. Spasi masih satu pada lokasi dan waktu penelitian 4. Hapus daftar Pustaka yang lebih dari 1	
16	6 Juni 2025		5. ACC oleh dosen pembimbing	

Lampiran 18 Daftar Riwayat Hidup (Curriculum Vitae)

Daftar Riwayat Hidup (Curriculum Vitae)



Nama : Norida Meyla

Tempat, Tanggal lahir : Kediri , 21 Agustus 2003

Agama : Islam

Alamat : Ds.Ngraket Kec.Balong Kab.Ponorogo

Nama Ayah : Damuri

Nama Ibu : Ida Astutik

Riwayat Pendidikan : 1 TK DHARMA WANITA NGRAKET

2. SD NEGERI NGRAKET

3 Mts Al-Islam Joresan

4. MAN 2 Ponorogo

5. Sedang menyelesaikan Program Studi D3

Keperawatan

Kampus IV Kab.Ponorogo Politeknik Kesehatan

Kemenkes Malang