



PEMERINTAH KOTA PEKANBARU
DINAS KESEHATAN

Jalan Melur Nomor 103 Telepon (0761) 23213
PEKANBARU

Pekanbaru, Maret 2021

Nomor : 071/Diskes-Umum/1170 /2021
Sifat : Biasa
Lampiran : -

Yth. Kepada
Kepala Puskesmas Umban
Sari

di-
Pekanbaru

Hal : Riset

Menindaklanjuti surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik kota Pekanbaru Nomor 071/BKBP-SKP/1046/2021 tanggal 29 Maret 2021, tentang rekomendasi penelitian kepada :

Nama : Salsa Adelia Ramadhani
NIK : 031814401071
Instansi : Poltekes Kemenkes Riau
Fakultas/Jurusan : Keperawatan
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan diabetes mellitus tipe II pada klien diwilayah puskesmas umban sari pekanbaru

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, kami mengharapkan kepada Saudara untuk dapat membantu kelancaran pengumpulan data dan penelitian kepada yang bersangkutan di atas.

Atas perhatian dan kerja sama Saudara, kami ucapkan terima kasih.

a.n. Kepala Dinas Kesehatan
Kota Pekanbaru
Sekretaris,



dr. ZAINI RIZALDY S.
Pembina Tk. I
NIP. 197208102002121005

Tembusan :
Yth. Wakil Direktur I Poltekes Kemenkes Riau Pekanbaru

SURAT PERSETUJUAN / PENOLAKAN SEBAGAI OBJEK PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : SUYEK
Umur : 63 TAHUN
Jenis Kelamin : PEREMPUAN
Alamat : Jl. UMBAN SARI
Pekerjaan : IRT

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya bersedia / tidak bersedia
dijadikan objek penelitian.

Demikianlah surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Pekanbaru,
Yang Menyatakan,
Pasien/ Keluarga Pasien


(.....)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMERIKSAAN GULA DARAH SEWAKTU (GDS)	
Pengertian	Pemeriksaan gula darah sewaktu adalah salah satu tes yang dilakukan untuk mengetahui toleransi seseorang terhadap glukosa.
Tujuan	Bahan rujukan untuk menegakkan diagnosis DM secara pasti.
Persiapan Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat periksa gula darah digital (glukometer). 2. Gluko test strip. 3. Lanset dan alat pendorongnya (lancing device). 4. Swab alcohol 70 %. 5. Sarung tangan. 6. Bengkok/ tempat sampah. 7. Lembar hasil periksa dan alat tulis.
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan identitas klien. 2. Kaji kondisi klien dan KGD sewaktu terakhir. 3. Beritahu dan jelaskan pada klien/keluarganya tindakan yang dilakukan. 4. Jaga privasi klien.
Prosedur Pelaksanaan	Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya. 2. Perkenalkan nama perawat.

3. Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien/keluarga.

Tahap Kerja

1. Berikan kesempatan klien bertanya atau melakukan sesuatu sebelum kegiatan dilakukan.
2. Menanyakan keluhan utama klien.
3. Atur posisi yang nyaman bagi klien.
4. Masukkan glukosa strip kedalam glucometer.
5. Masukkan lancet kedalam lancet device.
6. Gunakan sarung tangan.
7. Bersihkan ujung jari klien yang akan ditusuk lancet dengan alcohol swab.
8. Letakkan lancet device diujung jari klien, dan tekan lancet device seperti menekan pena.
9. Masukkan darah yang keluar kedalam glukosa strip (harus searah).
10. Tunggu hingga hasil keluar.
11. Sampaikan hasil GDS pada klien.
12. Lepas sarung tangan dan buang ke tempat sampah.
13. Posisikan klien dalam posisi yang nyaman.

	<p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi tindakan yang dilakukan.2. Berpamitan dengan klien.3. Bereskan alat-alat yang digunakan4. Cuci tangan.5. Catat hasil dalam lembar kerja.
--	--

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
MENGUKUR TEKANANDARAH/TENSI**

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui tekanan darah/tensi.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua pasien baru. 2. Pasien yang memiliki penyakit hipertensi, jantung dan penyakit kronis lainnya.
Tujuan	Mengetahui tekanan darah.
Persiapan tempat dan alat	<p>Baki berisi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sphignomanometer air raksa/jarum yang siap pakai. 2. Stetoskop. 3. Buku catatan. 4. Alat tulis.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan. 2. Atur posisi pasien dalam keadaan rileks berbaring atau duduk.
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur pencahayaan. 2. Tutup pintu dan jendela. 3. Mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik).
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Memberi tahu pasien bahwa tindakan segera dilaksanakan. 3. Letakkan tensi meter disamping atas lengan yang akan dipasang manset pada titik paralax. 4. Meminta /membantu pasien untuk membuka/menggulung lengan baju sebatas bahu. 5. Pasang manset pada lengan bagian atas sekitar 3 cm di atas fossa cubiti dengan pipa karet di lengan atas. 6. Memakai stetoskop pada telinga. 7. Meraba arteri brakhialis dengan jari tengah dan telunjuk. 8. Meletakkan stetoskop bagian bell di atas arteri brakhialis. 9. Mengunci skrup balon karet. 10. Pengunci air raksa dibuka. 11. Balon dipompa lagi sehingga terlihat air raksa di dalam pipa naik (30 mm Hg) sampai denyut arteri tidak terdengar. 12. Membuka skrup balon dan menurunkan tekanan perlahan kira-kira 2 mm Hg/detik. 13. Mendengar dengan teliti dan membaca skala air raksa sejajar dengan mata, pada skala

	<p>berapa mulai terdengar bunyi denyut pertama sampai suara denyut terakhir terdengar lambat dan menghilang.</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Mencatat denyut pertama sebagai tekanan sistolik dan denyut terakhir sebagai tekanan diastolik. 15. Pengunci air raksa ditutup kembali. 16. Melepas stetoskop dari telinga. 17. Melepas manset dan digulung dengan rapi dan dimasukkan dalam kotak kemudian ditutup. 18. Merapikan pasien dan mengatur kembali posisi seperti semula. 19. Memberi tahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilaksanakan. 20. Alat-alat dirapikan dan disimpan pada tempatnya. 21. Mencuci tangan.
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan body mechanism.
Evaluasi	Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGHITUNG DENYUT NADI

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui denyut nadi'
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua pasien baru' 2. Pasien yang memiliki penyakit jantung dan penyakit kronis lainnya.
Tujuan	Mengetahui denyut nadi.
Persiapan tempat dan alat	<p>Baki berisi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arloji tangan yang mempunyai petunjuk detik atau pols-teller. 2. Buku catatan. 3. Alat tulis.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. 2. Mengatur posisi pasien.
Persiapan Lingkungan	Pintu dan jendela ditutup

Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Mempersilakan pasien untuk berbaring/duduk dengan tenang di tempat tidur. 3. Membawa alat-alat ke dekat pasien. 4. Meraba tangan pasien pada pergelangannya dengan jari telunjuk, jari tengah dan manis sampai teraba denyut nadi arteri radialis. 5. Tangan yang lain memegang alat penghitung nadi /arloji. 6. Menghitung denyut nadi selama seperempat menit (15 detik). 7. Hasilnya dikalikan empat. 8. Mencatat hasilnya. 9. Merapikan pasien dan mengembalikan pasien ke posisi semula. 10. Memberitahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan. 11. Mengembalikan alat-alat ke tempat semula. 12. Mencuci tangan.
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	Tanyakan keadaan dan lain-lain dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGUKUR SUHU BADAN

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengukur suhu tubuh yang dilakukan dengan meletakkan alat pengukur suhu (thermometer) di bawah ketiak pasien.
Indikasi	Pasien dengan keadaan demam (suhu tubuh > 37°C).
Tujuan	Mengetahui suhu tubuh pasien.
Persiapan tempat dan alat	<p>Baki berisi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer badan untuk ketiak. 2. Larutan disinfektan dalam botol/gelas. 3. Larutan sabun dalam botol/gelas. 4. Air bersih dingin dalam botol/gelas. 5. Kain kassa kering/tisu dalam tempatnya. 6. Lab/handuk kering. 7. Bengkok untuk tempat kotoran. 8. Buku catatan dan pulpen/pensil .

Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posisi yang nyaman. 2. Memberikan penjelasan tentang tujuan dan prosedur tindakan mengukur suhu badan.
Persiapan Lingkungan	Tutup pintu dan jendela.
Pelaksanaan	<p>A. Mengukur suhu melalui oral:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan termometer. 2. Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35⁰C. 3. Letakkan termometer di bawah lidah. 4. Minta klien untuk menahan termometer dengan bibir hingga 3-8 menit. 5. Angkat dan baca termometer. 6. Bersihkan termometer. 7. Cuci termometer dengan air antiseptik, air sabun, bilas dengan air DTT (desinfeksi tingkat tinggi), keringkan, serta letakkan kembali di tempatnya. 8. Cuci tangan. 9. Lakukan dokumentasi. <p>B. Mengukur suhu melalui rektal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur lingkungan. 2. Bersihkan termometer. 3. Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35⁰C. 4. Beri gel pada ujung termometer. 5. Atur posisi klien dengan posisi Sims. Lihat Gambar 1.1. 6. Masukkan termometer ke dalam anus. 7. Tahan termometer selama 2-4 menit. 8. Angkat termometer. 9. Bersihkan termometer. 10. Baca dengan teliti. 11. Bersihkan anus klien dari pelumas/gel. 12. Bantu klien ke posisi semula. 13. Cuci termometer dan letakkan kembali ke tempatnya. 14. Cuci tangan dengan sabun an keringkan. 15. Lakukan dokumentasi. <p>C. Mengukur suhu melalui aksila/ketiak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan dikeringkan dengan handuk/ lab kering. 2. Membasuh termometer dengan air dingin bila termometer direndam dalam larutan

	<p>disinfektan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengeringkan termometer dengan tisu/kassa kering dari ujung (berisi air raksa) ke arah pegangan. 4. Membuang kasa/tisu kotor ke dalam bengkok. 5. Menurunkan air raksa di dalam termometer sampai angka 35 atau di bawahnya. 6. Memberi tahu klien bahwa tindakan akan segera dilaksanakan. 7. Membawa alat-alat ke dekat pasien. 8. Meminta dan membantu pasien membuka pakaian pada daerah ketiak. 9. Mengeringkan salah satu ketiak pasien dengan lab/handuk kering. 10. Memasang termometer pada tengah ketiak. 11. Menutup lengan atas dan menyilangkan lengan bawah di dada. 12. Membiarkan termometer di ketiak selama 6-8 menit. 13. Mengambil termometer dari ketiak pasien. 14. Membersihkan termometer dengan tisu/kassa dari pangkal ke arah ujung. 15. Membuang tisu/kassa kotor ke dalam bengkok. 16. Membaca tinggi air raksa di dalam termometer . 17. Mencatat hasil pengukuran pada buku atau catatan keperawatan. 18. Menurunkan air raksa di dalam termometer. 19. Memasukkan termometer ke dalam larutan disinfektan. 20. Merapikan kembali pakaian pasien. 21. Mengembalikan posisi pasien pada posisi yang nyaman. 22. Memberitahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilaksanakan. 23. Membilas termometer dengan kassa/tisu yang dibasahi larutan sabun. 24. Membuang tisu/kassa kotor ke dalam bengkok. 25. Mencilupkan termometer ke dalam air bersih. 26. Mengeringkan termometer dengan kassa/tisu kering. 27. Membuang kassa / tisu kotor ke dalam bengkok. 28. Mengembalikan alat-alat ke tempat semula. 29. Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan dikeringkan dengan handuk /lap kering/tisu.
--	---

Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	Observasi suhu tubuh pasien dan tanyakan kenyamanan pasien setelah tindakan.

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGHITUNG FREKUENSIPERNAFASAN

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk menghitung frekuensi pernafasan. Satu-satunya ketrampilan keperawatan yang dalam melakukannya tanpa memberitahu klien sebelumnya.
Indikasi	Klien dengan gangguan pernafasan, semua klien yang dirawat.
Tujuan	Mengetahui frekuensi pernafasan klien.
Persiapan tempat dan alat	Baki berisi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Arloji yang berdetik/polsteller. 2. Buku catatan dan pulpen/pensil.
Persiapan pasien	Posisi yang nyaman (biasanya dilakukan bersamaan dengan menghitung frekuensi denyut nadi).
Persiapan Lingkungan	Memberitahu pasien lain atau keluarganya untuk tidak mengajak bicara pasien selama dilakukan tindakan.
Pelaksanaan	Setelah menghitung denyut nadi dilanjutkan dengan menghitung pernafasan (dengan posisi tangan tidak dilepas/seperti menghitung denyut nadi). <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung siklus pernafasan klien (1 inspirasi dan 1 ekspirasi) selama 1 menit (untuk anak-anak berumur < 2 tahun atau pada dewasa yang irama pernafasannya tidak teratur), atau 30 detik bila irama teratur. 2. Perhatikan pula irama dan kedalaman pernafasan klien. 3. Cuci tangan dan keringkan dengan lap kering bersih/tisu. 4. Catat hasil pada lembar dokumentasi.
Evaluasi	Observasi frekuensi pernafasan klien dan tanyakan kenyamanan an pasien setelah tindakan.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti.

Evaluasi	<ol style="list-style-type: none">1. Pernafasan klien dalam batas normal.2. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.
----------	---

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR ROM

Pengertian	<i>Range of movement</i> (ROM), merupakan latihan gerak sendi yang dilakukan oleh perawat kepada pasien.
Indikasi	Pasien yang bedrest lama dan beresiko untuk terjadi kontraktur persendian .
Tujuan	Memperbaiki tingkat mobilitas fungsional ekstremitas klien, mencegah kontraktur dan pengecilan otot dan tendon, serta meningkatkan sirkulasi darah pada ekstremitas, menurunkan komplikasi vaskular immobilisasi dan meningkatkan kenyamanan klien
Persiapan tempat dan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur. 2. Bantal. 3. Balok drop food. 4. Hanskoon.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan pelaksanaan. 2. Mengatur posisi lateral lurus (terlentang biasa).
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menutup pintu dan jendela. 2. Memasang tabir dan tirai.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leher: <ol style="list-style-type: none"> a. Letakkan tangan kiri perawat di bawah kepala pasien dan tangan kanan pada pipi/wajah pasien. b. Lakukan gerakan: <ol style="list-style-type: none"> 1) Rotasi: tundukkan kepala, putar ke kiri dan ke kanan. 2) Fleksi dan ekstensi: gerakkan kepala menyentuh dada kemudian kepala sedikit ditengadahkan. 3) Fleksi lateral: gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu hampir bersentuhan. c. Observasi perubahan yang terjadi. 2. Bahu <ul style="list-style-type: none"> • Fleksi/Ekstensi <ol style="list-style-type: none"> a. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya. b. Angkat lengan pasien pada posisi awal. c. Lakukan gerakan mendekati tubuh. d. Lakukan observasi perubahan yang terjadi. Misalnya: rentang gerak bahu dan kekakuan. • Abduksi dan Adduksi <ol style="list-style-type: none"> a. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan

lainnya.

- b. Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya ke arah perawat (ke arah samping).
- c. Kembalikan ke posisi semula.
- d. Catat perubahan yang terjadi. Misal: rentang gerak bahu, adanya kekakuan, dan adanya nyeri.

- **Rotasi Bahu**

- a. Atur posisi lengan pasien menjauhi dari tubuh (ke samping) dengan siku menekuk.
- b. Letakkan satu tangan perawat di lengan atas dekat siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- c. Lakukan rotasi bahu dengan lengan ke bawah sampai menyentuh tempat tidur.
- d. Kembalikan lengan ke posisi awal.
- e. Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.
- f. Kembalikan ke posisi awal.
- g. Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak bahu, adanya kekakuan, dan adanya nyeri.

3. Siku

- **Fleksi dan Ekstensi**

- a. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan telapak mengarah ke tubuh pasien.
- b. Letakkan tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- c. Tekuk siku pasien sehingga tangan pasien mendekat ke bahu.
- d. Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
- e. Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya, rentang gerak pada siku, kekakuan sendi, dan adanya nyeri.

4. Lengan bawah

- **Pronasi dan Supinasi**

- a. Atur posisi lengan pasien dengan siku menekuk/lurus.
- b. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan tangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- c. Putar lengan bawah pasien ke arah kanan atau kiri.
- d. Kembalikan ke posisi awal sebelum dilakukan

pronasi dan supinasi.

- e. Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak lengan bawah dan kekakuan.

5. Pergelangan tangan

• Fleksi dan Ekstensi

- a. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk.
- b. Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.
- c. Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.
- d. Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya, rentang gerak pergelangan dan kekakuan sendi.

6. Jari-jari

• Fleksi dan Ekstensi

- a. Pegang jari-jari tangan pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang pergelangan.
- b. Bengkokkan (tekuk/fleksikan) jari-jari ke bawah.
- c. Luruskan jari-jari (ekstensikan) kemudian dorong ke belakang (hiperekstensikan).
- d. Gerakkan kesamping kiri kanan (Abduksi-adduksikan).
- e. Kembalikan ke posisi awal.
- f. Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.

7. Paha

• Rotasi

- a. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas lutut pasien.
- b. Putar kaki ke arah pasien.
- c. Putar kaki ke arah pelaksana.
- d. Kembalikan ke posisi semula.
- e. Observasi perubahan yang terjadi.

• Abduksi dan Adduksi

- a. Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
- b. Angkat kaki pasien kurang lebih 8cm dari tempat tidur dan pertahankan posisi tetap lurus. Gerakan kaki menjauhi badan pasien atau kesamping ke arah perawat.

- c. Gerakkan kaki mendekati dan menjauhi badan pasien.
- d. Kembalikan ke posisi semula.
- e. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.
- f. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan adanya kekakuan sendi.

8. Lutut

- **Fleksi dan Ekstensi**

- a. Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.
 - b. Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
 - c. Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada pasien sejauh mungkin dan semampu pasien.
 - d. Turunkan dan luruskan lutut dengan tetap mengangkat kaki ke atas.
 - e. Kembalikan ke posisi semula.
 - f. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan
- Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan adanya kekakuan sendi.

	<p>9. Pergelangan kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fleksi dan Ekstensi <ol style="list-style-type: none"> a. Letakkan satu tangan pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks. b. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada atau ke bagian atas tubuh pasien. c. Kembalikan ke posisi awal. d. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien. Jari dan telapak kaki diarahkan ke bawah. e. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan kekakuan. • Infersi dan Efersi <ol style="list-style-type: none"> a. Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan tangan kita (pelaksana) dan pegang pergelangan kaki pasien dengan tangan satunya. b. Putar kaki dengan arah ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya. c. Kembalikan ke posisi semula. d. Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain. e. Kembalikan ke posisi awal. f. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi. <p>10. Jari-jari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fleksi dan Ekstensi Jari-jari <ol style="list-style-type: none"> a. Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki. b. Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah. c. Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang. d. Gerakan kesamping kiri kanan (Abduksi-adduksikan). e. Kembalikan ke posisi awal. f. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi. <p>11. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.</p> <p>12. Catat perubahan yang terjadi. Misal: rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.</p>
Sikap	<p>Sikap selama pelaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan body mechanism.

Evaluasi	<ol style="list-style-type: none">1. Tidak terjadi cedera.2. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.3. Peningkatan rentang gerak sendi.
----------	--

Pengkajian Pemeriksaan Fisik Integritas Kulit

Pengertian	Pengkajian integritas kulit adalah pemeriksaan keutuhan sistem integumen dengan carainspeksi dan palpasi.
Tujuan	<p>Mendapatkan data tentang integritas kulit dan luka yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tanda-tanda kerusakan atau lesi pada kulit. b. Warna kulit. c. Warna membrane mukosa. d. Penurunan turgor kulit. e. Tekstur kulit. f. Status higienitas. g. Peningkatan atau penurunan pigmentasi atau discoloration. h. Keluhan klien yang meliputi gatal, kesemutan (tingling) dan mati rasa (numbness).
Peralatan	<ol style="list-style-type: none"> a. Lampu penerangan. b. Selimut mandi. c. Gown. d. Sarung tangan disposibel yang bersih.
Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> a. Tahap pra interaksi : <ol style="list-style-type: none"> i. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien ii. Cuci tangan iii. Siapkan alat b. Tahap orientasi : <ol style="list-style-type: none"> i. Beri salam, panggil klien dengan namanya ii. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan iii. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya c. Tahap kerja : <ol style="list-style-type: none"> 1. Buka pakaian pasien (jika diperlukan) dan selimuti pasien dengan selimutmandi. 2. Segera lakukan observasi dengan membandingkan warna kulit pasiendengan warna kulit normal sesuai dengan ras klien. Observasi adanya warna keputihan (pallor), kemerahan (flushing), kekuningan (jaundice), keabu-abuan (ashen) atau kebiru-biruan (cyanosis). 3. Bandingkan warna kulit klien dengan warna kulit normal sesuai dengan ras. 4. Letakkan ibu jari atau punggung telapak tangan anda pada kuliat klien untuk merasakan suhu pasien.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Korelasikan ketidaknormalan perubahan warna kulit dengan suhu. 6. Observasi area yang terlihat sangat kering, lembab, kerutan (wringkling), mengelupas (flaking) dan tekstur kulit secara umum. 7. Cubit kulit klien dengan ibu jari dan jari telunjuk anda untuk mengobservasi pergerakan dan kecepatan pengembalian keposisi semula untuk mengkaji turgor kulit (status hidrasi dapat diindikasikan dari turgor atau elastisitas kulit). 8. Tekan kulit pasien pada area ankle dengan ibu jari anda dan lepaskan. Setelah tekanan dilepaskan, lakukan observasi terhadap cekungan yang dihasilkan (1+ sampai 5+ mengindikasikan edema 1cm sampai dengan 5 cm). 9. Pada saat memeriksa suhu dan tekstur kulit, catat respon pasien terhadap suhu panas, dingin, sentuhan dan tekanan. 10. Observasi jumlah minyak, kelembapan dan kotoran pada permukaan kulit. 11. Catat munculnya bau badan yang menyengat atau bau dari lipatan kulit. 12. Observasi adanya ketombe dan ketubung rambut menggunakan sisir disposibel. 13. Observasi area yang mengalami luka. Apabila memeriksa luka, gunakan sarung tangan (gloves). 14. Cek adanya perubahan warna kulit (skin discolorations) diantaranya: ecchymosis, petechiae, purpura, erythema dan penurunan pigmentasi). Tanda-tanda ini menunjukkan adanya penyakit seperti leukemia, kekurangan vitamin atau haemophilia. <p>d. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengevaluasi hasil / respon klien 2) Mendokumentasikan hasilnya 3) Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4) Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat 5) Mencuci tangan
--	---

Pencegahan Kerusakan Kulit (Skin breakdown)

Pengertian	Pencegahan kerusakan kulit adalah tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencegah kerusakan kulit diantaranya luka tekan (pressure ulcer).
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Meningkatkan kesehatan integritas kulit. b. Mencegah kerusakan pada kulit. c. Mencegah resiko infeksi.
Peralatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Lotion kulit b. Kasur anti tekanan (Pressure-relieving mattress) c. Sarung tangan disposibel yang bersih.
Langkah-langkah	<ul style="list-style-type: none"> a. Tahap pra interaksi : <ul style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2) Cuci tangan 3) Siapkan alat b. Tahap orientasi : <ul style="list-style-type: none"> 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya c. Tahap kerja : <ul style="list-style-type: none"> 1) Inspeksi kulit secara reguler untuk mengkaji tanda-tanda iskemia, hiperemiadan area yang rusak. 2) Rubah posisi tidur klien minimal dua (2) jam sekali untuk merotasi weight- bearing area. 3) Lakukan masase kulit pasien dan pressure-prone areas jika kulit tidak memerah, ketika pasien merubah posisi. (Masase akan memperburuk kondisi kulit apabila dilakukan pada área yang memerah). 4) Lumasi kulit yang kering menggunakan cream atau skin sealants untuk mencegah resiko kerusakan kulit. 5) Gunakan lotion di area sakrum (sacrum), siku (elbows) dan tumit (heels) beberapa kali dalam sehari pada pasien tirah baring. 6) Bersihkan kulit menggunakan air hangat dan bahan cleansing dengan mildpH-balanced. 7) Lindungi kulit sehat dari skresi drainase. 8) Gunakan bantalan pelindung pada siku dan tumit apabila diperlukan. 9) Pertahankan bahan linen dalam keadaan bersih, kering dan tidak adakerutan. 10) Dorong pasien untuk melakukan latihan aktif

	<p>atau latihan range of motion(ROM).</p> <ol style="list-style-type: none">11) Dorong pasien untuk mengkonsumsi makanan well-balance diit dengan mengkonsumsi makanan tinggi protein dan minum air putih yang banyak (jika tidak ada kontra indikasi).12) Ajarkan klien dan keluarga untuk mencegah daerah terkena tekanan dan mencegah pembentukan ulkus dekubitus (pressure ulcer).13) Rapikan klien. <p>d. Tahap terminasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Evaluasi hasil / respon klien2) Dokumentasikan hasilnya3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya4) Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat5) Cuci tangan
--	---

**FORMULIR
KESEDIAAN PEMBIMBING**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : MS Ardenny, S.kep, M.kep
2. NIP : 19780809 2011 21002
3. Pangkat/golongan : III C /penata
4. Jabatan : Dosen
5. Asal institusi : Poltekkes Kementes Riau
6. Pendidikan terakhir : S2
7. Kontak person
 - a) Alamat rumah : Jl Gunung Merapi 66 keluarga, bukit bansan
 - b) Telp/Hp : 0813 72321961
 - c) Alamat kantor : Jl Melur HO 103, Harjosari, kec Sukajad
 - d) Telp kantor : (0761) 36501

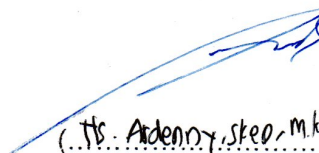
Menyatakan (bersedia/tidak bersedia*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa:

- Nama : Salsa Adela R
- NIM : 201814407071
- Dengan Judul : Asuhan keperawatan Diabetes Mellitus tipe II pada Ellen di wilayah kerja Puskesmas umban sari
-
-
-

*) coret yang tidak dipilih

Pekanbaru, 15 Maret 2021

.....


(MS Ardenny, S.kep, M.kep)

**FORMULIR
KESEDIAAN PEMBIMBING**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Ns. Kurniawati, M. Kep
2. NIP : 199011262019032008
3. Pangkat/golongan : Penata Muda Tk. I / III-B
4. Jabatan : Dosen
5. Asal institusi : Poltetes kementerian Riau
6. Pendidikan terakhir : S2
7. Kontak person
 - a) Alamat rumah : Jl. Durian Gang Nurni No. 10A
 - b) Telp/HP : 085215791221
 - c) Alamat kantor : Jl. Nelur No. 103
 - d) Telp kantor :

Menyatakan (bersedia/tidak bersedia*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa:

- Nama : Salsy Adelta Rahmadani
- NIM : 2031814401071
- Dengan Judul : Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus tipe II pada klien di w
wilayah kerja Puskesmas Umban Sari
-
-
-

*) coret yang tidak dipilih

Pekanbaru, 08 Februari 2021



(Ns. Kurniawati, M. Kep.....)


LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Salsa Adelia Rahmadani
 NIM : 202104010171
 Nama Pembimbing : TS. Ardenny, SKEP, N. KEP

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1	08/02/21	Mengajukan penentuan judul kti : "asuhan keperawatan diabetes Mellitus TIPE II di wilayah kerja Puskesmas umban Sari"		Ar
2	10/02/21	Bimbingan mengenai BAB I dan Penyakit DM Tipe II & TTP keJedkuan Pembimbing		Ar
3	08/02/21	Bimbingan lanjut BAB II melalui offline / UC		Ar
4	13/02/21	Bimbingan sistem urutan dalam BAB II		Ar
5	15/02/21	Memperhatikan WOC.		Ar
6	16/02/21	Bimbingan proposal final	Ace Ujian	Ar

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : salsa Adella R
 NIM : 202104401071
 Nama Pembimbing : ris. karnidawati, M. kep

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1	1/3/2021	BAB I	<ul style="list-style-type: none"> >> spasi sesuai panduan >> penulisan bahasa asing 	
2	13/3/2021	BAB II	<ul style="list-style-type: none"> >> penulisan referensi > spasi sesuai panduan > penulisan referensi > intervensi di kotak/kotak Tabel > penulisan bahasa asing > menambahkan pembertian 	
3				
3	14/3/21	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> > Paragraf 2 kalimat > Daftar pustaka > penulisan referensi > spasi daftar pustaka > kata pengantar 	
4	15/3/21	BAB V	<ul style="list-style-type: none"> > kata pengantar > spasi /Tanda. > jarak pendahuluan/ latar belakang 	



LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Salsa Adelia Rahmadani
 NIM : P031814401071
 Nama Pembimbing : Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
	27/09/21	BAB 3	Pengkajian divalidkan dibuat data fokus diagnosa sesuaikan	Ar
	28/09/21	BAB 3	Implementasi tdk pakai pathflow, evaluasi sesuaikan	Ar
	29/09/21	BAB 4	BAB 4 ditambahkan gambaran lokasi penelitian	Ar
	29/09/21	BAB 4	Bab 4. Interpretasi kasus dibuat narasi	Ar
	30/09/21	BAB 5	BAB 5 kesimpulan dan saran disesuaikan dgn Bab 3	Ar
	01/10/21	Acc sidan	Acc usian sedang	Ar

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Salsa Adelia Rahmadani
NIM : P031814401071
Nama Pembimbing : Ns. Kurniawati, S.Kep, M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1	28/4/2021	BAB 3	<ul style="list-style-type: none">-tambahkan hasil lab & obat an yang di konsumsi-data rawas- lengkapi pemeriksaan fisik.	
2.	2/5/2021	cover - BAB 4 - BAB 5 - abstrak	<ul style="list-style-type: none">- Spasi di cover- tambahkan daftar tabel di daftar isi- abstrak (misikan dahulu lengkap baru di singkat).	


LEMBAR REVISI

Nama : Salsu Adelta Rahmadani
NIM : 2021014401071

NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
		<p>bab 3 : Latar belakang di spesifikasi ke pada kamus yg di tulis</p> <p>bab 4 : pinyin di rumus pinyin 9 pinyin .</p>

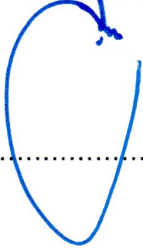
Pekanbaru, 19-3-2021

Sebelum direvisi,

(.....)


Pekanbaru, 25-3-2021

Sudah direvisi,

(.....)


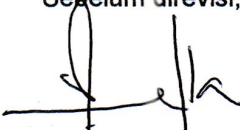
LEMBAR REVISI

Nama : salsu Adelia Fahmadan
NIM : 2031614401071

NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
		<p>Perbaiki penulisan sesuai saran Risksdas 2020 belum ada setau saya, jika ada tolong lihatkan print out nya</p> <p>Diagnosa Keperawatan PES (Resiko tidak b.d)</p> <p>Table 1 spasi, Tulis intervensi keperawatan</p>

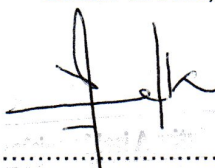
Pekanbaru, 17 maret 2021

Sebelum direvisi,


(Syarif Sarmani A.)

Pekanbaru, 23 Maret 2021

Sudah direvisi,


(Syarif Sarmani A.)

LEMBAR REVISI

Nama : Salsa Adelia Rahmadani

NIM : P031814401071

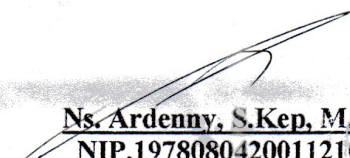
NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
	BAB 3-5	Pupukan Penulisan.

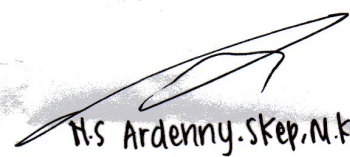
Pekanbaru ,

Pekanbaru ,

Sebelum direvisi,

Sudah direvisi,


Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep
NIP.197808042001121002


Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep
Nip. 197808042001121002

LEMBAR REVISI

Nama : Salsa Adelia Rahmadani

NIM : P031814401071

NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
		<ul style="list-style-type: none">- Abstrak !- Penguji- Implikasi dari g. diskusi- Evaluasi - implikasi- Penutup

Pekanbaru, 4-5-2021

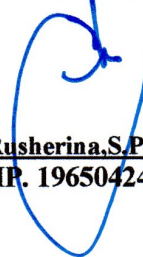
Sebelum direvisi,



(Hj. Ruserina, S.Pd, S.Kep, M.Kes)
NIP. 196504241988032002

Pekanbaru, 21-5-2021

Sudah direvisi,



(Hj. Ruserina, S.Pd, S.Kep, M.Kes)
NIP. 196504241988032002

LEMBAR REVISI

Nama : Salsa Adelia Rahmadani

NIM : P031814401071

NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
v	vii	Konsisten penggunaan KTI / LTA
2	40	Riwayat Kesehatan kurang tepat.
3	43 - 45	Keluhan saat pengkajian / saat ini ? Pengkajian psikososial di narasikan.
4	52	analisa data v/ resiko cedera ?
5	56	luaran Perifer (belum ada)

Pekanbaru ,.....

Pekanbaru ,.....

Sebelum direvisi,

Sudah direvisi,


(Ns. Syafrisar Meri A. S.Kep. M.Kep)
NIP. 198702192018012001


(Ns. Syafrisar Meri A. S.Kep. M.Kep)
NIP. 198702192018012001

Dokumentasi Kegiatan

Pengkajian (09 April 2021)



Implementasi Keperawatan (10 April 2021)

Cek Kadar Glukosa Darah Sewaktu



Pemberian Edukasi mengenai DM



Cek TTV



Melakukan ROM



Melakukan Perawatan Kaki



Melakukan Pemerian Lotion dan Pelembab



Implementasi Keperawatan (11 April 2021)

Cek Kadar Glukosa Darah Sewaktu



Pemeriksaan Tanda Tanda Vital



Melakukan perawatan kaki dan kuku



Melakukan ROM



Implementasi Keperawatan (12 April 2021)

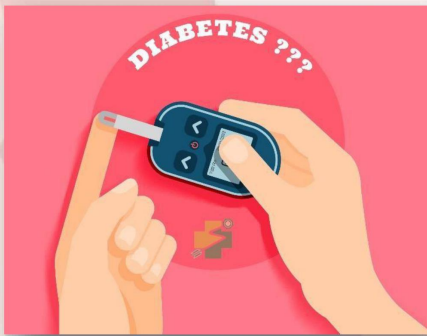
Cek Kadar Glukosa Darah Sewaktu



CEK TTV



DIABETES MELLITUS
KENALI GEJALA DAN
PENATALAKSANAANYA..



SALSA ADELIA RAHMADANI
D3 KEPERAWATAN 3B

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLTEKKES KEMENKES RIAU
JURUSAN KEPERAWATAN

2021

A. PENGERTIAN DM



Diabetes Mellitus adalah suatu keadaan terjadinya gangguan fungsi metabolisme tubuh dengan peningkatan kadar gula dalam darah (hiperglikemia).

B. KLASIFIKASI

1. Tipe I : Diabetes mellitus tergantung insulin (IDDM)
2. Tipe II : Diabetes mellitus tidak tergantung insulin (NIDDM)
3. Diabetes mellitus gestasional (GDM)
4. Tipe spesifik yang berkaitan dengan penyebab lain

C. DIKATAKAN DIABETES BILA (Kemenkes)

1. Gula Darah Puasa : <126 mg/dl
2. Gula darah sewaktu: >200 mg/dl

D. PENYEBAB

Diabetes Tipe 1 :

1. Faktor genetik
2. Faktor infeksi virus
3. Faktor imunologi

Diabetes Tipe 2 :

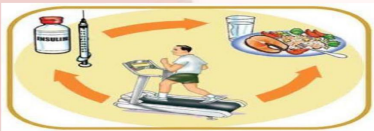
1. Usia
2. Obesitas
3. Keluarga
4. Kelompok etnik
5. Pola hidup tidak sehat

E. TANDA DAN GEJALA

1. Trias poli: Poliuria (Peningkatan pengeluaran urin), Polidipsi (peningkatan rasa haus) dan poliphagi (peningkatan rasa lapar).
2. Kelemahan dan kelelahan.
3. Perubahan penglihatan yang mendadak.
4. Perasaan gatal atau kebas pada kaki atau tangan.
5. Kulit kering dan adanya lesi luka yang penyembuhannya lambat dan infeksi berulang.

F. PENATALAKSANAAN

1. Naturopati(diet, latihan)
2. Pemantauan gula darah
3. Pendidikan Kesehatan



G. KOMPLIKASI

- 1) Komplikasi Akut
 - a) Hipoglikemia
 - b) Hiperglikemia
- 2) Komplikasi kronis/jangka
 - a) Penyakit jantung
 - b) Kerusakan saraf (neuropati)
 - c) Kerusakan ginjal (nefropati).
 - d) Kerusakan mata.
 - e) Kerusakan kaki.
 - f) Gangguan pendengaran.
 - g) Gangguan kulit.
 - h) Penyakit Alzheimer

G. Makanan yang perlu di hindari

A.) Mengandung banyak gula sederhana : gula pasir, gula aren, sirup, selai, jelly, manisan buah, susu kental manis, es krim, kue manis, dodol, cake, cokelat

B) Mengandung banyak lemak: semua makanan yang diolah secara digoreng, fast food/ makanan cepat saji

C) Mengandung banyak natrium: Ikan Asin, Telur asin, makanan kaleng



H. Diet Pada Diabetes Mellitus

1. Jumlah kalori ditentukan menurut umur, jenis kelamin, bb, tb dan aktivitas
2. Batasi penggunaan karbohidrat seperti: Nasi, lontong, roti, ketan, jagung, kentang, dll.
3. Hindari penggunaan sumber karbohidrat sederhana: gula pasir, gula jawa, sirup, selai, jelly, manisan buah, susu kental manis, es krim, kue manis, dodol,

cake, cokelat, tarcis, abon, dendeng, dan sarden

4. Bahan yang diperbolehkan: Lauk hewani dan nabati dalam jumlah yg cukup
5. Buah buahan dalam jumlah cukup
6. Aneka ragam sayur untuk memberikan rasa kenyang
7. Minyak dan garam dalam jumlah tak berlebihan



Hindari olahraga saat kadarglukosa lebih dari 250 mg/dL
Jangan lupa monitor kadar glukosa darah secara mandiri