

BAB III
LAPORAN STUDI KASUS

A. PENGKAJIAN

Tanggal pengkajian

i. Data Umum

1. Identitas keluarga

Nama KK : Tn. A
Pekerjaan : Buruh
Agama : Islam
Status perkawinan : Menikah
Suku : Sunda
Alamat : JL. Jendral Sudirman, GG Dadali V
NO.47 RT 01 RW 06, Desa
Tanjung Aman, Kecamatan Kota
Bumi Selatan, Kabupaten Lampung
Utara

Komposisi keluarga :

Tabel 3
Komposisi Keluarga

No	Nama	Jenis Kelamin	Umur (Tahun)	Status	Keterangan
1	Tn. A	Laki-laki	65	Suami	Sehat
2	Ny. R	Perempuan	65	Istri	Sakit
3	Tn. A	Laki-laki	45	Anak	Sehat
4	Tn. A	Laki-laki	24	Anak	Sehat

b. Data dukung lainnya

Transportasi keluarga : Motor
Fasilitas pelayanan kesehatan : Puskesmas
Jarak unit ke pelayanan kesehatan : 4km

Transportasi ke unit pelayanan kesehatan : motor
 Sarana komunikasi keluarga : Telepon genggam/HP
 Sarana komunikasi dalam lingkungan : Telepon genggam/HP

2. Kondisi kesehatan semua anggota keluarga

Focus utama pada yang sakit (Ny. R)

- a. Diagnosa Medis : Diabetes Melitus (DM)
- b. Riwayat Perawatan : selama menderita penyakit diabetes mellitus tipe 2 klien tidak pernah dirawat di RS, klien juga jarang sekali berobat pada pelayanan kesehatan, klien hanya melakukan pemeriksaan gula darah 2 bulan yang lalu. Untuk menjaga kadar gula darahnya tetap baik klien mengurangi konsumsi gulanya. Dengan mengurangi makanan atau minuman yang terlalu manis, dan mengatur pola pikir klien agar tidak stress, serta mengurangi aktivitas yang berat
- c. Riwayat pengobatan : klien mengatakan 2 bulan lalu berobat ke mantri / bidan terdekat untuk memeriksa kadar gula darahnya
- d. Gangguan kesehatan : klien merasa lemas, pusing, sulit tidur pada malam hari, mengeluh sering BAK pada malam hari (5-6 kali dalam semalam), penglihatan buram, kaki terasa kebas, warna kulit pucat, klien mengatakan jika ada luka akan lama untuk sembuh, GDS: 313 mg/dl, GDP: 210mg/dl, TD: 140/90 mmHg, RR : 22x/menit, N: 90x/menit.

Gangguan pemenuhan KDM

a. Biofisiologis

Saat kunjungan kerumah, klien sedang berada di dapur untuk memasak. Klien mengatakan makan sebanyak 3x sehari namun Ny.R memiliki pantangan seperti mengurangi makan makanan yang banyak mengandung banyak gula seperti mengurangi makan nasi, minum minuman manis, buah buahan yang manis serta mengurangi makanan yang berlemak.

b. Aman nyaman

Merasa tidak nyaman karena penyakit DM yang di deritanya selama 5 tahun

c. Kasih sayang (cinta kasih)

Klien merasa cukup mendapat perhatian dari keluarga, saat dilakukan kunjungan kerumah dan melakukan wawancara, keluarga mendukung upaya perawatan Ny. R hingga kondisi membaik

d. Harga diri

Dengan penyakitnya ini Ny.r tidak merasa minder, Ny. R tetap bersosialisai dengan tetangga di sekitarnya. Keinginan klien hanya 1 klien ingin segera sembuh dari penyakitnya ini serta klien tetap semangat dalam mengobati penyakitnya dengan dukungan penuh dari keluarganya

e. Aktualisasi Diri

Ny. R tetap melakukan aktivitasnya sehari harinya seperti menyapu, memasak, dan lain-lain. Kadang Ny. R pergi kepasar untuk berbelanja kebutuhan rumah tangga.

3. Data kesehatan keluarga

- | | |
|----------------|--|
| a. Type rumah | : semi permanen |
| b. Ventilasi | : sesuai dengan kapasitas ruangan |
| c. Pencahayaan | :dapat mengurangi seluruh bagian rumah |

- d. Kelembaban : udara di dalam rumah tidak pengap
- e. Keadaan lantai rumah : lantai semen
- f. Kebersihan lantai rumah : cukup bersih tidak banyak debu
- g. Kebersihan lingkungan rumah : bersih, tidak ada polusi yang disebabkan oleh kotoran hewan, lingkungan sekitar sejuk karena banyak pepohonan
- h. Tempat pembuangan sampah : klien membuat galian tanah untuk tempat pembuangan sampah
- i. Sarana MCK
- 1). Jenis : pembuangan feses
 - 2). Jarak : 10 meter dari sumur
 - 3). Sumber air bersih : Air dan sumur
 - 4). Kebersihan : Bersih
 - 5). Keadaan penampungan air : Bersih
- j. Data dukung lainnya yang diperlukan mempunyai kebiasaan minum minuman manis, saat pemeriksaan GDS: 313 mg/dl, GDP:210mg/dl, TD: 140/90 mmHg, RR : 22x/menit, N: 90x/menit.
4. Struktur keluarga
- a. Type keluarga : Nuclear family
 - b. Peran anggota keluarga : Semua berperan sesuai struktur dalam keluarga, Ibu, Ayah, dan anak
 - c. Komunikasi dalam keluarga : Komunikasi langsung
 - d. Sumber sumber keluarga : Hasil dari pekerjaan Ayah (buruh, dan upah dari Memelihara ternak)
 - e. Sumber dalam kesehatan : BPJS
5. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
- a. Tahap perkembangan keluarga : Keluarga dengan anak dewasa (pelepasan)

- b. Tahap perkembangan keluarga yang belum dipenuhi : tidak ada
- 6. Fungsi keluarga
 - Kemampuan mengenal masalah kesehatan
 - Kemampuan mengenal masalah kesehatan
 - a. Penyakit
 - Keluarga tahu tentang penyakit yang dideritan Ny. R
 - b. Gejala penyakit'klien merasa lemas, kebas pada kaki, sering kencing pada malam hari, sulit tidur
 - c. Faktor penyebab
 - Klien memiliki riwayat keturunan dari ibu dengan gangguan kesehatan *Diabetes Melitus* (DM).
 - d. Faktor yang mempengaruhi
 - Makanan, kebiasaan klien minum minuman manis setiap hari (teh)
 - e. Persepsi keluarga terhadap penyakit
 - Keluargamempunyai keyakinan terhadap penyakit yang di derita Ny. R bisa kembali normal jika klien bisa menjaga pola makan dan sering melakukan cek kesehatan di pelayanan kesehatan
- 1. Kemampuan mengambil keputusan
 - a. Mengetahui bahaya penyakit
 - Keluarga sudah mengetahui tindakan yang harus dilakukan terhadap penyakit yang diderita Ny. R, tetapi keluarga belum mengetahui komplikasi penyakit yang akan dialami oleh Ny. R, keluarga menganggap itu adalah suatu penyakit yang berbahaya jika klien tidak bisa mengontrol pola makannya
 - b. Informasi yang salah tentang penyakit : tidak ada
 - c. Persepsi negatif terhadap petugas : tidak ada
 - d. Jangkauan terhadap fasilitas kesehatan : menggunakan motor
- 2. Kemampuan merawat keluarga yang sakit
 - a. Riwayat pengobatan
 - Klien jarang sekali berobat ke pelayanan kesehatan, klien terakhir kali berobat ke pelayanan kesehatan 2 bulan yang lalu hanya untuk mengecek kadar gula darahnya di mantri/bidan desa.

- b. Cara perawatan (alat, bahan, fasilitas)

Klien tidak memiliki alat untuk mengecek gula darah, klien merasa gula darahnya naik jika klien merasa sangat lemas.
 - c. Sumber keluarga untuk perawatan keluarga

Keluarga mengetahui perawatannya dari fasilitas kesehatan.
 - d. Kepasrahan terhadap perawatan/terapi

Klien menerima perawatan yang diberikan untuknya
3. Kemampuan memelihara anggota keluarga yang sakit/memodifikasi lingkungan
- a. Bagaimana upaya preventif

Keluarga menggunakan upaya preventif dengan cara menjaga pola hidup sehat dan diet sehat
 - b. Bagaimana upaya promotif

Keluarga menggunakan upaya promotif dengan cara membantu setiap kegiatan klien untuk mengurangi resiko kelelahan, selain itu keluarga juga mendukung pengobatan yang dilakukan klien bahwa penyakit yang diderita klien dapat sembuh jika klien dapat mengontrol diit makanan dan minuman manis, hindari aktivitas yang berlebih, dan hindari stress agar klien tidak terbebani dengan penyakit yang dialami.
 - c. Bagaimana tentang pengetahuan sumber penyakit dan lingkungan

Klien mendapatkan informasi tentang penyakit dari puskesmas serta mantri/bidan desa
 - d. Bagaimana pengetahuan terhadap sumber penyakit dari sumber lain(makanan, diit, dll)

Klien mengatakan sudah mengetahui tentang diit makanan yang sehat untuk penyakitnya
4. Kemampuan memanfaatkan fasilitas kesehatan
- Keluarga belum mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan secara maksimal untukpenyakit yang diderita klien Ny. R
- a. Jangkaun sarana dan prasarana ke FASKES : baik dan lancar
 - b. Pengetahuan tentang fasilitas kesehatan

1) Keuntungan

Dengan berobat ke pelayanan kesehatan akan mendapat fasilitas yang baik dan pelayanan kesehatan yang baik serta perawatan dan pengobatan yang baik.

2) Kerugian

Tidak menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang baik akan mengakibatkan kondisi semakin memburuk

- c. Kepercayaan terhadap FASKES : Sangat baik
- d. Kepercayaan terhadap petugas FASKES : Baik
- e. Pengalaman terhadap pemanfaatan faskes : flu, dan batuk

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. ANALISA DATA

Tabel 4
Analisa Data

NO	DATA DUKUNG	DIAGNOSA
1	2	3
1	Data dukung penyakit a. Klien mengatakan lemas b. Kaki terasa kebas c. Mengeluh penglihatan buram d. Mengeluh pusing e. Sering BAK pada malam hari f. Kadar gula darah mencapai 313mg/dl g. Nadi 90x/menit h. Pernapasan 22x/menit	Ketidak stabilan kadar glukosa darah

1	2	3
2	Data dukung penyakit a. Warna kulit pucat b. CRT > 3 detik c. Penyembuhan luka lambat d. Kaki terasa kebas e. Mengeluh penglihatan buram	Perfusi perifer tidak efektif
3	Data dukung lainnya a. Mengeluh sulit tidur b. Sering BAK pada malam hari c. Klien mengeluh pola tidur berubah	Gangguan pola tidur

2. Prioritas masalah

Achjar (2012) telah merumuskan skala prioritas sebagai berikut :

Tabel 5
Skala Prioritas Masalah

No	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah	Aktual Potensial Resiko	3 1 2	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah	Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensial masalah dapat dicegah	Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah	Berat, segera ditangani Ada masalah, tidak perlu ditangani Tidak dirasakan, ada masalah	2 1 0	1

a. Penetapan prioritas masalah

Tabel 6
Penetapan Prioritas Masalah

Diagnosa 1 : ketidakstabilan kadar glukosa darah

NO	KRITERIA/SUB KRITERIA	SCORING	PEMBENARAN
1	2	3	4
1	Sifat masalah Skala: Aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Actual Ny.R tampak lemas, sulit tidur pada malam hari, kadar glukosa tinggi 313mg/dl
2	Kemampuan masalah dapat diubah Skala: mudah	$2/2 \times 2 = 2$	Mudah: SDK baik: memiliki kartu BPJS serta klien dapat mengontrol makanan dan minuman manis sesuai anjuran di pelayanan kesehatan. Transportasi ke puskesmas lancar.
3	Potensi masalah untuk dicegah Skala: tinggi	$3/3 \times 1 = 1$	Tinggi: Ny.R mendapat dukungan penuh dari seluruh anggota keluarga dalam upaya perawatan di fasilitas kesehatan
4	Menonjolnya masalah Skala: segera	$2/2 \times 1 = 1$	Segera : Ny.R jika tidak melakukan pengobatan maka tidak bisa mengontrol kadar gula darahnya dan akan memperburuk keadaanya, klien dapat berobat ke pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit untuk mengobati penyakitnya tersebut

b. Diagnosa 2 : Perfusi perifer tidak efektif

NO	KRITERIA/SUB KRITERIA	SCORING	PEMBENARAN
1	Sifat masalah Skala: Aktual	3/3x1=1	Aktual Saat melakukan pemeriksaan GDS warna kulit klien tampak pucat, kaki terasa kebas, dan turgor kulit menurun. GDS 313mg/dl
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala: mudah	3/3x1=1	Mudah Ny.R telah melakukan diit makanan secara mandiri dan menuruti peraturan dokter dalam menjaga pola makan
3	Potensi masalah untuk dicegah Skala: tinggi	3/3x1=1	Sedang Ny. R mampu mengontrol makanan dan minuman manis, tetapi terkadang masih mengkonsumsi minuman manis setiap pagi. Dan klien jarang sekali berobat ke pelayanan kesehatan
4	Menonjolnya masalah Skala: ada masalah tidak perlu ditangani	1/2x1=1/2	Tidak perlu: Klien tidak tahu jika kadar gula darahnya meningkat, klien hanya merasa lemas dan kaki terasa kebas. Klien hanya membiarkan gejala tersebut tanpa memeriksakan ke pelayanan kesehatan

c. Diagnosa 3 : gangguan pola tidur

NO	KRITERIA/SUB KRITERIA	SCORING	PEMBENARAN
1	Sifat masalah Skala: actual	$3/3 \times 1 = 1$	Aktual Ny. R mengatakan sulit tidur karena sering sekali BAK pada malam hari.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala: sebagian	$1/2 \times 2 = 1$	Mudah: Ny.R telah melakukan diit makanan secara mandiri dan menuruti peraturan dokter dalam menjaga pola makan
3	Potensi masalah untuk dicegah Skala : sedang	$2/3 \times 1 = 2/3$	Sedang Ny. R mampu mengontrol makanan dan minuman manis, tetapi terkadang masih mengkonsumsi minuman manis setiap pagi. Dan klien jarang sekali berobat ke pelayanan kesehatan
4	Menonjolnya masalah Skala : tidak dirasakan ada masalah	$0/2 \times 1 = 0$	Tidak dirasakan: Klien tidak tahu jika kadar gula darahnya meningkat, klien hanya merasa lemas dan kaki terasa kebas. Klien hanya membiarkan gejala tersebut tanpa memeriksakan ke pelayanan kesehatan

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN SDKI

Setelah di prioritaskan urutan diagnosa keperawatan adalah:

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Data dukung penyakit

1. Klien mengatakan lemas
2. Kaki terasa kebas
3. Mengeluh penglihatan sedikit buram
4. Mengeluh pusing
5. Sering BAK pada malam hari
6. Kadar gula darah mencapai 313mg/dl
7. TD 140/90 mmHg
8. Nadi 90x/menit
9. Pernapasan 22x/menit

b. Perfusi perifer tidak efektif

Data dukung lainnya

1. Turgor kulit menurun
2. Warna kulit pucat
3. Penyembuhan luka lambat
4. Kaki terasa kebas

c. Gangguan pola tidur

Data dukung lainnya

1. Mengeluh sulit tidur
2. Sering BAK pada malam hari
3. Klien mengeluh pola tidur berubah

D. RENCANA KEPERAWATAN

Tabel 7
Perencanaan keperawatan pada Ny. R dengan Diabetes Melitus tipe 2

No	Diagnose keperawatan		Perencanaan			
		TUM	TUK	SLKI	STANDAR	SIKI
	Ketidakstabilan kadar glukosa darah a. Data dukung penyakit 1. Klien mengeluh lemas 2. Kaki terasa kebas 3. Klien sering kencing pada malam hari 4. Klien mengeluh pusing 5. GDS :m313mg/dl	dalam 3 kali kunjungan ketidakstabilan kadar glukosa darah dapat teratasi	1. Keluarga mampu mengenal masalah	Tingkat pengetahuan Kode: (L.12111) 1. Verbalisasi keinginan dalam belajar meningkat 2. Kemampuan menjelaskan tentang suatu topic meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Kognitif	Edukasi kesehatan Kode : (I.12383) a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan c. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

1	2	3	4	5	6	7
						<p>d. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Manajemen hiperglikemia Kode : (I.03115)</p> <p>a. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl</p> <p>b. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga</p>
			<p>2. Keluarga mampu mengambil keputusan</p>	<p>Dukungan keluarga Kode : (L.13112)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi keinginan untuk mendukung keluarga yang sakit meningkat 2. Bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit meningkat 3. Bekerjasama dengan penyedia layanan kesehatan dalam menentukan perawatan meningkat 	Afektif	<p>Dukungan pengambilan keputusan Kode : (I.09265)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik b. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan

1	2	3	4	5	6	7
						<ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif b. Informasikan alternatif solusi secara jelas c. Berikan informasi yang diminta pasien
			<p>3. Keluarga mampu merawat</p>	<p>Manajemen kesehatan keluarga Kode : (L.12105)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat 2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat 3. Tindakan untuk mengurangi factor risiko meningkat 4. Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan menurun 	Psikomotor	<p>Pelibatan keluarga Kode : (I14525)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi keluarga untuk terlibat dalam perawatan b. Ciptakan hubungan terapeutik pasien dengan keluarga dalam perawatan c. Diskusikan cara perawatan keluarga dirumah tentang diit DM

1	2	3	4	5	6	7
						Manajemen nyeri Kode : (I.08238) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (terapi merendam kaki dengan air hangat)
			4. Keluarga mampu memelihara kesehatan memodifikasi	Kontrol risiko Kode : (L.14128) 1. Kemampuan mengidentifikasi factor risiko meningkat 2. Kemampuan merubah perilaku meningkat 3. Kemampuan memodifikasi gaya hidup meningkat 4. Penggunaan faasilitas kesehatan meningkat 5. Pemantauan perubahan status meningkat	Kog-aff- psikomotor	Edukasi proses penyakit Kode : (I.12444) a. Sediakan materi dan medi pendidikan kesehatan b. Jelaskan penyebab dan factor risiko penyakit c. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit d. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi e. Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan

1	2	3	4	5	6	7
			5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan	Status kesehatan keluarga Kode : (L.12108) <ol style="list-style-type: none"> 1. Akses fasilitas kesehatan meningkat 2. Skrining kesehatan anggota keluarga meningkat 3. Sumber perawatan kesehatan meningkat 	Kog-aff- psikomotor	Rujukan ke layanan kesehatan Kode : (I.12474) <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi sumber – sumber pelayanan kesehatan dimasyarakat b. Damping proses rujukan, jika perlu c. Fasilitasi memutuskan pelayanan kesehatan yang dapat dijadikan tujuan rujukan d. Fasilitasi proses tindak lanjut di masyarakat setelah rujukan e. Jelaskan tujuan dan prosedur rujukan

E. PELAKSANAAN DAN EVALUASI

Tabel 8

Catatan perkembangan hari pertama

Nama : Ny.R dengan Dx.medis Diabetes Melitus Tipe 2

NO DX	HARI/TANGGAL/JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI
1	2	3	4
1	Pukul 09.00 Rabu , 24 maret 2021	<p>TUK 1 : mampu mengenal masalah Diabetes Melitus Tipe 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit DM yang diderita klien dengan media leaflet (definisi, tanda dan gejala, komplikasi, dan pencegahan DM) 2. memberikan kesempatan klien untuk bertanya 3. menganjurkan klien untuk menghindari olahraga atau aktivitas berlebih saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dl 4. menganjurkan klien untuk memonitor kadar glukosa darah secara mandiri dengan cara membeli alat untuk mengecek kadar glukosa darah atau rutin memeriksa kadar glukosa di pelayanan kesehatan 	<p>Pukul : 09.30 wib</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien dan keluarga mengatakan bersedia untuk menerima informasi tentang DM melalui media leaflet 2. klien mengatakan belum mengetahui tentang tanda dan gejala, pencegahan dan komplikasi penyakit DM 3. klien bertanya tentang bagaimana pencegahan penyakit DM 4. klien mengatakan akan memeriksakan kadar glukosanya secara rutin di pelayanan kesehatan <p>O :</p> <p>A : pada pertemuan pertama keluarga sudah</p>

1	2	3	4
		5. menganjurkan klien tentang kepatuhan diit DM dan olahraga	mengetahui dan mengenal tentang penyakit <i>Diabetes Melitus</i> Tipe 2 P : hentikan intervensi
	Pukul 10.30 Rabu, 24 maret 2021	TUK 2: mampu mengambil keputusan 1. Memotivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan keluarga dan klien 2. Mengidentifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik 3. Melakukan pemeriksaan gula darah pada klien	Pukul 11.00 S: 1. Klien dan keluarga mengharapkan agar klien segera sembuh dari penyakitnya 2. Klien mengatakan mengalami masalah kesehatan karena penyakit DM selama 5 tahun yang lalu 3. Klien akan berusaha untuk memeriksakan kadar gulanya secara rutin ke pelayanan kesehatan O: 1. keluarga mampu mengambil keputusan dalam melakukan perawatan DM tipe 2 2. GDS : 313 mg/dl A: pada pertemuan pertama keluarga dapat merumuskan langkah langkah pengambilan keputusan terhadap <i>Diabetes Melitus</i> Tipe 2, tujuan tercapai P: hentikan intervensi Perawat Aditya Prima Tirta

Catatan perkembangan hari kedua

Nama : Ny. R dengan Dx . Medis Diabetes Melitus tipe 2

NO DX	HARI/TANGGAL/JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI
1	Pukul 09.00 Kamis, 25 maret 2021	<p>TUK 3 : mampu merawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan kadar gula darah klien 2. Mendiskusikan cara perawatan keluarga dirumah tentang diit DM pada klien dan keluarga yaitu: jumlah kalori yang dibutuhkan untuk Ny. R adalah 1680 kalori per hari dengan komposisi makanan Karbihidrat 50-60 % per hari atau 130 gram dalam sekali makan, protein 10-15% kebutuhan kalori, lemak 20-25% kebutuhan kalori, serat 25 gram per hari 3. Mengajarkan kepada klien dan keluarga teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa kebas atau kesemutan pada kaki klien dengan cara merendam kaki dengan air hangat. Siapkan air hangat dengan suhu hangat – hangat kuku kedalam baskom, rendam kaki klien selama 10-15 menit, setelah itu angkat kaki dan keringkan kaki dengan handuk lalu biarkan selama 5 menit. Setelah itu lakukan tindakan tersebut secara berulang sebanyak 3 kali 	<p>Pukul 09.30 Evaluasi TUK 1 dan TUK 2 Pada pertemuan pertama klien dan keluarga sudah mengetahui tentang penyakit DM tipe 2 GDS : 313mg/dl Pukul 09.30 S: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan bersedia untuk melakukan perawatan mandiri dirumah 2. Klien mengatakan akan menereapkan diit / pola makan ssuai anjuran 3. Klien mengatakan kebas berkurang setelah melakukan terapi nonfarmakologi <p>O: GDS: 230mg/dl A : Pada pertemuan hari ke dua keluarga mampu merawat klien dengan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi rasa kebas, masalah teratasi P: Hentikan intevensi</p> <p align="right">Perawat</p> <p align="right">Aditya Prima Tirta</p> </p>

Catatan perkembangan hari ketiga

Nama : Ny. R dengan Dx . Medis Diabetes Melitus tipe 2

NO DX	HARI/TANGGAL/JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI
1	2	3	4
1	Pukul 10.00 Jumat , 26 maret 2021	TUK 4 : mampu merawat 1. Mengevaluasi pengetahuan klien tentang penyakit DM melalui pendidikan kesehatan dengan media leaflet (definisi, tanda dan gejala, pencegahan, serta komplikasi penyakit DM) 2. melakukan pemeriksaan gula darah klien	Pukul 10.30 Evaluasi TUK 3 Pada pertemuan kedua, keluarga sudah mengetahui tentang diit DM dan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa kebas / kesemutan pada klien GDS : 230mg/dl Pukul 10.30 S: 1. klien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit DM yang dideritanya O : 1. Klien mampu menjelaskan tentang penyakit DM (definisi, tanda dan gejala, pencegahan, serta komplikasi) 2. hasil GDS : 183 mg/dl A: kadar glukosa darah Ny. R menurun, masalah teratasi P: hetikan intervensi

1	2	3	4
	<p>Pukul 12.30 Jumat , 26 maret 2021</p>	<p>TUK 5: mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memberikan informasi kepada klien untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan ketika klien sakit 2. menjelaskan kepada klien dan keluarga untuk rutin melakukan pengecekan gula darah di pelayanan kesehatan, agar dapat mengontrol kadar gula klien secara mandiri 3. menganjurkan pada klien untuk sering menggunakan kartu berobat (BPJS, JAMKESMAS, dan Kartu Indonesia Sehat) 4. menganjurkan klien untuk tetap menjaga pola makannya (rendah gula) 	<p>Pukul 13.00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan akan berusaha memanfaatkan fasilitas kesehatan dasar (puskesmas) atau ke pelayanan dokter umum bila merasa sakit 2. Keluarga juga mengatakan sudah menggunakan BPJS dan sudah terintegrasi pada puskesmas dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terintegrasi pada puskesmas dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan <p>A : pada kunjungan hari ke 3 Ny. R sudah mengerti fasilitas kesehatan dan cara memanfaatkannya, masalah teratasi, tujuan tercapai</p> <p>P : hentikan intervensi</p> <p style="text-align: center;">Perawat</p> <p style="text-align: center;">Aditya Prima Tirta</p>