

LAMPIRAN

Keaslian Penelitian

No	Judul	Desain penelitian	Sampel dan teknik sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil dan kesimpulan
1	penerapan intervensi manajemen edukasi diet Pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah	Desain studi kasus	Subyek yang digunakan 2 orang pasien DM	Implementasi penerapan intervensi Pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah	Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data menggunakan lembar observasi	Menggunakan analisis deskriptif	Identifikasi data ketidakstabilan kadar glukosa sebelum dilakukan penerapan intervensi manajemen hiperglikemia di dapatkan hiperglikemia tinggi di atas 200 mg/dL tetapi setelah dilakukan penerapan intervensi Pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah selama 1 hari pasien mematuhi diet yang dianjurkan, di beri insulin, dan ada terapi non farmakologi yaitu terapi senam kaki sehingga Kadar gula darah pasien berkurang serta pasien melakukan secara mandiri terapi senam kaki setiap hari dalam waktu 10-15 menit.



SATUAN ACARA PENYULUHAN
DIET PADA PASIEN DIABETES MELITUS



Disusun oleh:

Sartika Rahmawati

PO5303203211213

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODU KEPERAWATAN WAINGAPU
TAHUN AJARAN 2024



SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok bahasan : Diet Pada Pasien Diabetes Melitus

Sub pokok bahasan: Diet Pada Pasien Diabetes Melitus

Hari/tanggal : Senin 08 Juli 2024

Waktu : 30 menit

Tempat : Rumah pasien

A. Tujuan

Tujuan Umum

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 30 menit diharapkan peserta dapat mengetahui diet pada pasien Diabetes Melitus.

Tujuan Khusus

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan selama 30 menit, diharapkan peserta dapat:

1. Menjelaskan pengertian diet
2. Menyebutkan 3 dari 5 tujuan diet pada pasien Diabetes Melitus
3. Menyebutkan komposisi makanan yang dianjurkan untuk pasien Diabetes Melitus

B. Sasaran dan Target

Keluarga Tn.A dan Keluarga Ny.A

C. Strategi pelaksanaan

Hari dan tanggal pelaksanaan : Senin 08 Juli 2024

Waktu : 30 Menit

Tempat : Rumah pasien

D. Metode

Ceramah



Diskusi tanya jawab

E. Susunan acara

No	Kegiatan	Penyuluh	Peserta	Keterangan
1	Pendahuluan	<ul style="list-style-type: none">• Salam pembuka• Perkenalan• Menyampaikan tujuan penyuluhan• Mengingatkan kontrak yang telah disepakati sebelumnya• Apersepsi	<ul style="list-style-type: none">• Menjawab salam• Mendengarkan• Menyimak penyuluh• Mendengarkan• Mendengarkan menjawab pertanyaan	5 Menit
2	Kerja	<ul style="list-style-type: none">• Menyampaikan materi diabetes melitus:<ol style="list-style-type: none">1. Pengertian diet2. Tujuan diet pada pasien DM3. Komposisi makanan yang dianjurkan untuk pasien DM• Memberikan kesempatan peserta untuk bertanya• Menjawab pertanyaan• Evaluasi	<ul style="list-style-type: none">• Mendengar dengan penuh perhatian• Menanyakan hal-hal yang belum jelas• Mendengarkan dan memperhatikan jawaban dari penyuluh• Menjawab pertanyaan penyuluh	22 Menit
3	Penutup	<ul style="list-style-type: none">• Menyimpulkan	<ul style="list-style-type: none">• Mendengarkan	3 Menit



		• Salam penutup	• menjawab salam	
		Total waktu		30 Menit

F. Media

Leaflet dan poster

G. Materi

DIET PADA PASIEN DIABETES MELITUS

1. Pengertian Diet

Diet adalah pengaturan makanan dan minuman yang dikonsumsi seseorang secara rutin untuk menjaga kesehatan. Diet lebih mengarah pada pengaturan pola makan yang baik untuk mencapai kondisi sehat.

2. Tujuan Diet pada Pasien Diabetes Melitus

Tujuan Umum

Membantu penderita diabetes mellitus (diabetetisi) memperbaiki kebiasaan hidup dan olah raga untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik.

Tujuan khusus

- a. Mempertahankan kadar Glukosa darah mendekati normal dengan keseimbangan asupan makanan dengan insulin (endogen atau eksogen) atau obat hipoglikemik oral dan tingkat aktifitas.
- b. Mencapai kadar serum lipid yang optimal.
- c. Memberikan energi yang cukup untuk mencapai atau mempertahankan berat badan yang memadai orang dewasa, mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang normal pada anak dan remaja, untuk meningkatkan kebutuhan metabolik selama kehamilan dan laktasi penyembuhan dari penyakit katabolik. Berat badan memadai diartikan sebagai berat badan yang dianggap dapat dicapai dan dipertahankan baik jangka pendek maupun jangka panjang oleh orang dengan diabetes itu sendiri maupun oleh petugas kesehatan.
- d. Menghindari dan menangani komplikasi akut orang dengan diabetes yang menggunakan insulin seperti hipoglikemia, penyakit-penyakit jangka pendek, masalah yang berhubungan dengan kelainan jasmani dan komplikasi kronik diabetes seperti: penyakit ginjal, neuropati autistik, hipertensi dan penyakit jantung.



e. Meningkatkan kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal. (Pramono, 2012)

3. Komposisi Makanan yang Dianjurkan untuk Pasien Diabetes Melitus

Prinsip pengaturan makan pada diabetisi hampir sama dengan anjuran makan untuk orang sehat masyarakat umum, yaitu makanan yang beragam bergizi dan berimbang atau lebih dikenal dengan gizi seimbang maksudnya adalah sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Hal yang sangat penting ditekankan adalah pola makan yang disiplin dalam hal Jadwal makan, Jenis dan Jumlah makanan atau terkenal dengan istilah 3 J. Pengaturan porsi makanan sedemikian rupa sehingga asupan zat gizi tersebar sepanjang hari. Penurunan berat badan ringan atau sedang (5-10kg) sudah terbukti dapat meningkatkan kontrol diabetes, walaupun berat badan idaman tidak dicapai. Penurunan berat badan dapat diusahakan dicapai dengan baik dengan penurunan asupan energi yang moderat dan peningkatan pengeluaran energi. Dianjurkan pembatasan kalori sedang yaitu 250-500 kkal lebih rendah dari asupan rata-rata sehari.

Komposisi makanan yang dianjurkan meliputi:

Karbohidrat

Rekomendasi ADA tahun 1994 lebih memfokuskan pada jumlah total karbohidrat daripada jenisnya. Rekomendasi untuk sukrosa lebih liberal. Buah dan susu sudah terbukti mempunyai respon glikemik yang lebih rendah dari pada sebagian besar tepung-tepungan. Walaupun berbagai tepung-tepungan mempunyai respon glikemik yang berbeda, prioritas hendaknya lebih pada jumlah total karbohidrat yang dikonsumsi daripada sumber karbohidrat.

Anjuran konsumsi karbohidrat untuk diabetisi di Indonesia:

- a. 45-65% total asupan energi.
- b. Pembatasan karbohidrat tidak dianjurkan <130 g/hari.
- c. Makanan harus mengandung lebih banyak karbohidrat terutama berserat tinggi.
- d. Sukrosa tidak boleh lebih dari 5% sehari (3-4 sdm)
- e. Makan 3 kali sehari untuk mendistribusikan asupan karbohidrat dalam sehari.

Serat

Rekomendasi asupan serat untuk orang dengan diabetes sama dengan untuk orang yang tidak diabetes yaitu dianjurkan mengkonsumsi 20-35 gr serat makanan dari berbagai sumber bahan makanan. Di Indonesia anjurannya adalah kira-kira 25. gr/1000 kalori/hari dengan mengutamakan serat larut air.

Protein



Menurut konsensus pengelolaan diabetes di Indonesia tahun 2006 kebutuhan protein untuk diabetisi 15%-20% energi. Perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kg berat badan perhari atau 10% dari kebutuhan energi dengan timbulnya nefropati pada orang dewasa dan 65% hendaknya bernilai biologis tinggi. Sumber protein yang baik adalah ikan, seafood, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan dan tahu-tempe.

Total lemak

Anjuran asupan lemak di Indonesia adalah 20-25% energi, lemak jenuh <7% kebutuhan energi dan lemak tidak jenuh ganda <10% kebutuhan energi, sedangkan selebihnya dari lemak tidak jenuh tunggal. Asupan kolesterol makanan hendaknya dibatasi tidak lebih dari 300 mg perhari.

Apabila peningkatan LDL merupakan masalah utama, dapat diikuti anjuran diet disiplin diet dislipidemia. Tujuan utama pengurangan konsumsi lemak jenuh dan kolesterol adalah untuk menurunkan risiko penyakit kardiovaskular.

Garam

Anjuran asupan untuk orang dengan diabetes sama dengan penduduk biasa yaitu tidak lebih dari 3000 mgr atau sama dengan 6-7 g (1 sdt) garam dapur, sedangkan bagi yang menderita hipertensi ringan sampai sedang, dianjurkan 2400 mgr natrium perhari atau sama dengan 6 gr/hari garam dapur. Sumber natrium antara lain adalah garam dapur, vetsin dan soda.

Kebutuhan kalori

Kebutuhan kalori sesuai untuk mencapai dan mempertahankan berat badan ideal. Komposisi energy adalah 45-65% dari karbohidrat, 10-20% dari protein dan 20- 25% dari lemak. Ada beberapa cara untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan orang dengan diabetes. Di antaranya adalah dengan memperhitungkan kebutuhan kalori basal yang besarnya 25-30 kalori/kg BB ideal, ditambah dan dikurangi bergantung pada beberapa faktor yaitu jenis kelamin, umur, aktivitas, kehamilan/laktasi, adanya komplikasi dan berat badan.

H. EVALUASI

Memberikan evaluasi dengan cara memberikan post test sebagai tolak ukur setelah dilakukan penyuluhan



Lembar Permohonan Menjadi Responden

SURAT PERMOHONAN IJIN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth: bapak/ibu/saudara/I

Nama saya Sartika Rahmawati mahasiswa program studi keperawatan waingapu politeknik kesehatan kemenkes kupang angkatan 2021. Saya akan melakukan penelitian tentang “penerapan intervensi manajemen edukasi diet pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah di wilayah kerja puskesmas waingapu”. Penelitian ini dilaksanakan sebagai tugas dan kewajiban dalam menyelesaikan pendidikan dalam perkuliahan. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan Bapak/Ibu/Saudara/I sebagai responden. Saya menjamin segala kerahasiaan dalam proses penelitian dan tidak ada pemaksaan. Jika informasi kurang jelas dapat menghubungi saya melalui nomor HP ini 085239838597

Dengan penjelasan diatas, saya mengharapkan Bapak/Ibu/Saudara/I dapat mempertimbangkan dan memberikan keputusan menjadi responden dalam penelitian ini secara sukarela tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Jika Bapak/Ibu/Saudara/I bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, saya mempersilakan menandatangani surat kesediaan menjadi responden dalam penelitian sebagai bukti bahwa unsur etika penelitian ini telah dilaksanakan. Surat-surat ini hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian. Atas ketersediaan dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/I dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

Waingapu.08 Juli 2024

Pemohon

Sartika Rahmawati

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawa ini:

No. responden : -



Edit dengan WPS Office

Umur : 67 Tahun

Perkerjaan : Petani

Alamat : Kambajawa

No. Telepon : 082144495909

Setelah diberikan penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan ada jaminan kerahasiaan, maka saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang berjudul penerapan intervensi manajemen edukasi diet pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah di wilayah kerja puskesmas waingapu.

Surat persetujuan ini saya tanda tangani tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, saya menyatakan kesedian saya menjadi responden penelitian ini.

Waingapu. 08 juli 2024

SAKSI HORMAT SAYA





PERMOHONAN PENGAMBILAN DATA AWAL

15 Desember 2023

Nomor : PP.08.08.02/1/9731/2023
Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal
Yth. Kepala Puskesmas Waingapu
Di Tempat

Sehubungan dengan penulisan Karya Tulis Ilmiah bagimahasiswa prodi D- III keperawatan waingapu poltekkes kupang maka bersama ini kami mohon di berikan ijin pengambilan data awal bagi.

Nama : Sartika Rahmawati
Nim : PO5303203211213
Jurusan/prodi : Keperawatan/ D-III Keperawatan Waingapu
Judul : Penerapan Intervensi Manajemen Edukasi Diet Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di Wilayah Kerja Puskesmas Waingapu
Data yang dibutuhkan : Jumlah pasien Diabetes Melitus Tahun 2019 2023

Demikian permohonan kami atas perhatian dan kerja samanya di ucapkan terimakasih.

Direktur politeknik kesehatan
kementerian kesehatan kupang



Irfan,SKM.,M.Kes

Nomor : PP.06.02/F.XXXVII/4235/2024
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

4 Juni 2024

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu Provinsi Nusa Tenggara Timur
di
Tempat

Dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah bagi Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kupang Tahun Akademik 2023/2024, maka mohon kiranya diberikan ijin untuk melakukan penelitian bagi mahasiswa:

Nama Peneliti : Sartika Rahmawati
NIM : PO5303203211213
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan Waingapu
Judul : Penerapan Intervensi Manajemen Edukasi Diet Pada
Pasien Diabetes Melitus Dengan Masalah Ketidakstabilan
Kadar Glukosa Darah Di Puskesmas Waingapu
Tempat Penelitian : Wilayah kerja Puskesmas Waingapu

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Kupang



Irfan, SKM., M.Kes

PEMERINTAH KABUPATEN SUMBA TIMUR
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. L.D. Dapawole No 03. Tlp. 0387-61793
WAINGAPU

SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor : 125/DPMPTSP-IP/VI/2024

Menganggapi Surat dari Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang :PP.06.02/F.XXXVII/4235/2024 tanggal 04 Juni 2024, dengan ini Kepala DPMPTSP Kabupaten Sumba Timur memberikan Izin Penelitian kepada :

Nama : **SARTIKA RAHMAWATI**
NIM : PO5303203211213
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan Waingapu
Kebangsaan : Indonesia

melaksanakan Penelitian dengan judul sebagai berikut:

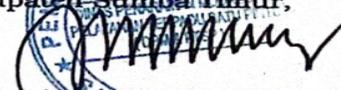
APLIKASI DAN PENERAPAN INTERVENSI MANAJEMEN EDUKASI DIET PADA PASIEN DIABETES MELITUS DENGAN MASALAH KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DI PUSKESMAS WAINGAPU “

Jangka Waktu : 1 (Satu) Minggu
Lokasi Penelitian : Puskesmas Waingapu
Penanggungjawab : Ketua Program Studi Keperawatan Waingapu

Bagi para pihak yang terkait Penelitian ini dimintakan untuk memberikan dukungan dan data yang diperlukan.

Peneliti diharapkan :

1. Menghormati dan mentaati peraturan / ketentuan yang berlaku pada instansi yang dituju.
2. Menghormati kebiasaan budaya Masyarakat di lokasi penelitian.
3. Melaporkan hasil penelitian kepada Bupati Cq Kepala DPMPTSP Kabupaten Sumba Timur.

Waingapu, 07 Juni 2024
Kepala DPMPTSP
Kabupaten Sumba Timur,

Andreas Mulla, SE
Pembina TK.I
NIP. 19700826 200112 1 003



Nomor : PP.08.02/F.XXXVII.20.2/09/2024
Perihal : Undangan Ujian Proposal KTI

Waingapu, 04 Maret 2024

Yth.
Bapak / Ibu Dosen Penguji
di
tempat

Sesuai perihal di atas bersama ini kami mengundang bapak/ibu untuk menguji Proposal KTI mahasiswa a.n.:

Nama : Sartika Rahmawati
NIM. : PO5303203211213
Jurusan/Prodi : Prodi D-III Keperawatan Waingapu
Judul KTI : Penerapan Manajemen Edukasi Diet pada Pasien DM Tipe 2 dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.
Pembimbing : Melkisedek Landi, S.Kep.Ns. MMedEd
Nama Dosen Penguji : 1. Antonetha Rosni Hunggu Mila, SST,M.Kes
2. Melkisedek Landi, S.Kep.Ns. MMedEd

Yang dilaksanakan pada:

Hari, tanggal : Selasa, 05 Maret 2024
Waktu : 12.00 – 12.45 wita
Ruang Ujian : Ruang B.102

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi Keperawatan
Waingapu
Maria Kareri Hara, S.Kep.Ns., M.Kes
NIP: 196702101989032001



BERITA ACARA UJIAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Pada hari ini, Kamis, 23 Mei 2024..... secara Daring/Luring* di Ruang A1-02....., Tim penguji Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa (KTI) telah menguji Proposal Penelitian Mahasiswa dengan,

Nama : SARTIKA RAHMAWATI
NIM : POS303203211213
Judul KTI : Penerapan intervensi manajemen edukasi diet pada pasien Diabetes melitus dengan masalah ketidakstabilan kadar Glukosa darah di wilayah kerja Puskesmas Waingapu

Berdasarkan proses dan hasil ujian, tim penguji berkesimpulan bahwa yang bersangkutan

LULUS/ TIDAK LULUS*

Dengan Huruf Mutu

A/B/C/D/E*

Sehingga berkewajiban untuk melakukan revisi terhadap naskah sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan **Menempuh ujian ulang/Tidak menempuh ujian ulang***.

Penguji I : ANTONETHA R.H. MILA, SBT, M.Kes ()
NIP/NIDN
Penguji II : MELKISEDEK LANDI, S.Kep, Ns, M.Med. Ed ()
NIP/NIDN

Mengetahui
Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan
Waingapu


Maria Kareri Hara, S.Kep.Ns., M.Kes.
NIP. 196702101989032001





DAFTAR HADIR UJIAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Sartika Rahmawati
NIM : 08803203211213
Judul KTI : Penerapan intervensi manajemen edukasi diet pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah di wilayah kerja Puskesmas Uraingapu.

NO	NAMA LENGKAP	JABATAN	TANDA TANGAN
1.	ANTONETH R.H.MILA, SST, M.Kes		
2.	MELKISEDEK LANDI, S.Kep.Ns., M.Med.Ed		
3.	SARTIKA RAHMAWATI		

Mengetahui
Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan
Wingapu

Maria Karer Hara, S.Kep.Ns., M.Kes.
NIP. 196702101989032001

Nomor : PP.08.02/F.XXXVII.20.2/186/2024
Perihal : Undangan Ujian KTI

Waingapu, 22 Mei 2024

Yth.
Bapak / Ibu Dosen Penguji
di
tempat

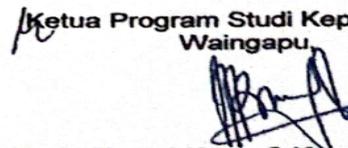
Sesuai perihal di atas bersama ini kami mengundang bapak/ibu untuk menguji KTI mahasiswa a.n.:

Nama : Sartika Rahmawati
Jurusan/Prodi : Prodi D-III Keperawatan Waingapu
Judul KTI : Penerapan Intervensi Manajemen Edukasi Diet pada Pasien Diabetes Melitus dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Puskesmas Waingapu.
Pembimbing : Melkisedek Landi, S.Kep,Ns. M.Med.Ed
Nama Dosen Penguji : 1. Antonetha Rosni Hunggu Mila, SST,M.Kes
2. Melkisedek Landi, S.Kep,Ns. M.Med.Ed

Yang dilaksanakan pada:

Hari, tanggal : Kamis, 23 Mei 2024
Waktu : 14.00 – 14.45 wita
Ruang Ujian : Ruang A1.02

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.


Ketua Program Studi Keperawatan
Waingapu.

Maria Kareri Hara, S.Kep,Ns.,M.Kes
NIP: 196702101989032001



BERITA ACARA SIDANG KARYA TULIS ILMIAH

Pada hari ini, Kamis, 13 Mei 2017 secara Daring/Luring* di Ruang A1.02, Tim penguji Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa (KTI) telah menguji Sidang Karya Tulis Ilmiah Penelitian Mahasiswa dengan,

Nama : SAPTICA PAHMAWATI
NIM : 203203211213
Judul KTI : Penerapan Intervensi Manajemen Edukasi Diet Pada pasien Diabetes Mellitus dengan masalah ketidakstabilan kadar Glukosa Darah diwilayah kerja Puskesmas Waingapu.

Berdasarkan proses dan hasil ujian, tim penguji berkesimpulan bahwa yang bersangkutan

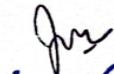
LULUS/ TIDAK LULUS*

Dengan Huruf Mutu

A/B/C/D/E*

Sehingga berkewajiban untuk melakukan revisi terhadap naskah sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan **Menempuh ujian ulang/Tidak menempuh ujian ulang***.

Penguji I : ANTONETHA R.H. MILA, SGT, M.Kes
NIP/NIDN

()

Penguji II : MELKISEDEK LANDI, S.Kep.Ns, M.Med.Ed
NIP/NIDN

()

Mengetahui

 Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan
Waingapu


Maria Kateri Hara, S.Kep.Ns., M.Kes.
NIP. 196702101989032001





DAFTAR HADIR UJIAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Sartika Rahmawati
NIM : 00303202211413
Judul KTI : Penerapan intervensi manajemen edukasi diet pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah di wilayah kerja Puskesmas Waingapu.

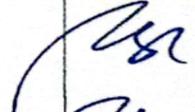
NO	NAMA LENGKAP	JABATAN	TANDA TANGAN
1.	ANTONETHA R.H MILA SST, M.KES		
2.	MELKISEDEK LANDI, S.Kep.Ns., M.Med.Ed		
3.	Sartika Rahmawati		

Mengetahui
Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan
Waingapu

Maria Kareri Hara, S.Kep.Ns., M.Kes.
NIP. 196702101989032001

LEMBAR KONSULPROPOSAL

Nama : Sartika Pahmawati
 Nim : 0880820321713
 Nama Dosen : MELI BEDAK LAMDI, S.Kep, Ns, M.Med.Ed
 Judul : Penerapan intervensi Manajemen Edukasi Diet pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah di wilayah kerja Puskesmas Waiyapu.

No	Hari/tanggal	Jenis konsul dan catatan bimbingan	paraf
1.	01/01/2024	Konsultasi judul proposal	
2.	08/01/2024	Konsultasi Bab 1, bab 2, bab 3 - Perbaiki konsep DM	
3.	07/01/2024	Konsultasi Perbaiki bab 1, bab 2, dan bab 3	
4.	09/01/2024	- Konsultasi Perbaiki Bab 3 - Perbaiki daftar pustaka	
5.	11/01/2024	- Perbaiki sistem penulisan -	
6.	12/01/2024	- ACC, siap ujian proposal, dan perbaiki Referensi -	



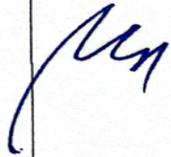
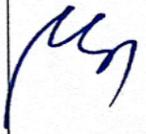
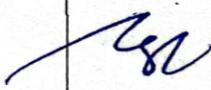
LEMBAR KONSUL REVISIPROPOSAL

Nama : Sartika palmawati
 Nim : 208303203211213
 Nama Dosen : ANTONETHA R.H MILA, SST.MKes
 Judul : Penerapan intervensi manajemen edukasi diet pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah di wilayah kerja Puskesmas Waiyapu.

No	Hari/tanggal	Halaman	Masukan	Revisi	paraf
1.	16/01/2024		<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki kata Pengantar - Perbaiki daftar isi 	Sudah Perbaiki Sesuai masukan	
2.	16/01/2024		<ul style="list-style-type: none"> - Penambahan materi bab 1, bab 2, dan bab 3 		
3.	20/01/2024		<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki nomor halaman - Perbaiki bab 2 - Ubah Pathway 		
4.	22/01/2024		<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan SOP edo Kegi Diet - tambahkan poster 		
5.	24/01/2024		<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki bab 3 - buat bagan Path Langkah-Langkah studi kasus 		
6.	26/01/2024		<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Sistem Penulisan 	ACC, lanjut penulisan	

LEMBAR KONSULKTI

Nama : Sartika Rahmawati
 Nim : 06303203211213
 Nama Dosen : MELKISEDEK LANDI, S.Kep.Ns.M.Med.Ed
 Judul : Penerapan intervensi manajemen edukasi diet pada pasien diabetes mellitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah di wilayah kerja Puskesmas Waigapu.

No	Hari/tanggal	Jenis konsul dan catatan bimbingan	paraf
1.	10/08/2024	- konsultasi hasil penelitian - konsultasi Bab 4 dan pembahasan	
2.	13/08/2024	- konsultasi revisi Bab 4 - konsultasi Bab 5	
3.	14/08/2024	- konsultasi revisi Bab 5 - kesimpulan dan saran	
4.	16/08/2024	- konsultasi langkah-langkah studi kasus - konsultasi abstrak	
5.	18/08/2024	- konsultasi revisi abstrak	
6.	20/08/2024	- ACC, siap ujian hasil	

Meli Cepus Juhin

LEMBAR KONSUL REVISIKTI

Nama : Sartika Pahmawati
 Nim : 008303208211213
 Nama Dosen : ANTONYETHA R.H MILA, SST.MKes
 Judul : Pengrapan intervensi manajemen edukasi diet pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah di wilayah kerja puskesmas waiyapa.

No	Hari/tanggal	Halaman	Masukan	Revisi	paraf
1.	23/05/2024		- Cantumkan hasil Pemeriksaan Fisik	Sudah Revisi sesuai masukan	
2.	22/05/2024		- tambahkan edukasi Diet pada intervensi - Implementasi tidak boleh sama karena kebutuhannya berbeda.		
3.	23/05/2024		- Ujian sidan KTI		
4.	25/06/2024		- Perbaiki pembahasan, uraikan masalah yang ditemui, misal nya kadar gula yang naik turun		
5.	27/05/2024		- konsultasi revisi KTI		
6.	29/05/2024		- Acc, lanjut Jilid	- Acc, lanjut jilid	

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PASIEN Tn.A

Nama Mahasiswa : Sartika Rahmawati Pengkajian

diambil tanggal :

Jam :

I. PENGKAJIAN

A. IDENTITAS UMUM

1. Identitas Kepala Keluarga :

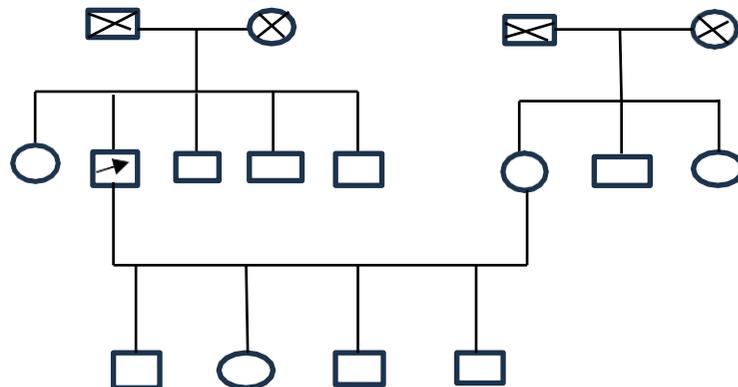
Nama : Tn.A Pendidikan :SD
Umur : 67 Tahun Pekerjaan : Petani
Agama : Protestan Alamat: Kambajawa
Suku : Ritta Nomor Telp :

2. Komposisi keluarga

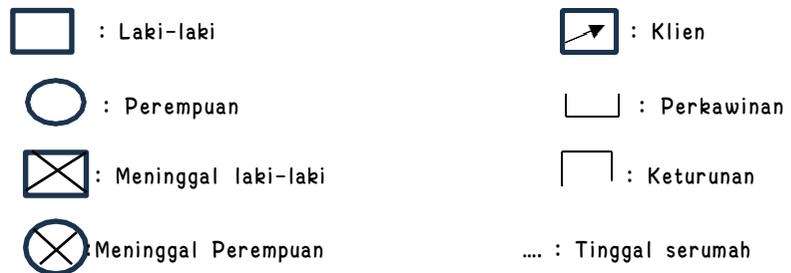
No	Nama	JK	Hub dgn KK	Umur	Pend	Imunisasi	KB
1	Tn.A	L	Suami	67	SD	Lengkap	
2	Ny.U	P	Istri	64	SD	Lengkap	Tidak
3	Ny.M	P	Anak	32	SMP	Lengkap	Tidak



3. Genogram (di gambar)



Keterangan :



4. Tipe keluarga :

Jenis keluarga Tn.A adalah keluarga inti yaitu keluarga yang terdiri dari Ayah (Tn.A), Ibu (Ny.U), anak (Ny.M), masalah yang terjadi dengan tipe keluarga tersebut : Tidak ada masalah yang terjadi dengan tipe keluarga tersebut. seluruh anggota keluarga Tn.A merasa nyaman hidup berdampingan.

5. Suku bangsa :

Asal suku sumba budaya yang berhubungan dengan kesehatank keluarga Tn.A khususnya Tn.A bekerja sebagai petani. Tn.A dan juga

keluarganya sering berobat ke dokter, puskesmas, bidan, dan diimbangi dengan pengobatan tradisional (herbal) serta terapi akupuntur.

6. Agama :

Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan keluarga Tn.A beragama Kristen protestan dan biasanya melakukan ibadah setiap hari minggu di gereja. keluarga Tn.A tidak mempunyai kepercayaan khusus yang mempengaruhi Kesehatan.

7. Status social ekonomi keluarga :

Pasien mengatakan dirinya sudah tidak dapat bekerja lagi untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. keluarga bergantung pada penghasilan yang diperoleh anak-anaknya yang sudah bekerja.

8. Aktifitas rekreasi keluarga :

Keluarga Tn.A jarang berekreasi ke tempat wisata kecuali kalau ada acara keluarga selebihnya hanya menghabiskan waktu bersama keluarga di rumah.

B. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini:

Tahap perkembangan keluarga pasien Tn.A saat ini berada pada tahap perkembangan dengan anak pertama sudah menikah dan memiliki rumah sendiri, anak kedua sudah menikah dan tinggal bersama pasien, anak ketiga sudah menikah dan memiliki rumah sendiri, dan anak keempat merantau untuk bekerja.

2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi :



Tahap perkembangan keluarga sudah terpenuhi

C. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA INTI

1. Riwayat keluarga sebelumnya :

Riwayat orang tua dari pihak suami/istri tidak ada yang mempunyai kebiasaan kawin cerai ataupun berjudi.

2. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga :

No	Nama	Hub dgn KK	Umur	Keaadn kes	Imunisasi	Masalah kes	Tindakan yg dlkukn
1	T.nA	Suami	67	sehat	lengkap	DM	Selalu mengontrol ke petugas kesehatan
2	Ny.U	istri	64	sehat	lengkap	Tidak ada	-
3	Ny.M	anak	32	sehat	lengkap	Tidak ada	-

3. Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan :

Keluarga pasien Tn.A memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia di puskesmas waingapu untuk mendapatkan konsultasi dan pelayanan kesehatan.

D. PENGKAJIAN LINGKUNGN

1. Karakteristik rumah :

a. Gambaran tipe rumah tempat tinggal :

Rumah pasien Tn.A berada di RT.013/RW.004 kelurahan kamba Jawa.kec.kota waingapu. rumah yang ditempati pasien Tn.A merupakan rumah pribadi dengan luas rumah 10x14 m² peralatan rumah tertata rapi, ventilasi rumah bagus, pencahayaan dalam rumah bagus, keluarga memiliki 4 kamar



tidur, 1 kamar mandi dan jamban, 1 dapur. air yang digunakan keluarga berasal dari kran, air bersih dan tidak berbau.

b. Denah rumah : (DI GAMBAR)



2. Karakteristik tetangga dan komunitas RW :

Tetangga keluarga pasien Tn.A mayoritas adalah pegawai negeri dan petani, ada juga yang berjualan makanan ringan. tetangga keluarga pasien Tn.A masih berstatus saudara dan hidup rukun dengan tetangga.

3. Mobilitas geografis keluarga :

Keluarga pasien Tn.A sudah lama tinggal di rumah tersebut dan tidak pernah berpindah ke tempat lain.

4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat :

Pasien Tn.A sekarang sudah tidak aktif lagi mengikuti kegiatan kemasyarakatan di sekitar karena penyakit yang diderita, tetapi Masyarakat masih memiliki buhungan baik dengan pasien Tn.A.



5. Sistem pendukung keluarga :

Pasien memiliki BPJS, apabila ingin melakukan konsultasi ke fasilitas Kesehatan pasien anak membawa kartu BPJS. Jarak dari rumah ke puskesmas relative cukup dekat 3 km.

E. STRUKTUR KELUARGA

1. Pola komunikasi keluarga :

Dalam keluarga pasien Tn.A saling terbuka satu sama lain, dalam keluarga semua anggota bebas mengatakan pendapat dan apabila ada masalah akan di bahas secara Bersama.

2. Struktur kekuatan keluarga :

Keluarga pasien Tn.A saling menghargai satu sama lain, saling membantu, serta saling mendukung.

3. Struktur peran (formal dan informal) :

Pasien adalah kepala keluarga dan sekarang bekerja sebagai petani untuk dapat membiayai kebutuhan keluarga namun sekarang sudah tidak bekerja lagi akibat penyakit yang di derita. Anak-anak pasien juga membantu membiayai kebutuhan keluarga dan juga membantu merawat pasien.

4. Nilai dan norma keluarga :

Keluarga pasien Tn.A menetapkan aturan sesuai ajaran agama Kristen protestas dan adat suku sumba.



F. FUNGSI KELUARGA

1. Fungsi afektif :

Semua anggota keluarga pasien Tn.A saling menyayangi dan mendukung satu sama lain, rumah anak-anak ketiga pasien berada di dekat rumah pasien Tn.A sehingga mudah untuk saling membantu.

2. Fungsi sosialisasi :

Keluarga pasien Tn.A aktif dalam bersosialisasi dengan tetangga, hal ini dibuktikan dengan pasien Tn.A mampu mengenali dan menyebut nama tetangganya.

3. Fungsi perawatan kesehatan :

Selama pasien Tn.A sakit anggota keluarga saling membantu dalam merawat pasien Tn.A, Ny.M selaku anak pasien Tn.A selalu menemani setiap hari dan merawat pasien Tn.A dalam memenuhi kebutuhannya. Petugas Kesehatan dari puskesmas selalu datang ke rumah pasien Tn.A untuk mengantar obat dan memeriksa keadaan pasien Tn.A. Apabila ada anggota keluarga yang sakit akan selalu membeli obat di apotik kalau sudah lewat dari 3 hari baru dibawa ke puskesmas untuk diperiksa.

4. Fungsi reproduksi :

Selama sakit pasien Tn.A tidak pernah lagi melakukan hubungan suami istri dengan sang istri karena sakit yang dideritanya.

5. Fungsi ekonomi :



Pasien Tn.A tidak lagi dapat bekerja karena mudah lelah dan pandangan kering kabur akibat dari penyakit yang di derita sehingga bergantung pada uang yang diberikan anak-anaknya untuk memenuhi kebutuhannya.

G. STRESS DAN KOPING KELUARGA

1. Stressor jangka pendek dan panjang :

Pasien Tn.A sering merasa kelelahan, mudah merasa lelah saat beraktifitas, cepat haus dan lapar.

2. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor :

Bila ada masalah keluarga akan saling membantu menyelesaikan masalah.

3. Strategi koping yang digunakan :

Bila keluarga ada masalah maka akan di selesaikan dengan berdiskusi dengan anggota keluarga untuk dicarikan Solusi dari masalah yang dihadapi.

4. Strategi adaptasi disfungsional :

Berdasarkan hasil pengkajiantidak di dapat cara-cara keluarga dalam menyelesaikan masalah secara maladaptive.



H. PEMERIKSAAN FISIK (Setiap individu anggota keluarga)

No	Pemeriksaan fisik	Nama anggota keluarga			
		Nama :Pasien Tn.A Umur : 67 thn	Nama : Ny.U Umur : 64 thn	Nama : Ny.M Umur: 32 thn	
1	Keluhan /riwayat penyakit saat ini :	Mudah lelah, cepat haus, sering lapar dan selalu buang air kecil.	Tidak memiliki keluhan atau Riwayat kesehatan saat ini	Tidak memiliki keluhan atau Riwayat Kesehatan saat ini.	
2	Riwayat penyakit sebelumnya :	Hipertensi	Tidak memiliki Riwayat penyakit dahulu.	Tidak memiliki Riwayat penyakit dahulu.	
3	Penampilan umum :	a. Tahap perkembangan	Lansia	Lansia	Tahap dewasa
		b . Jenis kelamin	Laki-laki	Perempuan	Perempuan
		c . Cara berpakaian	Rapih	Rapih	Rapih
		d . Kebersihan personal :	Pasien tampak bersih, mandi 2 x/hari, sikat gigi 2 x/hari saat mandi, keramas 3 x/minggu	Pasien tampak bersih, mandi 2 x/hari, sikat gigi 2 x/hari saat mandi, keramas 3 x/minggu	Pasien tampak bersih, mandi 2 x/hari, sikat gigi 2 x/hari saat mandi, keramas 3 x/minggu
		e . postur dan cara berjalan :	Pasien berpostur gemuk, berjalan perlahan	Postur tubuh gemuk, sedikit membungkuk, berjalan perlahan.	Postur tubuh tidak terlalu tinggi, sedikit gemuk, dan berjalan normal.
		f . Bentuk dan ukuran tubuh :	Gemuk, tinggi badan 157 cm, berat badan 67 kg.	Gemuk, tinggi badan 153 cm, berat badan 84 kg.	Sedikit gemuk,tinggi badan 159 cm, berat badan 56 kg.
4	Status mental dan cara berbicara :	a . Status emosi :	Tampak antusias Ketika diajak berbicara.	Tampak ceria, bersemangat dan mudah senyum.	Tampak semangat dan antusias Ketika diajak berbicara.
		b . tingkat kecerdasan :	Klien mengaku hanya lulus SD tetapi dapat menjawab pertanyaan yang diberikan.	Klien mengaku hanya lulus SD tetapi dapat menjawab pertanyaan yang diberikan.	Klien dapat menjawab semua prtanyaan yang diberikan.
		c . orientasi :	Berbicara sedikit cadel dan dapat menjelaskan	Berbicara dengan lancar dan dapat	Berbicara dengan lancar dan dapat



			kronologi Ketika diketahui menderita penyakit diabetes melitus	dipahami apa yang disampaikan	dipahami apa yang disampaikan.
		d . Proses berpikir :	Tidak ada hambatan dalam proses berpikir, dapat menyampaikan kronologi Ketika didiagnosis DM	Tidak ada hambatan dalam proses berpikir, dapat mengingat kejadian masa lampau	Tidak ada hambatan dalam proses berpikir, dapat mengingat kejadian masa lampau.
		e . Gaya / cara berbicara :	Berbicara dengan terbata-batah	Berbicara dengan lugas	Bebicara dengan lugas
5	Tanda - tanda vital :	a . Tekanan darah	140/80 mmHg	120/70 mmHg	120/80 mmHg
		b . Nadi :	88 x/menit	89 x/menit	89 x/menit
		c . Suhu :	36,5	36	36
		d . RR :	20 x/menit	20 x/menit	20 x/menit
6	Pemeriksaan kulit	a . Inspeksi :	Warna kulit sawo matang, kulit tampak keriput, Kembali cepat.	Warna kulit sawo matang, kulit tampak keriput.	Warna kulit sawo matang, kulit tampak kering, tidak ada lesi.
		b . Palpasi :	Turgor kulit elastis, tidak ada nyeri tekan	Turgor kulit elastis, tidak ada nyeri tekan.	Turgor kulit elastis, tidak ada nyeri tekan.
7	Pemeriksaan kuku :	a . Inspeksi :	Kuku tampak Panjang, tampak kuning, dan kotor	Kuku tampak bersih, tampak sedikit kuning, tidak panjang.	Kuku tampak bersih, tidak Panjang dan tidak kuning
		b . Palpasi :	CRT < 2 detik	CRT < 2 detik	CRT < 2 detik
8	Pemeriksaan kepala :	a . Inspeksi :	Simetris, berambut bersih, berwarna hitam,beruban.	Simetris, berambut bersih, berwarna hitam, beruban.	Simetris, berambut bersih berwarna hitam.
		b . Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak ada edema.	Tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak ada edema.	Tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak ada edema.
9	Pemeriksaan muka :	a . Inspeksi :	Wajah pucat, tidak ada lesi, tidak ada kemerahan	Wajah tidak pucat, tidak ada lesi, tidak ada kemerahan	Wajah tidak pucat, tidak ada lesi, tidak ada kemerahan.

		b . Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan diarea wajah, tidak ada pembengkakan.	Tidak ada nyeri tekan diarea wajah, tidak ada pembengkakan.	Tidak ada nyeri diarea wajah, tidak ada pembengkakan.
		c . Tes sensasi wajah :	Wajah dapat merasakan sensasi panas dan dingin dengan baik.	Wajah dapat merasakan sensasi panas dan dingin dengan baik.	Wajah dapat merasakan sensasi panas dan dingin dengan baik.
10	Pemeriksaan mata :	a . Inspeksi :	Simetris, pupil isokor, tidak ada edema, dan tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu penglihatan	Simetris, pupil isokor, tidak ada edema, dan tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu penglihatan	Simetris, pupil isokor, tidak ada edema, dan tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu penglihatan
		b . Test ketajaman visual:	Tidak dapat melihat benda dari kejauhan	Tidak dapat melihat dengan jelas dari kejauhan.	Dapat melihat dengan jelas dan dapat membaca huruf yang kecil.
		c . Tes lapang pandang :	Dapat melihat kesegala arah	Dapat melihat kesegala arah	Dapat melihat 180 kesegala arah
11	Pemeriksaan telinga :	a . Inspeksi :	Tampak bersih, tidak ada eksudat, tidak ada cairan yang keluar, tidak ada luka, tidak ada kemerahan.	Telinga tampak bersih, tidak ada eksudat, tidak ada cairan yang keluar, tidak ada luka, tidak ada kemerahan.	Telinga tampak bersih, tidak ada cairan yang keluar, tidak ada luka, tidak ada kemerahan.
		b . Palpasi :	Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan.	Tidak ada pembengkakan tidak ada nyeri tekan.	Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan.
		c . Tes pendengaran :	Dapat mendengar bunyi-bunyian dengan baik.	Dapat mendengar bunyi-bunyian dengan baik.	Dapat meendengar bunyi-bunyian dengan baik.
12	Pemeriksaan hidung dan sinus :	a . Inspeksi :	Lubang hidung normal simetris, tidak ada lendir.	Lubang hidung normal simetris, tidak ada lendir.	Lubang hidung normal simetris, tidak ada lendir.



		b . Palpasi :	Tidak ada pembengkakan area hidung, tidak terdapat nyeri saat ditekan.	Tidak ada pembengkakan area hidung, tidak terdapat nyeri saat ditekan.	Tidak ada pembengkakan area hidung, tidak terdapat nyeri saat ditekan.
		c . Tes penciuman :	Dapat mencium aroma dengan baik(mis. kopi, minyak kayu putih)	Dapat mencium aroma dengan baik(mis. kopi, minyak kayu putih)	Dapat mencium aroma dengan baik(mis. kopi, minyak kayu putih).
13	Pemeriksaan mulut dan tenggorokan :	a . Inspeksi :	Tidak ada sariawan, tidak ada luka, terdapat gigi berlubang, terdapat karang gigi, gigi berwarna kuning, lidah pucat.	Tidak ada sariawan, tidak ada luka, terdapat gigi berlubang, terdapat karang gigi, gigi berwarna kuning kehitaman, lidah pucat.	Tidak ada sariawan, tidak ada luka, tidak ada gigi berlubang, terdapat karang gigi, lidah pucat.
		b . Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan pada tenggorokan.	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan pada tenggorokan.	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan pada tenggorokan.
		c . Tes sensasi rasa :	Dapat merasakan rasa asin, manis, dan pahit.	Dapat merasakan rasa asin, manis, dan pahit.	Dapat merasakan rasa asin, manis dan pahit.
14	Pemeriksaan leher :	a . Inspeksi :	Tidak ada lesi, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan getah bening.	Tidak ada lesi, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan getah bening,.	Tidak ada lesi, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan getah bening.
		b . Palpasi :	Tidak teraba adanya pembengkakan diarea leher	Tidak teraba adanya pembengkakan diarea leher.	Tidak teraba adanya pembengkakan diarea leher.
		c . Tes sensasi rasa	Dapat merasakan sensasi sentuhan diarea leher	Dapat merasakan sensasi sentuhan diarea leher	Dapat merasakan sensasi sentuhan diarea leher.
		d . Tes ROM :	Dapat melakukan gerakan fleksi,	Dapat melakukan gerakan fleksi,	Dapat melakukan



			ekstensi dan hiperekstensi	ekstensi dan hiperekstensi	gerasakan fleksi, ekstensi dan hiperekstensi.
15	Pemeriksaan system pernafasan :	a . Inspeksi :	Simetris, tidak ada secret, tidak ada lesi.	Simetris, tidak ada secret, tidak ada lesi.	Simetris, tidak ada secret, tidak ada lesi.
		b . Palpasi :	Pergerakan dinding dada kiri dan kanan sama	Pergerakan dinding dada kiri dan kanan sama	Pergerakan dinding dada kiri dan kanan sama
		c . Perkusi :	Suara paru vesikular	Suara paru vesikular	Suara paru vesikular
		d . Auskultasi :	Tidak terdapat suara napas tambahan	Tidak terdapat suara napas tambahan	Tidak terdapat suara napas tambahan.
16	Pemeriksaan system kardiovaskuler :	a . Inspeksi :	Tidak terdapat luka, tidak tampak adanya pembesaran jantung	Tidak terdapat luka, tidak tampak adanya pembesaran jantung	Tidak terdapat luka, tidak tampak adanya pembesaran jantung.
		b . Palpasi :			
		c . Perkusi :	Tidak terdapat pembesaran jantung	Tidak terdapat pembesaran jantung	Tidak terdapat pembesaran jantung
		d . Auskultasi :	Tidak terdapat suara jantung tambahan	Tidak terdapat suara jantung tambahan	Tidak terdapat suara jantung tambahan.
17	Pemeriksaan payudara dan aksila :	a . Inspeksi :	Tampak tidak ada pembesaran payudara, tidak ada benjolan, tidak ada jejas	Tampak tidak ada pembesaran payudara, tidak ada benjolan, tidak ada jejas	Tampak tidak ada pembesaran payudara, tidak ada benjolan, tidak ada jejas.
		b . Palpasi :	Tidak teraba adanya edema	Tidak teraba adanya edema	Tidak teraba adanya edema.
18	Pemeriksaan abdomen :	a . Inspeksi :	Tidak ada lesi, tidak ada jejas	Tidak ada lesi, tidak ada jejas	Tidak ada lesi, tidak ada jejas
		b . Palpasi :	Tidak terdapat edema, tidak terdapat nyeri tekan	Tidak ada edema. tidak terdapat nyeri tekan	Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan
		c . Perkusi :	Terdengar suara timpani	Terdengar suara timpani	Terdengar suara timpani
		d . Auskultasi :	Suara peristaltik usus 15x/menit	Suara peristaltik usus 20x/menit	Suara peristaltik usus 20x/menit
19	Pemeriksaan ekstremitas atas :	a . Bahu :	Tidak terdapat deformitas, tidak terdapat krepitasi	Tidak terdapat deformitas, tidak terdapat krepitasi	Tidak terdapat deformitas, tidak terdapat

			diarea bahu, pergerakan bahu baik.	diarea bahu, pergerakan bahu baik.	kremitasi diarea bahu, pergerakan bahu baik.
		b . Siku :	Tidak terdapat deformitas, tidak terdapat kremitasi diarea siku, pergerakan siku baik.	Tidak terdapat deformitas, tidak terdapat kremitasi diarea siku, pergerakan siku baik.	Tidak terdapat deformitas, tidak terdapat kremitasi diarea siku, pergerakan siku baik.
		c . Pergelangan dan telapak tangan	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada deformitas.	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada deformitas.	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada deformitas.
20	Pemeriksaan ekstremitas bawah :	a . Panggul :	Tidak ada jejas, tidak ada luka, nyeri tekan.	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada nyeri tekan.	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada nyeri tekan.
		b . Lutut :	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada deformitas, pergerakan sendi baik.	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada deformitas, pergerakan sendi baik.	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada deformitas, pergerakan sendi baik.
		c . Pergelangan dan telapak kaki :	Tidak ada luka pada area pergelangan dan telapak kaki, telapak kaki mengalami penebalan, tidak ada deformitas.	Tidak ada luka pada area pergelangan dan telapak kaki, telapak kaki mengalami penebalan, tidak ada deformitas.	Tidak ada luka pada area pergelangan dan telapak kaki, telapak kaki mengalami penebalan, tidak ada deformitas.

I. BALITA STUNTING :Tidak ada

J. HARAPAN KELUARGA

1. Terhadap masalah kesehatannya :

Keluarga berharap pasien Tn.A dapat segera sembuh dan menyelesaikan masa pengobatannya.

2. Terhadap petugas kesehatan yang ada :



Keluarga berharap petugas kesehatan dapat meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan dalam membantu kesembuhan dari pasien Tn.A.

K. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Lab.,Rontgen,DLL)

No	Jenis Pemeriksaan	Nama Anggota Keluarga		
		Nama: Tn.A Umur: 67 thn	Nama: Ny.U Umur: 64 thn	Nama: Ny.M Umur: 32 thn
1	Pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan gula	Berdasarkan hasil laboratorium bahwa Tn.A diidagnosa DM	Berdasarkan hasil tes tidak ada riwayat DM	Berdasarkan hasil tes tidak ada riwayat DM

II. DIAGNOSIS ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

A. ANALISI DATA

NO	Data	Masalah	Penyebab
1	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badab terasa lemas, sering lapar dan haus - pasien mengatakan sering buang air kecil <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak bingung - tampak lemas 	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Resusitasi insulin
2	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit diabetes melitus 	Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif	Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan



	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak pasien belum mengerti tentang manfaat diet untuk pasien diabetes - tampak pasien belum memahami tentang penyakit yang dideritanya 		
--	--	--	--

B. PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

NO	Diagnosis keperawatan
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin
2	Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

C. PENILAIAN (SKORING) DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- a. ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resusitasi insulin.

NO	Kriteria skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat masalah	3/3x1	1	Pasien merasa lemas, cepat lapar, haus dan sering buang air kecil
2	Kemungkinan masalah dapat diubah	2/3x2	2	Masalah dapat diatasi dengan mudah karena keluarga tahu dengan keadaan pasien dan petugas kesehatan sering mengunjungi rumah untuk mengontrol keadaan pasien
3	Potensi masalah untuk dicegah	2/3x1	0,6	Dilihat dari kondisi pasien sekarang dalam proses penyembuhan.
4	Menonjolnya masalah	2/3x2	1	Keluarga menyadari hal tersebut sebagai pencetus masalah kesehatan pasien dan ingin segera diatasi
Total skor		4,6		



b. Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Kesehatan

NO	Kriteria skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat masalah	3/3x1	1	Merupakan ancaman kesehatan karena dapat mempengaruhi keberhasilan program pengobatan yang sedang dijalani
2	Kemungkinan masalah dapat diubah	2/3x2	1	Masalah dapat diatasi dengan mudah karena keluarga memiliki fasilitas dan kemampuan untuk mengingatkan pasien minum obat tepat waktu
3	Potensi masalah untuk dicegah	3/3x1	1	Keluarga menyadari jika hal tersebut merupakan perilaku yang berisiko mengganggu kesehatan keluarga mampu dalam mengubah kebiasaan tersebut
4	Menonjolnya masalah	2/3x2	1	Keluarga menyadari hal tersebut sebagai pencetus masalah kesehatan dan dapat mengganggu proses pengobatan yang sedang dijalani
Total skor		4		

D. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	Diagnosis keperawatan	Skor
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resusitasi insulin	4,6
2	Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan	4



III. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

No Dx	Tujuan		Kriteria Evaluasi		Intervensi
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1.	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 5x kunjungan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat	Setelah pertemuan 5x/60 menit di harapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil: 9) kesadaran meningkat 10) mengantuk menurun 11) keluhan lapar menurun 12) lelah/lesu menurun 13) rasa haus menurun 14) gemetar menurun 15) kadar glukosa darah membaik 16) kadar glukosa dalam urine membaik	Respon verbal	Klien dan keluarga dapat: 6) memahami pengertian diabetes melitus 7) memahami tanda dan gejala diabetes melitus 8) kemampuan memahami penyebab diabetes melitus 9) kemampuan pasien memahami cara mencegah diabetes melitus 10) kemampuan pasien memahami cara pengobatan diabetes melitus	Manajemen hiperglikemia Observasi 6) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 7) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat(mis.penyakit kambuhan) 8) Monitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i> 9) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia(mis.poliuri, polidipsia, polifagia,, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala) 10) Monitor intake dan output Terapeutik 3) Berikan asupan cairan oral 4) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi 5) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dai 250 mg/dl 6) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 7) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 8) Ajarkan pengelolaan diabetes(mis.penggunaan insulin, obat oral, monitor



					<p>asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p>
2.	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 5x/60 menit kunjungan diharapkan pasien dapat mengenal masalah diabetes melitus	Setelah pertemuan 5x/60 menit pasien mampu: <p>3) mengenal masalah diabetes melitus</p> <p>4) mampu mengerti dan memahami diet yang telah di programkan</p>	Respon verbal	Klien dan keluarga dapat: <p>5) menyebutkan pengertian diabetes melitus</p> <p>6) menyebutkan penyebab diabetes melitus</p> <p>7) menyebutkan tanda dan gejala diabetes melitus</p> <p>8) keluarga mampu menyebutkan diet yang di programkan</p>	<p>9) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>10) Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini</p> <p>11) Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang di programkan</p> <p>12) sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>13) jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>14) anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi dan srategi yang dianjurkan</p> <p>15) Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>16) berikan kesempatan untuk bertanya.</p>

IV. IMPLEMENTASI

No	Tgl/Jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi Respon
1.	08/07/24 09.20	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin	<p>Observasi:</p> <p>1) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering stres dengan penyakitnya dan sering mengonsumsi makanan manis. 	<p>Ds:</p> <p>Pasien mengatakan pandangan kabur dan sering merasa cepat haus Do:</p>



			<p>2) Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat.</p> <p>3) Memonitor kadar glukosa darah</p> <ul style="list-style-type: none"> GDS: 343 mg/dl <p>4) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia(mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala)</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering mengalami pandangan kabur <p>Terapeutik:</p> <p>1) Memberikan asupan cairan oral</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering mengalami haus <p>2) Mengkonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>Edukasi:</p> <p>1) Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> memberikan edukasi pada pasien untuk tidak melakukan olahraga karena dapat menimbulkan bahaya pada pasien <p>2) Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga</p> <ul style="list-style-type: none"> menedukasi kepada pasien agar patuh terhadap diet 	<p>Pasien tampak bingung Gula darah masih tinggi:343 mg/dl.</p>
--	--	--	--	---



			<p>dan olahraga yang sudah di programkan</p> <p>3) Mengajarkan pengolahan diabetes(mis.penggunaan insulin, obat oral, penggantian karbohidrat)</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengedukasi kepada pasien agar minum obat tepat waktu dan mengganti nasi putih dengan nasi jagung. 	
	08/07/24 09.30	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ada pada keluarga	<p>Edukasi Kesehatan (PPNI,2018)</p> <p>1) Mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan siap menerima informasi tentang penyakit diabetes melitus. <p>2) Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien sepakat dengan jadwal yang telah di tentukan bersama. <p>3) Menginformasikan tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di makan oleh pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sudah mengetahui makanan yang tidak boleh dan boleh di makan <p>4) Menganjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi dan strategi yang diajarkan</p>	<p>Ds: Pasien mengatakan belum mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta pencegahan dan cara pengobatan diabetes melitus.</p> <p>Do: Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang diabetes melitus</p>



			<ul style="list-style-type: none"> menganjurkan olahraga di sore hari 	
2.	09/07/24 09.00	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering kepikiran dengan penyakitnya dan sering mengonsumsi makanan manis mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat. memonitor kadar glukosa darah: 340 mg/dl memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagi, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala) <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering mengalami pandangan kabur <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> memberikan asupan cairan oral <ul style="list-style-type: none"> berikan air secukupnya sesuai kebutuhan mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> menganjurkan menghindari olahraga saat 	<p>Ds: Pasien mengatakan pandangan kabur, cepat lapar dan sering merasa haus</p> <p>Do: Pasien tampak bingung Gula darah masih tinggi: 340 mg/dl</p>



			<p>kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> • memberikan edukasi pada pasien agar tidak melakukan olahraga karena dapat menimbulkan bahaya pada pasien <p>2) menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengedukasi kepada pasien agar patuh terhadap diet dan olahraga yang sudah di programkan <p>3) mengajarkan pegolaan diabetes(mis.penggunaan insulin, obat oral, penggantian karbohidrat).</p>	
09/08/24 09.20	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ada pada keluarga	Edukasi kesehatan(PPNI,2018)	<p>1) Mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan siap menerima materi tentang penyakit diabetes melitus <p>2) menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien sepakat dengan jadwal yang di tentukan bersama <p>3) menginformasikan tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di konsumsi</p> <p>4) menganjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi dan strategi yang diajarkan</p>	<p>Ds: Pasien mengatakan masih belum mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta pengobatan diabetes melitus.</p> <p>Do: Pasien masih tampak bingung ketika ditnya</p>



			<ul style="list-style-type: none"> menganjurkan melakukan olahraga di sore hari. 	tentang diabetes melitus
3.	10/07/24 09.30	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan manis mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kesetuhan insulin meningkat memonitor kadar glukosa darah: 301 mg/dl memonitor tanda dan gejala hiperglikemia <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering merasa lapar dan haus <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> memberikan asupan cairan oral <ul style="list-style-type: none"> berikan air secukupnya sesuai kebutuhan mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dl <ul style="list-style-type: none"> berikan edukasi pada pasien untuk tidak melakukan olahraga karena 	<p>Ds:</p> <p>Pasien mengatakan sering mengalami pandangan kabur, cepat lapar dan cepat haus</p> <p>Do:</p> <p>Pasien tampak bingung Gula darag masih tinggi: 301 mg/dl</p>



			<p>dapat menimbulkan bahaya pada pasien</p> <p>2) penganjurkan kepatuhan diet dan olahraga</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengedukasikan kepada pasien agar patuh terhadap diet dan olahraga yang sudah di programkan <p>3) pengajaran pengolahan diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengedukasikan kepada pasien dan keluarga agar mengganti karbohidrat dengan makanan yang tidak mengandung gula. 	
	10/07/24 09.45	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ada pada keluarga	<p>Edukasi kesehatan (PPNI,2018)</p> <p>1) mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga dalam menerima informasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan siap menerima materi tentang penyakit diabetes melitus <p>2) menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien sepakat dengan jadwal yang di tentukan bersama <p>3) menginformasikan tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di konsumsi</p> <p>4) menganjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi dan strategi yang diajarkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • menganjurkan melakukan 	<p>Ds: Pasien mengatakan sudah agak mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta pengobatan diabetes melitus</p> <p>Do: Pasien tampak ragu-ragu Gula darah masih tinggi: 301 mg/dl</p>



			olahraga di sore hari.	
4.	11/07/24 09.35	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan manis 2) mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kesetuhan insulin meningkat 3) memonitor kadar glukosa darah: 281 mg/dl 4) memonitor tanda dan gejala hiperglikemia <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sering merasa lapar dan haus <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) memberikan asupan cairan oral <ul style="list-style-type: none"> • berikan air secukupnya sesuai kebutuhan 2) mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dl <ul style="list-style-type: none"> • berikan edukasi pada pasien untuk tidak melakukan olahraga karena dapat menimbulkan bahaya pada pasien 	<p>Ds:</p> <p>Pasien mengatakan sering mengalami pandangan kabur, cepat lapar dan cepat haus</p> <p>Do:</p> <p>Pasien tampak bingung Gula darah masih tinggi: 281 mg/dl</p>



			<p>2) penganjurkan kepatuhan diet dan olahraga</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengedukasikan kepada pasien agar patuh terhadap diet dan olahraga yang sudah di programkan <p>3) pengajaran pengelolaan diabetes</p> <p>menedukasikan kepada pasien dan keluarga agar mengganti karbohidrat dengan makanan yang tidak mengandung gula.</p>	
	11/07/24 09.40	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ada pada keluarga	<p>Edukasi kesehatan (PPNI,2018)</p> <p>1) mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga dalam menerima informasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan siap menerima materi tentang penyakit diabetes melitus <p>2) menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien sepakat dengan jadwal yang di tentukan bersama <p>3) menginformasikan tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di konsumsi</p> <p>4) menganjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi dan strategi yang diajarkan</p> <p>menganjurkan melakukan olahraga di sore hari.</p>	<p>Ds: Pasien mengatakan sudah agak mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta pengobatan diabetes melitus</p> <p>Do: Pasien tampak ragu-ragu Gula darah masih tinggi: 281 mg/dl</p>
5.	12/07/24 09.00	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin	<p>Observasi:</p> <p>1) mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sering 	<p>Ds: Pasien mengatakan sering mengalami pandangan</p>



			<p>mengonsumsi makanan manis</p> <p>2) mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kesetuhan insulin meningkat</p> <p>3) memonitor kadar glukosa darah: 224 mg/dl</p> <p>4) memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sering merasa lapar dan haus <p>Terapeutik:</p> <p>1) memberikan asupan cairan oral</p> <ul style="list-style-type: none"> • berikan air secukupnya sesuai kebutuhan <p>2) mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>Edukasi:</p> <p>1) menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> • berikan edukasi pada pasien untuk tidak melakukan olahraga karena dapat menimbulkan bahaya pada pasien <p>2) penganjurkan kepatuhan diet dan olahraga</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengedukasikan kepada pasien agar patuh terhadap diet dan olahraga yang sudah di programkan 	<p>kabur, cepat lapar dan cepat haus</p> <p>Do: Pasien tampak bingung Gula darag masih tinggi: 224 mg/dl</p>
--	--	--	--	--



			3) pengajaran pengolahan diabetes mengedukasikan kepada pasien dan keluarga agar mengganti karbohidrat dengan makanan yang tidak mengandung gula.	
	12/07/24 09.10	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ada pada keluarga	Edukasi kesehatan (PPNI,2018) 1) mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga dalam menerima informasi <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan siap menerima materi tentang penyakit diabetes melitus 2) menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan <ul style="list-style-type: none"> • pasien sepatat dengan jadwal yang di tentukan bersama 3) menginformasikan tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di konsumsi 4) menganjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi dan strategi yang diajarkan menganjurkan melakukan olahraga di sore hari.	Ds: Pasien mengatakan sudah agak mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta pengobatan diabetes melitus Do: Pasien tampak ragu-ragu Gula darah masih tinggi: 224 mg/dl

U. EVALUASI

Pasien Tn.A
<p>2) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin</p> <p>S: Pasien mengatakan sering pandangan kabur dan sering merasa haus. O: pasien tenang dan gembira</p> <p>Pasien tampak membaik</p> <p>Gula darah: 224 mg/dl TD: 130/80 mmHg Nadi: 88 x/menit</p> <p>Suhu: 36,5 RR: 20x/menit</p> <p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi</p>



P: Intervensi di hentikan.

4) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ada pada keluarga Tn.A

S: Pasien mengatakan sudah mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta pencegahan diabetes melitus.

O: Pasien tampak sudah bisa menjawab saat ditanya tentang diabetes melitus.

A: Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif teratasi P:

Intervensi di hentikan.



LAMPIRAN

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PASIEN Ny.A

Nama Mahasiswa : Sartika Rahmawati

Pengkajian diambil tanggal :

Jam :

5 PENGKAJIAN

5.1 IDENTITAS UMUM

5.1.1 Identitas Kepala Keluarga :

Nama : Ny.A

Pendidikan :SMP

Umur : 44 Tahun

Pekerjaan :IRT

Agama : Protestan

Alamat: Kambajawa

Suku : Rote

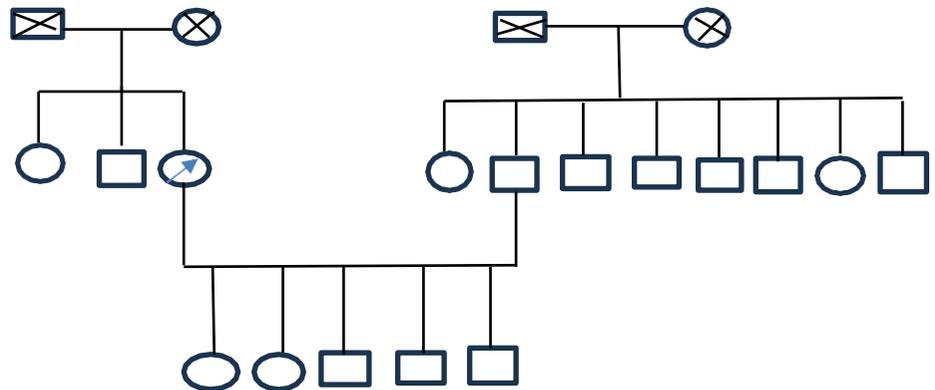
Nomor Telp :

5.1.2 Komposisi keluarga

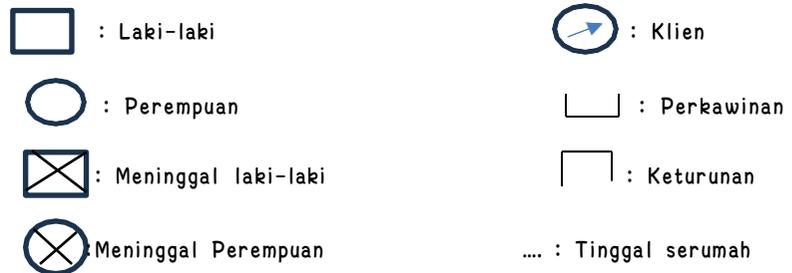
No	Nama	JK	Hub dgn KK	Umur	Pend	Imunisasi	KB
1	Tn.Y	L	Suami	54	SMP	Lengkap	-
2	Ny.A	P	Istri	44	SMP	Lengkap	Implan
3	Tn.S	L	Anak	23	SMA	Lengkap	-



5.1.3 Genogram (di gambar)



Keterangan :



5.1.4 Tipe keluarga :

Jenis keluarga Tn.A adalah keluarga inti yaitu keluarga yang terdiri dari Ayah (Tn.Y), Ibu (Ny.A), anak (Tn.S), masalah yang terjadi dengan tipe keluarga tersebut : Tidak ada masalah yang terjadi dengan tipe keluarga tersebut. seluruh anggota keluarga Ny.A merasa nyaman hidup berdampingan.

5.1.5 Suku bangsa :

Asal suku sumba budaya yang berhubungan dengan kesehatan keluarga Ny.A khususnya Ny.A bekerja sebagai ibu rumah tangga. Ny.A dan juga

keluarganya sering berobat ke dokter, puskesmas, bidan, dan diimbangi dengan pengobatan tradisional (herbal) serta terapi akupuntur.

5.1.6 Agama :

Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan keluarga Ny.A beragama Kristen protestan dan biasanya melakukan ibadah setiap hari minggu di gereja. keluarga Ny.A tidak mempunyai kepercayaan khusus yang mempengaruhi Kesehatan.

5.1.7 Status social ekonomi keluarga :

Pasien mengatakan dirinya sudah tidak dapat bekerja lagi untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. keluarga bergantung pada penghasilan yang diperoleh anak-anaknya yang sudah bekerja.

5.1.8 Aktifitas rekreasi keluarga :

Keluarga Ny.A jarang berekreasi ke tempat wisata kecuali kalau ada acara keluarga selebihnya hanya menghabiskan waktu bersama keluarga di rumah.

5.2 RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini :

Tahap perkembangan keluarga pasien Ny.A saat ini berada pada tahap perkembangan dengan anak pertama sudah menikah dan memiliki rumah sendiri, anak kedua sudah menikah dan memiliki rumah sendiri, anak ketiga sudah bekerja dan belum menikah, anak keempat dan kelima masih bersekolah.



b. Tahap perkembangan keluarga yang belum

terpenuhi :

Tahap perkembangan keluarga sudah terpenuhi

5.3 RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA INTI

a. Riwayat keluarga sebelumnya :

Riwayat orang tua dari pihak suami/istri tidak ada yang mempunyai kebiasaan kawin cerai ataupun berjudi.

c. anggota keluarga :

No	Nama	Hub dgn KK	Umur	Keaadn kes	Imunisasi	Masalah kes	Tindakan yg dlkukn
1	Tn.Y	Suami	54	sehat	lengkap	Tidak ada	-
2	Ny.A	istri	44	sehat	lengkap	DM	Selalu mengontrol ke petugas kesehatan
3	Tn.S	anak	23	sehat	lengkap	Tidak ada	-

b. Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan :

Keluarga pasien Ny.A memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia di puskesmas waingapu untuk mendapatkan konsultasi dan pelayanan kesehatan.



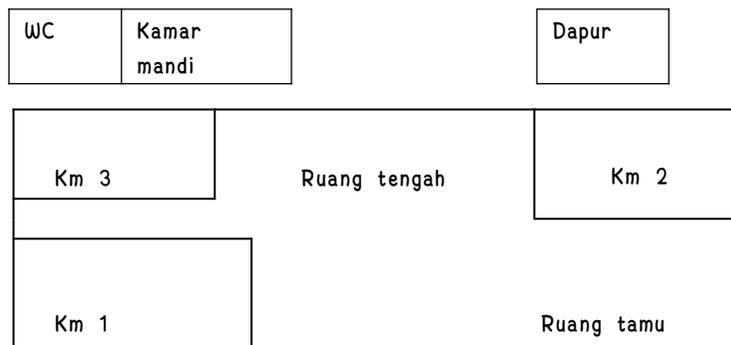
5.4 PENGKAJIAN LINGKUNGN

5.4.1 Karakteristik rumah :

1. Gambaran tipe rumah tempat tinggal :

Rumah pasien Ny.A berada di RT.013/RW.004 kelurahan kambajawa.kec.kota waingapu. rumah yang ditempati pasien Ny.A merupakan rumah pribadi dengan luas rumah 10x14 m2 peralatan rumah tertata rapi, ventilasi rumah bagus, pencahayaan dalam rumah bagus, keluarga memiliki 3 kamar tidur, 1 kamar mandi dan jamban, 1 dapur. air yang digunakan keluarga berasal dari kran, air bersih dan tidak berbau.

2. Denah rumah : (DI GAMBAR)



5.4.2 Karakteristik tetangga dan komunitas RW :

Tetangga keluarga pasien Ny.A mayoritas adalah pegawai negeri dan petani, ada juga yang berjualan makanan ringan. tetangga keluarga pasien Ny.A masih berstatus saudara dan hidup rukun dengan tetangga.

5.4.3 Mobilitas geografis keluarga :

Keluarga pasien Ny.A sudah lama tinggal di rumah tersebut dan tidak pernah berpindah ke tempat lain.



5.4.4 Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat : Pasien

Ny.A sekarang sudah tidak aktif lagi mengikuti kegiatan kemasyarakatan di sekitar karena penyakit yang diderita, tetapi Masyarakat masih memiliki buhungan baik dengan pasien Ny.A.

5.4.5 Sistem pendukung keluarga :

Pasien memiliki BPJS, apabila ingin melakukan konsultasi ke fasilitas Kesehatan pasien anak membawa kartu BPJS. Jarak dari rumah ke puskesmas relative cukup dekat 3 km.

5.5 STRUKTUR KELUARGA

a. Pola komunikasi keluarga :

Dalam keluarga pasien Ny.A saling terbuka satu sama lain, dalam keluarga semua anggota bebas mengatakan pendapat dan apabila ada masalah akan di bahas secara Bersama.

b. Struktur kekuatan keluarga :

Keluarga pasien Ny.A saling menghargai satu sama lain, saling membantu, serta saling mendukung.

c. Struktur peran (formal dan informal) :

Pasien adalah ibu rumah tangga dan sekarang bekerja sebagai ibu rumah tangga dan berjualan disekolah untuk dapat membiayai kebutuhan keluarga namun sekarang sudah tidak bekerja lagi akibat penyakit yang di derita. Anak-anak pasien



juga membantu membiayai kebutuhan keluarga dan juga membantu merawat pasien.

d. Nilai dan norma keluarga :

Keluarga pasien Ny.A menetapkan aturan sesuai ajaran agama Kristen protestas adan adat suku sumba.

5.6 FUNGSI KELUARGA

5.6.1 Fungsi afektif :

Semua anggota keluarga pasien Ny.A saling menyayangi dan mendukung satu sama lain, rumah anak anak ketiga pasien berada di dekat rumah pasien Ny.A sehingga mudah untuk saling membantu.

5.6.2 Fungsi sosialisasi :

Keluarga pasien Ny.A aktif dalam bersosialisasi dengan tetangga, hal ini dibuktikan dengan pasien Ny.A mampu mengenali dan menyebut nama tetangganya.

5.6.3 Fungsi perawatan kesehatan :

Selama pasien Ny.A sakit anggota keluarga saling membantu dalam merawat pasien Ny.A, Tn.S selaku anak pasien Ny.A selalu menemani setiap hari dan merawat pasien Ny.A dalam memenuhi kebutuhannya. Petugas Kesehatan dari puskesmas selalu datang ke rumah pasien Ny.A untuk mengantar obat dan memeriksa keadaan pasien Ny.A. Apabila ada anggota keluarga yang sakit akan selalu membeli pbat di apotik kalau sudah lewat dari 3 hari baru dibawa ke puskesmas untuk diperiksa.



5.6.4 Fungsi reproduksi :

Selama sakit pasien Ny.A tidak pernah lagi melakukan hubungan suami istri dengan sang istri karena sakit yang dideritanya.

5.6.5 Fungsi ekonomi :

Pasien Ny.A tidak lagi dapat bekerja karena mudah lelah dan pandangan kering kabur akibat dari penyakit yang di derita sehingga bergantung pada uang yang diberikan anak-anaknya untuk memenuhi kebutuhannya.

5.7 STRESS DAN KOPING KELUARGA

a. Stressor jangka pendek dan panjang :

Pasien Ny.A sering merasa kelelahan, mudah merasa lelah saat beraktifitas, cepat haus dan lapar.

b. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor :

Bila ada masalah keluarga akan saling membantu menyelesaikan masalah.

c. Strategi koping yang digunakan :

Bila keluarga ada masalah maka akan di selesaikan dengan berdiskusi dengan anggota keluarga untuk dicarikan Solusi dari masalah yang dihadapi.

d. Strategi adaptasi disfungsional :

Berdasarkan hasil pengkajiantidak di dapat cara-cara keluarga dalam menyelesaikan masalah secara maladaptive.



5.8 PEMERIKSAAN FISIK (Setiap individu anggota keluarga)

No	Pemeriksaan fisik		Nama anggota keluarga		
			Nama :Pasien Ny.A Umur : 44 thn	Nama : Tn.Y Umur : 54 thn	Nama : Tn.S Umur: 23 thn
1	Keluhan /riwayat penyakit saat ini :		Mudah lelah, cepat haus, sering lapar dan selalu buang air kecil.	Tidak memiliki keluhan atau Riwayat kesehatan saat ini	Tidak memiliki keluhan atau Riwayat Kesehatan saat ini.
2	Riwayat penyakit sebelumnya :		Hipotensi	Tidak memiliki Riwayat penyakit dahulu.	Tidak memiliki Riwayat penyakit dahulu.
3	Penampilan umum :	a. Tahap perkembangan	Dewasa	Lansia	Remaja
		b . Jenis kelamin	Perempuan	Laki-laki	Laki-laki
		c . Cara berpakaian	Rapih	Rapih	Rapih
		d . Kebersihan personal :	Pasien tampak bersih, mandi 2 x/hari, sikat gigi 2 x/hari saat mandi, keramas 3 x/minggu	Pasien tampak bersih, mandi 2 x/hari, sikat gigi 2 x/hari saat mandi, keramas 3 x/minggu	Pasien tampak bersih, mandi 2 x/hari, sikat gigi 2 x/hari saat mandi, keramas 3 x/minggu
		e . postur dan cara berjalan :	Pasien berpostur sedikit gemuk, berjalan perlahan	Postur tubuh ideal, sedikit membungkuk, berjalan normal.	Postur tubuh tidak terlalu tinggi, sedikit gemuk, dan berjalan normal.
		f . Bentuk dan ukuran tubuh :	Sedikit Gemuk, tinggi badan 153 cm, berat badan 58 kg.	ideal, tinggi badan 156 cm, berat badan 49 kg.	Sedikit gemuk,tinggi badan 158cm, berat badan 53 kg.
4	Status mental dan cara berbicara :	a . Status emosi :	Tampak antusias Ketika diajak berbicara.	Tampak ceria, bersemangat dan mudah senyum.	Tampak semangat dan antusias Ketika diajak berbicara.
		b . tingkat kecerdasan :	Klien mengaku hanya lulus SMP tetapi dapat menjawab pertanyaan yang diberikan.	Klien mengaku hanya lulus SMP tetapi dapat menjawab pertanyaan yang diberikan.	Klien dapat menjawab semua prtanyaan yang diberikan.
		c . orientasi :	Berbicara sedikit cadel dan dapat menjelaskan	Berbicara dengan lancar dan dapat	Berbicara dengan lancar dan dapat



			kronologi Ketika diketahui menderita penyakit diabetes melitus	dipahami apa yang disampaikan	dipahami apa yang disampaikan.
		d . Proses berpikir :	Tidak ada hambatan dalam proses berpikir, dapat menyampaikan kronologi Ketika didiagnosis DM	Tidak ada hambatan dalam proses berpikir, dapat mengingat kejadian masa lampau	Tidak ada hambatan dalam proses berpikir, dapat mengingat kejadian masa lampau.
		e . Gaya / cara berbicara :	Berbicara dengan terbata-batah	Berbicara dengan lugas	Bebicara dengan lugas
5	Tanda - tanda vital :	a . Tekanan darah	90/60 mmHg	120/70 mmHg	120/80 mmHg
		b . Nadi :	89 x/menit	88 x/menit	90 x/menit
		c . Suhu :	36	36,4	36,5
		d . RR :	20 x/menit	20 x/menit	20 x/menit
6	Pemeriksaan kulit	a . Inspeksi :	Warna kulit putih, kulit tampak keriput, Kembali cepat.	Warna kulit sawo matang, kulit tampak keriput.	Warna kulit sawo matang, kulit tampak kering, tidak ada lesi.
		b . Palpasi :	Turgor kulit elastis, tidak ada nyeri tekan	Turgor kulit elastis, tidak ada nyeri tekan.	Turgor kulit elastis, tidak ada nyeri tekan.
7	Pemeriksaan kuku :	a . Inspeksi :	Kuku tampak bersih, tidak kuning, dan tidak panjang	Kuku tampak bersih, tampak sedikit kuning, tidak panjang.	Kuku tampak bersih, tidak Panjang dan tidak kuning
		b . Palpasi :	CRT < 2 detik	CRT < 2 detik	CRT < 2 detik
8	Pemeriksaan kepala :	a . Inspeksi :	Simetris, berambut bersih, berwarna hitam,beruban.	Simetris, berambut bersih, berwarna hitam, beruban.	Simetris, berambut bersih berwarna hitam.
		b . Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak ada edema.	Tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak ada edema.	Tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak ada edema.
9	Pemeriksaan muka :	a . Inspeksi :	Wajah pucat, tidak ada lesi, tidak ada kemerahan	Wajah tidak pucat, tidak ada lesi, tidak ada kemerahan	Wajah tidak pucat, tidak ada lesi, tidak ada kemerahan.

		b . Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan diarea wajah, tidak ada pembengkakan.	Tidak ada nyeri tekan diarea wajah, tidak ada pembengkakan.	Tidak ada nyeri diarea wajah, tidak ada pembengkakan.
		c . Tes sensasi wajah :	Wajah dapat merasakan sensasi panas dan dingin dengan baik.	Wajah dapat merasakan sensasi panas dan dingin dengan baik.	Wajah dapat merasakan sensasi panas dan dingin dengan baik.
10	Pemeriksaan mata :	a . Inspeksi :	Simetris, pupil isokor, tidak ada edema, dan tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu penglihatan	Simetris, pupil isokor, tidak ada edema, dan tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu penglihatan	Simetris, pupil isokor, tidak ada edema, dan tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu penglihatan
		b . Test ketajaman visual:	Tidak dapat melihat benda dari kejauhan	Tidak dapat melihat dengan jelas dari kejauhan.	Dapat melihat dengan jelas dan dapat membaca huruf yang kecil.
		c . Tes lapang pandang :	Dapat melihat kesegala arah	Dapat melihat kesegala arah	Dapat melihat 180 kesegala arah
11	Pemeriksaan telinga :	a . Inspeksi :	Tampak bersih, tidak ada eksudat, tidak ada cairan yang keluar, tidak ada luka, tidak ada kemerahan.	Telinga tampak bersih, tidak ada eksudat, tidak ada cairan yang keluar, tidak ada luka, tidak ada kemerahan.	Telinga tampak bersih, tidak ada cairan yang keluar, tidak ada luka, tidak ada kemerahan.
		b . Palpasi :	Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan.	Tidak ada pembengkakan tidak ada nyeri tekan.	Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan.
		c . Tes pendengaran :	Dapat mendengar bunyi-bunyian dengan baik.	Dapat mendengar bunyi-bunyian dengan baik.	Dapat meendengar bunyi-bunyian dengan baik.
12	Pemeriksaan hidung dan sinus :	a . Inspeksi :	Lubang hidung normal simetris, tidak ada lendir.	Lubang hidung normal simetris, tidak ada lendir.	Lubang hidung normal simetris, tidak ada lendir.



		b . Palpasi :	Tidak ada pembengkakan area hidung, tidak terdapat nyeri saat ditekan.	Tidak ada pembengkakan area hidung, tidak terdapat nyeri saat ditekan.	Tidak ada pembengkakan area hidung, tidak terdapat nyeri saat ditekan.
		c . Tes penciuman :	Dapat mencium aroma dengan baik(mis. kopi, minyak kayu putih)	Dapat mencium aroma dengan baik(mis. kopi, minyak kayu putih)	Dapat mencium aroma dengan baik(mis. kopi, minyak kayu putih).
13	Pemeriksaan mulut dan tenggorokan :	a . Inspeksi :	Tidak ada sariawan, tidak ada luka, terdapat gigi berlubang, terdapat karang gigi, gigi berwarna kuning, lidah pucat.	Tidak ada sariawan, tidak ada luka, terdapat gigi berlubang, terdapat karang gigi, gigi berwarna kuning kehitaman, lidah pucat.	Tidak ada sariawan, tidak ada luka, tidak ada gigi berlubang, terdapat karang gigi, lidah pucat.
		b . Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan pada tenggorokan.	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan pada tenggorokan.	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan pada tenggorokan.
		c . Tes sensasi rasa :	Dapat merasakan rasa asin, manis, dan pahit.	Dapat merasakan rasa asin, manis, dan pahit.	Dapat merasakan rasa asin, manis dan pahit.
14	Pemeriksaan leher :	a . Inspeksi :	Tidak ada lesi, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan getah bening.	Tidak ada lesi, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan getah bening,.	Tidak ada lesi, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan getah bening.
		b . Palpasi :	Tidak teraba adanya pembengkakan diarea leher	Tidak teraba adanya pembengkakan diarea leher.	Tidak teraba adanya pembengkakan diarea leher.
		c . Tes sensasi rasa	Dapat merasakan sensasi sentuhan diarea leher	Dapat merasakan sensasi sentuhan diarea leher	Dapat merasakan sensasi sentuhan diarea leher.
		d . Tes ROM :	Dapat melakukan gerakan fleksi,	Dapat melakukan gerakan fleksi,	Dapat melakukan



			ekstensi dan hiperekstensi	ekstensi dan hiperekstensi	gerasakan fleksi, ekstensi dan hiperekstensi.
15	Pemeriksaan system pernafasan :	a . Inspeksi :	Simetris, tidak ada secret, tidak ada lesi.	Simetris, tidak ada secret, tidak ada lesi.	Simetris, tidak ada secret, tidak ada lesi.
		b . Palpasi :	Pergerakan dinding dada kiri dan kanan sama	Pergerakan dinding dada kiri dan kanan sama	Pergerakan dinding dada kiri dan kanan sama
		c . Perkusi :	Suara paru vesikular	Suara paru vesikular	Suara paru vesikular
		d . Auskultasi :	Tidak terdapat suara napas tambahan	Tidak terdapat suara napas tambahan	Tidak terdapat suara napas tambahan.
16	Pemeriksaan system kardiovaskuler :	a . Inspeksi :	Tidak terdapat luka, tidak tampak adanya pembesaran jantung	Tidak terdapat luka, tidak tampak adanya pembesaran jantung	Tidak terdapat luka, tidak tampak adanya pembesaran jantung.
		b . Palpasi :			
		c . Perkusi :	Tidak terdapat pembesaran jantung	Tidak terdapat pembesaran jantung	Tidak terdapat pembesaran jantung
		d . Auskultasi :	Tidak terdapat suara jantung tambahan	Tidak terdapat suara jantung tambahan	Tidak terdapat suara jantung tambahan.
17	Pemeriksaan payudara dan aksila :	a . Inspeksi :	Tampak tidak ada pembesaran payudara, tidak ada benjolan, tidak ada jejas	Tampak tidak ada pembesaran payudara, tidak ada benjolan, tidak ada jejas	Tampak tidak ada pembesaran payudara, tidak ada benjolan, tidak ada jejas.
		b . Palpasi :	Tidak teraba adanya edema	Tidak teraba adanya edema	Tidak teraba adanya edema.
18	Pemeriksaan abdomen :	a . Inspeksi :	Tidak ada lesi, tidak ada jejas	Tidak ada lesi, tidak ada jejas	Tidak ada lesi, tidak ada jejas
		b . Palpasi :	Tidak terdapat edema, tidak terdapat nyeri tekan	Tidak ada edema. tidak terdapat nyeri tekan	Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan
		c . Perkusi :	Terdengar suara timpani	Terdengar suara timpani	Terdengar suara timpani
		d . Auskultasi :	Suara peristaltik usus 15x/menit	Suara peristaltik usus 20x/menit	Suara peristaltik usus 20x/menit
19	Pemeriksaan ekstremitas atas :	a . Bahu :	Tidak terdapat deformitas, tidak terdapat krepitasi	Tidak terdapat deformitas, tidak terdapat krepitasi	Tidak terdapat deformitas, tidak terdapat

			diarea bahu, pergerakan bahu baik.	diarea bahu, pergerakan bahu baik.	krepitasi diarea bahu, pergerakan bahu baik.
		b . Siku :	Tidak terdapat deformitas, tidak terdapat krepitasi diarea siku, pergerakan siku baik.	Tidak terdapat deformitas, tidak terdapat krepitasi diarea siku, pergerakan siku baik.	Tidak terdapat deformitas, tidak terdapat krepitasi diarea siku, pergerakan siku baik.
		c . Pergelangan dan telapak tangan	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada deformitas.	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada deformitas.	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada deformitas.
20	Pemeriksaan ekstremitas bawah :	a . Panggul :	Tidak ada jejas, tidak ada luka, nyeri tekan.	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada nyeri tekan.	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada nyeri tekan.
		b . Lutut :	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada deformitas, pergerakan sendi baik.	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada deformitas, pergerakan sendi baik.	Tidak ada luka, tidak ada jejas, tidak ada deformitas, pergerakan sendi baik.
		c . Pergelangan dan telapak kaki :	Tidak ada luka pada area pergelangan dan telapak kaki, telapak kaki mengalami penebalan, tidak ada deformitas.	Tidak ada luka pada area pergelangan dan telapak kaki, telapak kaki mengalami penebalan, tidak ada deformitas.	Tidak ada luka pada area pergelangan dan telapak kaki, telapak kaki mengalami penebalan, tidak ada deformitas.

5.9 BALITA STUNTING :Tidak ada

5.10 HARAPAN KELUARGA

a. Terhadap masalah kesehatannya :

Keluarga berharap pasien Ny.A dapat segera sembuh dan menyelesaikan masa pengobatannya.

b. Terhadap petugas kesehatan yang ada :

Keluarga berharap petugas kesehatan dapat meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan dalam membantu kesembuhan dari pasien Ny.A.

5.11 PEMERIKSAAN PENUNJANG (Lab.,Rontgen,DLL)

No	Jenis Pemeriksaan	Nama Anggota Keluarga		
		Nama: Tn.Y Umur: 54 thn	Nama: Ny.A Umur: 44 thn	Nama: Tn.S Umur: 23 thn
1	Pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan gula	Berdasarkan hasil tes tidak ada riwayat DM	Berdasarkan hasil laboratorium bahwa Tn.A diidagnosa DM	Berdasarkan hasil tes tidak ada riwayat DM

6DIAGNOSIS ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

6.1 ANALISI DATA

NO	Data	Masalah	Penyebab
----	------	---------	----------



1	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan terasa lemas, sering lapar dan haus - pasien mengatakan sering buang air kecil - sering merasa pusing <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak bingung - tampak lemas 	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Resusitasi insulin
2	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit 	Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif	Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

	<p>diabetes melitus</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak pasien belum mengerti tentang manfaat diet untuk pasien diabetes - tampak pasien belum memahami tentang penyakit yang dideritanya 		
--	--	--	--

6.2 PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

NO	Diagnosis keperawatan
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin
2	Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

6.3 PENILAIAN (SKORING) DIAGNOSIS KEPERAWATAN



- a. ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

NO	Kriteria skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat masalah	3/3x1	1	Pasien merasa lemas, cepat lapar, haus dan sering buang air kecil
2	Kemungkinan masalah dapat diubah	2/3x2	2	Masalah dapat diatasi dengan mudah karena keluarga tahu dengan keadaan pasien dan petugas kesehatan sering mengunjungi rumah untuk mengontrol keadaan pasien
3	Potensi masalah untuk dicegah	2/3x1	0,6	Dilihat dari kondisi pasien sekarang dalam proses penyembuhan.
4	Menonjolnya masalah	2/3x2	1	Keluarga menyadari hal tersebut sebagai pencetus masalah kesehatan pasien dan ingin segera diatasi

Total skor	4,6
-------------------	------------

- b. Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Kesehatan

NO	Kriteria skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat masalah	3/3x1	1	Merupakan ancaman kesehatan karena dapat mempengaruhi keberhasilan program pengobatan yang sedang dijalani
2	Kemungkinan masalah dapat diubah	2/3x2	1	Masalah dapat diatasi dengan mudah karena keluarga memiliki fasilitas dan kemampuan untuk mengingatkan pasien minum obat tepat waktu
3	Potensi masalah untuk dicegah	3/3x1	1	Keluarga menyadari jika hal tersebut merupakan perilaku yang berisiko mengganggu kesehatan keluarga mampu dalam mengubah kebiasaan tersebut



4	Menonjolnya masalah	2/3x2	1	Keluarga menyadari hal tersebut sebagai pencetus masalah kesehatan dan dapat mengganggu proses pengobatan yang sedang dijalani
Total skor		4		

6.4 PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	Diagnosis keperawatan	Skor
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resusitasi insulin	4,6
2	Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan	4



7. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

No Dx	Tujuan		Kriteria Evaluasi		Intervensi
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1.	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 5x kunjungan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat	<p>Setelah pertemuan 5x/60 menit di harapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kesadaran meningkat 2) mengantuk menurun 3) keluhan lapar menurun 4) lelah/lesu menurun 5) rasa haus menurun 6) gemetar menurun 7) kadar glukosa darah membaik 8) kadar glukosa dalam urine membaik 	Respon verbal	<p>Klien dan keluarga dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) memahami pengertian diabetes melitus 2) memahami tanda dan gejala diabetes melitus 3) kemampuan memahami penyebab diabetes melitus 4) kemampuan pasien memahami cara mencegah diabetes melitus 5) kemampuan pasien memahami cara pengobatan diabetes melitus 	<p>Manajemen hiperglikemia Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat(mis.penyakit kambuhan) 3) Monitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i> 4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia(mis.poliuri, polidipsia, polifagia,, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala) 5) Monitor intake dan output <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan asupan cairan oral 2) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dai 250 mg/dl 2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 4) Ajarkan pengelolaan diabetes(mis.penggunaan insulin, obat oral, monitor



					<p>asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p>
2.	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 5x/60 menit kunjungan diharapkan pasien dapat mengenal masalah diabetes melitus	Setelah pertemuan 5x/60 menit pasien mampu: <ol style="list-style-type: none"> 1) mengenal masalah diabetes melitus 2) mampu mengerti dan memahami diet yang telah di programkan 	Respon verbal	Klien dan keluarga dapat: <ol style="list-style-type: none"> 1) menyebutkan pengertian diabetes melitus 2) menyebutkan penyebab diabetes melitus 3) menyebutkan tanda dan gejala diabetes melitus 4) keluarga mampu menyebutkan diet yang di programkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini 3) Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang di programkan 4) sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 5) jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 6) anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi dan srategi yang dianjurkan 7) Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 8) berikan kesempatan untuk bertanya.

8IMPLEMENTASI

No	Tgl/Jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi Respon
1.	08/07/24 09.20	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sering stres dengan penyakitnya dan sering mengonsumsi makanan manis. 	<p>Ds:</p> <p>Pasien mengatakan pandangan kabur dan sering merasa cepat haus</p> <p>Do:</p>



			<p>2) Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat.</p> <p>3) Memonitor kadar glukosa darah</p> <ul style="list-style-type: none"> GDS: 284 mg/dl <p>4) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala)</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering mengalami pandangan kabur <p>Terapeutik:</p> <p>1) Memberikan asupan cairan oral</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering mengalami haus <p>2) Mengkonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>Edukasi:</p> <p>1) Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> memberikan edukasi pada pasien untuk tidak melakukan olahraga karena dapat menimbulkan bahaya pada pasien <p>2) Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga</p> <ul style="list-style-type: none"> mengedukasi kepada pasien agar patuh terhadap diet 	<p>Pasien tampak bingung Gula darah masih tinggi: 284 mg/dl.</p>
--	--	--	--	--



			<p>dan olahraga yang sudah di programkan</p> <p>3) Mengajarkan pengolahan diabetes(mis.penggunaan insulin, obat oral, penggantian karbohidrat)</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengedukasi kepada pasien agar minum obat tepat waktu dan mengganti nasi putih dengan nasi jagung. 	
	08/07/24 09.30	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ada pada keluarga	<p>Edukasi Kesehatan (PPNI,2018)</p> <p>1) Mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan siap menerima informasi tentang penyakit diabetes melitus. <p>2) Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien sepakat dengan jadwal yang telah di tentukan bersama. <p>3) Menginformasikan tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di makan oleh pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sudah mengetahui makanan yang tidak boleh dan boleh di makan <p>4) Menganjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi dan strategi yang diajarkan</p>	<p>Ds: Pasien mengatakan belum mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta pencegahan dan cara pengobatan diabetes melitus.</p> <p>Do: Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang diabetes melitus</p>



			<ul style="list-style-type: none"> menganjurkan olahraga di sore hari 	
2.	09/07/24 09.00	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering kepikiran dengan penyakitnya dan sering mengonsumsi makanan manis mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat. memonitor kadar glukosa darah: 307 mg/dl memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagi, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala) <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering mengalami pandangan kabur <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> memberikan asupan cairan oral <ul style="list-style-type: none"> berikan air secukupnya sesuai kebutuhan mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> menganjurkan menghindari olahraga saat 	<p>Ds: Pasien mengatakan pandangan kabur, cepat lapar dan sering merasa haus</p> <p>Do: Pasien tampak bingung Gula darah masih tinggi: 307 mg/dl</p>



			<p>kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> • memberikan edukasi pada pasien agar tidak melakukan olahraga karena dapat menimbulkan bahaya pada pasien <p>2) menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengedukasi kepada pasien agar patuh terhadap diet dan olahraga yang sudah di programkan <p>3) mengajarkan pegolaan diabetes(mis.penggunaan insulin, obat oral, penggantian karbohidrat).</p>	
09/08/24 09.20	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ada pada keluarga	Edukasi kesehatan(PPNI,2018)	<p>1) Mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan siap menerima materi tentang penyakit diabetes melitus <p>2) menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien sepakat dengan jadwal yang di tentukan bersama <p>3) menginformasikan tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di konsumsi</p> <p>4) menganjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi dan strategi yang diajarkan</p>	<p>Ds: Pasien mengatakan masih belum mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta pengobatan diabetes melitus.</p> <p>Do: Pasien masih tampak bingung ketika ditnya</p>



			<ul style="list-style-type: none"> menganjurkan melakukan olahraga di sore hari. 	tentang diabetes melitus
3.	10/07/24 09.30	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan manis mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kesetuhan insulin meningkat memonitor kadar glukosa darah: 250 mg/dl memonitor tanda dan gejala hiperglikemia <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan sering merasa lapar dan haus <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> memberikan asupan cairan oral <ul style="list-style-type: none"> berikan air secukupnya sesuai kebutuhan mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dl <ul style="list-style-type: none"> berikan edukasi pada pasien untuk tidak melakukan olahraga karena 	<p>Ds:</p> <p>Pasien mengatakan sering mengalami pandangan kabur, cepat lapar dan cepat haus</p> <p>Do:</p> <p>Pasien tampak bingung Gula darag masih tinggi: 250 mg/dl</p>



			<p>dapat menimbulkan bahaya pada pasien</p> <p>2) penganjurkan kepatuhan diet dan olahraga</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengedukasikan kepada pasien agar patuh terhadap diet dan olahraga yang sudah di programkan <p>3) pengajaran pengolahan diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengedukasikan kepada pasien dan keluarga agar mengganti karbohidrat dengan makanan yang tidak mengandung gula. 	
	10/07/24 09.45	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ada pada keluarga	<p>Edukasi kesehatan (PPNI,2018)</p> <p>1) mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga dalam menerima informasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan siap menerima materi tentang penyakit diabetes melitus <p>2) menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien sepakat dengan jadwal yang di tentukan bersama <p>3) menginformasikan tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di konsumsi</p> <p>4) menganjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi dan strategi yang diajarkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • menganjurkan melakukan 	<p>Ds: Pasien mengatakan sudah agak mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta pengobatan diabetes melitus</p> <p>Do: Pasien tampak ragu-ragu Gula darah masih tinggi: 250 mg/dl</p>



			olahraga di sore hari.	
4.	11/07/24 09.35	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan manis 2) mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kesetuhan insulin meningkat 3) memonitor kadar glukosa darah: 339 mg/dl 4) memonitor tanda dan gejala hiperglikemia <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sering merasa lapar dan haus <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) memberikan asupan cairan oral <ul style="list-style-type: none"> • berikan air secukupnya sesuai kebutuhan 2) mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dl <ul style="list-style-type: none"> • berikan edukasi pada pasien untuk tidak melakukan olahraga karena dapat menimbulkan bahaya pada pasien 	<p>Ds:</p> <p>Pasien mengatakan sering mengalami pandangan kabur, cepat lapar dan cepat haus</p> <p>Do:</p> <p>Pasien tampak bingung Gula darah masih tinggi: 339 mg/dl</p>



			<p>2) penganjurkan kepatuhan diet dan olahraga</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengedukasikan kepada pasien agar patuh terhadap diet dan olahraga yang sudah di programkan <p>3) pengajaran pengolahan diabetes</p> <p>menedukasikan kepada pasien dan keluarga agar mengganti karbohidrat dengan makanan yang tidak mengandung gula.</p>	
	11/07/24 09.40	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ada pada keluarga	<p>Edukasi kesehatan (PPNI,2018)</p> <p>1) mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga dalam menerima informasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan siap menerima materi tentang penyakit diabetes melitus <p>2) menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien sepakat dengan jadwal yang di tentukan bersama <p>3) menginformasikan tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di konsumsi</p> <p>4) menganjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi dan strategi yang diajarkan</p> <p>menganjurkan melakukan olahraga di sore hari.</p>	<p>Ds: Pasien mengatakan sudah agak mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta pengobatan diabetes melitus</p> <p>Do: Pasien tampak ragu-ragu Gula darah masih tinggi: 339 mg/dl</p>
5.	12/07/24 09.00	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin	<p>Observasi:</p> <p>1) mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sering 	<p>Ds: Pasien mengatakan sering mengalami pandangan</p>



			<p>mengonsumsi makanan manis</p> <p>2) mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kesetuhan insulin meningkat</p> <p>3) memonitor kadar glukosa darah: 333 mg/dl</p> <p>4) memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sering merasa lapar dan haus <p>Terapeutik:</p> <p>1) memberikan asupan cairan oral</p> <ul style="list-style-type: none"> • berikan air secukupnya sesuai kebutuhan <p>2) mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>Edukasi:</p> <p>1) menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> • berikan edukasi pada pasien untuk tidak melakukan olahraga karena dapat menimbulkan bahaya pada pasien <p>2) penganjurkan kepatuhan diet dan olahraga</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengedukasikan kepada pasien agar patuh terhadap diet dan olahraga yang sudah di programkan 	<p>kabur, cepat lapar dan cepat haus</p> <p>Do: Pasien tampak bingung Gula darag masih tinggi: 333 mg/dl</p>
--	--	--	--	--



			3) pengajaran pengolahan diabetes mengedukasikan kepada pasien dan keluarga agar mengganti karbohidrat dengan makanan yang tidak mengandung gula.	
	12/07/24 09.10	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ada pada keluarga	Edukasi kesehatan (PPNI,2018) 1) mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga dalam menerima informasi <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan siap menerima materi tentang penyakit diabetes melitus 2) menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan <ul style="list-style-type: none"> • pasien sepatat dengan jadwal yang di tentukan bersama 3) menginformasikan tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di konsumsi 4) menganjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi dan strategi yang diajarkan menganjurkan melakukan olahraga di sore hari.	Ds: Pasien mengatakan sudah agak mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta pengobatan diabetes melitus Do: Pasien tampak ragu-ragu Gula darah masih tinggi: 333 mg/dl

9EVALUASI

Pasien Ny.A
<p>3) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resusitasi insulin</p> <p>S: Pasien mengatakan sering pandangan kabur dan sering merasa haus. O: pasien tenang dan gembira</p> <p>Pasien tampak membaik</p> <p>Gula darah: 333 mg/dl TD: 90/60 mmHg</p> <p>Nadi: 88 x/menit</p> <p>Suhu: 36,5 RR: 20x/menit</p> <p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi</p>
P: Intervensi di hentikan.



5) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ada pada keluarga Ny.A

S: Pasien mengatakan sudah mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta pencegahan diabetes melitus.

O: Pasien tampak sudah bisa menjawab saat ditanya tentang diabetes melitus.

A: Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif teratasi P:

Intervensi di hentikan.

