

BAB III

LAPORAN KASUS

A. Pengkajian Tahap I

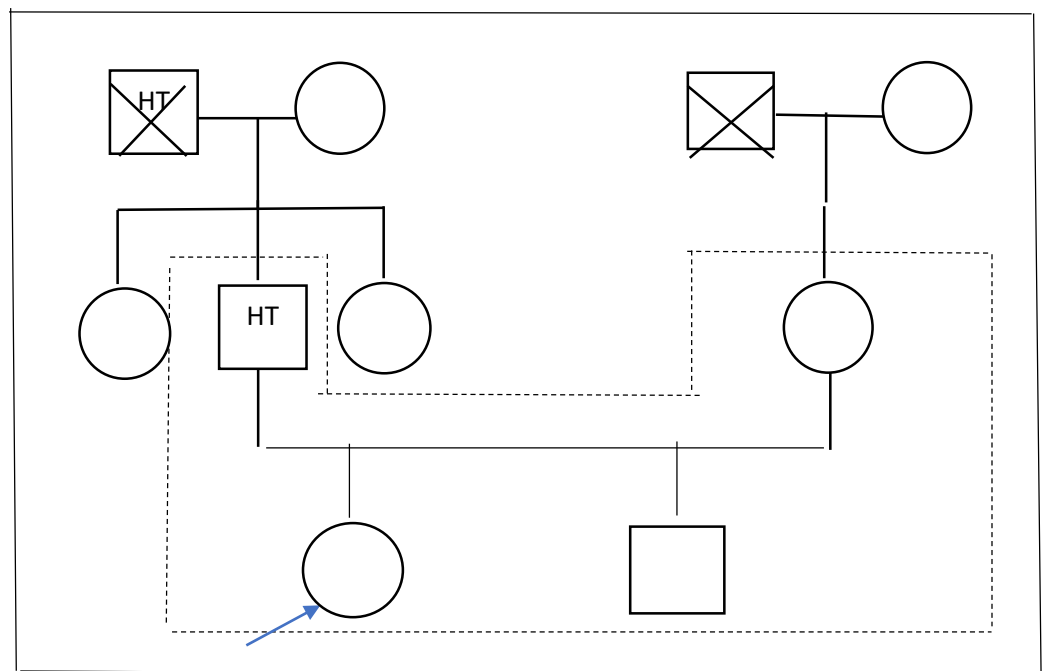
1. Data Umum Keluarga

- a. Nama kepala keluarga : Tn. A
- b. Umur : 50 Tahun
- c. Agama : Islam
- d. Alamat : Dusun Wanasuka Rt/Rw 13/03 Desa
Cidolog Kec, Cidolog Kab, Ciamis
- e. Komposisi keluarga :

Tabel 3. 1 Komposisi Anggota Keluarga Tn. A

No	Nama	Umur	JK	Hub. Dengan KK	Pekerjaan	Pendidikan	Status kesehatan
1.	Tn. A	50 Tahun	L	Suami	Wirausaha	SMP	Mempunyai penyakit HT, kolesterol, dan riwayat ginjal
2.	Ny. M	38 Tahun	P	Istri	IRT	SMP	Sehat
3.	Nn. S	17 Tahun	P	Anak	Pelajar	SMK	Mempunyai penyakit diabetes melitus
4.	An. R	7 thn	L	Anak	Pelajar	SD	Sehat

Gambar 3. 1 Genogram Keluarga (tiga generasi)



Keterangan:

□ = laki-laki

○ = perempuan

X = meninggal

↗, K = Klien/sakit

----- = Tinggal serumah

Generasi I (G1): Kakek dan nenek dari pihak ayah maupun ibu. Kakek klien dari kedua belah pihak telah meninggal dunia, sementara kedua nenek klien masih hidup. Berdasarkan riwayat kesehatan keluarga, terdapat faktor hereditas penyakit tidak menular yaitu Hipertensi (tekanan darah tinggi) dari garis keturunan kakek dan nenek.

Generasi II (G2): Merupakan orang tua klien. Ayah klien (Tn. A) adalah anak kedua dari tiga bersaudara. Ibu klien (Ny. M) merupakan anak

tunggal. Dalam generasi ini, ditemukan riwayat penyakit hipertensi yang diderita ayah klien.

Generasi III (G3): Klien Nn. S berusia 17 tahun, merupakan anak pertama dari dua bersaudara. Klien saat ini terdiagnosa Diabetes Melitus yang terdeteksi melalui pemeriksaan skrining rutin di Posyandu Remaja. Klien tinggal serumah bersama kedua orang tua dan satu orang adiknya.

f. Tipe keluarga

Tipe keluarga Nn S yaitu "*nuclear family*" yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak yang tinggal dalam satu rumah serta belum menikah.

g. Suku bangsa

Nn S dan keluarga berasal dari suku sunda., mereka bisa menerima kebiasaan mereka satu sama lain dan mempunyai kebiasaan yang hampir sama jadi tidak ada perbedaan yang terlalu mencolok

h. Agama

Nn S mengatakan seluruh anggota keluarganya beragama islam.

i. Status sosial ekonomi dan keluarga

Tn. A mengatakan penghasilan dalam satu bulan > dari 2 juta, digunakan untuk kebutuhan sehari hari, membayar listrik, biaya sekolah, biaya transportasi dan untuk makan. Untuk meringankan beban biaya Tn. A menggunakan BPJS untuk berobat.

j. Aktivitas-aktivitas rekreasi keluarga

Keluarga tidak memiliki jadwal rutin yang baku untuk kegiatan

rekreasi. Menurut Nn. S, keluarga biasanya menyempatkan waktu untuk berekreasi rata-rata dua kali dalam sebulan secara fleksibel. Ny. M menambahkan bahwa hiburan utama keluarga dilakukan pada hari-hari besar tertentu melalui kegiatan kunjungan ke rumah kerabat (silaturahmi). Hal ini berfungsi sebagai sarana penyegaran (*refresing*) sekaligus upaya untuk mempererat hubungan antar anggota keluarga besar

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Keluarga berada pada tahap perkembangan *Keluarga dengan Anak Sekolah (Family with School-aged Children)*. Tahap ini dimulai sejak anak pertama berusia 6 tahun hingga memasuki masa pubertas (12 tahun).

Tugas Perkembangan yang Telah Terpenuhi:

1. Membantu sosialisasi anak dengan lingkungan sekolah dan teman sebaya.
2. Mempertahankan keharmonisan hubungan perkawinan orang tua.
3. Memberikan dukungan terhadap kebutuhan pendidikan anak secara finansial dan emosional.

b. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

1. Pemenuhan Kebutuhan Finansial dan Kesehatan

Keluarga merasa beban ekonomi meningkat seiring kebutuhan biaya hidup dan biaya perawatan kesehatan anggota keluarga yang mulai muncul.

2. Manajemen Kesehatan Keluarga

Optimalisasi penanganan masalah kesehatan kronis pada anggota keluarga (Diabetes Melitus dan Hipertensi) agar tidak mengganggu aktivitas harian dan tumbuh kembang anak

c. Riwayat kesehatan keluarga inti

1. Riwayat Penyakit Keturunan

Nn S mengatakan bapaknya memiliki riwayat penyakit kolestrol, darah tinggi, dan riwayat penyakit ginjal.

2. Riwayat Kesehatan masing-masing keluarga saat ini

- a. Tn. A sebagai kepala keluarga mempunyai keluhan ketika berjalan terlalu lama kakinya terasa kebas dan nyeri menjalar hingga ke pinggang.
- b. Ny. M sebagai istri tidak memiliki keluhan kesehatan
- c. Nn. S sebagai anak dari Tn.A dan Ny. M memiliki penyakit diabetes melitus sejak 1 bulan yang lalu, mengeluh sering haus, lapar, dan sering BAK di malam hari.
- d. An. R sebagai anak kedua dari Tn, A dan Ny. M tidak memiliki riwayat penyakit atau keluhan saat dikaji.

d. Riwayat Kesehatan Sebelumnya

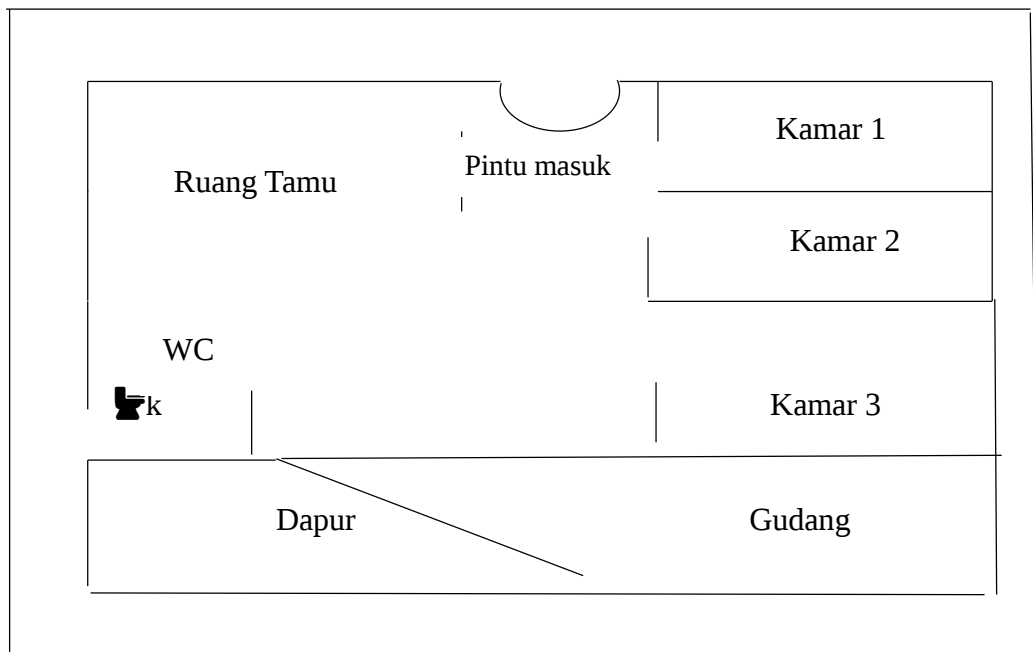
Nn S mengatakan memiliki riwayat penyakit lambung sejak menginjak kelas 9 SMP, klien sering mengonsumsi makanan pedas dan minuman manis setiap hari.

3. Pengkajian lingkungan

a. Karakteristik rumah

Lingkungan luar rumah keluarga Nn. S tampak bersih dan tertata rapi, tanpa adanya sampah atau sisa makanan. Penerangan di dalam dan luar rumah berfungsi baik, serta sinar matahari dapat masuk ke dalam rumah melalui empat jendela yang dilengkapi ventilasi di atasnya. Tinggi langit-langit lebih dari 2 meter, sehingga ruangan terasa cukup sejuk, meskipun sesekali terasa pengap karena pencahayaan matahari kurang optimal. Fasilitas MCK bersih dan berada di dalam rumah dengan septic tank. Air berasal dari sumur dengan pompa, sedangkan air minum direbus. Sampah diangkut petugas kebersihan, dan tidak ada sumber pencemaran di sekitar rumah.

Gambar 3. 2 Denah Rumah Keluarga Nn. S



b. Karakteristik tetangga dan komunitas

Karakteristik tetangga keluarga klien merupakan masyarakat suku sunda, masyarakat disekitar kediaman klien kompak, dan menjunjung sifat saling tolong menolong. Menurut orang tua klien jika lingkungan tersebut ada yang sakit atau meninggal dunia, mereka bersama-sama menjenguk atau melayat.

c. Mobilitas geografi keluarga

Keluarga termasuk dalam kategori menetap. Ibu klien berasal dari Tasikmalaya, sementara ayah klien merupakan penduduk asli setempat. Semenjak menikah, ibu klien berpindah domisili mengikuti ayah klien dan telah menetap di lingkungan saat ini dalam jangka waktu lama tanpa ada riwayat berpindah-pindah rumah.

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Keluarga klien sering mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat, seperti pengajian dan kegiatan lainnya

e. Sistem pendukung keluarga

Orang tua klien mengatakan memiliki kartu jaminan kesehatan (BPJS) yang mendukung kesehatan keluarganya. Selain itu, Ibu klien juga mengatakan keluarga selalu saling mendukung, saling membantu jika salah satu anggota keluarga atau kerabat mengalami masalah. Selain keluarga besarnya, dukungan juga didapatkan dari warga dan lingkungan sekitarnya.

4. Struktur keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Keluarga Nn. S menerapkan pola komunikasi terbuka dan dua arah. Setiap anggota keluarga terbiasa saling bertukar informasi serta pendapat, terutama dalam mencari solusi atas permasalahan sehari-hari. Bahasa komunikasi yang digunakan adalah bahasa Sunda dan bahasa Indonesia, yang pemakaiannya disesuaikan dengan situasi. Secara keseluruhan, komunikasi berlangsung efektif; meskipun terkadang muncul perbedaan pendapat, hal tersebut selalu diselesaikan melalui musyawarah

b. Struktur kekuatan keluarga

Struktur kekuatan dalam keluarga Nn. S seorang yang berada pada kepala keluarga, yaitu ayah, yang berperan sebagai pengambil keputusan utama. Namun dalam pengambilan keputusan penting, ayah tetap melibatkan ibu dan anggota keluarga lainnya melalui diskusi bersama sehingga tercipta kesepakatan yang disetujui oleh seluruh anggota keluarga

c. Nilai atau norma keluarga

Keluarga Nn. S menjunjung tinggi nilai dan norma yang berlaku di masyarakat serta ajaran agama Islam. Dalam kehidupan sehari-hari, keluarga menerapkan nilai sopan santun, saling menghormati, serta menjaga hubungan baik dengan sesama. Norma agama juga menjadi pedoman dalam berperilaku, seperti menjalankan ibadah dan menjauhi

larangan agama. Ny. M mengatakan tidak terdapat kepercayaan agama/keluarga yang bertentangan dengan Kesehatan, serta klien mengatakan selalu membantu orang yang kesusahan.

5. Struktur peran masing-masing anggota keluarga

a. Peran formal

Ny. M mengatakan suaminya berperan sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah utama. “Saya sendiri berperan sebagai pengelola rumah tangga”. Anak-anak berperan sebagai pelajar dan membantu orang tua sesuai kemampuan di rumah

b. Peran informal

Ny. M berperan sebagai pendukung emosional (*encourager*) bagi suami dan anak-anaknya, serta sering kali menjadi penengah jika terjadi perselisihan kecil di rumah. Selain itu, Ny. M memiliki peran sosial di luar keluarga sebagai anggota masyarakat yang aktif dalam kegiatan gotong royong dan acara kemasyarakatan di lingkungannya, yang menunjukkan perannya sebagai penghubung sosial keluarga dengan komunitas

6. Fungsi keluarga

a. Fungsi afektif

Dalam keluarga Nn S, jika salah satu anggota keluarganya ada yang berhasil mereka akan bangga dan senang, keluarga cukup rukun dan perhatian dalam membina rumah tangga

b. Fungsi sosialisasi

Nn S mengatakan keluarganya aktif mengikuti kegiatan dilingkungan sekitar, Tn.A dan Ny.M suka berbincang dengan tetangga sekitar dan bertegur sapa

c. Fungsi perawatan kesehatan

Nn S mengatakan saat ada anggota keluarga yang sakit akan dibawa berobat ke puskesmas. Keluarga Nn S cukup mengenal masalah Kesehatan yang dialami keluarganya, Nn. S mampu merawat anggota keluarganya yang sakit dan mampu memelihara lingkungan rumah yang bersih

3.2 Komposisi jenis makanan sehari-hari

Komposisi	Ketersediaan		
	Selalu ada	Kadang-kadang	Tidak pernah
a. Makanan pokok	√		
b. Lauk – pauk			
- Protein hewani	√		
- Protein Nabati	√		
c. Sayuran		√	
d. Buah-buahan	√		
e. Susu		√	

Penyajian makanan dalam keluarga kadang tertutup, tidak terdapat makanan pantangan dalam keluarga, untuk air minum keluarga memasak sendiri sebelum dikonsumsi, kebiasaan keluarga dalam mengelola makanan yaitu dipotong dulu baru dicuci, dan terkadang keluarga makan Bersama-sama sesuai dengan keadaan waktunya, lebih sering dilakukan makan Bersama Ketika malam hari.

Untuk pemenuhan istirahat dan tidur, Ny. M mengatakan keluarga memiliki kebiasaan tidur siang setelah dzuhur, dan tidur pada malam hari pukul 21.00, tidak terdapat keluhan susah tidur. Untuk kebutuhan rekreasi, keluarga klien jarang melakukan rekreasi setelah memasuki usia lanjut, dengan alasan lebih baik dirumah mengerjakan pekerjaan rumah seperti berkebun, atau membuat cimpring buat dipasarkan.

Untuk pemenuhan kebersihan diri, Nn. S mengatakan mandi 2-3 x sehari, sikat gigi setiap mandi, cuci rambut 1x/2 hari atau 1x/hari, alat yang digunakan sabun mandi, pasta gigi dan sikat gigi, serta shampo.

7. Stress dan koping keluarga

a. Stressor jangka pendek

Ibu klien merasa cemas dan khawatir ketika melihat hasil monitoring gula darah Nn. S yang menunjukkan angka tinggi secara persisten. Kecemasan ini muncul setiap kali dilakukan pemeriksaan rutin karena adanya ketakutan akan kondisi akut pasien.

b. Stressor jangka Panjang

Adanya kekhawatiran mendalam terkait komplikasi penyakit di masa depan (penyakit penyerta/sekunder) serta tantangan dalam mempertahankan konsistensi pola hidup sehat dan manajemen diet yang ketat sepanjang usia Nn. S.

c. Kekuatan keluarga

Keluarga memiliki motivasi perubahan yang tinggi. Nn. S secara sadar mulai membatasi asupan pemanis. Adanya dukungan emosional antar anggota keluarga dan kesadaran dini terhadap risiko penyakit menjadi aset utama dalam proses perawatan.

8. Kemampuan keluarga bersepon terhadap situasi/stressor

Keluarga menunjukkan respon yang cukup adaptif. Meskipun terdapat kecemasan, keluarga tidak menunjukkan penyangkalan (denial). Ny. M dan Tn. A berusaha memberikan perhatian lebih pada pola konsumsi Nn. S, meskipun terkadang masih merasa bingung dalam mengontrol fluktuasi gula darah anak secara mandiri.

9. Strategi koping yang digunakan

a. Koping Kognitif

Keluarga berusaha mencari informasi mengenai diet DM dan cara penanganannya.

b. Koping Sosial

Keluarga saling menguatkan satu sama lain dan Nn. S

berusaha mengontrol keinginan konsumsi makanan manis sebagai bentuk tanggung jawab pribadi terhadap kesehatannya.

c. Dukungan Spiritual

Keluarga berserah diri kepada Tuhan sambil tetap menjalankan ikhtiar pengobatan.

d. Strategi adaptasi disfungsional

Dari hasil pengkajian, tidak ditemukan adanya adaptasi disfungsional yang signifikan seperti kekerasan rumah tangga, penggunaan zat terlarang, atau sikap saling menyalahkan. Namun, perlu diwaspadai adanya potensi *over-protective* dari orang tua yang dapat menyebabkan Nn. S merasa tertekan secara psikologis dalam menjalankan dietnya.

10. Pemeriksaan fisik

Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga Tn. A

Pemeriksaan Fisik	Tn. A	Ny. M	Nn. S	Nn. R
Kepala	Rambut pendek, hitam tidak ada kelainan, tidak ada bekas luka, kulit kepala tidak ada lesi dan tidak ada benjolan. Rambut	Rambut Panjang, hitam tidak ada kelainan, tidak ada bekas luka, kulit kepala tidak ada lesi dan tidak ada benjolan. Rambut	Rambut panjang, hitam tidak ada kelainan, tidak ada bekas luka, kulit kepala tidak ada lesi dan tidak ada benjolan. Rambut	Rambut pendek, hitam tidak ada kelainan, tidak ada bekas luka, kulit kepala tidak ada lesi dan tidak ada benjolan. Rambut

	berwarna hitam beruban	berwarna hitam tidak beruban	berwarna hitam tidak beruban	berwarna hitam tidak beruban
Tanda vital	TD : 140/100 mmHg Nadi : 87x/menit Suhu : 36,2°C RR : 20x/menit	TD : 120/80 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu : 36,6°C RR : 20x/menit	TD : 110/80 mmHg Nadi : 98x/menit Suhu : 36.0°C RR : 20x.menit	TD : - Nadi : 112 x/menit Suhu : 36.0°C RR : 20x.menit
BB dan TB	BB: 70 kg TB: 165 cm	BB : 67 KG TB : 160 CM	BB :42 kg TB : 158 CM	BB :16 KG TB : 112 CM
Mata	Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, sclera tidak ikterik, ketajaman pengelihatan kurang baik.	Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, sclera tidak ikterik, ketajaman pengelihatan baik.	Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, sclera tidak ikterik, ketajaman pengelihatan baik.	Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, sclera tidak ikterik.
Hidung	Bersih, tidak ada secret, tidak ada kelainan, bentuk hidung simetris, tidak ada benjolan, tidak ada	Bersih, tidak ada secret, tidak ada kelainan, bentuk hidung simetris, tidak ada benjolan, tidak ada pernapasan	Bersih, tidak ada secret, tidak ada kelainan, bentuk hidung simetris, tidak ada benjolan, tidak ada pernapasan	Bersih, tidak ada secret, tidak ada kelainan, bentuk hidung simetris, tidak ada benjolan, tidak ada pernapasan cuping Hidung

	pernapasan cuping hidung	cuping hidung	cuping hidung	cuping hidung
Mulut	bibir kering, mukosa mulut hitam, gigi bersih tanpa karies, tampak berwarna kuning, gusi tidak bengkak, lidah bersih, tonsil tidak membesar, tidak ada bau mulut.	bibir lembab, mukosa mulut merah muda, gigi bersih tanpa karies, gusi tidak bengkak, lidah bersih, tonsil tidak membesar, tidak ada bau mulut.	Mukosa bibir kering, mukosa merah muda, gigi bersih tanpa karies, gusi tidak bengkak, lidah bersih, tonsil tidak membesar, tidak ada bau mulut.	bibir lembab, mukosa mulut merah muda, gigi bersih tanpa karies, gusi tidak bengkak, lidah bersih, tonsil tidak membesar, tidak ada bau mulut.
Leher	Tidak ada Pembengkakan, tidak ada kesulitan Menelan	Tidak ada Pembengkakan, tidak ada kesulitan Menelan	Tidak ada Pembengkakan, tidak ada kesulitan Menelan	Tidak ada Pembengkakan, tidak ada kesulitan Menelan
Dada	Pergerakan dada simetris, vesikuler, tidak ada keluhan sesak nafas, tidak ada otot bantu pernapasan	Pergerakan dada simetris, vesikuler, tidak ada keluhan sesak nafas, tidak ada otot bantu pernapasan	Pergerakan dada simetris, vesikuler, tidak ada keluhan sesak nafas, tidak ada otot bantu pernapasan	Pergerakan dada simetris, vesikuler, tidak ada keluhan sesak nafas, tidak ada otot bantu Pernapasan
Abdomen	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abdomen	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abdomen	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abdomen	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abdomen
Genital	Genital bersih, tidak ada lesi, tidak ada tanda infeksi.	Genital bersih, tidak ada lesi, tidak ada tanda infeksi.	Genital bersih, tidak ada lesi, tidak ada tanda infeksi.	Genital bersih, tidak ada lesi, tidak ada tanda infeksi.
Tangan	Tangan simetris, warna kulit normal, tidak ada edema, CRT < 2 detik, kekuatan otot	Tangan simetris, warna kulit normal, tidak ada edema, CRT < 2 detik, kekuatan otot baik,	Tangan simetris, warna kulit normal, tidak ada edema, CRT < 2 detik, kekuatan otot baik, pergerakan	Tangan simetris, warna kulit normal, tidak ada edema, CRT < 2 detik, kekuatan otot baik,

	baik, pergerakan normal.	pergerakan normal.	normal, turgor kulit menurun sedikit.	pergerakan normal.
Kaki	Kaki simetris, warna kulit normal, tidak ada edema, CRT < 2 detik, nadi perifer teraba.	Kaki simetris, warna kulit normal, tidak ada edema, CRT < 2 detik, nadi perifer teraba, pergerakan baik.	Kaki simetris, warna kulit normal, tidak ada edema, CRT < 2 detik, nadi perifer teraba, pergerakan baik.	Kaki simetris, warna kulit normal, tidak ada edema, CRT < 2 detik, nadi perifer teraba, pergerakan baik.

11. Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan

Keluarga berharap petugas kesehatan selalu memberikan pelayanan yang ramah, sabar dan profesional.

B. Pengkajian Tahap II

1. Mengetahui Masalah Kesehatan

Nn S mengetahui apa itu diabetes melitus namun kurang mengenal tanda dan gejala awal pada penyakit diabetes melitus, sehingga Nn S abai akan keluhan yang dirasakan sebelumnya bahkan merasa .

2. Mengambil Keputusan Mengenai Tindakan Kesehatan

Dikeluarga Nn S yang mengambil keputusan adalah Tn.A sebagai kepala keluarga, namun terkadang Tn.A berdiskusi terlebih dahulu dengan anggota keluarga lainnya. Bila anggota keluarga ada yang sedang sakit maka akan dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat yaitu ke puskesmas.

3. Kemampuan Merawat Anggota Keluarga yang Sakit

Keluarga Nn S mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara merawat dengan tepat terhadap anggota keluarga yang memiliki penyakit diabetes melitus dikarenakan sbelumya tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit diabetes melitus.

4. Kemampuan Keluarga Memelihara/Memodifikasi Lingkungan Rumah yang Sehat

Kondisi rumah tampak bersih, perabotan rumah tangga tersimpan sesuai dengan tempatnya. Rumah sudah dilengkapi septic tank, kamar mandi cukup bersih, ruang tamu dan ruang keluarga/TV tampak bersih. Keluarga Nn S sudah mampu memelihara lingkungan rumah dengan baik.

5. Kemampuan Menggunakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Keluarga Nn S sudah menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia, apabila ada keluarga yang sakit diajak berobat ke dokter. Keluarga juga mengatakan belum memiliki alat glukometer sendiri.

C. Analisa data

Tabel 3. 3 Analisa Data Keperawatan Keluarga Nn. S

No.	Data pokok	Etiologi	Masalah
1	DS: Nn. S mengeluh sering merasa haus meskipun sudah minum banyak - Nn. S mengatakan sering buang air kecil di malam hari dan cepat merasa lapar - Ia juga merasa cepat lelah dan badan terasa lemas DO: - Mukosa bibir tampak kering - turgor kulit menurun sedikit - hasil pemeriksaan GDS terbaru 280 mg/dl - GDS saat di posyandu remaja: 400 mg/dl	Faktor risiko seperti usia, obesitas, dan genetik ↓ Resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin ↓ Sel tubuh tidak mampu menyerap glukosa secara maksimal ↓ Terjadi gangguan toleransi glukosa darah ↓ Diagnosis Diabetes Mellitus Tipe 2 tegak ↓ Kondisi Hiperglikemia Kadar glukosa dalam darah meningkat di atas rentang normal ↓ Ginjal tidak dapat mereabsorpsi glukosa sehingga terjadi	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)

		glukosuria ↓ Terjadi diuresis osmotik yang memicu poliuria, polidipsia, dan polifagia Sel kekurangan cadangan energi primer ↓ Tubuh merasa mudah lelah atau lesu Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	
2	Ds : - Keluarga mengatakan belum mengetahui cara merawat anggota keluarga dengan Diabetes Melitus - Nn. S mengatakan hanya mengetahui penyakit DM secara umum tetapi tidak memahami tanda dan gejala awal - Nn. S mengatakan baru mengetahui	Diagnosis Diabetes Mellitus Tipe 2 sebagai kondisi kronis ↓ Kurang terpapar informasi kesehatan yang akurat dan sistematis ↓ Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif mengenai manajemen DM ↓ Keluarga dan klien tidak mengetahui 5 pilar manajemen diabetes	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

	penyakit DM sejak 2 bulan yang lalu - Nn. S mengatakan memiliki riwayat konsumsi makanan manis dan tidak terkontrol - Keluarga mengungkapkan kekhawatiran terhadap kondisi penyakit di masa depan - Keluarga mengatakan jika sakit biasanya langsung dibawa ke puskesmas tanpa perawatan mandiri di rumah Do : - Nn. S terdiagnosis Diabetes Melitus sejak 2 bulan lalu - Ketersediaan makanan bergizi (buah, sayur, protein) tidak selalu ada	↓ Muncul kekeliruan dalam mempersepsikan cara penanganan penyakit ↓ Klien menunjukkan ketidakmampuan menjelaskan kembali informasi kesehatan ↓ Muncul perilaku yang tidak sesuai anjuran seperti diet yang tidak teratur ↓ Defisit Pengetahuan	
--	---	--	--

	- Keluarga belum memiliki pengalaman merawat anggota dengan DM - Tidak ada tindakan pemantauan gula darah secara mandiri di rumah		
3	DS: - Nn. S mengatakan belum paham cara mengatur menu makan untuk penderita DM. DO: - Nn. S menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran (masih konsumsi minuman), tampak bingung saat ditanya mengenai pencegahan komplikasi.	Adanya anggota keluarga dengan penyakit kronis (Diabetes Mellitus) ↓ Kompleksitas program perawatan dan pengobatan jangka panjang ↓ Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan anggota keluarga ↓ Hambatan keluarga dalam mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat ↓ Kegagalan keluarga memodifikasi lingkungan	Defisit Pengetahuan (D.0111)

		yang mendukung penyembuhan ↓ Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tidak tepat ↓ Gejala penyakit anggota keluarga tidak terkontrol ↓ Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	
--	--	---	--

D. Scoring masalah keperawatan

Tabel 3. 4 Scoring (Prioritas) Masalah Keperawatan Keluarga

1. Ketidakstabilan Glukosa Darah

No	Kriteria	Perhitungan	Bobot	Justifikasi
1	Sifat Masalah : • Ancaman Kesehatan • Tidak/Kurang sehat • Krisis	3/3x1	1	Masalah sudah terjadi dengan bukti GDS 400 mg/dl dan keluhan lemas.
2.	Kemungkinan masalah untuk dirubah • Mudah • Sebagian • Tidak dapat diubah	2/2x2	2	Nn. S memiliki motivasi tinggi untuk sembuh dan masih usia remaja (kooperatif)
3.	Potensi pencegahan masalah • Tinggi • Sedang • Rendah	3/3 x 1	1	Usia muda memungkinkan perbaikan fungsi sel dengan diet dan aktivitas fisik.
4.	Menonjolkan masalah • Masalah berat, harus segera ditangani • Ada masalah, tidak perlu segera ditangani • Masalah tidak Dirasakan	2/2 x 1	1	Jika tidak segera diatasi, risiko ketoasidosis atau komplikasi akut lainnya
Total Skor			5,0	

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak efektif

No	Kriteria	Perhitungan	Bobot	Justifikasi
1	Sifat Masalah : • Tidak/Kurang sehat • Ancaman Kesehatan • Krisis	3/3x1	1	Nn. S belum mengetahui informasi yang benar terkait manajemen DM remaja.
2.	Kemungkinan masalah untuk dirubah • Mudah • Sebagian • Tidak dapat diubah	2/2x2	2	Nn. S bersekolah (remaja) sehingga lebih cepat menyerap informasi/edukasi.
3.	Potensi pencegahan masalah • Tinggi • Sedang • Rendah	3/3 x 1	1	Edukasi yang tepat dapat langsung mengubah perilaku konsumsi minuman manis.
4.	Menonjolkan masalah • Masalah berat, harus segera ditangani • Ada masalah, tidak perlu segera ditangani • Masalah tidak Dirasakan	1/2 x 1	1	Keluarga tahu ada masalah, tapi belum menganggap ketidaktahuan sebagai ancaman darurat.
Total Skor			4,5	

Defisit Pengetahuan

No	Kriteria	Perhitungan	Bobot	Justifikasi
1	Sifat Masalah : • Tidak/Kurang sehat • Ancaman Kesehatan • Krisis	3/3x1	1	Keluarga secara nyata belum mampu mengelola diet dan pemantauan gula darah anak.
2.	Kemungkinan masalah untuk dirubah • Mudah • Sebagian • Tidak dapat diubah	2/2x2	2	Perlu waktu untuk mengubah kebiasaan masak dan menyediakan alat kesehatan mandiri.
3.	Potensi pencegahan masalah • Tinggi • Sedang • Rendah	2/3 x 1	1	Dukungan keluarga ada, namun keterbatasan pemahaman menghambat pencegahan.
4.	Menonjolkan masalah • Masalah berat, harus segera ditangani • Ada masalah, tidak perlu segera ditangani • Masalah tidak Dirasakan	2/2 x 1	1	Keluarga mengeluh cemas, menandakan masalah sangat dirasakan dan butuh solusi.
Total Skor			3,76	

E. Prioritas diagnosa keperawatan

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Kurang terpapar informasi tentang manajemen diabetes d.d kadar glukosa darah tinggi, mengeluh lelah/lesu, dan mulut kering.
2. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif b.d Kompleksitas program perawatan d.d mengungkapkan kesulitan menjalani program perawatan dan gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko.
3. Defisit Pengetahuan b.d Kurang terpapar informasi d.d menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran dan tampak bingung/menanyakan masalah yang dihadapi.

F. Perencanaan askep keluarga

Tabel 3. 5 Scoring (Prioritas) Masalah Keperawatan Keluarga

Diagnosis/ kode	Kategori/ subkategori	Definisi/ kondisi klinis terkait (KKT)	Penyebab	Tanda dan gejala mayor	Luaran	Intervensi
Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	Fisiologis / Nutrisi dan Cairan	Ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai variasi kadar glukosa darah naik atau turun dari rentang normal.	1. Disfungsi pankreas 2. Resistensi insulin 3. Gangguan toleransi glukosa darah 4. Gangguan glukosa darah puasa	Hiperglikemia DS: - Lelah atau lesu DO: - Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi Tanda dan gejala hipoglikemia DS: - Mengantuk - Pusing	Kestabilan kadar gula darah (SLKI, L.03022) Setelah dilakukan kunjungan keluarga selama 3x24 menit diharapkan kestabilan kadar gula darah Nn. S meningkat dengan kriteria hasil : - Kadar glukosa dalam darah klien membaik rentang - GDS : ≤ 200 mg/dl, GDP : ≤ 126 mg/dl - Klien tidak lagi mengeluh	Manajemen Hiperglikemia (SIKI I.03115) hal. 180 Observasi: a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) c. Monitor kadar glukosa darah. Terapeutik: a. Berikan asupan cairan oral

				DO: - Gangguan koordinasi - Kadar glukosa dalam darah/urin rendah	lelah/lesuKeluhan sering lapar, haus menuru	b. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk c. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik Edukasi: a. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL b. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri c. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga d. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, jika perlu e. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professiona f. Ajarkan teknik Diabetes Self-Management Education (DSME) untuk memonitor kadar glukosa darah secara mandiri.
--	--	--	--	---	---	--

						(Jurnal: Utama, Indasah, & Layla, 2021 - The Effect of DSME on Improving Self-Management). Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu - Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu - Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu
Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D. 0115)	Kategori : perilaku Subkategori : penyuluhan dan pembelajaran	Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga	- Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan - Kompleksitas program perawatan/ pengobatan - Konflik pengambilan keputusan - Kesulitan ekonomi - Banyak	DS : - Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang di derita - Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan DO : - Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat	Manajemen kesehatan keluarga (L. 12105) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil : - Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami (5) - Aktivitas keluarga mengatasi masalah	Dukungan koping keluarga (L. 09260) Observasi - Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini - Identifikasi beban prognosis secara psikologis - Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang - Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga Terapeutik

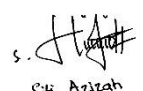
			tuntutan 6. Konflik keluarga	Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat	masalah kesehatan tepat (5) 3. Partisipasi dalam program kesehatan komunitas (5) 4. Gejala penyakit anggota keluarga (5)	a. Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga b. Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi c. Diskusikan rencana medis dan perawatan d. Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga e. Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka panjang, jika perlu f. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan Edukasi a. Informasikan kemajuan pasien secara berkala b. Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia c. Fasilitasi keluarga dalam pengambilan keputusan perawatan jangka panjang. d. Berikan dukungan psikososial dan motivasi untuk meningkatkan kemandirian (Self-
--	--	--	--	---	---	---

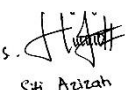
						Care Agency). <i>(Jurnal: Laia, Saliq, & Rogoeza, 2024 - Effectiveness of DSME Among Diabetes Mellitus Patients: Systematic Review).</i> Kolaborasi Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu
Defisit Pengetahuan [D.0111]	Perilaku / Penyuluhan dan Pembelajaran	Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (Diabetes).	Penyakit Akut/Kronis, Kondisi klinis yang baru dihadapi. 1) Keterbatasan kognitif 2) Gangguan fungsi kognitif 3) Kekeliruan mengikuti anjuran 4) Kurang terpapar informasi 5) Kurang minat dalam belajar	Subjektif: Menanyakan masalah yang dihadapi. Objektif: Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, Menunjukkan persepsi yang keliru.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status tingkat pengetahuanmeningkat, dengan kriteria hasil: 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik a. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan

			6) Kurang mampu mengingat 7) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi.		tentang suatu topik meningkat 4) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	b. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat d. Sediakan materi DSME melalui media <i>leaflet</i> atau video tentang pengaturan nutrisi (3J: Jadwal, Jumlah, Jenis). e. Jelaskan faktor risiko dan manajemen komplikasi menggunakan pendekatan edukasi berkelanjutan. <i>(Jurnal: Ma, Zhao, et al., 2026 - Effect of DSME in Type 2 Diabetes Management: A Systematic Umbrella Review).</i>
--	--	--	---	--	--	--

G. Implementasi keperawatan

Dx Keperawatan	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
Ketidakstabilan glukosa darah	11 April 2026 09.15 WIB	1. Memonitor kadar glukosa darah Hasil: Terukur GDS Nn. S sebesar 280 mg/dl.	S : - Nn. S mengatakan rasa haus mulai berkurang daripada saat pulang dari posyandu. - Nn. S mengatakan sudah tidak terlalu sering terbangun malam hari untuk BAK. - Nn. S mengatakan masih merasa agak lemas tetapi sudah bisa melakukan aktivitas ringan. O : - GDS terakhir: 280 mg/dl (Turun dari 400 mg/dl). - Mukosa bibir tampak
	09.19 WIB	2. Mengidentifikasi tanda dan gejala hiperglikemia Hasil: Nn. S mengatakan rasa haus sedikit berkurang dibandingkan saat GDS 400 mg/dl, namun tubuh masih terasa agak lemas.	
	09.30 WIB	3. Mengajarkan pengelolaan diabetes melalui metode <i>Diabetes Self-Management Education (DSME)</i> Hasil: Nn. S mampu menyebutkan kembali 5 pilar manajemen DM untuk menstabilkan gula darah.	
	10.10 WIB	4. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet rendah glikemik dan asupan cairan yang cukup Hasil: Nn. S menyatakan bersedia untuk mencoba mengganti minuman manis dengan air putih untuk mencegah lonjakan gula darah.	

			mulai lembap. - Nn. S tampak mampu menyebutkan pilar manajemen glukosa darah. A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian. P : Pertahankan intervensi: - Monitor kadar glukosa darah secara rutin. - Motivasi kepatuhan diet dan kontrol asupan cairan.  Siti Azizah
Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	11 April 13.00	1. Mengidentifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini Hasil : Keluarga mampu mengungkapkan perasaan yang dirasakan seperti khawatir, cemas, dan takut terhadap penyakit Nn.S 2. Mengidentifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga	S : - Keluarga mengatakan belum mengetahui cara merawat anggota keluarga dengan Diabetes Melitus - Nn. S mengatakan hanya mengetahui

		Hasil : Terdapat kesesuaian antara harapan keluarga dan tenaga kesehatan yaitu Keluarga mulai memahami pentingnya mengikuti anjuran medis. 3. Mendengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga Hasil : Keluarga mampu mengungkapkan masalah yang dihadapi, seperti kurangnya pengetahuan tentang diabetes melitus dan cara penanganannya. 4. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan Hasil : Tercapainya kesepakatan antara perawat, Nn. S, dan orang tua untuk bersama-sama mendampingi anak dalam modifikasi diet harian dan menjadwalkan kontrol glukosa darah berkala. 5. Memfasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka panjang, jika perlu Hasil: Keluarga berkomitmen aktif dalam mengambil keputusan terkait perawatan mandiri Nn. S, seperti menyetujui jadwal kontrol rutin ke Puskesmas. 6. Menghargai dan dukung mekanisme koping adaptif	penyakit DM secara umum tetapi tidak memahami tanda dan gejala awal - Keluarga mengungkapkan kekhawatiran terhadap kondisi penyakit di masa depan O : - Keluarga belum memiliki pengalaman merawat anggota dengan DM - Tidak ada tindakan pemantauan gula darah secara mandiri di rumah A: Manajemen Kesehatan Keluarga tidak efektif belum teratasi P : Pertahankan intervensi  Siti Azizah
--	--	---	--

		yang digunakan Hasil : Keluarga menunjukkan mekanisme koping yang adaptif seperti saling mendukung, berdiskusi, dan mencari informasi terkait penyakit yang diderita 7. Menginformasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia Hasil : Keluarga mengetahui dan memahami fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan seperti puskesmas dan rumah sakit. Keluarga menyatakan bersedia memanfaatkan fasilitas tersebut untuk kontrol kesehatan secara rutin.	
Defisit Pengetahuan	11 April 10.00 10.30	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan Nn. S dalam menerima informasi Hasil: Nn. S tampak siap dan antusias mendengarkan penjelasan sambil memegang buku catatan. 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan berupa Leaflet DSME dan lembar balik Hasil: Tersedianya media edukasi yang menarik dan mudah dipahami oleh Nn. S sebagai panduan mandiri.	S : - Nn. S mengatakan sudah paham cara mengatur menu makan menggunakan piring model T. - Nn. S mengatakan memahami bahwa kebiasaan minum manis sebelumnya sangat berpengaruh

	10.45	3. Menjelaskan faktor risiko dan manajemen diet DM menggunakan Materi Edukasi DSME Hasil: Nn. S memahami hubungan antara konsumsi minuman manis yang berlebihan dengan penyakitnya saat ini.	pada gula darahnya. Nn. S mengatakan akan menggunakan leaflet DSME sebagai panduan di rumah.
	11.15	4. Mendemonstrasikan cara memilih makanan sehat berdasarkan porsi piring makan model T Hasil: Nn. S dapat membedakan jenis karbohidrat kompleks dan karbohidrat sederhana secara mandiri.	O : - Nn. S mampu menjelaskan kembali pengertian DM dan tanda gejalanya dengan benar. - Nn. S dapat mendemonstrasikan pemilihan jenis makanan yang aman untuk dikonsumsi. - Nn. S menunjukkan minat tinggi saat sesi edukasi. A : - Defisit pengetahuan teratasi sebagian. P : Pertahankan intervensi: 1. Evaluasi kembali pemahaman pasien secara berkala saat

			kunjungan berikutnya. 2. Berikan dukungan motivasi untuk mempertahankan pola hidup sehat s.  Siti Azizah
--	--	--	--

H. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan Keperawatan

N O	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
13 April 2026			
1	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah	S: - Nn. S mengeluh badannya lemas, sering haus (polidipsi), dan cepat merasa lapar. O: - GDS: 280 mg/dL. Mulut tampak kering, pasien tampak lelah. A: - Masalah ketidakstabilan glukosa darah belum teratasi. P: - Manajemen Hiperglikemia dengan intervensi DSME Pilar Nutrisi & Obat. I: - Memberikan edukasi porsi makan (3J) dan memantau kepatuhan minum obat oral.	 Siti Arizah

		E: - Pasien bersedia mengikuti jadwal makan, pusing sedikit berkurang. R: - Pantau GDS secara berkala besok pagi.	
2	Defisit Pengetahuan tentang Manajemen Diabetes b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan tidak tahu apa itu DSME dan bingung cara mengatur pola hidupnya setelah divonis DM. O: - Pasien tidak mampu menjawab saat ditanya tentang 5 pilar DM, GDS: 280 mg/dL. A: - Defisit pengetahuan belum teratasi. P: - Berikan edukasi DSME (Sesi 1: Konsep Dasar DM & Nutrisi). I:	 Siti Azizah

		- Menjelaskan proses penyakit DM dan pilar Terapi Nutrisi Medis (Diet). E: - Pasien mampu menjelaskan kembali pengertian DM secara sederhana.R: Lanjutkan edukasi Latihan Jasmani (Pilar 3) besok."	
3	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan tidak tahu pilar perawatan DM dan merasa masa depannya suram karena sakit. O: - GDS: 280 mg/dL - Pasien tampak murung - Tidak ada jadwal diet/olahraga. A: - Manajemen kesehatan tidak efektif (tingkat pengetahuan rendah). P: - Lakukan kontrak DSME selama 7 hari	 Siti Azizah

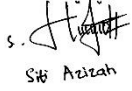
		untuk kemandirian & aktualisasi diri. I: - Memberikan edukasi pilar 1 (Edukasi Penyakit) & 2 (Nutrisi/Diet). E: - Pasien mampu menyebutkan pengertian DM & prinsip diet 3J.R: Lanjutkan edukasi pilar 3 (Latihan Jasmani) besok pagi.	
14 April 2026			
1	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah	.S: - Nn. S mengatakan sudah mengurangi minuman manis, lemas mulai berkurang. O: - GDS: 255 mg/dL. Turgor kulit membaik, mukosa bibir lembap. A: Masalah teratasi sebagian P:	 S. Azizah

		- Tambahkan intervensi Pilar 3 (Latihan Jasmani). I: - Mendampingi pasien jalan santai di sekitar rumah selama 15-20 menit. S: - Nn. S mengatakan sudah mengurangi minuman manis, lemas mulai berkurang. O: - GDS: 255 mg/dL. Turgor kulit membaik, mukosa bibir lembap. A: - Masalah teratasi sebagian (GDS cenderung menurun). P: - Tambahkan intervensi Pilar 3 (Latihan Jasmani). I: - Mendampingi pasien jalan santai di sekitar rumah selama 15-20 menit.	
--	--	---	--

		E: - Pasien tidak mengalami tanda hipoglikemia saat olahraga. R: - Lanjutkan pemantauan efektivitas latihan jasmani terhadap kadar gula.	
2	Defisit Pengetahuan tentang Manajemen Diabetes b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan sudah paham soal diet, tapi belum tahu olahraga apa yang aman. O: - Pasien mampu menunjukkan contoh jadwal makan harian. A: - Pengetahuan tentang nutrisi meningkat, pengetahuan aktivitas fisik masih kurang. P: - Edukasi DSME (Sesi 2: Latihan Jasmani).	 S. Arizah

		I: - Mengajarkan jenis olahraga yang sesuai (jalan santai & senam kaki) selama 30 menit. E: Pasien mampu mendemonstrasikan gerakan senam kaki dengan benar. R: Lanjutkan edukasi Terapi Farmakologi (Pilar 4)."	
3	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan mulai mencoba mengurangi porsi nasi. O: - Pasien kooperatif - Mampu menyusun menu harian sederhana. A: - Masalah teratasi sebagian (Pilar diet mulai dipahami). P: - Tingkatkan kepatuhan aktivitas fisik. I:	 Siti Azizah

		- Melakukan edukasi pilar 3 (Latihan Jasmani) dan latihan senam DM ringan. E: - Pasien mampu mendemonstrasikan gerakan senam kaki & rencana jalan santai.R: Pantau kelelahan saat latihan jasmani	
15 April 2026			
1	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah	S: Nn. S mengatakan badannya terasa lebih bugar setelah berolahraga. O: GDS: 240 mg/dL. Pasien tampak lebih segar dan proaktif. A: Ketidakstabilan glukosa darah mulai terkontrol. P: Lakukan edukasi pilar PGDM (Pemantauan Mandiri). I: Melatih pasien cara cek gula darah mandiri untuk kontrol harian. E: Pasien dapat melakukan cek GDS sendiri tanpa ragu.	 Siti Arizah

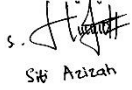
		R: Evaluasi kadar gula harian secara mandiri oleh pasien.	
2	Defisit Pengetahuan tentang Manajemen Diabetes b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan sering lupa minum obat karena merasa tubuhnya sedang sehat. O: - GDS: 240 mg/dL. - Pasien tampak kurang termotivasi minum obat. A: - Defisit pengetahuan farmakologi (kepatuhan) P: - Edukasi DSME (Sesi 3: Farmakologi & Penggunaan Insulin/Obat). I: - Menjelaskan pentingnya obat untuk mencegah komplikasi masa depan. E: - Pasien menyatakan komitmen untuk tidak melewatkan dosis obat. R:	 Siti Azizah

		- Lanjutkan edukasi pilar terakhir: PGDM (Cek Mandiri).	
3	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan sudah jalan santai 15 menit tapi bingung soal dosis obat. O: - GDS: 245 mg/dL. - Pasien tampak lebih aktif bergerak. A: - Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan mulai tampak. P: - Edukasi pilar 4 (Farmakologi) & pilar 5 (PGDM). I: - Mengajarkan cara kerja obat oral & teknik penggunaan glukometer mandiri. E: - Pasien memahami waktu minum obat &	 S. Arizah

		cara cek gula darah sendiri. R: - Evaluasi ketepatan penggunaan alat glukometer besok	
16 April 2026			
1	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah	S: - Nn. S mengatakan tidak ada keluhan lain hari ini selain lemas O: - GDS: 190 mg/dL. Pasien tidak lagi mengeluh sering haus atau lapar berlebih A: - Masalah teratasi sebagian (Target GDS mendekati normal) P: - Pertahankan kepatuhan 5 pilar DSME. I: - Motivasi pasien untuk konsisten mengelola diet dan aktivitas fisik. E:	 S. Arizah

		- Pasien berkomitmen menjaga kestabilan gula darah demi kegiatannya. R: - Hubungkan kestabilan fisik dengan pencapaian potensi diri (Aktualisasi).	
2	Defisit Pengetahuan tentang Manajemen Diabetes b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan ingin bisa cek gula darah sendiri agar tidak terus ke Puskesmas. O: - Pasien tampak antusias memperhatikan cara penggunaan glukometer. A: - Kesiapan belajar meningkat tinggi. P: - Edukasi DSME (Sesi 4: Pemantauan Glukosa Darah Mandiri). I: - Melatih pasien menusuk jari dan	 S. Arizah

		membaca hasil alat glukometer sendiri. E: - Pasien berhasil melakukan PGDM secara mandiri dan mencatat hasilnya. R: - Evaluasi seluruh 5 pilar dalam satu siklus kemandirian.	
3	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan, "Ternyata cek gula darah sendiri tidak semenakutkan itu."" O: - Pasien mendemonstrasikan PGDM secara mandiri dengan hasil GDS: 190 mg/dL. A: - Kemandirian (<i>Self-Management</i>) meningkat signifikan. P: - Integrasikan 5 pilar dalam rutinitas harian untuk aktualisasi diri. I:	 Siti Azizah

		- Memberikan motivasi tentang hobi & impian Nn. S (Aktualisasi Diri). E: - Pasien mulai merencanakan kembali aktivitas sekolah/belajarnya. R: - Pertahankan intervensi dukungan psikososial	
17 April 2026			
1	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah	S: - Nn. S mengatakan, "Badan saya terasa jauh lebih segar, sudah tidak gampang haus, dan saya sudah mulai bisa konsentrasi belajar lagi tanpa merasa lemas." O: - 165 mg/dL. Mukosa bibir lembap, turgor kulit elastis, pasien tampak bugar dan proaktif saat berdiskusi.	 S. Arizah

		A: - Masalah teratasi sebagian (Kadar gula darah stabil dalam rentang terkontrol). P: - Optimalkan kemandirian dalam manajemen glukosa harian. I: - Mendiskusikan pentingnya menjaga kestabilan gula darah agar tetap produktif dalam mengejar hobi dan tugas sekolah. E: - Pasien memahami kaitan antara kondisi fisik yang stabil dengan kemampuan aktualisasi diri. R: - Pantau stabilitas GDS secara mandiri sebelum dan sesudah aktivitas berat.	
--	--	--	--

2	Defisit Pengetahuan tentang Manajemen Diabetes b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan sudah paham semua cara mengelola DM dan merasa lebih tenang. O: - GDS: 165 mg/dL. - Pasien mampu merangkum 5 pilar pengelolaan DM tanpa bantuan. A: - Defisit Pengetahuan teratasi (Kemandirian Fisiologis tercapai). P: - Arahkan pengetahuan menuju strategi Aktualisasi Diri. I: - Membahas cara mengintegrasikan manajemen DM dengan aktivitas hobi/sekolah. E: - Pasien memahami bahwa kemandirian	 S. Arizah
---	---	--	--

		adalah kunci untuk tetap berprestasi. R: - Pantau penerapan pengetahuan secara konsisten.	
3	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan merasa badannya lebih enak dan tidak gampang lemas lagi. O: - GDS: 165 mg/dL. - Pola makan teratur, - obat rutin diminum. A: - Manajemen kesehatan efektif (Kemandirian tercapai). P: - Fokus pada penguatan konsep aktualisasi diri. I: - Berdiskusi tentang bagaimana kemandirian DM mendukung cita-citanya.	 Siti Azizah

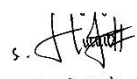
		E: - Pasien menyatakan keyakinan bahwa DM bukan penghalang prestasinya. R: - Lanjutkan monitoring evaluasi kemandirian total.	
18 April 2026			
1	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah	S: - Nn. S mengatakan sudah mulai kembali mengerjakan tugas hobi tanpa lemas. O: - GDS: 155 mg/dL. Kondisi fisik sangat baik, tidak ada keluhan fisik. A: - Masalah teratasi (Stabilitas gula darah mendukung Aktualisasi Diri). P: - Dorong pasien mempertahankan pola DSME secara permanen.	

		I: - Memberikan apresiasi atas keberhasilan pasien menstabilkan gula darahnya. E: - Pasien merasa bangga karena mampu mengontrol tubuhnya sendiri. R: - Siapkan rencana tindak lanjut jangka panjang.	
2	Defisit Pengetahuan tentang Manajemen Diabetes b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan, ""Saya sekarang tahu bahwa saya tetap bisa produktif meskipun DM."" O: - Pasien menyusun rencana aktivitas produktif mingguan A: - Pengetahuan mendukung pemenuhan Aktualisasi Diri. P:	 Siti Azizah

		- Dorong kemandirian berkelanjutan. I: - Memberikan dukungan psikologis untuk mempertahankan pola hidup sehat. E: - Pasien menunjukkan sikap percaya diri dan pandangan hidup yang positif. R: - Siapkan terminasi intervensi	
3	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan sudah bisa mengelola jadwal harian secara mandiri. O: - GDS: 150 mg/dL. - Pasien tampak ceria dan menunjukkan karya/tugas sekolahnya. A:	 Siti Azizah

		- Aktualisasi diri mulai terpenuhi melalui kemandirian DSME. P: - Dorong keluarga untuk terus mendukung kemandirian Nn. S. I: - Melibatkan keluarga dalam pengawasan pasif kemandirian pasien. E: - Keluarga menyatakan bersedia mendukung penuh kemandirian Nn. S. R: - Siapkan terminasi intervensi.,Siti Azizah	
19 April 2026			
1	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah	S: - Nn. S menyatakan siap menjaga pola hidup sehat selamanya agar tetap produktif. O:	 Siti Azizah

		- GDS: 148 mg/dL. Pasien mandiri total dalam 5 pilar DSME. A: - Kestabilan glukosa darah teratasi P: - Intervensi dihentikan (Pasien dinyatakan mandiri). I: - Dokumentasi akhir dan serah terima pengawasan kepada keluarga. E: - Target klinis tercapai, Nn. S menunjukkan tanda aktualisasi diri yang kuat. R: - Kontrol rutin ke Puskesmas Cidolog sesuai jadwal.	
2	Defisit Pengetahuan tentang Manajemen Diabetes b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S mengatakan sangat bersyukur mendapatkan edukasi ini karena merasa berdaya lagi.	 Siti Azizah

		O: - Pengetahuan kognitif & psikomotorik pasien sangat baik. GDS stabil 150 mg/dL. A: - Diagnosa Teratasi. Pengetahuan maksimal tercapai (Aktualisasi Diri). P: - Hentikan intervensi (Edukasi selesai). I: - Melakukan evaluasi akhir pengetahuan dengan kuesioner singkat. E: - Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan skor pengetahuan yang signifikan. R: Discharge planning (Rencana kontrol rutin)., Siti Azizah	
3	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif b.d Kurang Terpapar Informasi	S: - Nn. S menyatakan, "Saya merasa utuh kembali dan siap mengejar mimpi saya.	 Siti Azizah

		O: - GDS stabil, kepatuhan 5 pilar 100%. Pasien produktif secara mandiri. A: - Diagnosa Teratasi. Kemandirian & Aktualisasi Diri tercapai penuh. P: - Hentikan intervensi (Pasien mandiri total). I: - Melakukan evaluasi akhir dan memberikan apresiasi (Reward). E: - Pasien lulus program DSME dengan hasil optimal secara fisik & psikologis. R: - Pasien disarankan kontrol rutin di Puskesmas Cidolog sebulan sekali.	
--	--	---	--