

BAB 3

TINJAUAN KASUS

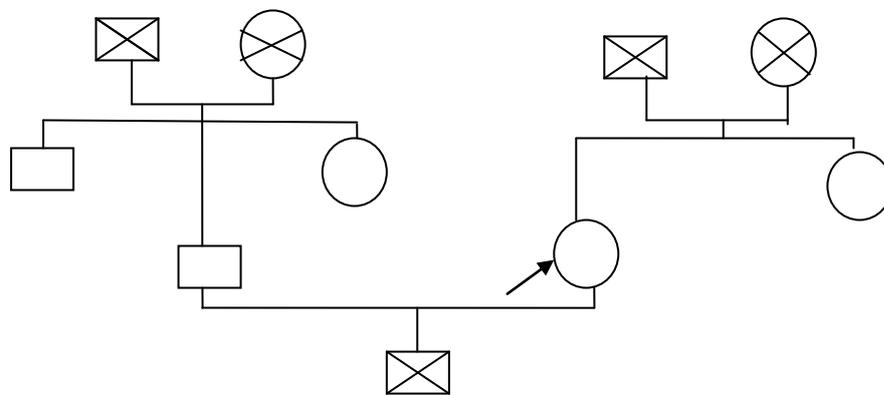
3.1 Pengkajian

Hari sabtu tanggal 01 Maret 2014 jam 11.00 WIB

3.1.1 Identitas Pasien

Nama klien Ny.J umur 70 tahun (elderly), alamat Jl. Dungsambi Jombang. Klien sudah menikah, beragama islam, suku asli jawa, klien tidak sekolah, klien buta huruf, sudah 4 tahun 7 bulan klien tinggal dipanti. Riwayat pekerjaannya adalah seorang ibu rumah tangga.

3.1.2 Genogram



Keterangan : ⊠ : Laki-laki meninggal □ : Laki-laki hidup
 ⊗ : Perempuan meninggal ○ : Perempuan hidup
 ↗ ○ : Klien

Gambar 1.3 Genogram

3.1.3 Riwayat Rekreasi

Hobi : Klien mengatakan hobinya adalah berolah raga, bersih-bersih, dan membikin sulak.

Liburan/Perjalanan : Klien mengatakan dulu pernah liburan ke puncak wangi Lamongan.

3.1.4 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Klien mengatakan mata kabur, badannya terasa Capek atau kelelahan bila di buat jalan sebentar. Klien juga mengatakan kaki terasa berat dan sering merasakan kesemutan pada kedua kakinya.

2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

Klien mengatakan dalam 3 bulan terakhir yang dirasakan adalah sakit pada kaki saat dibuat bergerak dan berjalan.

3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir

Klien mengatakan menderita penyakit Kencing manis.

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital dan status gizi

Tekanan darah: 140/80 mmHg

Suhu : 36,7°C

Nadi : 88x/menit

Respiratori : 23x/menit

Berat badan : 37 Kg

Tinggi badan : 154 cm

3.1.6 Pengkajian Head to Toe

1. Kepala

Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak ada kerontokan rambut, rambut bersih tidak ada keluhan.

2. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, tidak strabismus, penglihatan kabur, klien tidak menggunakan kacamata.

3. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal.

4. Mulut dan Tenggorokan

Bentuk mulut simetris, bersih, mukosa lembab, tidak ada stomatitis, gigi tidak lengkap (atas tinggal 8, bawah tinggal 3), tidak ada kesulitan mengunyah.

5. Telinga

Bersih, bentuk simetris, tidak ada peradangan, pendengaran normal.

6. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

7. Dada

Bentuk dada normal, tidak ada benjolan/jejas, tidak ada suara napas tambahan.

8. Abdomen

Bentuk simetris, tidak ada jejas/luka, perut tidak kembung, tidak ada nyeri tekan, bising usus 18x/menit.

9. Genetalia

Klien rajin menjaga kebersihan daerah genitalianya.

10. Ekstremitas

Kekuatan otot skala 5, postur tubuh tegap, ada keterbatasan rentang gerak pada kaki.

| Refleks | Kanan | Kiri |
|---------|-------|------|
| Biceps | + | + |
| Triceps | + | + |
| Knee | + | + |
| Achiles | + | + |

Tabel 1.3 Refleks Ekstremitas

Keterangan :

Refleks (+) : normal

Refleks (-) : menurun/meningkat

11. Integumen

Kulit bersih, lembab, tidak pucat, turgor kulit normal.

3.1.7 Pengkajian Psikososial

1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma

Klien mampu bekerjasama, misalnya dalam melakukan bersih-bersih wisma.

2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti

Klien mampu berinteraksi dengan orang lain diluar wisma. Klien sering mengikuti kegiatan bersama dengan orang lain diluar wisma seperti senam bersama.

3. Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti

Klien sering berinteraksi ke wisma lain biasanya pada waktu pagi dan sore hari.

4. Stabilitas emosi

Emosi klien stabil dapat menanggapi dengan tenang ketika ada masalah baik dengan orang lain dalam satu wisma.

5. Motivasi penghuni panti

Klien berada dipanti atas dasar keinginan Klien atau kemauan klien sendiri.

6. Frekuensi kunjungan keluarga

Klien tidak pernah dikunjungi oleh keluarga, karena memang tidak ada keluarga yang bisa di hubungi.

3.1.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

1. Kebiasaan merokok

Klien tidak merokok.

2. Pola pemenuhan nutrisi

Nafsu makan Klien baik, Klien makan 3 kali sehari, makanan 1 porsi habis, dengan porsi nasi, ikan, tahu tempe, sayur. Klien suka makan makanan yang manis-manis sebelum tinggal di panti.

3. Pola pemenuhan cairan

Klien minum air putih >3 gelas setiap hari, ditambah minuman seperti teh.

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Klien tidur >6 jam setiap hari, tidur nyenyak tidak ada gangguan, Klien menggunakan waktu luang untuk santai, bersih-bersih dan membuat sulak.

5. Pola eliminasi BAB

Klien BAB 1 kali sehari, konsistensi lembek, tidak ada gangguan waktu BAB.

6. Pola eliminasi BAK

Klien BAK 4-6 kali sehari, warna urin kuning jernih, tidak ada gangguan waktu BAK.

7. Pola aktivitas

Aktivitas klien dipanti yaitu membuat sulak, bersih-bersih wisma, dan mengikuti kegiatan yang ada di panti.

8. Pola pemenuhan kebersihan diri

Klien mandi 2 kali sehari, memakai sabun, rajin menggosok gigi, berganti pakaian 1 kali sehari.

9. Pola sensori dan kognitif

Panca indera klien ada yang terganggu yaitu penglihatan klien yang kabur, Klien tidak mengetahui tentang penyakit yang diderita, klien tidak tahu bagaimana penanganannya. Ketika ditanya tentang penyakitnya, cara penanganan dan makanan yang boleh dikonsumsi klien terlihat bingung dan tidak bisa menjawab.

3.1.9 Data Penunjang

1. Laboratorium

GDA Acak terakhir 6 bulan yang lalu: 500 mg/dl

2. Obat-obatan yang dikonsumsi

Captopril, Piroxicam, Glibenklamid

3.1.10 Pengkajian INDEKS KATZ (Indeks Kemandirian Pada Aktivitas Kehidupan Sehari-hari)

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ klien dapat diambil kesimpulan bahwa klien berada pada skor A yaitu klien dapat melakukan semua aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

3.1.11 Pengkajian Kemampuan Intelektual

Menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner)

Setelah diajukan beberapa pertanyaan (10 pertanyaan) sesuai dengan format SPMSQ klien dapat menjawab semua

pertanyaan dengan jumlah nilai jawaban yang benar 5 dan jawaban yang salah 5. Dapat diambil kesimpulan fungsi intelektual klien mengalami kerusakan ringan.

3.1.12 Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk aspek kognitif klien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa klien ada gangguan kognitif sedang. klien tidak mampu menjawab semua pertanyaan, dengan skor akhir 21.

3.1.13 Pengkajian Inventaris Depresi Beck untuk mengetahui tingkat depresi lansia dari Beck & Deck (1972)

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck klien tidak depresi atau minimal. Total penilaiannya klien dapat nilai 3 yaitu dalam batas depresi tidak ada atau minimal (0-4).

3.1.14 Analisa Data

Tanggal 01 Maret 2014

Data Pertama

Data Subjektif : Klien mengatakan badannya terasa Capek atau kelelahan bila di buat jalan sebentar, kaki terasa berat dan sering merasakan kesemutan pada kedua kakinya.

Data Objektif : Klien tampak kecapekan atau kelelahan, Klien memegangi dan memijat mijat kakinya. GDA Acak terakhir 6 bulan yang lalu: 500 mg/dl. Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi : 88x/menit, Respiratori : 23x/menit.

Masalah : Kelelahan/keletihan.

Kemungkinan penyebab: Perubahan kimia darah: insufisiensi insulin

Tanggal 01 Maret 2014

Data Kedua

Data Subjektif : Klien mengatakan mata kabur.

Data Objektif : Klien tampak berkonsentrasi saat melihat orang lain jarak lebih dari 1 meter, akan tetapi dengan cara memeriksa memakai visus jari secara terpisah hasilnya: mata kanan 3/60, mata kiri 5/60. Konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, penglihatan kabur, klien tidak menggunakan kacamata. GDA Acak terakhir 6 bulan yang lalu: 500 mg/dl. Tanda-

Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36,7°C,

Nadi : 88x/menit, Respiratori : 23x/menit.

Masalah : Risiko tinggi perubahan sensori-persepsi

Kemungkinan penyebab: Ketidakseimbangan glukosa dan elektrolit.

Tanggal 01 Maret 2014

Data ketiga

Data Subjektif : Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang diderita dan penanganannya.

Data Objektif : Klien sering bertanya tentang penyakit yang dideritanya, ketika ditanya tentang penanganan dan makanan yang boleh dikonsumsi Klien terlihat bingung dan tidak bisa menjawab, pasien tinggal dipanti sudah 4 tahun 7 bulan, umur pasien 70 tahun, Klien tidak pernah sekolah, Klien buta huruf.

Masalah : Kurang pengetahuan

Kemungkinan penyebab: Terbatasnya informasi tentang penyakit

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Kelelahan/keletihan berhubungan dengan perubahan kimia darah: insufisiensi insulin.
2. Risiko tinggi perubahan sensori-persepsi berhubungan dengan ketidakseimbangan glukosa dan elektrolit.
3. Kurangnya pengetahuan (kebutuhan belajar) mengenai penyakit berhubungan dengan terbatasnya informasi tentang penyakit.

3.3 Intervensi Keperawatan

Tanggal 1 Maret 2014

1. Diagnosa 1: Kelelahan/keletihan berhubungan dengan perubahan kimia darah: insufisiensi insulin ditandai dengan Klien mengatakan badannya terasa Capek atau kelelahan bila di buat jalan sebentar, kaki terasa berat dan sering merasakan kesemutan pada kedua kakinya. GDA Acak terakhir 6 bulan yang lalu: 500 mg/dl. Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi : 88x/menit, Respiratori : 23x/menit.

Tujuan perawatan : Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan kelelahan klien teratasi, dan klien dapat menunjukkan peningkatan energi dalam waktu 5x24 jam.

Kriteria hasil : Menunjukkan perbaikan kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan dan mengungkapkan peningkatan tingkat energi, serta bisa menunjukkan peningkatan energi.

Intervensi :

1. Diskusikan kebutuhan akan aktivitas. Buat jadwal perencanaan dan identifikasi aktivitas yang menimbulkan kelelahan.

Rasional : Pendidikan dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan tingkat aktivitas meskipun klien sangat lemah.

2. Diskusikan penyebab kelelahan seperti nyeri sendi, penurunan efisiensi tidur, peningkatan upaya yang diperlukan untuk ADL.

Rasional : Dengan mengetahui penyebab kelelahan, dapat menyusun jadwal aktivitas.

3. Berikan aktivitas alternatif dengan periode istirahat yang cukup/ tanpa diganggu.

Rasional : Mencegah kelelahan yang berlebih.

4. Pantau nadi , frekuensi nafas, serta tekanan darah sebelum dan sesudah melakukan aktivitas.

Rasional : Mengindikasikan tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi secara fisiologis.

5. Tingkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan.

Rasional : Memungkinkan kepercayaan diri/ harga diri yang positif sesuai tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi.

2. Diagnosa 2: Risiko tinggi perubahan sensori-persepsi berhubungan dengan ketidakseimbangan glukosa dan elektrolit, ditandai dengan klien mengatakan mata kabur. GDA Acak terakhir 6 bulan yang lalu: 500 mg/dl. Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi : 88x/menit, Respiratori : 23x/menit.

Tujuan perawatan : Mengurangi risiko cedera pada klien dalam waktu 5x24 jam.

Kriteria hasil : mempertahankan tingkat mental biasanya, dan mengenali adanya kerusakan sensori pada mata.

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya dengan klien menggunakan teknik komunikasi terapeutik

Rasional : BHSP dapat mempermudah dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

2. Pantau tanda-tanda vital dan status mental.

Rasional : Dasar membandingkan temuan abnormal, seperti suhu meningkat memengaruhi fungsi mental.

3. Panggil klien dengan nama, orientasikan sesuai kebutuhan, misal, terhadap tempat, orang, dan waktu. Berikan penjelasan singkat dengan bicara perlahan dan jelas.

Rasional : Menurunkan kebingungan dan membantu mempertahankan kontak dengan realitas.

4. Jadwalkan intervensi keperawatan agar tidak mengganggu istirahat klien.

Rasional : Meningkatkan tidur, menurunkan rasa letih, dan memperbaiki daya pikir.

5. Pelihara aktivitas rutin dengan konsisten, dorong melakukan kegiatan sehari-hari sesuai kemampuan.

Rasional : Memelihara klien tetap berhubungan dengan realitas dan mempertahankan orientasi pada lingkungannya.

6. Lindungi klien dari risiko cedera saat tingkat sensor terganggu. Evaluasi lapang pandang penglihatan sesuai indikasi.

Rasioanal : Klien dengan disorientasi merupakan awal timbulnya cedera, terutama pada malam hari, olehkarenaitu perlu pencegahan sesuai indikasi.

7. Pantau nilai laboratorium, seperti glukosa darah.

Rasional : Ketidakseimbangan nilai laboratorium menurunkan fungsi mental.

3. Diagnosa 3: Kurangnya pengetahuan (kebutuhan belajar) mengenai penyakit berhubungan dengan terbatasnya informasi tentang penyakit ditandai dengan klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang diderita dan penanganannya, klien sering bertanya tentang penyakit yang dideritanya, ketika ditanya tentang penanganan dan makanan yang boleh dikonsumsi klien terlihat bingung dan tidak bisa menjawab, klien tidak pernah sekolah, pasien buta huruf.

Tujuan perawatan : Meningkatkan pemahaman klien tentang penyakit dan penanganannya dalam waktu 2x24 jam.

Kriteria hasil : Klien dapat memahami tentang penyakit dan penanganannya, pasien tidak kebingungan.

Intervensi :

1. Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan penuh perhatian dan selalu ada untuk klien.

Rasional : Menanggapi dan memperhatikan perlu diciptakan sebelum klien bersedia mengambil bagian dalam proses belajar.

2. Bekerja dengan klien dalam menata tujuan belajar yang diharapkan.

Rasional : Partisipasi dalam perencanaan meningkatkan antusias dan kerja sama dengan prinsip yang dipelajari.

3. Diskusikan tentang kadar glukosa normal dan bandingkan dengan kadar glukosa darah klien, tipe DM yang dialami, hubungan antara kekurangan insulin dengan kadar gula darah yang tinggi.

Rasional : Memberikan pengetahuan dasar dimana klien dapat membuat pertimbangan dalam memilih gaya hidup.

4. Terangkan komplikasi penyakit akut dan kronis meliputi gangguan penglihatan (retinopati), perubahan neurosensori dan kardiovaskuler, perubahan fungsi ginjal/hipertensi.

Rasional : Kesadaran tentang apa yang terjadi membantu klien untuk lebih konsisten terhadap perawatannya dan mengurangi komplikasi.

5. Demonstrasikan cara pemeriksaan gula darah dengan menggunakan alat GDA.

Rasional : Melakukan pemeriksaan gulah darah 4 kali atau lebih sehari, meningkatkan control kadar gula darah dengan lebih ketat, dan mencegah perkembangan komplikasi jangka panjang.

6. Diskusikan tentang rencana diet, penggunaan makanan tinggi serat, dan cara melakukan makan.

Rasional : Kesadaran pentingnya control diet membantu klien dalam merencanakan program. Serat dapat mengabsorpsi glukosa yang akan menurunkan fluktuasi kadar gula darah, tetapi dapat menyebabkan gangguan pada saluran cerna, flatus meningkat, dan mempengaruhi absorpsi vitamin atau mineral.

3.4 Pelaksanaan

1. Diagnosa 1: Kelelahan/keletihan berhubungan dengan perubahan kimia darah: insufisiensi insulin ditandai dengan Klien mengatakan badannya terasa Capek atau kelelahan bila di buat jalan sebentar, kaki terasa berat dan sering merasakan kesemutan pada kedua kakinya. GDA Acak terakhir 6 bulan yang lalu: 500 mg/dl. Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi : 88x/menit, Respiratori : 23x/menit.

Pelaksanaan:

a. Tanggal 01 maret 2014

Jam 11.00 : Mengobservasi adanya keluhan pada klien.

Respon : Klien mengatakan badannya terasa Capek atau kelelahan bila di buat jalan sebentar, klien juga mengatakan kaki terasa berat, dan sering merasakan kesemutan pada kedua kakinya.

Jam 11.15 : Mendiskusikan penyebab kelelahan

Respon : Klien kooperatif, klien mampu mengetahuinya dan mampu menyusun jadwal aktivitas.

Jam 11.30 : Mendiskusikan kebutuhan aktivitas dengan cara membuat jadwal perencanaan yang menimbulkan kelelahan.

Respon : Klien kooperatif.

Jam 11.40 : Memberikan aktivitas alternatif dengan cara menyuruh klien beristirahat

Respon : Klien kooperatif.

Jam 11.45 : Meningkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktivitas sesuai kemampuan klien.

Respon : Klien kooperatif.

b. Tanggal 02 Maret 2014

Jam 11.00 : Mengobservasi TTV

Respon TD : 140/70 mmHg

Nadi : 88x/menit

Suhu : 36°C

RR : 22x/menit

Jam 11.15 : Mengkaji rasa kelelahan pada klien dan rasa kesemutan klien

Respon : Klien kooperatif, rasa lelah dan kesemutan masih ada

Jam 11.20 : Mendiskusikan penyebab kelelahan

Respon : Klien kooperatif, klien mampu mengetahuinya dan mampu menyusun jadwal aktivitas.

Jam 11.25 : Mendiskusikan kebutuhan aktivitas dengan cara membuat jadwal perencanaan yang menimbulkan kelelahan.

Respon : Klien kooperatif.

Jam 11.30 : Memberikan aktivitas alternatif dengan cara menyuruh klien beristirahat

Respon : Klien kooperatif.

Jam 11.35 : Meningkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktivitas sesuai kemampuan klien.

Respon : Klien kooperatif.

c. Tanggal 03 Maret 2014

Jam 08.00 : Mengajak klien untuk mengikuti kegiatan penyuluhan tentang kesehatan.

Respon : Klien kooperatif

Jam 10.30 : Mengobservasi TTV

Respon TD : 150/80 mmHg

Nadi: 80x/menit

Suhu: 36°C

RR : 22x/menit

Jam 11.35 : Mendiskusikan penyebab kelelahan

Respon : Klien kooperatif, rasa kelelahan masih ada, rasa kesemutan berkurang.

Jam 11.40 : Memberikan aktivitas alternatif dengan cara menyuruh klien beristirahat

Respon : Klien kooperatif.

Jam 11.45 : Meningkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktivitas sesuai kemampuan klien.

Respon : Klien kooperatif.

d. Tanggal 04 Maret 2014

Jam 08.00 : Mengajak klien ikut senam pagi (senam tera)

Respon : Klien kooperatif

Jam 09.30 : Mengobservasi TTV

Respon : TD: 120/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,1°C

RR : 22x/menit

Jam 09.40 : Memberikan aktivitas alternatif dengan cara menyuruh klien beristirahat

Respon : Klien kooperatif.

Jam 09.45 : Meningkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktivitas sesuai kemampuan klien.

Respon : Klien kooperatif.

e. Tanggal 05 Maret 2014

Jam 08.00 : Mengajak klien ikut senam pagi (senam tera)

Respon : Klien kooperatif

Jam 11.00 : Mengobservasi TTV

Respon TD : 130/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36°C

RR : 20x/menit

2. Diagnosa 2: Risiko tinggi perubahan sensori-persepsi berhubungan dengan ketidakseimbangan glukosa dan elektrolit, ditandai dengan klien mengatakan mata kabur. GDA Acak terakhir 6 bulan yang lalu: 500 mg/dl. Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi : 88x/menit, Respiratori : 23x/menit.

Pelaksanaan:

a. Tanggal 01 maret 2014

Jam 11.00 : Membina hubungan saling percaya dengan klien menggunakan teknik komunikasi terapeutik.

Respon: Klien kooperatif.

Jam 11.00 : Pantau tanda-tanda vital.

Respon: Klien kooperatif, Tekanan darah :140/80 mmHg, Suhu:36,7°C, Nadi: 88x/menit, Respiratori: 23x/menit.

Jam 11.10 : Memanggil klien dengan namanya serta mengorientasi sesuai kebutuhan misal terhadap waktu tempat dan waktu .

Respon : Klien kooperatif, klien mengerti akan dirinya yang berada di panti.

Jam 11.15 : Menjadwalkan intervensi keperawatan agar tidak mengganggu istirahat klien.

Respon : Klien kooperatif.

Jam 11.25 : Melindungi klien dari risiko cedera dengan cara mendekatkan barang yang di butuhkan .

Respon : Klien kooperatif.

Jam 11.40 : Memantau nilai glukosa darah klien.

Respon: Klien kooperatif

b. Tanggal 02 Maret 2014

Jam 11.00 : Mengobservasi TTV

Respon TD : 140/70 mmHg

Nadi : 88x/menit

Suhu : 36°C

RR : 22x/menit

Jam 11.15 : Melindungi klien dari risiko cedera dengan cara mendekatkan barang yang di butuhkan .

Respon : Klien kooperatif.

Jam 11.30 : Memantau nilai glukosa darah klien.

Respon: Klien kooperatif

c. Tanggal 03 Maret 2014

Jam 08.00 : Mengajak klien untuk mengikuti kegiatan penyuluhan tentang kesehatan.

Respon : Klien kooperatif

Jam 10.30 : Mengobservasi TTV

Respon TD : 150/80 mmHg

Nadi: 80x/menit

Suhu: 36°C

\ RR : 22x/menit

Jam 10.45 : Melindungi klien dari risiko cedera dengan cara mendekatkan barang yang di butuhkan (karena mata klien kabur).

Respon : Klien kooperatif. membantu klien berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi.

Jam 11.00 : Memantau nilai glukosa darah klien dan Menyuruh klien puasa dari jam 03.00 sampai jam 09.00..

Respon: Klien kooperatif dan bersedia untuk puasa.

d. Tanggal 04 Maret 2014

Jam 08.00 : Mengajak klien ikut senam pagi (senam tera)

Respon : Klien kooperatif

Jam 09.30 : Mengobservasi TTV

Respon : TD : 120/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,1°C

RR : 22x/menit

Cek GDA puasa : 277 mg/dl

Jam 09.40 : Melindungi klien dari cedera (mata klien kabur dan cepat merasa lelah saat berjalan)

Respon : Klien kooperatif, membantu klien berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi.

Jam 15.00 : Melakukan pemeriksaan gula darah.

Respon: GDA Acak 363 mg/dl

e. Tanggal 05 Maret 2014

Jam 08.00 : Mengajak klien ikut senam pagi (senam tera)

Respon : Klien kooperatif

Jam 11.00 : Mengobservasi TTV

Respon TD : 130/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36°C

RR : 20x/menit

3. Diagnosa 3: Kurangnya pengetahuan (kebutuhan belajar) mengenai penyakit berhubungan dengan terbatasnya informasi tentang penyakit ditandai dengan Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang

diderita dan penanganannya, Klien sering bertanya tentang penyakit yang dideritanya, ketika ditanya tentang penanganan dan makanan yang boleh dikonsumsi Klien terlihat bingung dan tidak bisa menjawab, Klien tidak pernah sekolah, pasien buta huruf.

pelaksanaan:

a. Tanggal 01 Maret 2014

Jam 11.20 : Memberikan penjelasan kepada klien tentang penyakit diabetes mellitus, perawatan, dan diet penderita diabetes mellitus.

Respon : Klien kooperatif.

Jam 11.25: Mendemonstrasikan cara pemeriksaan gula darah pada Klien

Respon : Klien kooperatif

Jam 12.30 :Mendiskusikan tentang kadar glukosa normal dan bandingkan dengan kadar glukosa klien.

Respon : Klien kooperatif

b. Tanggal 02 Maret 2014

Jam 11.15 : Memberikan penjelasan kepada klien tentang penyakit diabetes mellitus, perawatan, dan diet penderita diabetes mellitus.

Respon : Klien mulai paham tentang penyakitnya.

Jam 11.30: Mendemonstrasikan cara pemeriksaan gula darah pada Klien

Respon : Klien kooperatif

Jam 12.00 :Mendiskusikan tentang kadar glukosa normal dan bandingkan dengan kadar glukosa klien.

Respon : Klien kooperatif

a. Evaluasi

1. Diagnosa 1

a. Tanggal 01 Maret 2014

Subjektif : Klien mengatakan badannya terasa Capek atau kelelahan bila di buat jalan sebentar, kaki terasa berat dan sering merasakan kesemutan pada kedua kakinya.

Objektif : Klien tampak kecapekan atau kelelahan, Klien memegang dan memijat mijat kakinya. GDA Acak terakhir 6 bulan yang lalu: 500 mg/dl. Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi : 88x/menit, Respiratori : 23x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi nomer 1,2,3,4,5 dilanjutkan.

b. Tanggal 02 Maret 2014

Subjektif : Klien mengatakan rasa kelelahan masih ada bila dibuat berjalan sebentar.

Objektif : Klien terlihat lemas, lelah, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/70 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi : 88x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan

c. Tanggal 03 Maret 2014

Subjektif : Klien mengatakan rasa kelelahan masih ada.

Objektif : Klien terlihat lemas, lelah, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 150/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan

d. Tanggal 04 Maret 2014

Subjektif : Klien mengatakan rasa lelah berkurang.

Objektif : Klien terlihat lelah, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 120/70 mmHg, Suhu: 36,1°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi 4,5 dilanjutkan

e. Tanggal 05 Maret 2014

Subjektif : Klien mengatakan rasa lelah berkurang

Objektif : Klien terlihat lemas, Tanda-Tanda Vital,
Tekanan darah: 120/70 mmHg, Suhu:
36°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori :
20x/menit.

Asesment :Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning :Intervensi 5 dilanjutkan di panti

f. Tanggal 24 April 2014: tekanan darah 130/70 mmHg, klien mengatakan rasa lelah masih ada, melanjutkan intervensi yang sebelumnya.

g. Tanggal 06 mei 2014 : tekanan darah : 110/80 mmHg, klien mengatakan rasa lelah masih ada, klien makan jam 07.00 makan 2 sendok saja. Melakukan pemeriksaan GDA 2 jam PP : 293 mg/dl. Melanjutkan intervensi yang sebelumnya,

h. Tanggal 17 mei 2014 : tekanan darah : 130/80 mmHg, rasa lelah berkurang, klien mengatakan belum makan sama sekali, melakukan pemeriksaan GDA Puasa : 253 mg/dl.

i. Tanggal 28 juni 2014 : tekanan darah 130/70 mmHg.

j. Tanggal 12 juli 2014 : tekanan darah 120/70 mmHg.

2. Diagnosa 2

a. Tanggal 01 Maret 2014

Subjektif : Klien mengatakan mata kabur.

Objektif : Klien tampak berkonsentrasi saat melihat orang lain jarak lebih dari 1 meter, akan tetapi dengan cara memeriksa memakai visus jari secara terpisah hasilnya: mata kanan 3/60, mata kiri 5/60. konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, penglihatan kabur, klien tidak menggunakan kacamata. GDA Acak terakhir 6 bulan yang lalu 500 mg/dl. Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi : 88x/menit, Respiratori : 23x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi nomer 1,2,3,4,5,6,7 dilanjutkan.

b. Tanggal 02 Maret 2014

Subjektif : Klien mengatakan mata masih kabur.

Objektif : Klien tampak masih berkonsentrasi saat melihat orang lain jarak lebih dari 1 meter, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/70 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi : 88x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : Intervensi 1,2,3,4,5,6,7 dilanjutkan

c. Tanggal 03 Maret 2014

Subjektif : Klien mengatakan masih kabur.

Objektif : Klien tampak masih berkonsentrasi saat melihat orang lain jarak lebih dari 1 meter, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 150/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : Intervensi 2,6,7 dilanjutkan

d. Tanggal 04 Maret 2014

Subjektif : Klien mengatakan mata masih kabur.

Objektif :Klien tampak masih berkonsentrasi saat melihat orang lain dengan jarak lebih dari 1 meter. Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 120/70 mmHg, Suhu: 36,1°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit, GDA puasa : 277 mg/dl, GDA Acak : 363 mg/dl.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning :Intervensi 2,6,7 dilanjutkan

e. Tanggal 05 Maret 2014

Subjektif : Klien mengatakan mata kabur

Objektif : Klien tampak masih berkonsentrasi saat melihat orang lain jarak lebih dari 1 meter.

Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah:
120/70 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi :
80x/menit, Respiratori : 20x/menit.

Asesment :Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning :Intervensi 2,7 dilanjutkan di panti.

- f. Tanggal 24 April 2014: tekanan darah 130/70 mmHg, Klien mengatakan mata masih kabur.
- g. Tanggal 06 mei 2014 : tekanan darah : 110/80 mmHg, Klien mengatakan mata masih kabur, Klien makan jam 07.00 makan 2 sendok saja. Melakukan pemeriksaan GDA 2 jam PP : 293 mg/dl. Melanjutkan intervensi yang sebelumnya,
- h. Tanggal 17 mei 2014 : tekanan darah : 130/80 mmHg, mata masih kabur, Klien mengatakan belum makan sama sekali, melakukan pemeriksaan GDA Puasa : 253 mg/dl.
- i. Tanggal 28 juni 2014 : tekanan darah 130/70 mmHg.
- j. Tanggal 12 juli 2014 : tekanan darah 120/70 mmHg.

3. Diagnosa 3

- a. Tanggal 01 Maret 2014

Subjektif : Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang diderita dan penanganannya.

Objektif : Klien sering bertanya tentang penyakit yang dideritanya, ketika ditanya tentang penanganan dan makanan yang boleh dikonsumsi pasien terlihat bingung dan tidak bisa menjawab, klien tidak pernah sekolah, klien buta huruf.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi nomor 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan.

b. Tanggal 02 Maret 2014

Subjektif : Klien mengatakan sudah paham tentang penyakitnya

Objektif : Klien tidak kebingungan dan bisa menjawab ketika diberikan pertanyaan

Assesment : Masalah keperawatan sudah teratasi

Planning : Rencana tindakan dihentikan akan tetapi tetap di pertahankan.

c. Tanggal 24 April 2014: tekanan darah 130/70 mmHg, klien mengatakan rasa lelah masih ada, melanjutkan intervensi yang sebelumnya.

d. Tanggal 06 Mei 2014 : tekanan darah : 110/80 mmHg, klien mengatakan rasa lelah masih ada, klien makan jam 07.00 makan 2 sendok saja. Melakukan pemeriksaan GDA 2 jam PP : 293 mg/dl. Melanjutkan intervensi yang sebelumnya,

- e. Tanggal 17 mei 2014 : tekanan darah : 130/80 mmHg, rasa lelah berkurang, klien mengatakan belum makan sama sekali, melakukan pemeriksaan GDA Puasa : 253 mg/dl.
- f. Tanggal 28 juni 2014 : tekanan darah 130/70 mmHg.
- g. Tanggal 12 juli 2014 : tekanan darah 120/70 mmHg.