

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus**

Lokasi studi kasus tentang Diabetes Melitus akan dilaksanakan di sebuah rumah sakit umum yang bernama Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang terletak di Jl. Prof.Dr.W.Z.Yohanes kelurahan Paupire, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur. Rumah Sakit ini memiliki jam operasional untuk layanan IGD dan administrasi tersedia 24 jam (senin-minggu). Rumah Sakit dengan tipe C, berstatus BLUD (Badan Layanan Umum Daerah), dimiliki oleh Pemkab Ende. Rumah Sakit ini didirikan pertama kali pada tahun 1912 dan peletakan batu pertama pembangunan fisik dilakukan pada 8 september 1937 sehingga hari tersebut diperingati sebagai hari lahir RSUD Ende. Kapasitas tempat tidur rawat inap sekitar 145-194 tempat tidur. Ruangan di rumah sakit ini meliputi IGD, perinatal, ruang bersalin, ICU, ruang instalasi bedah sentral, CSSG, radiologi, nifas 1 dan 2, nifas 3, ruangan gizi, ruangan perawatan bedah, ruangan VVIP, ruangan perawatan khusus, ruangan penyakit dalam kelas 3, ruangan penyakit dalam kelas 1 dan 2, ruangan perawatan anak, dan yang terakhir kamar jenazah.

Penelitian ini dilakukan di ruangan penyakit dalam kelas 3 di Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Ruangan Penyakit Dalam kelas 3 merupakan salah satu ruangan dengan pasien yang memiliki berbagai macam penyakit

seperti hipertensi, SNH, anemia, pneumonia, asma, CHF, PPOK, gastritis berat, hepatitis, diabetes melitus, tipus, DBD, ISK, lupus, Gagal ginjal kronis. RPD 3 merupakan ruangan dengan 3 kamar yaitu kamar anggrek A dengan jumlah tempat tidur 7, kamar anggrek B dengan jumlah kamar 7 dan kamar anggrek C dengan jumlah tempat tidur 5. Setiap kamarnya sudah dilengkapi fasilitasnya masing-masing. Ruangan penyakit dalam kelas 3 ini dengan 1 orang kepala ruangan dan beberapa perawat.

## **2. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian ini dilakukan pada hari jumat tanggal 04 juli 2025 diruangan penyakit dalam di kamar anggrek C bed 2 pada pasien Tn. Y.P, berumur 53 tahun.

### **a. Pengumpulan Data**

#### **1) Wawancara**

##### **a) Biodata Klien**

Pasien dengan inisial Tn. Y.P dengan umur 53 tahun, beragama Kristen protestan, jenis kelamin laki-laki, status sudah menikah, pendidikan terakhir SD, pekerjaan buruh, alamat jl. Kelimutu, masuk dengan diagnosa medis Diabetes Melitus tipe 2.

##### **b) Biodata Penanggungjawab**

Penanggungjawab pasien yang berinisial Ny.K dengan umur 43 tahun, hubungan dengan pasien yaitu sebagai istri pasien, pekerjaan wiraswasta, yang bertempat tinggal di jl. Kelimutu.

#### **2) Status Kesehatan Sekarang**

a) Keluhan Utama

Pasien mengatakan saat ini pasien merasa lemas sehingga pasien hanya berbaring dan duduk diatas tempat tidur.

b) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan sakit pinggang, lemas, buang air besar bercampur darah, pasien juga mengatakan rasa lapar meningkat, pasien mengeluh haus, pasien juga mengatakan rasa ingin buang air kecil secara terus-menerus.

c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit

Pasien mengatakan pasien dibawa ke rumah sakit karena sakit pinggang disertai buang air besar yang bercampur darah dan pasien juga tampak lemas.

d) Upaya yang dilakukan untuk mengatasi

Keluarga langsung membawa pasien ke IGD rumah sakit sehingga upaya untuk mengatasi keluhan pasien perawat langsung memberikan terapy farmakologi sesuai instruksi dokter dan instruksi dokter juga pasien diminta puasa.

3) Status kesehatan masa lalu

a) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan tidak ada penyakit yang serius tetapi sakit pinggang yang dialami oleh pasien sudah 2 tahun yang lalu tetapi keluarga hanya menganggap sakit oinggang biasa sehingga tidak dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat.

b) Pernah dirawat

Pasien mengatakan tidak pernah dirawat sebelumnya.

c) Alergi

Pasien mengatakan pasien tidak alergi pada makanan, minuman, lingkungan, binatang dan juga obat-obatan.

d) Kebiasaan

Pasien mengatakan pasien dirumah sering merokok tetapi bukan perokok aktif yang ketergantungan dengan rokok, pasien juga minum kopi.

4) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang sebelumnya pernah mengalami kondisi yang sama seperti pasien.

5) Diagnosa medis dan terapy yang didapat sebelumnya

Pasien mengatakan tidak ada.

6) Pola Kebutuhan Dasar

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Pasien mengatakan saat sakit pasien tidak pernah ke fasilitas kesehatan dan pasien saat sakit akan membeli obat di apotik tanpa periksa ke fasilitas kesehatan sehingga pasien tidak mengetahui bahwa pasien juga menderita penyakit Diabetes Melitus.

b) Pola nutrisi metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 kali dalam sehari (nasi, ikan, sayur, telur) dengan porsi sedang, pasien juga sering makan makanan manis atau makan siap saji, pasien juga selama dirumah sebelum sakit sering minum susu, pasien juga banyak minum air mineral sebanyak 200 cc.

Pasien juga mengatakan saat sakit selama dirumah sakit pasien makan 3 kali dalam sehari (nasi, ikan, sayur) dengan porsi sedang tetapi pasien juga mengatakan pasien akan makan makanan tambahan seperti roti dan buah, pasien mengatakan selama dirumah sakit pasien tidak pernah minum susu tetapi pasien hanya minum air mineral sebanyak 3000 cc setara dengan 2 botol air mineral (1500cc). Normal pada umumnya pasien harus minum air sebanyak 8 gelas/hari (1600cc).

c) Pola eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit dalam sehari pasien akan buang air besar (BAB) 1 kali di pagi hari dengan keluhan sakit pinggang setelah buang air besar. Pasien juga mengatakan sebelum sakit pasien sering buang air kecil (BAK) dalam sehari bisa sampai dengan 20 kali. dan pasien juga mengatakan jumlah urin sekitaran  $\frac{1}{4}$  gelas air mineral atau 55cc sehingga jumlah urin dalam 1 hari mencapai 1.110cc dengan warna urin kuning gelap.

Pasien juga mengatakan saat sakit selama dirumah sakit pasien belum buang air besar sama sekali. Pasien juga mengatakan selama

dirumah sakit pasien akan sering ke kamar mandi untuk buang air kecil tetapi dengan keadaan pasien yang lemah sehingga pasien harus buang air kecil diatas tempat tidur menggunakan urinal pot dengan frekuensi  $\pm 20$  kali dan pasien juga mengatakan jumlah urin sekitaran  $\frac{1}{4}$  gelas air mineral atau 55cc sehingga jumlah urin dalam 1 hari mencapai 1.110cc dan warna urin kuning gelap.

d) Pola aktivitas dan latihan

Pada aktivitas pasien mengatakan dibantu oleh orang lain atau keluarga seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpindah, karena pasien tidak bisa melakukan secara mandiri saat ini dengan keadaannya yang lemas dan adanya oedema pada kaki pasien. Pada latihan pasien mengatakan sebelum sakit pasien memiliki kebiasaan jalan pagi sekitaran rumah. Saat sakit pasien mengatakan pasien hanya terbaring lemas dan tidak melakukan gerakan apapun. Pada saat dilakukan pemeriksaan kekuatan otot pasien dengan hasil 3/5 karena pasien dapat mengangkat tangan dan kaki atau menggerakkan tangan dan kaki secara perlahan tetapi dengan waktu yang singkat.

e) Pola kognitif dan persepsi

Pasien mengatakan penglihatan pasien tidak terganggu dan masih bisa melihat dengan jarak 12 langkah kaki pasien. Penciuman pasien juga tidak terganggu pasien masih mencium aroma minyak angin miliknya. Pasien juga mengatakan

pendengarannya masih baik sehingga pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

f) Pola persepsi konsep diri

Citra diri : pasien mengatakan tidak ada perubahan pada dirinya dikarenakan pasien tidak mengalami penurunan berat seperti pada pasien Diabetes Melitus pada umumnya.

Identitas diri : pasien mengatakan merasa kehilangan jati diri dikarenakan sebelumnya pasien sangat aktif dan sehat tetapi semenjak sakit pasien sudah tidak bekerja lagi dan hanya dirumah saja.

Harga diri : pasien mengatakan pasien merasa gagal dalam mengontrol kadar gula dalam darah dan juga tidak bisa mengontrol pola makan sehari-hari.

Peran dan fungsi : pasien mengatakan perannya dalam keluarga adalah sebagai seorang kepala keluarga yang harus bekerja tetapi semenjak berhenti dari pekerjaannya pasien harus dirawat dan pasien merasa bersalah karena harus jadi beban bagi keluarganya.

Ideal diri : pasien mengatakan pasien gagal mencapai standar atau harapan pribadi dengan kondisinya saat ini seperti pasien ingin tetap aktif tetapi cepat lelah.

g) Pola tidur dan istirahat

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien saat dirumah sudah sering terbangun di tengah malam karena rasa ingin buang air kecil terus-menerus.

Pasien juga mengatakan saat sakit selama dirumah sakit pasien masih terbangun dimalam hari karena rasa ingin buang air kecil terus-menerus dan kebisingan dari lingkungan sekitar.

h) Pola peran dan hubungan

Pasien mengatakan pasien memiliki peran yang baik dalam keluarga sebagai kepala keluarga, seorang suami dan seorang ayah untuk anak-anaknya. Pasien juga mengatakan hubungan pasien dengan anak istrinya sangat baik dan juga pasien memiliki hubungan yang baik dengan masyarakat sekitar.

i) Pola seksual reproduksi

Pasien mengatakan semenjak sakit pinggang dari tahun 2023 pasien sudah jarang melakukan hubungan seksual dengan istrinya. Pasien memiliki 2 anak laki-laki dan perempuan.

j) Pola toleransi stress-koping

Pasien mengatakan dengan kondisinya yang sekarang pasien mengalami stress tetapi istri pasien akan membantu mengurangi stress pasien dengan cara mengajak pasien untuk selalu bercerita.

k) Pola nilai kepercayaan

Pasien mengatakan semenjak masuk rumah sakit pasien sudah tidak bisa beribadah langsung di gereja tetapi pasien masih tetap

berdoa meminta kesembuhan dan pasien juga sring mendengarkan lagu-lagu rohani.

#### 7) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum pasien : lemah

Tingkat kesadaran : composmentis

GCS : 15 V: 5 M: 6 E: 4

b) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 100/90 mmhg

Nadi : 74 x/m

Suhu : 36,2 c

RR : 18x/m

Spo2 : 98%

c) Berat badan : 60 kg

Tinggi Badan : 157 cm

IMT :  $BB/TB^2 = BB/TB \times TB$

$$= 60/1,57 \times 1,57$$

$$= 60/2,4649$$

$$= 24,3 \text{ ( pasien dengan berat badan ideal)}$$

BBI :  $(TB-100)-(TB-100) \times 10\%$

$$= (157-100)-(157-100) \times 10\%$$

$$= 51,3\%$$

d) Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1) Kepala dan Leher

Inspeksi : pada kepala pasien tidak ada lesi, adanya rambut putih, tidak ada pembengkakan di leher, leher tampak kotor.

Palpasi : tidak ada nyeri pada kulit kepala dan tidak ada nyeri tekan pada leher pasien, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid, tidak ada benjolan di kepala pasien.

## 2) Mata

Inspeksi : mata pasien tampak simetris, tidak ada lesi di kelopak mata, sklera pasien tidak ikterik, konjungtiva anemis.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada mata pasien.

## 3) Hidung

Inspeksi : hidung pasien simetris, tidak ada pembengkakan pada hidung pasien.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada hidung pasien.

## 4) Mulut dan faring

Inspeksi : mulut pasien simetris, mulut tampak bersih, mukosa bibir kering, bibir tampak pucat, tidak ada pembengkakan dan lesi pada mulut pasien, tidak ada kemerahan saat pasien diminta membuka mulut hingga terlihat kerongkongan pasien.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada sariawan pada bagian dalam mulut pasien.

## 5) Payudara dan ketiak

Inspeksi : payudara pasien simetris, tidak ada pembengkakan pada payudara dan ketiak pasien, warna kulit payudara dan ketiak tampak pucat, tidak ada lesi pada payudara dan ketiak pasien.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada payudara dan ketiak pasien.

#### 6) Dada

Inspeksi : bagian dada kiri kanan simetris, bentuk dada normal, tidak ada lesi dan pembengkakan pada dada kiri kanan pasien.

Palpasi : vocal fremitis kanan kiri sama

Perkusi : sonor

Auskultasi : tidak ada suara tambahan wheezing, ronchi, dll.

#### 7) Abdomen

Inspeksi : tampak simetris, tidak ada pembengkakan dan lesi pada abdomen pasien.

Auskultasi : bising usus normal (30 x/m)

Perkusi : bunyi timpani (normal)

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan pada abdomen pasien.

#### 8) Integumen

Inspeksi : warna kulit pasien tampak pucat.

Inspeksi : akral teraba hangat.

#### 9) Ekstremitas

Atas : kekuatan otot tangan pasien lemah, pasien terpasang infus

NaCL 0,9 % 20 tpm, tidak ada lesi.

Bawah : kekuatan otot kaki pasien lemah, ada oedema pada kaki

pasien dan tidak lesi pada kaki pasien.

## 8) Pemeriksaan Penunjang

### a) Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 03-07-2025

**Tabel 2.1 Hasil Pemeriksaan LAB**

Pemeriksaan	Hasil	satuan	Nilai Rujukan
<b>ELEKTROLIT</b>			
NATRIUM	140.0	mmol/l	135-145
KALIUM	3.48	mmol/l	3,5-5.1
CHLORIDA	111,4	mmol/l	98-106
<b>Gula Darah Puasa (GDN)</b>			
GLUKOSA PUASA	275	mg/dl	<100
<b>KIMIA URINE</b>			
COLOUR	YELLOW		
GLUKOSA	-	mg/dl	<30
BILIRUBIN	-	mg/dl	0,02
KETON	-	mg/dl	Negatif
SG	1.020		1,001- 1,035
BLOOD	-	mg/dl	<0,010
Ph	6.0		4,6 -8,0
PROTEIN	1+	mg/dl	<15
UROBILIN	NORMAL	mg/dl	<1,0
NITRIT	-		Negatif
LEUKOSIT ESTERASE	1+		Negatif
LEKOSIT	10-25	lpb	0-5
ERITROSIT	0-2	lpb	0-2
SELINDER HALIN	-	lpb	0-2
SELINDER ERITROSIT	-		Negatif
SELINDER LEKOSIT	-		Negatif
SEL EPITEL GINJAL	-		Negatif
SEL EPITEL	-		Negatif
<b>TRANSISIONAL</b>			
SEL EPITEL BERTATAH	+		+(Sedikit)

BAKTERI	COCCUS	+ (Sedikit)
KRISTAL	-	Negatif
RAGI/YEAST	-	Negatif
SPEPMATOZOA	-	Negatif
PARASIR	-	Negatif

Tanggal : 03-07-2025

**Tabel 2.2 Hasil Pemeriksaan**

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
Golongan Darah + Rh GOLONGAN DARAH RHESUS	O/Rh+			

9) Therapy/Pengobatan

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi
1.	Rapid Acting	3 x 8 unit	Sebagai pengontrol glukosa darah	Jangan diberikan jika pasien sedang atau berisiko tinggi hipoglikemia
2.	Paracetamol	3 x 1 gr	Untuk meredakan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit seperti dengue tifoid dan ISK	Pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat
3.	Asam tranexamat	3 x 1 gr	Untuk pasien perdarahan	Tidak boleh diberikan pada pasien dengan stroke, hematuria dari asal ginjal, gangguan koagulasi berat dan kejang

4.	Sucralfate	3 x 5 ml	Obat saluran cerna yang mencegah iritasi asam lambung	Pasein dengan gagal ginjal kronis.
----	------------	----------	---	------------------------------------

b. Tabulasi Data

Pasien mengatakan saat ini pasien merasa lemas sehingga pasien hanya berbaring dan duduk ditempat tidur, pasien sering ke kamar mandi untuk buang air kecil (BAK) akan tetapi dengan kondisi pasien yang lemas dan adanya oedema pada kaki sehingga pasien akan buang air kecil diatas tempat tidur menggunakan urinal pot dengan frekuensi  $\pm 20$  kali dan pasien juga mengatakan jumlah urin sekitaran  $\frac{1}{4}$  gelas air mineral atau 55cc sehingga jumlah urin dalam 1 hari mencapai 1.110cc dan warna urin kuning gelap. Pasien juga mengeluh rasa lapar meningkat, pasien juga mengeluh rasa haus meningkat, pasien tampak pucat, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah: 100/90 mmhg, nadi: 74x/m, suhu: 36,2c, rr: 18x/m, spo2: 98%, GDS: 228 mg/dl, GDP 275 mg/dl, pasien juga mengatakan sering terbangun dimalam hari untuk buang air kecil sehingga tidur malam pasien sering terganggu, Pasien mengeluh cepat lelah, pasien mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur dan juga mengalami kesulitan untuk memegang barang disekitarnya.

c. Klasifikasi Data

**DS:** Pasien mengatakan saat ini pasien merasa lemas sehingga pasien hanya berbaring dan duduk ditempat tidur, pasien sering ke kamar mandi

untuk buang air kecil (BAK) akan tetapi dengan kondisi pasien yang lemah sehingga pasien memakai urinal pot diatas tempat tidur dengan jumlah urin 1000cc, warna urin kuning gelap dan frekuensi  $\pm 20$  kali, pasien juga mengeluh rasa lapar meningkat, pasien juga mengeluh rasa haus meningkat, pasien juga mengatakan sering terbangun dimalam hari untuk buang air kecil sehingga tidur malam pasien sering terganggu, Pasien mengeluh cepat lelah, pasien juga mengatakan pasien tidur malam di jam 10.00 malam tetapi akan sering terbangun.

**DO:** Keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah: 100/90 mmhg, nadi: 74x/m, suhu: 36,2c, rr: 18x/m, spo2: 98%, CRT:>3 detik, GDS: 228 mg/dl, GDP 275 mg/dl, Hb 8,7g/dL, pasien tampak pucat, pasien mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur dan juga mengalami kesulitan untuk memegang barang disekitarnya, kantung mata pasien tampak hitam (mata panda), adanya oedema pada kaki pasien dan juga pasien mengalami oliguria.

d. Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
DS: Pasien mengeluh lemas, pasien mengeluh rasa lapar meningkat, pasien mengeluh rasa haus meningkat, pasien mengeluh sering buang air kecil.	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD: 100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, CRT >3 detik, GDS: 228 mg/dl, GDP 275 mg/dl, pasien tampak pucat.		

<p>DS: Pasien mengeluh sering buang air kecil sebanyak <math>\pm 20</math> kali dan pasien juga mengatakan jumlah urin sekitaran <math>\frac{1}{4}</math> gelas air mineral atau 55cc sehingga jumlah urin dalam 1 hari mencapai 1.110cc dengan urin berwarna kuning gelap. Pasien juga mengatakan pasien minum air mineral sebanyak 3000 cc setara dengan 2 botol air mineral (1500cc).</p>	<p>Kelebihan asuhan cairan</p>	<p>Hipervolemia</p>
<p>DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD: 100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, pasien mengalami oliguria.</p>		
<p>DS: Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil sehingga tidur malam pasien terganggu, pasien mengeluh sering kencing, pasien juga mengatakan tidur malam di jam 10 malam tetapi sering terbangun.</p>	<p>Kurang Kontrol Tidur</p>	<p>Gangguan Pola Tidur</p>
<p>DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD: 100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, pasien tampak pucat, kantung mata pasien tampak hitam (mata panda).</p>		
<p>DS : Pasien mengeluh cepat lelah, pasien mengeluh lemas. DO: Keadaan umum lemah, TD: 100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, Hb 8,7 g/dL pasien mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur dan juga mengalami kesulitan untuk memegang barang disekitarnya, pasien tampak pucat, adanya oedema pada kaki dan tangan pasien.</p>	<p>kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>

**Prioritas Masalah**

1. Hipervolemia
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah
3. Intoleransi aktivitas
4. Gangguan pola tidur

**3. Diagnosa Keperawatan**

1. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan ditandai dengan:

DS: Pasien mengeluh sering buang air kecil sebanyak  $\pm 20$  kali dan pasien juga mengatakan jumlah urin sekitaran  $\frac{1}{4}$  gelas air mineral atau 55cc sehingga jumlah urin dalam 1 hari mencapai 1.110cc dengan urin berwarna kuning gelap. Pasien juga mengatakan pasien minum air mineral sebanyak 3000 cc setara dengan 2 botol air mineral (1500cc).

DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD:

100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, pasien mengalami oliguria.

2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan:

DS: Pasien mengeluh lemas, pasien mengeluh rasa lapar meningkat, pasien mengeluh rasa haus meningkat, pasien mengeluh sering buang air kecil.

DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD: 100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, GDS: 228 mg/dl, GDP 275 mg/dl, pasien tampak pucat.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

DS: Pasien mengeluh cepat lelah, pasien mengeluh lemas.

DO: KU lemah, kesadaran composmentis, TD: 100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, Hb 7,8 g/dL, pasien mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur dan juga mengalami kesulitan untuk memegang barang disekitarnya, pasien tampak pucat, adanya oedema pada kaki pasien.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sering terbangun dimalam hari untuk buang air kecil sehingga tidur malam pasien terganggu, pasien mengeluh sering kencing, pasien juga mengatakan pasien tidur malam jam 10.00 malam tetapi sering terbangun.

DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD:

100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, pasien tampak pucat, kantung mata pasien tampak hitam (mata panda).

#### **4. Intervensi Keperawatan**

- a. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan ditandai dengan:

DS: Pasien mengeluh sering buang air kecil sebanyak  $\pm 20$  kali dan pasien juga mengatakan jumlah urin sekitaran  $\frac{1}{4}$  gelas air mineral atau 55cc sehingga jumlah urin dalam 1 hari mencapai 1.110cc dengan urin berwarna kuning gelap. Pasien juga mengatakan pasien minum air mineral sebanyak 3000 cc setara dengan 2 botol air mineral (1500cc).

DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD: 100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, pasien mengalami oliguria.

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hipervolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Asupan cairan membaik 5
- 2) Haluaran urin meningkat 5
- 3) Edema menurun 5
- 4) Tekanan darah membaik 5
- 5) Oliguria menurun 5

Intervensi : manajemen hipervolemia I.03116

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugularis positif, suara napas tambahan).

Rasional : mendeteksi dini adanya kelebihan cairan yang dapat memperburuk kondisi pasien, sehingga intervensi dapat dilakukan segera guna mencegah komplikasi seperti edema paru atau gagal jantung.

2) Identifikasi penyebab hipervolemia

Rasional : mengetahui penyebab mendasari penting untuk menentukan penatalaksanaan yang tepat dan mencegah kekambuhan.

3) Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia

Rasional : mengetahui perubahan parameter hemodinamik memberikan gambaran status sirkulasi dan fungsi jantung, membantu dalam evaluasi respon terhadap terapi cairan.

4) Monitor intake dan output cairan

Rasional : membantu menilai keseimbangan cairan tubuh secara akurat untuk menghindari kelebihan atau kekurangan cairan yang dapat memperburuk kondisi pasien.

5) Berikan asupan cairan oral

Rasional : memenuhi kebutuhan cairan tubuh untuk mempertahankan volume intravaskuler dan mencegah dehidrasi ringan hingga sedang.

6) Monitor kecepatan infus secara ketat

Rasional : menghindari pemberian cairan yang terlalu cepat atau terlalu lambat yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.

### Terapeutik

- 7) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama

Rasional : memantau retensi cairan secara akurat karena perubahan berat badan harian dapat menjadi indikator penumpukan atau kehilangan cairan.

- 8) Batasi asupan cairan dan garam

Rasional : mengurangi resiko penumpukan cairan berlebih dan edema, terutama pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal atau jantung.

- 9) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

Rasional : mempermudah ekspansi paru dan meningkatkan oksigenasi, serta mengurangi beban kerja jantung pada pasien dengan kelebihan cairan.

### Edukasi

- 10) Anjurkan melaporkan jika haluaran urin  $<0,5$  mL/kg/jam dalam 6 jam

Rasional : produksi urin yang rendah merupakan tanda awal gangguan perfusi ginjal atau gagal ginjal akut sehingga perlu segera ditangani.

- 11) Ajarkan cara membatasi cairan

Rasional : memberikan pengetahuan dan keterampilan kepada pasien agar dapat mengatur asupan cairan secara mandiri untuk mencegah terjadinya kelebihan cairan.

### Kolaborasi

- 12) Kolaborasi pemberian diuretik

Rasional : diuretic membantu mengeluarkan kelebihan cairan melalui urin sehingga urin sehingga dapat menurunkan beban sirkulasi dan mencegah komplikasi edema.

13) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik

Rasional : penggunaan diuretic dapat menyebabkan hypokalemia, sehingga penggantian kalium diperlukan untuk mencegah gangguan irama jantung dan kelemahan otot.

14) Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu

Rasional : CRRT membantu mengeluarkan kelebihan cairan dan toksin pada pasien dengan gangguan ginjal akut atau kronis, terutama jika terapi konservatif tidak efektif.

b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan:

DS: Pasien mengeluh lemas, pasien mengeluh rasa lapar meningkat, pasien mengeluh rasa haus meningkat, pasien mengeluh sering buang air kecil.

DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD: 100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, CRT >3 detik, GDS: 228 mg/dl, GDP 275 mg/dl, pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, turgor kulit lambat.

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Mengantuk menurun 5
- 2) Pusing menurun 5
- 3) Lelah/lesuh menurun 5
- 4) Gemetar menurun 5
- 5) Berkeringat menurut 5
- 6) Mulut kering menurun 5
- 7) Rasa haus menurun 5
- 8) Kesulitan berbicara menurun 5
- 9) Kadar glukosa dalam darah membaik 5
- 10) Kadar glukosa dalam urine membaik 5
- 11) Palpitasi membaik 5
- 12) Perilaku membaik 5
- 13) Jumlah urin membaik 5

Intervensi (SIKI) : Manajemen Hiperglikemia I.03115

Observasi

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  
Rasional : memahami penyebab pasti hiperglikemia supaya penanganan yang tepat.
- 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat  
(mis. Penyakit kambuhan)

Rasional : memahami kondisi tersebut bisa meningkatkan kadar gula darah.

3) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu

Rasional :memastikan kadar gula darah tetap dalam batas normal sehingga mencegah komplikasi lebih lanjut.

4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)

Rasional : mendeteksi sejak dini jika kadar gula darah terlalu tinggi sehingga membantu mencegah komplikasi.

5) Monitor intake dan output cairan

Rasional : memastikan keseimbangan cairan tubuh pasien

6) Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

Rasional : memastikan kondisi tubuh pasien tetap stabil dan mencegah komplikasi.

Terapeutik

7) Berikan asupan cairan oral

Rasional : mencegah dehidrasi pada pasien

8) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk

Rasional : memastikan penanganan yang tepat sehingga harus dilakukan evaluasi lebih lanjut dan penyesuaian pengobatan.

9) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Rasional : memastikan keamanan pasien saat bergerak karena hipotensi ortostatik bisa menyebabkan pusing atau bahkan pingsan saat pasien berdiri atau duduk dari posisi berbaring.

#### Edukasi

- 10) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl

Rasional : mencegah resiko komplikasi seperti ketoasidosis diabetic.

- 11) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri

Rasional: memungkinkan pasien memantau kadar glukosa secara rutin seperti penyesuaian asupan makanan, aktivitas atau pengobatan.

- 12) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

Rasional : membantu mengontrol kadar gula darah karena diet dan olahraga teratur dapat meningkatkan sensitivitas insulin dan membantu tubuh menggunakan glukosa dengan lebih efisien.

- 13) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)

Rasional : meningkatkan kesadaran dan pengetahuan pasien tentang kondisi mereka.

#### Kolaborasi

- 14) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu

Rasional : memastikan pasien mendapatkan dosis insulin yang tepat sesuai kebutuhan mereka.

15) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu

Rasional : memastikan pasien mendapatkan hidrasi yang cukup, terutama jika pasien mengalami dehidrasi akibat hiperglikemia.

16) Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu

Rasional : mencegah atau mengatasi hipoglikemia akibat terapi insulin.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

DS: Pasien mengeluh cepat lelah, pasien mengeluh lemas.

DO: KU lemah, kesadaran composmentis, TD: 100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, Hb 8,7 g/dL, pasien mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur dan juga mengalami kesulitan untuk memegang barang disekitarnya, pasien tampak pucat, adanya odema pada kaki dan tangan pasien.

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 5
- 2) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 5
- 3) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 5

- 4) Keluhan lelah menurun 5
- 5) Perasaan menurun 5
- 6) Warna kulit membaik 5
- 7) Tekanan darah membaik 5
- 8) Frekuensi napas meningkat 5

Intervensi (SIKI) Manajemen Energi I.05178

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional : mengetahui penyebab spesifik dari kelelahan seperti gangguan metabolic, neuromuscular, atau efek samping obat penting untuk menentukan intervensi yang tepat dan mencegah kelelahan berkelanjutan.

- 2) Monitor kelelahan fisik dan eksternal

Rasional : pemantauan secara terus-menerus terhadap tanda-tanda kelelahan fisik (misal: lemas, napas cepat, berkeringat) dan faktor eksternal (misal: lingkungan tidak nyaman, suhu ruangan, aktivitas yang terlalu berat) membantu dalam mengatur aktivitas dan memberikan istirahat yang cukup untuk menghindari kelelahan yang memburuk.

3) Monitor pola dan jam tidur

Rasional : membantu mengidentifikasi gangguan istirahat dan mengupayakan intervensi untuk meningkatkan kualitas tidur, sehingga energy tubuh dapat pulih optimal.

4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional : mengetahui kondisi lingkungan dan ketidaknyamanan saat aktivitas membantu mengidentifikasi faktor yang memperberat kelelahan.

Terapeutik

5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)

Rasional : membantu menurunkan beban energy dan stress, sehingga mendukung pemulihan energy dan mengurangi rasa lelah secara signifikan.

6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif

Rasional : membantu menjaga kekuatan dan fleksibel otot, mencegah komplikasi akibat imobilisasi, serta meningkatkan toleransi aktivitas secara bertahap sesuai kemampuan pasien.

7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

Rasional : membantu mengalihkan perhatian dari kelelahan dan kecemasan, meningkatkan relaksasi, dan memberikan efek

psikologis positif terhadap persepsi kelelahan seperti mendengarkan music atau membaca buku.

- 8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Rasional : membantu pasien duduk di sisi tempat tidur dapat meningkatkan sirkulasi, mencegah decubitus, dan memberikan rasa kontrol terhadap aktivitas meskipun terbatas, serta menjadi awal mobilisasi bertahap.

Edukasi

- 9) Anjurkan tirah baring

Rasional : membantu memulihkan energi dan mengurangi penggunaan cadangan energy selama masa kelelahan berat.

- 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional : membantu tubuh beradaptasi dengan peningkatan beban kerja tanpa memperparah kelelahan, dan menjaga kestabilan kondisi fisiologis.

- 2) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Rasional : membantu mencegah komplikasi, dan itervensi lanjutan dari tenaga kesehatan dapat segera dilakukan untuk penanganan lebih lanjut.

3) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Rasional : membantu mengalihkan perhatian dari rasa lelah dan memberikan efek relaksasi yang bermanfaat untuk pemulihan mental dan fisik

Kolaborasi

4) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional : membantu mendukung proses metabolisme tubuh, meningkatkan energi, serta mempercepat pemulihan dari kelelahan.

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil sehingga tidur malam pasien terganggu, pasien mengeluh sering kencing, pasien juga mengatakan pasien tidur malam jam 10.00 malam tetapi sering terbangun.

DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD: 100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, kantung mata pasien tampak hitam (mata panda).

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan sulit tidur menurun 5
- 2) Keluhan sering terjaga menurun 5
- 3) Keluhan tidak puas tidur menurun 5
- 4) Keluhan pola tidur berubah menurun 5
- 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 5
- 6) Kemampuan beraktivitas meningkat 5

Intervensi : Dukungan Tidur I.09265

Observasi

- 1) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologi)  
Rasional : mengenali penyebab yang dapat mengganggu kualitas tidur, seperti nyeri neuropati atau sering buang air kecil.
- 2) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur(kopi, the, alkohol, makan yang mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)  
Rasional : membantu pasien mengenali konsumsi yang dapat mempengaruhi kualitas tidur, seperti kafein, makanan berat atau berlemak, dan minuman berkadar gula tinggi.
- 3) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi  
Rasional : memastikan keamanan, efektivitas, dan mencegah interaksi obat yang dapat mempengaruhi kondisi diabetes atau kesehatan secara keseluruhan.

### Terapeutik

- 4) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)

Rasional : menciptakan kondisi yang mendukung kenyamanan dan kualitas tidur yang optimal.

- 5) Batasi waktu tidur siang

Rasional : mencegah gangguan pola tidur malam, yang dapat mempengaruhi kualitas tidur secara keseluruhan.

- 6) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

Rasional : membantu pasien mmncapai relaksasi yang mendukung kualitas tidur yang lebih baik karena stress dapat mningkatkan kadar kortisol, yang berkontribusi pada peningkatan kadar gula darah dan gangguan tidur.

- 7) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan, posisi, terapi akupuntur)

Rasional : mengurangi faktor-faktor yang dapat mengganggu tidur atau istirahat, seprti nyeri, ketidaknyamanan posisi tubuh, atau lingkungan yang tidak mndukung.

### Edukasi

- 8) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Rasional : meningkatkan pemahaman mereka tentang bagaimana tidur mempengaruhi pemulihan dan pengelolaan gula darah.

9) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

Rasional : menjaga ritme sirkadian yang konsisten, yang berperan dalam regulasi hormone, termasuk insulin.

10) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur

Rasional : mencegah gangguan kualitas tidur yang dapat mempengaruhi pengelolaan gula darah.

11) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)

Rasional : meningkatkan kesadaran pasien terhadap penyebab potensial yang dapat mempengaruhi kualitas tidur.

12) Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

Rasional : membantu mengelola stress, nyeri, atau ketegangan yang dapat mengganggu kualitas tidur.

## **5. Implementasi Keperawatan**

Tindakan implementasi keperawatan ini dilakukan setelah intervensi keperawatan dibuat dan dilaksanakan pada tanggal 04 Juli 2025.

a. Hari pertama, Jumad 04 juli 2025

1) Diagnosa keperawatan 1

Pada hari Jumad pukul 08.00 melakukan pengukuran TTV dengan hasil: tekanan darah: 100/90 mmhg, nadi: 74x/m, suhu: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%. Pukul 08.30 memeriksa tanda-gejala hipervolemia pada pasien dengan hasil adanya edema pada kaki pasien. Pukul 08.45 mengidentifikasi penyebab hipervolemia

dengan hasil pasien terlalu banyak minum air dalam 1 hari sebanyak 3000cc sedangkan urin yang keluar hanya 1.110cc. Pukul 11.00 memonitor kecepatan infus secara ketat dengan hasil tetesan infus tetap pada 8 tpm. Pukul 11.10 menganjurkan pasien untuk membatasi cairan agar edema pada kaki bisa menurun.

## 2) Diagnosa keperawatan 2

Pada hari Jumad pukul 08.00 melakukan pengukuran TTV dengan hasil: tekanan darah: 100/90 mmhg, nadi: 74x/m, suhu: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%. Pada pukul 09.00 memonitor kadar glukosa darah dengan cara cek GDS dengan hasil 228 mg/dl. Pukul 10.00 melakukan pengkajian dan memonitor tanda-gejala hiperglikemia seperti polyuria, polydipsia, polyfagia dan kelemahan. Pukul 11.00 00 mengganti cairan infus pasien yang sudah habis karena tubuh pasien harus tetap ada cairan yang masuk dan mencegah dehidrasi pada pasien. Pukul 12.50 melakukan suntik insulin 8 unit pada pasien sebelum pasien makan siang.

## 3) Diagnosa keperawatan 3

Pada hari Jumad pukul 08.00 melakukan pengukuran TTV dengan hasil: tekanan darah: 100/90 mmhg, nadi: 74x/m, suhu: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%. Pukul 08.10 memonitor kelelahan fisik dan eksternal dengan hasil pasien mengeluh lemas dan pasien tampak berkeringat. Pukul 08.20 memonitor pola dan jam tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan pola tidur dan jam tidurnya

terganggu karena lingkungan tidak nyaman. Pukul 08.35 menganjurkan pasien untuk melakukan BAB, BAK, makan dan minum diatas tempat tidur. Pukul 09.10 melayani pemberian transfusi darah.

4) Diagnosa keperawatan 4

Pada hari Jumad pukul 08.00 melakukan pengukuran TTV dengan hasil: tekanan darah: 100/90 mmhg, nadi: 74x/m, suhu: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%. Pukul 09.30 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur pasien dengan hasil pengganggu tidur pasien dikarenakan sering buang air kecil dimalam hari. Pukul 09.35 mengidentifikasi makanan minuman yang mengganggu tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan sebelum tidur pasien akan banyak minum air dikarenakan rasa haus. Pukul 09.45 melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan pada pasien dengan hasil pengaturan posisi dan juga menyarankan keluarga melakukan pijat pada pasien agar pasien rileks dan bisa tertidur dengan nyaman. Pukul 09.50 menganjurkan pasien kurangi konsumsi atau minum air menjelang tidur dimalam hari.

b. Hari kedua Sabtu 05 Juli 2025

1) Diagnosa keperawatan 1

Pada Sabtu 05 Juli 2025 pada pukul 08.00 memeriksa tanda-gejala hipervolemia dengan hasil edema pada kaki pasien berkurang. Pukul 08.25 mengidentifikasi penyebab hipervolemia dengan hasil pasien

mulai membatasi minum air mineral sehingga pasien hanya minum sebanyak 1.500cc dalam sehari dan pengeluaran urin sudah mulai membaik. Pukul 08.35 memonitor kecepataan infus secara ketat dengan hasil tetesan infus tetap pada 8 tpm. Pukul 09.00 melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 80/90 mmhg, nadi: 84x/m, suhu: 36,5c, RR: 20x/m, spo2: 98% dan juga meminta pasien tetap membatasi minum air mineral.

## 2) Diagnosa keperawatan 2

Pada hari Sabtu 05 Juli 2025 pada pukul 09.00 melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 80/90 mmhg, nadi: 84x/m, suhu: 36,5c, RR: 20x/m, spo2: 98%. Pukul 09.25 memonitor kadar glukosa darah dengan cara cek GDS dengan hasil 267 mg/dl. Pukul 09.35 memonitor tanda-gejala hiperglikemia dengan hasil pasien mengatakan masih polyuria, polydipsia, polyfagia dan kelemahan. Pukul 12.50 melakukan suntik insulin 8 unit pada pasien sebelum makan. Pukul 13.00 mengedukasi pada pasien untuk mulai mengurangi makan makanan yang manis, makanan siap saji, makanan berlemak, makanan yang digoreng-goreng, makanan yang bersantan, minuman bersoda, minuman yang manis.

## 3) Diagnosa keperawatan 3

Pada hari Sabtu 05 Juli 2025 pukul 09.00 melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 80/90 mmhg, nadi: 84x/m, suhu: 36,5c, RR: 20x/m, spo2: 98%. Pada pukul 09.10 memonitor

kelelahan fisik dan eksternal dengan hasil pasien keluhan lemah berkurang dan pasien berkeringat menurun. Pukul 09.15 memonitor pola dan jam tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan tidur malam mulai nyaman karena pasien menggunakan penutup mata untuk melindungi mata dari cahaya lampu ruangan. Pukul 09.25 menganjurkan pasien untuk melakukan BAB, BAK, makan dan minum diatas tempat tidur.

#### 4) Diagnosa keperawatan 4

Pada hari Sabtu 05 Juli 2025 pukul 09.00 melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 80/90 mmhg, nadi: 84x/m, suhu: 36,5c, RR: 20x/m, spo2: 98%. Pukul 10.00 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan masih sering kencing di malam hari sehingga tidur pasien terganggu. Pukul 10.15 mengidentifikasi makanan minuman pengganggu tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan masih sering minum banyak air sebelum tidur. Pukul 10.25 melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan pasien saat tidur malam dengan hasil menganjurkan pasien untuk mungkin bisa mendengarkan lagu-lagu favorit sebelum tidur agar pasien bisa rileks. Pukul 10.50 menganjurkan pasien kurangi konsumsi atau minum air menjelang tidur di malam hari.

c. Hari ketiga Minggu 06 Juli 2025

1) Diagnosa keperawatan 1

Pada hari Minggu 06 Juli 2025 pukul 08.00 memeriksa tanda dan gejala hypervolemia dengan hasil edema pada kaki pasien sudah menghilang. Pukul 08.15 mengidentifikasi penyebab hypervolemia dengan hasil pasien sudah bisa membatasi minum air mineral sehingga pasien hanya minum sebanyak 1.500cc dalam sehari dan pengeluaran urin sudah mulai membaik. Pukul 08.35 memonitor kecepata infus secara ketat dengan hasil tetesan infus tetap pada 20 tpm. Pukul 08.45 melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi: 80x/m, suhu: 36c, RR: 21x/m, spo2: 98% dan tetap menganjurkan pasien untuk mengontrol cairan yang masuk seperti minum air mineral secukupnya.

2) Diagnosa keperawatan 2

Pada hari Minggu 06 Juli 2025 pukul 08.45 melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi: 80x/m, suhu: 36c, RR: 21x/m, spo2: 98%. Pukul 09.00 memonitor kadar glukosa darah dengan cara cek GDS dengan hasil 242 mg/dl. Pukul 09.15 memonitor tanda-gejala hiperglikemia dengan hasil pasien masih mengeluh polydipsia, polyuria, polyfaia dan kelemahan tetapi sudah mulai berkurang. Pukul 12.00 melakukan suntik insulin 8 unit pada pasien. Pukul 13.45 memberikan edukasi kepada pasien untuk kembali diingat mengurangi makan makanan yang manis, makanan

siap saji, makanan berlemak, makanan yang digoreng-goreng, makanan yang bersantan, minuman bersoda, minuman yang manis dan juga saat dirumah pasien melakukan olahraga ringan seperti jalan pagi atau sore sekitaran 30 menit serta menganjurkan pasien untuk rutin ke fasilitas kesehatan terdekat untuk periksa kadar gula darah.

3) Diagnosa keperawatan 3

Pada hari Minggu 06 Juli 2025 pukul 08.45 melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi: 80x/m, suhu: 36c, RR: 21x/m, spo2: 98%. Pukul 10.15 memonitor kelelahan fisik dan eksternal dengan hasil pasien keluhan lemah berkurang dan pasien sudah tidak berkeringat. Pukul 10.20 memonitor pola dan jam tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan tidur malam pasien sudah terganggu dan juga menganjurkan pasien untuk tetap melakukan BAB, BAK, makan dan minum diatas tempat tidur.

4) Diagnosa keperawatan 4

Pada hari Minggu 06 Juli 2025 pukul 08.45 melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi: 80x/m, suhu: 36c, RR: 21x/m, spo2: 98%. Pukul 10.00 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil pasien mengatakan untuk buang air kecil pada malam hari sudah jarang karena pasien sudah terbiasa untuk tidak minum air menjelang tidur malam. Pukul 10.15 mengidentifikasi makanan minuman yang mengganggu tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak ada yang dimakan dan minum

menjelang tidur sehingga tidur pasien mulai nyaman. Pukul 10.25 menganjurkan pasien untuk tetap mempertahankan bahwa untuk minum atau makan sebelum tidur atau menjelang tidur.

## 6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi ini lakukan diakhir tindakan implementasi, Jumad 04 Juli 2025

### a) Diagnosa keperawatan 1

S: pasien juga mengatakan jumlah urin sekitaran  $\frac{1}{4}$  gelas air mineral atau 55cc sehingga jumlah urin dalam 1 hari mencapai 1.110cc akan tetapi pasien minum air mineral sebanyak 3000 cc setara dengan 2 botol air mineral (1500cc).

O: KU lemah, pasien masih tampak pucat, adanya edema pada kaki pasien.

A: Masalah hipervolemia belum teratasi.

P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4,5)

### b) Diagnosa keperawatan 2

S: Pasien mengatakan masih merasa lemas, masih mengeluh haus, mengeluh lapar, mengeluh sering kencing.

O: KU lemah, pasien masih tampak pucat.

A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.

P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4,5)

### c) Diagnosa keperawatan 3

S: Pasien mengatakan pasien merasa lemas dan mengeluh cepat lelah.

O: KU lemah, pasien mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur dan juga mengalami kesulitan untuk memegang barang disekitarnya, pasien tampak pucat, kaki Pasien masih oedema.

A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4)

d) Diagnosa keperawatan 4

S: Pasien mengatakan sudah memahami dengan penjelasan yang disampaikan.

O: KU lemah, tampak ngantuk disiang hari.

A: masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4)

Evaluasi ini dilakukan diakhir tindakan implementasi Sabtu 05 Juli 2025

a) Diagnosa keperawatan 1

S: Pasien mengatakan hanya minum sebanyak 1.500cc dalam sehari dan pengeluaran urin sudah mulai membaik.

O: KU lemah, pucat pada pasien mulai berkurang, edema pada kaki pasien sudah menurun.

A: Masalah hipervolemia sebagian teratasi.

P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4,5)

b) Diagnosa keperawatan 2

S: Pasien mengatakan masih merasa lemas, masih mengeluh haus tapi sudah berkurang, rasa lapar mulai berkurang.

O: KU lemah, pasien masih tampak pucat tetapi sudah agak berkurang.

A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratas.

P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4,5)

c) Diagnosa keperawatan 3

S: Pasien mengatakan pasien merasa lemas dan mengeluh cepat lelah.

O: KU lemah, pasien masih mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur tetapi pasien sudah bisa memegang barang disekitarnya secara bertahap dan perlahan, pasien tampak pucat, oedema pada kaki berkurang.

A: Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi

P: Lanjutkan intervensi(1,2,3,4)

d) Diagnosa keperawatan 4

S: Pasien mengatakan sudah memahami dngan penjelasan yang disampaikan.

O: KU lemah, mengantuk disiang hari sudah berkurang.

A: Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi.

P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4)

Catatan perkembangan hari Minggu 06 Juli 2025

a) Diagnosa keperawatan 1

S: Pasien mengatakan pasien sudah bisa membatasi cairan dengan minum air mineral secukupnya dan pengeluaran urin sudah membaik.

O: KU lemah, pasien sudah tidak pucat, sudah tidak ada edema pada kaki pasien.

A: Masalah hipervolemia teratasi

P: Intervensi dihentikan

I: Mengajarkan pasien untuk tetap mempertahankan dalam membatasi cairan yang masuk dalam tubuh seperti minum air mineral secukupnya dan observasi cairan infus NaCL pasien.

E: Pasien sudah tidak nampak pucat dan sudah tidak ada edema pada kaki pasien.

b) Diagnosa keperawatan 2

S: Pasien mengatakan masih lemas, keluhan haus berkurang, keluhan cepat lapar berkurang.

O: KU lemah, pucat berkurang, GDS 242 mg/dl.

A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.

P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4)

I: Memonitor kadar glukosa darah dengan cara cek GDS, memonitor tanda-gejala hiperglikemia, melakukan suntik insulin sebelum pasien sebelum makan.

E: Pasien masih lemas, keluhan haus berkurang, keluhan cepat lapar berkurang, GDS 236 mg/dl.

c) Diagnosa keperawatan 3

S: Pasien mengatakan lemas berkurang dan keluhan lelah sudah tidak ada.

O: KU lemah, pasien masih mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur tetapi pasien sudah bisa memegang barang disekitarnya secara bertahap dan perlahan, pasien sudah tidak pucat.

A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi

P: Intervensi dihentikan

I: menganjurkan pasien untuk tetap melakukan BAB, BAK, makan dan minum diatas tempat tidur.

E: Pasien masih lemas dan keluhan lelah sudah tidak ada, pasien sudah tidak pucat, oedema pada kaki sudah tidak ada.

d) Diagnosa keperawatan 4

S:Pasien mengatakan mengerti dan memahami penjelasan yang disampaikan.

O: KU lemah, sudah tidak ngantuk di siang hari.

A: Masalah gangguan pola tidur teratasi.

P: Intervensi dihentikan.

I: Menganjurkan mengurangi minum dimalam hari menjelang tidur.

E: Keluhan rasa berkemih di malam hari sudah tidak ada, pasien memahami penjelasan yang disampaikan dan juga pasien melaksanakan hal-hal yang dianjurkan.

## **B. Pembahasan**

Dalam melaksanakan atau melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus menggunakan proses-proses keperawatan yang meliputi proses pengkajian, proses perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan keperawatan, proses melaksanakan implementasi keperawatan dan evaluasi. Pada pembahasan akan terjadi kesenjangan antara teori dan hasil studi

kasus yang ditemukan pada Tn. Y.P di Ruang Penyakit Dalam (RPD III) RSUD Ende.

#### 1. Pengkajian

Pada pengkajian studi kasus Tn.Y.P ditemukan pasien dengan keluhan sakit pinggang dan buang air besar berdarah. Sedangkan pada teori keluhan dari kasus diatas tidak ada. Pasien mengatakan saat ini pasien merasa lemas sehingga pasien hanya berbaring dan duduk diatas tempat tidur. Pasien juga mengatakan rasa lapar meningkat, pasien mengeluh haus, pasien juga mengatakan rasa ingin buang air kecil secara terus-menerus. Sedangkan pada teori menurut Rosalia Dewi (2022) keluhan pasien Diabetes Melitus berupa gatal-gatal pada kulit yang disertai bisul yang tidak sembuh-sembuh, kesemutan atau rasa berat, mata kabur, BB menurun, sakit kepala sampai penurunan kesadaran, akan tetapi tanda-gejala tersebut tidak ada pada kasus nyata. Ada beberapa tanda-gejala menurut Rosalia Dewi yang ditemukan pada pasien seperti polyuria, polydipsi, polyfagia dan kelemahan tubuh. Dari data diatas dapat disimpulkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Menurut Ningsih, Winianti dan Widiawati (2022) menyatakan bahwa dalam kondisi normal, jamur ada pada tubuh manusia, tapi dalam suatu kondisi, seperti penderita DM, dimana glukosa merupakan nutrisi untuk pertumbuhannya sehingga pertumbuhan jamur menjadi berlebihan yang lalu menyebabkan infeksi. Kondisi ini dapat memicu ketika kulit dalam kondisi kering dan juga bersisik namun dalam kasus nyata pada pasien tidak ditemukan adanya kulit kering dan kulit bersisik dikarenakan istri pasien

selalu melakukan personal hygiene sehingga kulit pasien selalu lembab dan tanda gejala gatal-gatal serta bisul yang tidak sembuh-sembuh tidak ditemukan pada pasien. Pasien dianjurkan selalu melakukan personal hygiene dan memakai pelembab serta tidak menggaruk secara berlebihan pada kulit.

Menurut Sriyati (2024) kesemutan dapat terjadi pada penderita Diabetes Melitus dikarenakan terhambatnya aliran darah pada pembuluh darah tepi atau perifer. Hal ini disebabkan karena kadar glukosa yang tinggi dalam darah menyebabkan aliran darah terhambat yang mengakibatkan kurangnya asupan oksigen dan muncul rasa kesemutan. Sedangkan pasien Diabetes Melitus akan mengalami kesemutan dan rasa berat saat sudah menderita selama 5 tahun. Hal ini berbeda dengan kasus nyata dimana pasien baru menderita Diabetes Melitus selama 2 tahun. Pasien dianjurkan untuk berjalan menggunakan alas kaki selama 30 menit dan lakukan pijatan-pijatan pada area yang kesemutan dan rasa berat.

Menurut Sumiati, umami, dan simamarta (2023) pembuluh darah di retina akan bengkak atau tersumbat dan memicu cairan keluar ke belakang mata. Perubahan kadar gula darah memicu pertumbuhan pembuluh darah baru yang abnormal di retina. Pembuluh darah tersebut semakin banyak dan tersumbat yang menyebabkan penglihatan menjadi kabur. 50% pasien mengalami retinopati diabetica setelah 10 tahun menyandang Diabetes Melitus namun dalam kasus nyata yang terjadi pada pasien yaitu pasien tidak mengalami mata kabur karena Diabetes Melitus yang diderita pasien baru 2 tahun terakhir. Pasien

dianjurkan mengonsumsi makanan rendah gula dan juga harus rutin cek gula darah ke fasilitas kesehatan terdekat.

Menurut Sutrisna marlin dkk (2024) tanda gejala berat badan menurun terjadi karena defisiensi insulin mengakibatkan terganggunya metabolisme lemak dan protein yang dapat mengakibatkan terjadinya penurunan berat badan dan juga pasien jarang berolahraga. Sedangkan pada kasus nyata pasien Tn. Y.P sering tidak mengontrol makan dan minum akan tetapi pasien juga rajin melakukan aktivitas diluar rumah dan juga olahraga selama 30 menit sehingga pasien tidak mengalami penurunan berat badan 2 tahun terakhir selama menderita Diabetes Melitus. Pasien dianjurkan harus sering melakukan aktivitas diluar rumah dan juga olahraga selama 30 menit.

Menurut Nurjanah Misbah (2023) tanda gejala sakit kepala sampai kehilangan kesadaran terjadi karena penderita Diabetes Melitus sudah mengalami komplikasi seperti Hiperglikemia (kadar glukosa darah diatas nilai normal atau sangat tinggi) dan hipoglikemia (kadar glukosa darah dibawah nilai normal atau sangat rendah) sehingga pasien akan mengalami kehilangan kesadaran. Sedangkan pada kasus nyata Tn.Y.P tidak ditemukan kehilangan kesadaran karena pasien didiagnosa oleh dokter seorang dengan Diabetes Melitus awal dan belum terjadi komplikasi pada pasien seperti hiperglikemia dan hipoglikemia yang dapat menyebabkan pasien mengalami kehilangan kesadaran.

Pasien dianjurkan untuk selalu mengontrol kadar gula darah dalam hal menjaga pola makan dan minum dan juga rutin cek gula darah ke fasilitas

terdekat. Pada pasien ditemukan dengan tanda gejala sakit pinggang dan buang air besar berdarah sedangkan pada teori tidak dinyatakan adanya tanda gejala sakit pinggang dan buang air besar berdarah pada penderita Diabetes Melitus. Pada kasus nyata pasien mengalami sakit pinggang dan buang air besar berdarah karena adanya pendarahan pada saluran pencernaan atas seperti lambung atau duodenum sehingga diagnosa awal masuk pasien dinyatakan oleh dokter dengan diagnosa medis Malaena.

## 2. Diagnosa

Menurut Rostianingsih (2021) diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita Diabetes Melitus ada 5 yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, hipovolemia, defisit nutrisi, gangguan eliminasi urin dan gangguan pola tidur. Pada kasus nyata hanya ditemukan 2 masalah keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah dan gangguan pola tidur. Masalah yang tidak ditemukan pada pasien adalah defisit nutrisi, gangguan eliminasi urin dan hipovolemia. Defisit nutrisi tidak ditemukan pada kasus nyata dikarenakan pasien Tn.Y.P tidak mengalami penurunan berat badan dan pada pola nutrisi pasien tidak ada masalah atau terganggu

Pada gangguan eliminasi urin tidak ditemukan pada kasus nyata dikarenakan pasien sering ke kamar mandi untuk buang air kecil akan tetapi produksi urin pasien pada kasus nyata hanya 1000cc/hari, pasien juga mengatakan tidak ada nyeri saat berkemih sedangkan pada teori masalah gangguan eliminasi urin diangkat ketika terjadi produksi urin 3000cc/hari dan juga nyeri saat berkemih. Pada masalah keperawatan hipovolemia tidak

ditemukan pada pasien dikarenakan pasien mengalami kelebihan cairan sehingga adanya tanda gejala hipervolemia seperti edema pada kaki pasien. Pada kasus nyata muncul 2 masalah keperawatan yaitu masalah intoleransi aktivitas dan hipervolemia. Masalah intoleransi aktivitas tidak dinyatakan ada pada teori. Masalah intoleransi aktivitas terjadi pada pasien dikarenakan adanya tanda gejala kelelahan saat beraktivitas atau setelah beraktivitas dan juga adanya keluhan pasien merasa lemas. Pada masalah hipervolemia terjadi pada pasien dikarenakan input dan output pada pasien tidak seimbang seperti pasien minum sebanyak 3000cc dalam sehari akan tetapi pengeluaran urin hanya 1.110cc dalam sehari sehingga cairan yang masih berada didalam tubuh tertahan dan kemudian menjadi edema pada kaki pasien.

### 3. Intervensi

Intervensi dibuat berdasarkan masalah keperawatan yang ada pada pasien. Pada kasus nyata yang dilakukan adalah manajemen hipervolemia(lakukan pengukuran TTV, periksa tanda-gejala hipervolemia pada pasien,identifikasi penyebab hipervolemia, monitor kecepatan infus secara ketat,anjurkan pasien untuk membatasi cairan), manajemen hiperglikemia(lakukan pengukuran TTV, monitor kadar glukosa darah, lakukan pengkajian dan memonitor tanda-gejala hiperglikemia, lakukan suntik insulin), dukungan tidur(lakukan pengukuran TTV,identifikasi faktor pengganggu tidur pasien,identifikasi makanan minuman yang mengganggu tidur,melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, menganjurkan pasien kurangi konsumsi atau minum air menjelang tidur di malam hari),

intervensi manajemen energi(lakukan pengukuran TTV,monitor kelelahan fisik dan eksternal,monitor pola dan jam tidur,anjurkan pasien untuk melakukan BAB, BAK, makan dan minum diatas tempat tidur).

#### 4. Implementasi

Implementasi dilakukan pada pasien sesuai dengan masalah yang ada pada pasien dan dilakukan selama 3 hari dari tanggal 04-06 Juli 2025. Pada masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah dilakukan implementasi melakukan pengukuran tanda-tanda vital pada pasien, memonitor kadar glukosa darah pasien, memonitor tanda-gejala hiperglikemia dan juga mengganti cairan infus pasien. Pada masalah keperawatan hipervolemia dilakukan tindakan implementasi pengukuran vital sign, memeriksa tanda gejala hipervolemia, mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor kecepatan infus secara ketat, menganjurkan pasien untuk membatasi cairan dan Pada masalah intoleransi aktivitas dilakukan implementasi pengukuran vital sign, memonitor kelelahan fisik dan eksternal pasien. Pada masalah gangguan pola tidur dilakukan implementasi pengukuran vital sign, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur pasien, dan menganjurkan pasien untuk tidak minum banyak air menjelang tidur.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur responden pasien terhadap tindakan implementasi keperawatan dan adanya kemauan pasien mencapai tujuan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari. Evaluasi pada

hari ketiga tanggal 06 Juni 2025, masalah hipervolemia dapat teratasi dengan hasil pasien sudah tidak nampak pucat dan sudah tidak ada edema pada kaki pasien. Pada masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah masalah sebagian teratasi dengan hasil pasien mengatakan lemas berkurang, keluhan haus berkurang, keluhan cepat lapar berkurang, dan nilai GDS 326 mg/dl.

Pada masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan dilakukan implementasi dengan hasil pasien mengatakan masih lemas tetapi sudah berkurang, pasien juga sudah bisa bangun dan duduk diatas tempat tidur, pasien juga sudah bisa menyentuh benda-benda disekitarnya. Pada masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan dilakukan implementasi dengan hasil pasien mengatakan sudah memahami dan mengerti dengan penjelasan yang disampaikan dan juga keluhan rasa ingin berkemih di malam hari sudah tidak ada.

Menurut Tim Pokja 3S (2018) 4 masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien sesuai dengan intervensi yang ada seharusnya masalah dapat teratasi semua dan pasien mencapai tujuan yang sudah ditentukan pada intervensi keperawatan.

Dari data diatas dikatakan adanya kesenjangan pada masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah karena saat sudah hari ketiga dilakukan implementasi masalah tersebut tidak dapat teratasi dengan sepenuhnya atau hingga masalah itu berkurang atau menghilang, itu dikarenakan butuh waktu perawatan yang lama agar masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah bisa

teratasi dengan sepenuhnya. Harus tetap ada edukasi ke pasien untuk tetap mengaga pola makan dan minum.