

Lampiran 1



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



INFORMED CONSENT

INFORMED CONSENT
(Persetujuan Menjadi Partisiapan)

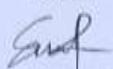
Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : **Sonyatalia Wai Paka Pega**, Dengan judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Diruang Penyakit Dalam III RSUD Ende**

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, Juli 2025


Saksi
My. K


Yang Memberi Persetujuan
Tn. Y. P.

Penceliti

Sonyatalia Wai Paka Pega
PO5303202220029

Lampiran 2

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Ruang Perawatan Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Ruang Perawatan Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini dilaksanakan selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana keperawatan implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20 – 30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan keperawatan yang diberikan.
5. Namun jati diri serta seluruh informasi Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor telepon : 081220759630

Lampiran 3

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.Y. P DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan
Pengkajian dilakukan pada tanggal 04 Juli 2025

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. Y.P

Umur : 53 tahun

Agama : Kristen protestan

Jenis Kelamin : Laki-laki

Status : Menikah

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Buruh

Suku Bangsa : Indonesia

Alamat : Jl. kelimutu

Tanggal Masuk : 02 Juli 2025

Tanggal Pengkajian : 04 Juli 2025

No. Register : 162713

Diagnosa Medis : Diabetes Melitus tipe 2

3. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. K

Umur : 43 tahun

Hub. Dengan Pasien : Istri

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Jl. Kelimutu

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

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

2) 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.

3) 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.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasi

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

b. Status kesehatan masa lalu

1) 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 pinggang biasa sehingga tidak dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan tidak pernah dirawat sebelumnya.

3) Alergi

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

4) Kebiasaan

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

5) Riwayat penyakit keluarga

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

6) Diagnosa medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Pasien mengatakan tidak ada.

7) 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 metabolic

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/btl). Normalnya 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 ± 20 kali 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.

d) Pola aktivitas dan latihan

Pada aktivitas pasien mengatakan dibantu oleh orang lain atau keluarga seperi makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpindah, karena pasien tidak bisa melakukan secara mandiri saat ini dengan keadaannya yang lemah. 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.

e) Pola kognitif dan presepsi

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 di malam hari karena rasa ingin buang air kecil terus-menerus pada malam hari 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.

8) 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 : $BB/TB^2 = BB/TB \times TB$

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

$= 60/2,4649$

$= 24,3$ (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, rambut tampak berminyak, 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 nyeti tekan pada abdomen pasien.

8) Integument

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.

9) Pemeriksaan Penunjang

e) Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 03-07-2025

Tabel 2.1 Hasil Pemeriksaan LAB

Pemeriksaan	Hasil	satuan	Nilai Rujukan
ELEKTROLIT			
NATRIUM	140.0	mmol/l	135-145
KALIUM	3.48	mmol/l	3,5-5.1
CHLORIDA	111,4	mmol/l	98-106
Gula Darah Puasa (GDN)			
GLUKOSA PUASA	275	mg/dl	<100
KIMIA URINE			
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 HIALIN	-	lpb	0-2
SELINDER ERITROSIT	-		Negatif
SELINDER LEKOSIT	-		Negatif
SEL EPITEL GINJAL	-		Negatif
SEL EPITEL	-		Negatif
TRANSISIONAL			
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+			

10) 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	Pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat

			dengue tifoid dan ISK	
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.

e. 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 ± 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.

f. 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 ± 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.

g. Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
DS: Pasien mengeluh lemas, pasien mengeluh rasa lapar meningkat, pasien mengeluh 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.	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
DS: Pasien mengeluh sering buang air kecil sebanyak ± 20 kali dan pasien juga mengatakan jumlah urin sekitar $\frac{1}{4}$ 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.	Kelebihan asupan cairan	Hipervolemia
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. DO: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD: 100/90mmhg, N: 74x/m, S: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%, pasien tampak pucat, kantung	Kurang Kontrol Tidur	Gangguan Pola Tidur

mata pasien tampak hitam (mata panda).

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%,

kelemahan

Intoleransi aktivitas

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.

2. 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 ± 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 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, kantung mata pasien tampak hitam (mata panda).

4. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	Hipervolemi	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 (SIKI) Manajemen Hipervolemi I.03116 Observasi 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugularis positif, suara napas tambahan). 2) Identifikasi penyebab hipervolemia 3) Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia 4) Monitor intake dan output cairan 5) Berikan asupan cairan oral 6) Monitor kecepatan infus secara ketat Terapeutik 7) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 8) Batasi asupan cairan dan garam	Observasi 1) 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) Mengetahui penyebab mendasari penting untuk menentukan penatalaksanaan yang tepat dan mencegah kekambuhan 3) Mengetahui perubahan parameter hemodinamik memberikan gambaran status sirkulasi dan fungsi jantung, membantu dalam

			Edukasi : 9) Anjurkan melaporkan jika haluaran urin <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam 10) Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi 11) Kolaborasi pemberian diuretic 12) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic 13) Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu	evaluasi respon terhadap terapi cairan. 4) Membantu menilai keseimbangan cairan tubuh secara akurat untuk menghindari kelebihan atau kekurangan cairan yang dapat memperburuk kondisi pasien. 5) Memenuhi kebutuhan cairan tubuh untuk mempertahankan volume intravaskuler dan mencegah dehidrasi ringan hingga sedang. 6) Menghindari pemberian cairan yang terlalu cepat atau terlalu lambat yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Terapeutik 7) Memantau retensi cairan secara akurat karena perubahan berat badan
--	--	--	---	---

				harian dapat menjadi indikator penumpukan atau kehilangan cairan. 8) Mengurangi resiko penumpukan cairan berlebih dan edema, terutama pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal atau jantung. Edukasi 9) Produksi urin yang rendah merupakan tanda awal gangguan perfusi ginjal atau gagal ginjal akut sehingga perlu segera ditangani. 10) Memberikan pengetahuan dan keterampilan kepada pasien agar dapat mengatur asupan cairan secara mandiri untuk mencegah terjadinya kelebihan cairan.
--	--	--	--	---

				11) Diuretic membantu mengeluarkan kelebihan cairan melalui urin sehingga urin sehingga dapat menurunkan beban sirkulasi dan mencegah komplikasi edema. 12) Penggunaan diuretic dapat menyebabkan hypokalemia, sehingga penggantian kalium diperlukan untuk mencegah gangguan irama jantung dan kelemahan otot. 13) CRT membantu mengeluarkan kelebihan cairan dan toksin pada pasien dengan gangguan ginjal akut atau kronis, terutama jika terapi konservatif tidak efektif.
--	--	--	--	---

2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 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	intervensi (SIKI) : Manajemen Hiperglikemia I.03115 Observasi 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan) 3) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5) Monitor intake dan output cairan 6) Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi Terapeutik 7) Berikan asupan cairan oral 8) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 9) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik Edukasi 10) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl	Observasi 1) Memahami penyebab pasti hiperglikemia supaya penanganan yang tepat. 2) Memahami kondisi tersebut bisa meningkatkan kadar gula darah. 3) Memastikan kadar gula darah tetap dalam batas normal sehingga mencegah komplikasi lebih lanjut. 4) Mendeteksi sejak dini jika kadar gula darah terlalu tinggi sehingga membantu mencegah komplikasi. 5) Memastikan keseimbangan cairan tubuh pasien 6) Memastikan kondisi tubuh pasien tetap stabil dan mencegah komplikasi. Terapeutik
---	-------------------------------------	--	---	---

		10) Kadar glukosa dalam urine membaik 5 11) Palpitasi membaik 5 12) Perilaku membaik 5 13) Jumlah urin membaik 5	11) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 12) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 13) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan) Kolaborasi 14) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 15) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu 16) Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu	7) Mencegah dehidrasi pada pasien 8) Memastikan penanganan yang tepat sehingga harus dilakukan evaluasi lebih lanjut dan penyesuaian pengobatan. 9) Memastikan keamanan pasien saat bergerak karena hipotensi ortostatik bisa menyebabkan pusing atau bahkan pingsan saat pasien berdiri atau duduk dari posisi berbaring. Edukasi 10) Mencegah resiko komplikasi seperti ketoasidosis diabetic. 11) Memungkinkan pasien memantau kadar glukosa secara rutin seperti penyesuaian asupan makanan, aktivitas atau pengobatan. 12) Membantu mengontrol kadar gula darah karena diet dan olahraga teratur
--	--	--	---	--

				dapat meningkatkan sensitivitas insulin dan membantu tubuh menggunakan glukosa dengan lebih efisien. 13) Meningkatkan kesadaran dan pengetahuan pasien tentang kondisi mereka. Kolaborasi 14) Memastikan pasien mendapatkan dosis insulin yang tepat sesuai kebutuhan mereka 15) Memastikan pasien mendapatkan hidrasi yang cukup, terutama jika pasien mengalami dehidrasi akibat hiperglikemia. 16) Mencegah atau mengatasi hipoglikemia akibat terapi insulin.
3	Intoleransi aktivitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas	Intervensi (SIKI) Manajemen Energi I.05178 Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.	Observasi 1) Mengetahui penyebab spesifik dari kelelahan seperti gangguan metabolic,

		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	2) Monitor kelelahan fisik dan eksternal 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 9) Anjurkan tirah baring 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. 11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. 12) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. Kolaborasi 13) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	neuromuscular, atau efek samping obat penting untuk menentukan intervensi yang tepat dan mencegah kelelahan berkelanjutan. 2) 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) Membantu mengidentifikasi gangguan istirahat dan mengupayakan intervensi untuk meningkatkan kualitas
--	--	---	---	--

				tidur, sehingga energy tubuh dapat pulih optimal. 4) Mengetahui kondisi lingkungan dan ketidaknyamanan saat aktivitas membantu mengidentifikasi faktor yang memperberat kelelahan. Terapeutik 5) Membantu menurunkan beban energy dan stress, sehingga mendukung pemulihan energy dan mengurangi rasa lelah secara signifikan. 6) Membantu menjaga kekuatan dan fleksibel otot, mencegah komplikasi akibat imobilisasi, serta meningkatkan toleransi aktivitas secara bertahap sesuai kemampuan pasien. 7) Membantu mengalihkan perhatian dari kelelahan
--	--	--	--	--

				dan kecemasan, meningkatkan relaksasi, dan memberikan efek psikologis positif terhadap persepsi kelelahan seperti mendengarkan music atau membaca buku. 8) 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) Membantu memulihkan ebergi dan mengurangi penggunaan cadangan energy selama masa kelelahan berat. 10) Membantu tubuh beradaptasi dengan peningkatan beban kerja tanpa memperparah
--	--	--	--	---

				kelelahan, dan menjaga kestabilan kondisi fisiologis. 11) Membantu mencegah komplikasi, dan intervensi lanjutan dari tenaga kesehatan dapat segera dilakukan untuk penanganan lebih lanjut. 12) Membantu mengalihkan perhatian dari rasa lelah dan memberikan efek relaksasi yang bermanfaat untuk pemulihan mental dan fisik. Kolaborasi 13) Membantu mendukung proses metabolisme tubuh, meningkatkan energi, serta mempercepat pemulihan dari kelelahan.
4.	Gangguan pola tidur	Setelah dilakukan tindakan	Intervensi : Dukungan Tidur I.09265	Observasi

		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	Observasi 1) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologi) 2) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (kopi, the, alkohol, makan yang mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 3) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 4) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 5) Batasi waktu tidur siang 6) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 7) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan, posisi, terapi akupunktur) Edukasi 8) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. 9) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 10) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 11) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sring berubah shift bekerja)	1) Mengenali penyebab yang dapat mengganggu kualitas tidur, seperti nyeri neuropati atau sering buang air kecil. 2) Membantu pasien mengenali konsumsi yang dapat mempengaruhi kualitas tidur, seperti kafein, makanan berat atau berlemak, dan minuman berkadar gula tinggi. 3) Memastikan keamanan, efektivitas, dan mencegah interaksi obat yang dapat mempengaruhi kondisi diabetes atau kesehatan secara keseluruhan. 4) Menciptakan kondisi yang mendukung kenyamanan dan kualitas tidur yang optimal. 5) Mencegah gangguan pola tidur malam, yang dapat mempengaruhi kualitas tidur secara keseluruhan.
--	--	--	---	--

			12) Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya	6) Membantu pasien mencapai relaksasi yang mendukung kualitas tidur yang lebih baik karena stress dapat meningkatkan kadar kortisol, yang berkontribusi pada peningkatan kadar gula darah dan gangguan tidur. 7) Mengurangi faktor-faktor yang dapat mengganggu tidur atau istirahat, seperti nyeri, ketidaknyamanan posisi tubuh, atau lingkungan yang tidak mendukung. Edukasi 8) Meningkatkan pemahaman mereka tentang bagaimana tidur mempengaruhi pemulihan dan pengelolaan gula darah. 9) Menjaga ritme sirkadian yang konsisten, yang berperan dalam regulasi hormone, termasuk insulin.
--	--	--	--	--

				10) Mencegah gangguan kualitas tidur yang dapat mempengaruhi pengelolaan gula darah. 11) Meningkatkan kesadaran pasien terhadap penyebab potensial yang dapat mempengaruhi kualitas tidur. 12) Membantu mengelola stress, nyeri, atau ketegangan yang dapat mengganggu kualitas tidur.
--	--	--	--	---

5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari Pertama, 04 Juli 2025

No	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Jumad, 04 Juli 2025	Hipervolemia	08.00	Melakukan pengukuran TTV dengan hasil: tekanan darah: 100/90 mmhg, nadi: 74x/m, suhu: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%.	S: pasien juga mengatakan jumlah urin sekitaran ¼ 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)
			08.30	Memeriksa tanda-gejala hipervolemia pada pasien dengan hasil adanya edema pada kaki pasien.	
			08.45	mengidentifikasi penyebab hipervolemia dengan hasil pasien terlalu banyak minum air dalam 1 hari sebanyak 3000cc sedangkan urin yang keluar hanya 1.110cc.	
			11.00	Memonitor kecepatan infus secara ketat dengan hasil tetesan infus tetap pada 8 tpm.	
			11.10	Menganjurkan pasien untuk membatasi cairan agar edema pada kaki bisa menurun.	
2.	Jumad, 04 Juli 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	08.00	Melakukan pengukuran TTV dengan hasil: tekanan darah: 100/90 mmhg, nadi: 74x/m, suhu: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%.	S: Pasien mengatakan masih merasa lemas, masih mengeluh haus, mengeluh lapar, mengeluh sering kencing.
			09.00		

			10.00	Memonitor kadar glukosa darah dengan cara cek GDS dengan hasil 228 mg/dl.	O: KU lemah, pasien masih tampak pucat. A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4,5)
			11.00	Melakukan pengkajian dan memonitor tanda-gejala hiperglikemia seperti polyuria, polydipsia, polyfagia dan kelemahan.	
			12.50	Mengganti cairan infus pasien yang sudah habis karena tubuh pasien harus tetap ada cairan yang masuk dan mencegah dehidrasi pada pasien. Melakukan suntik insulin 8 unit pada pasien sebelum pasien makan siang.	
3.	Jumad, 04 Juli 2025	Intoleransi aktivitas	08.00	Melakukan pengukuran TTV dengan hasil: tekanan darah: 100/90 mmhg, nadi: 74x/m, suhu: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%.	S: Pasien mengatakan pasien merasa lemas dan mengeluh cepat lelah.
			08.10	Memonitor kelelahan fisik dan eksternal dengan hasil pasien mengeluh lemas dan pasien tampak berkeringat.	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.
			08.20	Memonitor pola dan jam tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan pola tidur dan jam	A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4)

			08.35	tidurnya terganggu karena lingkungan tidak nyaman.	
			09.10	Menganjurkan pasien untuk melakukan BAB, BAK, makan dan minum diatas tempat tidur. Melayani pemberian transfusi darah.	
4.	Jumad, 04 Juli 2025	Gangguan pola tidur	08.00	Melakukan pengukuran TTV dengan hasil: tekanan darah: 100/90 mmhg, nadi: 74x/m, suhu: 36,2c, RR: 18x/m, spo2: 98%.	S: Pasien mengatakan masih merasa lemas, masih mengeluh haus, mengeluh lapar, mengeluh sering kencing.
			09.30	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur pasien dengan hasil pengganggu tidur pasien dikarenakan sering buang air kecil dimalam hari.	O: KU lemah, pasien masih tampak pucat.
			09.35	Mengidentifikasi makanan minuman yang mengganggu tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan sebelum tidur pasien akan banyak minum air dikarenakan rasa haus.	A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.
			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	P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4,5) S: Pasien mengtakan 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)

			09.50	tertidur dengan nyaman. Menganjurkan pasien kurangi konsumsi atau minum air menjelang tidur dimalam hari.	
--	--	--	-------	--	--

Hari Kedua, 05 Juli 2025

No	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Sabtu, 05 Juli 2025	Hipervolemia	08.00 08.25 08.35 09.00	Memeriksa tanda-gejala hipervolemia dengan hasil edema pada kaki pasien berkurang. 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. Memonitor kecepataan infus secara ketat dengan hasil tetesan infus tetap pada 8 tpm. 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.	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)
2.	Sabtu, 05 Juli 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	09.00 09.25	Melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 80/90 mmhg, nadi: 84x/m, suhu: 36,5c, RR: 20x/m, spo2: 98%.	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.

			09.35	Memonitor kadar glukosa darah dengan cara cek GDS dengan hasil 267 mg/dl.	A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratas. P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4,5)
			12.50	Memonitor tanda-gejala hiperglikemia dengan hasil pasien mengatakan masih polyuria, polydipsia, polyfagia dan kelemahan.	
			13.00	Melakukan suntik insulin 8 unit pada pasien sebelum makan. Menedukasi 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.	Sabtu, 05 Juli 2025	Intoleransi aktivitas	09.00	Melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 80/90 mmhg, nadi: 84x/m, suhu: 36,5c, RR: 20x/m, spo2: 98%.	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.
			09.10	Memonitor kelelahan fisik dan eksternal dengan hasil pasien keluhan lemah berkurang dan pasien berkeringat menurun.	
			09.15	Memonitor pola dan jam tidur pasien dengan hasil pasien	

			09.25	mengatakan tidur malam mulai nyaman karena pasien menggunakan penutup mata untuk melindungi mata dari cahaya lampu ruangan. Menganjurkan pasien untuk melakukan BAB, BAK, makan dan minum diatas tempat tidur.	A: Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4)
4.	Sabtu, 05 Juli 2025	Gangguan pola tidur	09.00 10.00 10.15	Melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 80/90 mmhg, nadi: 84x/m, suhu: 36,5c, RR: 20x/m, spo2: 98%. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan masih sering kencing di malam hari sehingga tidur pasien terganggu. Mengidentifikasi makanan minuman pengganggu tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan masih sering minum banyak air sebelum tidur. melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan pasien saat tidur malam dengan hasil menganjurkan pasien untuk mungkin bisa mendengarkan lagu-	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)

			10.50	lagu favorit sebelum tidur agar pasien bisa rileks. Menganjurkan pasien kurangi konsumsi atau minum air menjelang tidur dimalam hari.	
--	--	--	-------	--	--

6. Catatan Perkembangan

No	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Catatan Perkembangan
1.	Minggu, 06 Juli 2025	Hipervolemia	08.00 08.15 08.35 08.45	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 : Memeriksa tanda dan gejala hIpervolemia dengan hasil edema pada kaki pasien sudah menghilang. 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. Memonitor kecepatan infus secara ketat dengan hasil tetesan infus tetap pada 20 tpm. 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. E : Pasien sudah tidak Nampak pucat dan sudah tidak ada edema pada kaki pasien.
2.	Minggu, 06 Juli 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah		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 : 08.45 Melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi: 80x/m, suhu: 36c, RR: 21x/m, spo2: 98%. 09.00 Memonitor kadar glukosa darah dengan cara cek GDS dengan hasil 242 mg/dl. 09.15 Memonitor tanda-gejala hiperglikemia dengan hasil pasien masih mengeluh polydipsia, polyuria, polyfaia dan kelemahan tetapi sudah mulai berkurang. 12.00 Melakukan suntik insulin 8 unit pada pasien. 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. E: Pasien masih lemas, keluhan haus berkurang, keluhan cepat lapar berkurang, GDS 236 mg/dl.
3.	Minggu, 06 Juli 2025	Intoleransi aktivitas	08.45 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 :

			10.15	Melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi: 80x/m, suhu: 36c, RR: 21x/m, spo2: 98%.
			10.20	Memonitor kelelahan fisik dan eksternal dengan hasil pasien keluhan lemah berkurang dan pasien sudah tidak berkeringat. 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. E: Pasien masih lemas dan keluhan lelah sudah tidak ada, pasien sudah tidak pucat, oedema pada kaki sudah tidak ada.
4.	Minggu, 06 Juli 2025	Gangguan pola tidur		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 :
			08.45	Melakukan pengukuran TTV dengan hasil tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi: 80x/m, suhu: 36c, RR: 21x/m, spo2: 98%.
			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. Mengidentifikasi makanan minuman yang mengganggu tidur pasien
			10.15	dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak ada yang dimakan dan minum menjelang tidur sehingga tidur pasien mulai nyaman. Menganjurkan pasien untuk tetap mempertahankan bahwa untuk minum atau makan sebelum tidur atau menjelang tidur.
			10.25	

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

Lampiran 4



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com

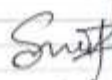


SURAT PERNYATAAN

SURAT PERNYATAAN
 Yang bertanda tangan di bawah ini:
 Nama lengkap : Sonyatara Wai Pata Peta
 NIM : P051011011210029

Dengan ini menyatakan akan mengumpulkan file karya tulis
 ilmiah saya sebelum ujian kompetensi. Jika saya tidak mengumpulkan
 sebelum waktu yang sudah ditetapkan maka saya siap menerima
 konsekuensi yang telah diberikan. Harap diingat bahwa mengumpulkan
 file karya tulis ilmiah.

Ende, 23 Juni 2021
 Yang bertanda tangan

Sonyatara Wai Pata Peta
P051011011210029

Lampiran 5



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI



Kementerian Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oetobi,
 Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111
 (0380) 8800256
<http://poltekkeskupang.ac.id>

PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/>; e-mail: perpustakaanterpadu61@gmail.com

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama	: Sonyatalia Wui Paka Pega
Nomor Induk Mahasiswa	: PO530320220029
Dosen Pembimbing	: Maria Salestina Sekunda, SST.,Ns.,M.Kes
Dosen Penguji	: Try Ayu Pamawati S.Kep.,Ns.,M.Kep
Jurusan	: Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah	: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. Y.P

DENGAN DIAGNOSA DIABETES MELITUS DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **25,43%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 13 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism


 Murry Jemias Kale SST
 NIP. 19850704201012100

Lampiran 6

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL**

Nama : Sonyatalia Wai Paka Pega

NIM : PO5303202220029

Pembimbing Utama : Maria Salestina Sekunda, SST.,Ns.,M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumad, 09/08/2024	Judul	Konsultasi Judul Diabetes Melitus	
2	Selasa , 20/05/2025	BAB I	1. Perbaiki BAB I a. spasi, huruf, data kasus DM 2023 dan 2024 NTT. b. Data kasus DM diruang RPD III sampai 2025.	
3	Jumad, 23/05/2025	BAB I	1. Jelaskan pada latar belakang saat angka kasus menurun. 2. Jelaskan yang urgent dari penyakit DM.	
4	Senin , 26/05/2025	BAB I	1. Tambahkan penelitian orang lain. 2. Tambahkan sumber	
5	Rabu , 28/05/2025	BAB II	1. Jelaskan tentang BAB II 2. Belajar konsep DM	
6	Selasa, 03/06/2025	BAB II	1. Tambahkan patofisiologis. 2. Ubah pathway (pisahkan antara DM tipe 1 dan tipe 2) 3. Tabel garis panjang dihapus.	

			4. Bawah jurnal sebagai sumber.	
7	Senin , 09/06/2025	BAB III	1. Tambahkan waktu pelaksanaan. 2. Pengetikan diperbaiki. 3. Tanbahkan link buku.	
8	Selasa , 10/06/2025	BAB I – BAB III	Siap ujian dan hubungi penguji	

Ende, 10 Juni 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI PROPOSAL

Nama : Sonyatalia Wai Paka Pega

NIM : PO5303202220029

Pembimbing Pendamping : Try Ayu Patmawaty S.Kep., Ns. M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Kamis, 19/00/2025	BAB I – BAB III	1. Pada bagian kemenkes RI 2020 diganti ke 2024 2. Data RSUD Ende harus ada data tahun 2025 (bulan Januari-Maret) seluruh ruangan 3. Pengalaman penulis dipindahkan dibagian atas latar belakang. 4. Penjelasan didetailkan pada bagian latar belakang di bagian kaki dan kulit menjadi luka atau ulkus pada kaki dan kulit.	
2	Jumad, 20/06/2025	BAB I – BAB III	1. Lengkapi data-data dari RSUD Ende 2. Perbaiki anak panah pada pathway dibagian hiperglikemia ke kadar glukosa tidak stabil 3. Subjek studi kasus diberitahu atau ditulis jumatnya.	

3	Selasa, 24/06/2025	BAB I – BAB III	Silakan melakukan studi kasus dan lanjut ke pembimbing.	
---	-----------------------	--------------------	---	--

Ende, 24 Juni 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI**

Nama : Sonyatalia Wai Paka Pega

NIM : PO5303202220029

Pembimbing Utama : Maria Salestina Sekunda, SST.,Ns.,M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Senin , 07/07/2025	BAB IV	1. Langsung pengetikan.	
2	Rabu, 18/06/2025	BAB IV	1. Tambahkan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas. 2. Masalah keperawatan yang diambil data-datanya (DS,DO) difokuskan. 3. Tambahkan DO,DS pada maskep pola tidur. 4. Lengkapi data pada masalah keperawatan hipovolemia. 5. Pola nutrisi (makan-minum). 6. Pola BAK dan BAB (jumlah, warna) 7. Tambahkan skala pada tujuan 8. Tambahkan GDP 9. Intervensi dilanjutkan nomor berapa (lanjutan intervensi).	
3	Kamis, 10/07/2025	BAB IV - V	1. Buatlah abstrak dan manuskrip 2. Lanjutkan pembahasan	

			3. Penulisan (nama, hari, bulan harus pakai huruf kapital).	
4	Jumad, 11/07/2025	BAB IV - V	1. Siap ujian KTI 2. Kirim file ke pembombing 3. Rapikan pengetikan	

Ende, 11 Juli 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI KTI

Nama : Sonyatalia Wai Paka Pega

NIM : PO5303202220029

Pembimbing Pendamping : Try Ayu Patmawaty S.Kep., Ns. M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumad, 08/08/2025	BAB I – BAB V	1. Perbaiki semua dari diagnosa depan (Hipervolemia) 2. Pengetikan 3. Jumlah kasus dijumlahkan jadi satu 4. Tambahkan data input-output 5. Perbaiki semua (absrak, lampiran) 6. Lengkapi semua	
2	Selasa, 12/08/2025	BAB I – BAB V	1. Tambahkan abstrak 2. Lampiran askep dilengkapi 3. Tambahkan riwayat hidup 4. Tambahkan informed consent 5. Tambahkan semua lembar konsultasi	
3	Rabu , 13/08/2025	BAB I – BAB V	ACC dan lanjut ke pembimbig	

Ende, 13 Agustus 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom**NIP. 196601141991021001**

*Lampiran 7***DAFTAR RIWAYAT HIDUP****A. Data Diri**

Nama : Sonyatalia Wai Paka Pega
 Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 26 November 2004
 Alamat : Jl. Sultan Hasanudin
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Katholik

B. Riwayat Pendidikan

1. SDK NggesaDetu (2008 – 2017)
2. SMPK Santa Ursula Ende (2017 – 2019)
3. SMKK Muktyaca Ende (2019 – 2022)
4. Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi DIII Keperawatan Ende (2022 – 2025)

MOTTO

**“Mintalah, Maka Akan Diberikan kepadamu, Carilah, Maka Kamu Akan Mendapat, Ketoklah, Maka Pintu Akan Dibukakan Bagimu”
 (Matius 7:7)**