

## **BAB IV**

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

#### **A. Hasil studi kasus**

##### **1 Gambaran umum lokasi studi kasus**

Studi kasus dilakukan di Rumah sakit umum Daerah Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintahan yang berada di Jl. Prof. W. Z. Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah di Ruangan penyakit dalam 3 (RPD III). Studi kasus dilakukan pada Tn. P. E. G. P. yang berumur 29 tahun di Ruangan penyakit dalam 3 (RPD III) RSUD Ende khususnya di ruangan anggrek

##### **2 Pengkajian**

Penggumpulan data dilakukan pada tanggal 30 juni 2025 pukul 08.00 Wita di Ruangan penyakit dalam 3 (RPD III) RSUD Ende.

###### **1) Identitas**

###### **a) Identitas Pasien**

Pasien Tn. P. E. G. P berjenis kelamin laki-laki, beragama kahtolik, status belum menikah, pendidikan terakhir s1, pasien tinggal di Woloare A, pasien masuk rumah saki pada tanggal 30 Juni 2025 dengan diagnosa medis Diabetes melitus. Penanggung jawab pasien Tn. A. G. , umur 63 tahun, pekerjaan PNS (pensiunan), alamat Woloare A, hubungan dengan pasien ialah ayah kandung

2) Status kesehatan

a) Status kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Pasien mengeluh sering kencing, haus berlebih, pusing, mengeluh sulit tidur, merasa kesemutan di kedua kaki, mengeluh pengelihatan kabur, dan merasa lemah dan kurang bertenaga, dan sesak napas

2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sebelumnya ada riwayat gula Pada Bulan Mei 2025, dan pasien tersebut periksa ke dokter sari dan mendapatkan obat insulin untuk di bawah kerumah

3) Alasan masuk Rumah Sakit

Awalnya pasien merasakan sering haus yang berlebihan, pengelihatan kabur dan merasa pusing dan lemah sejak 2 minggu, karena pingsan makanya keluarga pasien langsung bawah ke Rumah Sakit.

2) Upaya yang di lakukan untuk mengatasinya

Keluarga mengatakan tidak ada upaya yang dilakukan, dan langsung di bawah ke Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

b) Status kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan mengalami penyakit Diabetes melitus

2) Pernah dirawat

Pasien dan keluarga mengatakan pada tanggal 10 april 2024 pasien pernah masuk dan di rawat di rumah sakit selama 1 minggu dengan diagnosa medis Diabetes Melitus

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi baik makanan maupun obat-obatan

4) Kebiasaan

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien merupakan perokok aktif, dan minum minuman alkohol.

c) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga dan pasien mengatakan bahwa di dalam keluarga tida ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan dan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit Diabetees Melitus

b) Diagnosa medis dan terapi yang didapat sebelumnya

Pasien dan keluarga mengatakan diagnosa medis sebelumnya adalah diabetes melitus, terapi yang didapatkan sebelumnya adalah terapi insulin.

### 3) Pola kebutuhan dasar

#### a. Pola nutrisi metabolik

1) Sebelum **sakit** : pasien mengatakan biasanya makan 2x sehari dengan jenis makan ikan, nasi, dan sayur, dengan porsi nasi yang cukup banyak, pasien mengatakan bahwa dirinya lebih suka makan jajan seperti kue donat, biskuit dan minuman bersoda yang mengandung gula tinggi, keluarga mengatakan pasien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengkonsumsi makanan dan minuman. Pasien sering minum air 9-12 gelas/hari. Berat badan pasien sebelum sakit 50kg.

2) Saat **sakit** : pasien mengatakan nafsu makan berkurang, makanannya dalam sehari 3x dengan porsi makan yang tidak di habiskan pasien makan makanan yang disajikan rumah sakit, pasien makan 3-4 sendok saja, karena merasakan mual dan muntah. dengan jenis makanan yang di konsumsi pasien adalah nasi, dengan lauk kadang ayam, ikan, sayur, telur rebus, tempe dan buah pisang. Pasien banyak minum biasa minum air 9-15 gelas air (3375CC), berat badan pasien sekarang 40 kg IMT 14,5kg, pasien nampak kurus.

#### b. Pola eliminasi urien

1) Sebelum **sakit** : pasien mengatakan sebelum sakit sering buang air kecil 8-10 kali , tidak ada nyeri saat BAK. Pasien BAB 2x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan.

- 2) Saat **sakit** : pasien mengatakan sering buang air kecil 1 hari bisa dengan 10-15 kali, tidak ada nyeri saat BAK. Pasien BAB 2x dengan konsisten lunak, berwarna kuning kecoklatan, BABnya sedikit.
- c. Pola toleransi stres-Koping
- Sebelum sakit pasien mengatakan bila ada masalah dengan keluarga pasien mengatakan merasa stres, dan pasien hanya berdoa agar tetap kuat menjalani masa pemulihan.
- d. Pola aktivitas dan latihan
- 1) Sebelum **sakit** : pasien mengatakan sebelum sakit pasien melakukan aktivitas seperti biasa yaitu duduk kumpul dengan teman-teman, dan keluarga
- 2) Saat **sakit** : pasien mengatakan saat sakit aktivitas pasien sudah tidak bisa seperti biasa, pasien tidak lagi bekerja, karena kedua kaki merasa kesemutan, dan merasa pusing dan lemah. beberapa aktivitas pasien di bantu oleh keluarga seperti *toileting*, berpakaian, berpindah dan juga mandi.
- e. Pola nilai kepercayaan
- Sebelum sakit pasien mengatakan menganut agama katolik dan pasien beribadah, pasien sering mengikuti doa rosario di KUB. Saat sakit pasien tidak lagi beribadah karena sakit.

f. Pola persepsi –Konsep diri

- 1) Gambaran diri : pasien mengatakan menerima kondisinya sekarang
- 2) Ideal diri : pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarganya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari
- 3) Harga diri : pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya, keluarga maupun orang sekitar.
- 4) Peran diri : pasien mengatakan berperan sebagai seorang guru di SMPN Woloare.
- 5) Ideal diri : pasien mengatakan ia adalah seorang anak. Dari bapak Tn A. G.

g. Pola persepsi dan Manajemen kesehatan

Pasien mengatakan bahwa dirinya memiliki riwayat penyakit Dm dan Rutin kontrol ke dokter aries, Pasien jarang berolahraga serta pola makan yang tidak baik

h. Pola kognitif dan persepsi

Pasien mengetahui tentang penyakitnya namun klien, klien juga mengatakan bahwa diring rutin kontrol ke dokter aries dan tidak mengontrol pola hidupnya seperti pasien jarang berolahraga dan memiliki pola makan yang tidak baik.

i. Pola istirahat tidur

- 1) Sebelum **sakit** : pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasa tidur pada jam 22.00 wita dan bangun pagi jam 07.00, pasien

mengatakan tidurnya nyenyak. Waktu siang tidur jam 13.00 wita dan bangun jam 16.00 wita

2) Saat **sakit** : pasien mengatakan sulit tidur, dan tidurnya tidak nyenyak, karena sering terbangun untuk buang air kecil.

j. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : Lemah, tingkat kesadaran: composmentis. GCS : 15 (E:4 V:5 M:6). Tanda tanda vital (Tekanan darah 130/80mmhg, Nadi 80x/menit, suhu 36,5<sup>o</sup>C, RR23x/menit, SPO2 100%.

Berat badan : 40kg

Tinggi badan : 165 kg

1) **Wajah** : Nampak pucat

2) **Mata** : konjungtiva merah mudah, sklera tidak ikterik, reflek cahaya (+), pupil isokor, bentuk mata simetris tidak menggunakan alat bantu.

3) **Hidung** : bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi, terpasang oksigen nasal kanul 4 ltpm.

4) **Mulut** : mukosa bibir kering, gigi nampak bersih, gigi nampak lengkap.

5) **Dada** : Inspeksi: bentuk dada nampak simetris tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi napas 23x/menit

**Auskultasi** : tidak ada bunyi napas tambahan.

6) **Abdomen** : inspeksi : bentuk simetris

Auskultasi bising usus 10-30 kali per menit

Palpasi : tidak ada benjolan

Perkusi : tidak ada nyeri tekan.

- 7) **Ekstermitas atas** : akral teraba dingin , tidak ada edema, tidak ada nyeri, terpasang infus NaCl 0,9 20 tpm, di tangan kanan.
- 8) **Ekstermitas bawah** : akral teraba dingin, tidak ada udema, jari jari lengkap, dapat menggerakkan kaki seperti biasa dan tidak ada kelainan.

k. Pemeriksaan penunjang

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	22.38 +	(10 <sup>3</sup> /uL)	(3.00- 15.00)
LYMPH#	3.42	(10 <sup>3</sup> /uL)	(1.00- 3.700)
MONO #	1.03 +	(10 <sup>3</sup> uL)	(0.00-0.70)
EO#	0.06	(10 <sup>3</sup> uL)	(0.00-0.40)
BASO #	0.08	(10 <sup>3</sup> uL)	(0.00-0.10)
NEUT #	17.79 +	(10 <sup>3</sup> uL)	(1.50-7.00)
LYMPH%	15.3-	(%)	(20.0-50.0)
MONO %	4.5	(%)	(0.0-14.0)
EO %	0.3	(%)	(0.0-6.0)
BASO %	0.4	(%)	(0.0-1.0)
NEUT %	79.4 +	(%)	(37.0-72.0)
IG #	0.49	(10 <sup>3</sup> uL)	(0.00-7.00)
IG %	2.2	(%)	(0.0-72.0)
RBC	4.77	(10 <sup>6</sup> uL)	(2.50-5.50)
HGB	14.2	(g/dL)	(0.0- 72.0)
HCT	43.2	(%)	(2.50- 5.50)
MCV	90.6	(fL)	(8.0- 17.0)
MCH	29.8	(pg)	(26.0- 50.0)
MCHC	32.9	(g/dL)	(31.0-37.0)
RDW-SD	39.0	(fL)	(37.0-54.0)
RDW-CV	11.5	(%)	(11.0 – 16.0)
PLT	299	(10 <sup>3</sup> uL)	(150- 450 )
MPV	11.3	(fL)	(9.0- 13.0)
PCT	0.34	(%)	(0.17- 0.35)
PDW	13.9	(fL)	(9.0- 17.0)
P-LCR	34.3	(%)	(13.0- 43.0)
Natrium	145.5	Mmol/l	135-145
Kalium	5.01	Mmol/l	3,5-5,1
CHLORIDA	110.5	Mmol/l	98-106
Glukosa sewaktu	859	Mg/dl	70-145

Sgot/ast	31.2	u/l	0-35
Sgpt/alp	33.8	u/l	4-36
Ureum	50.0	Mg/dl	10-50
Kimia urin:	+4		Negatif
Keton urin			

1. Terapi pengobatan

**Tanggal 30 Juni 2025**

Drip sansulin rapid dan nacl 500 cc , 20 tpm habis dalam 2 jam, ceftraksone 5 cc, paracetamol 1 gram , dan ondan

**Tanggal 1 Juli 2025**

Drip sansulin rapid dan nacl 500 cc, 20 tpm habis dalam 2 jam, omeprazole 40 mg/iv, ondan stron 4 mg/iv.

**Tanggal 2 Juli 2025**

Infus nacl 20 tpm, omeprazole 40 mg/iv, ondan 4 mg/iv, novorapid 10 unit

4) Tabulasi data

Pasien mengeluh sering haus , pasien minum air sebanyak 10-13 gelas perharinya, sering kencing biasanya 8-15 kali , kedua kaki terasa kesemutan, susah tidur dan mengeluh penglihatan kabur, serta sesak napas, pasien juga mengatakan bahwa dirinya pernah putus insulin 2 bulan, mengeluh pusing dan lemah, sejak 2 minggu yang lalu, pasien terbaring lemah di tempat tidur, semua aktivitas pasien di bantu oleh keluarganya seperti toileting , mandi berpakaian dan berpindah, pasien tidak ada nafsu makan, pola makan pasien 2x sehari dengan 3-2 sendok saja, porsi makan tidak di habiskan. Berat badan pasien 40kg dan tinggi

badan pasien 165cm IMT: 13,7 kg (kurus), pasien sulit tidur karena sering terbangun karena buang air kecil, pasien mengatakan baknya 9-13 kali / hari. Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis GCS: 15, tekanan darah 120/80mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5 °C., Rr 23x/menit, spo2 10%, pasien nampak pucat, konjungtiva merah mudah, mukosa bibir kering, akral teraba dingin, Pasien tampak menguap saat di kaji, dan pasien tidak konsentrasi, Pasien tampak berkeringat dan pasien sering kencing 1 hari 10-15 kali , mukosa bibir kering, turgor kulit menurun. hasil Lab: WBC:  $22.3 \times 10^3/uL$ , glukosa sewaktu: 859mg/dl, pemeriksaan keton urin (+4), ureum: 50.0mg/dl.

5) Klasifikasi data

**Data subjektif:** Pasien mengeluh sering haus , minum air putih 10-15 gelas/ hari, sering kencing biasanya 8-15kali , kedua kaki terasa kesemutan, susah tidur dan mengeluh pengelihatn kabur, serta sesak napas, mengeluh pusing dan lemah, sejak 2 minggu yang lalu, pasien tidak ada nafsu makan, pola makan pasien 2x sehari dengan 3-2 sendok saja, porsi makan tidak di habiskan , pasien sulit tidur karena sering terbangun untuk buang air kecil, pasien mengatakan BAK sehari 8-10 kali.

**Data objektif:** Keadaan umum lemah, pasien terbaring lemah di tempat tidur, kesadran composmentis, GCS 15, tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5 °C., spo2 100, Rr 23x/menit, berat badan pasien 40 kg, dan tinggi badan pasien 165 IMT: 13,7 (kurus), pasien

nampak pucat, konjungtiva merah mudah mukosa bibir kering, Pasien tampak menguap saat di kaji, dan pasien tidak konsentrasi, Pasien tampak berkeringat dan pasien sering kencing 1 hari 10-15 kali , mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, semua aktivitas pasien di bantu oleh keluarganya seperti toileting , mandi berpakaian dan berpindah, hasil Lab: WBC:  $22.3 \times 10^3/uL$ , glukosa sewaktu: 859mg/dl, pemeriksaan keton urin (+4), ureum: 50.0mg/dl.

6) Analisa data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
Data <b>subjektif</b> : pasien mengatakan badan lemah, sering ngantuk, sering haus, pusing, dan kedua kaki merasa kesemutan Data <b>objektif</b> : pasien tampak lemah, terpasang drip sansulin rapid 500 cc, hasil Lab GDS: 859 mg/dl.	Hiperglikemia	Ketidak stabilan kadar glukosa darah
Data <b>subjektif</b> : pasien mengeluh sulit tidur dan sering terbangun di malam hari karena mau buang air kecil Data <b>objektif</b> : Pasien tampak menguap saat di kaji, dan pasien tidak konsentrasi	Kurangnya kontrol tidur	Gangguan pola tidur
Data <b>subjektif</b> : pasien mengeluh lelah, lemah Dan merasa sesak saat melakukan aktivitas Data <b>objektif</b> : tampak terbaring di tempat tidur.	Kelemahan	Intoleransi aktivitas
Data <b>subjektif</b> : pasien mengatakan sering kencing dan berkeringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia

Data <b>objektif</b> : Pasien tampak berkeringat dan pasien sering kencing 1 hari 10-15 kali (1500cc) , mukosa bibir kering, turgor kulit menurun.		
Data <b>subjektif</b> : pasien mengatakan nafsu makan berkurang, pola makan pasien 2xsehari porsi yang dihabiskan 3-4 sendok makan, minum air putih 10-15 gelas, BB sebelumnya 50 kg Data <b>Objektif</b> : pasien tampak makan sedikit BB sekarang 40 kg, TB: 165 cm IMT 13,7(kurus), pasien nampak kurus bibir kering	Katabolisme meningkat	Defisit nutrisi

7) Diagnosa keperawatan

Setelah melakukan pengkejian, selanjutnya data-data dalam pengkajian dibuat dalam bentuk analisa data rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. .P.E.G.P Adalah sebagai berikut:

- a. Ketidak stabilan kadar glukosa dara berhubungan dengan hiperglikemia di tandai dengan:

Data **subjektif** : pasien mengatakan badan lemah, sering ngantuk, sering haus, pusing, dan kedua kaki merasa kesemutan

Data **objektif** : pasien tampak lemah, terpasang drip sansulin rapid 500cc, hasil Lab GDS: 859 mg/dl.

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat di tandai dengan:

Data **subjektif**: pasien mengatakan nafsu makan berkurang, porsi makan tidak di habiskan, makan 3-4 sendok makan, minum air putih 10-15 gelas.

Data **subjektif** : pasien tampak makan sedikit, BB sekarang 40 kg, TB: 165 cm IMT 13,7 (kurus), pasien nampak kurus, mukosa bibir kering.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur di tandai dengan:

Data **subjektif** : pasien mengeluh sulit tidur dan sering terbangun di malam hari karena mau buang air kecil

Data **objektif** : Pasien tampak menguap saat di kaji, dan pasien tidak konsentrasi

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan

Data **subjektif** : pasien mengeluh lelah, lemah, dan merasakan sesak saat melakukan aktivitas

Data **objektif** : tampak terbaring lemah di tempat tidur, semua aktivitas dibantu keluarga yakni toileting, mandi, berpakaian, dan berpindah

- e. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan di tandai dengan

Data **subjektif** : pasien mengatakan sering kencing dan berkeringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas

Data **objektif** : Pasien tampak berkeringat dan pasienn sring kencing 1 hari 10-15 kali

### 3 Perencanaan keperawatan

Sebelum menentukan intervensi keperawatan, terlebih dahulu menentukan prioritas. Prioritas masalah ditentukan untuk mengetahui diagnosa keperawatan yang akan diberikan intervensi keperawatan terlebih dahulu.

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah
- 2) Intoleransi aktivitas
- 3) Defisit nutrisi
- 4) Hipovolemia
- 5) Gangguan pola tidur

Berdasarkan prioritas masalah tersebut, selanjutnya akan di buat intervensi keperawatan sebagai berikut.

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 3 hari diharapkan gula darah dalam batas normal, dengan kriteria hasil:

- 1) Tidak makan berlebihan
- 2) Tidak haus
- 3) Tidak rasa kencing berlebihan
- 4) Glukosurea (-)

Intervensi : manajemen hiperglikemia

#### **Observasi**

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- 2) Monitor kadar glukosa darah
- 3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia

### **Terapeutik**

- 4) Konsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk

### **Edukasi**

- 5) Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga
- 6) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis.penggunaan insulin)

### **Kolaborasi**

- 7) Kolaborasi Pemberian insulin
- 8) Kolaborasi pemberian cairan Iv

- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan kelemahan menurun, dengan kriteria hasil:

- 1) Mudah melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- 2) Lesu menurun
- 3) Keluhan lemah menurun
- 4) Tekanan darah di batas normal
- 5) Sesak napas saat beraktivitas menurun

Intervensi : manajemen energi

### **Observasi**

- 1) Monitor kelemahan fisik dan emosional
- 2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

### **Terapeutik**

- 3) Lakukan latihan pasif atau aktif

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

### **Edukasi**

- 5) Anjurkan tirah baring
- 6) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

c. Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 hari di harapkan masalah defisit nutrisi membaik, dengan kriteria hasil:

- 1) Berat badan dalam batas normal
- 2) Nafsu makan baik
- 3) Bising usus normal
- 4) Membran mukosa tidak pucat
- 5) Tidak ada nyeri abdomen (-)

### **Intervensi : manajemen nutrisi**

#### **Observasi**

- 1) Mengidentifikasi status nutrisi
- 2) Monitor asupan makanan
- 3) Monitor berat badan

#### **Terapeutik**

- 4) Lakukan oral hygiene sebelum makan

#### **Edukasi**

- 5) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- 6) Ajarkan diet yang di programkan

### **Kolaborasi**

7) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan.

d. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 hari di harapkan cairan dalam tubuh seimbang, dengan kriteria hasil:

- 1) Nadi dibatas normal
- 2) Nadi teraba teratur
- 3) Tekanan darah normal
- 4) Turgor kulit normal
- 5) Membran mukosa basah
- 6) Volume urin normal
- 7) Hematokrit normal

### **Intervensi: manajemen hipovolemia**

#### **Observasi**

- 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (misalnya frekuensi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, ,membaran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, intake cairan membaik).
- 2) Monitor intake dan output cairan

#### **Terapeutik**

- 3) Berikan asupan cairan oral

### **Endukasi**

- 4) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

### **Kolaborasi**

- 5) Kolaborasi pemberian Iv isotonis (mis,Nacl)
- 6) Kolaborasi pemberian cairan Iv hipotonis(mis,glukosa 2,5%, Nacl 0,4%)

- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, diharapkan masalah gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan sering terjaga menurun
- 2) Keluhan susah tidur menurun
- 3) Keluhan tidak puas tidur menurun

Intervensi : dukungan tidur

### **Observasi**

- 1) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis,kopi, teh, alkohol)

### **Terapeutik**

- 2) Batasi asupan cairan sebelum tidur

### **Edukasi**

- 3) Anjurkan menghindari minuman yang mengganggu tidur

- 4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada Tn P.E.G.P di lakukan selama 3 hari dari tanggal 30 juni- 2 juli 2025.

**a. Hari pertama, senin 30 juni 2025**

1) Diagnosa keperawatan pertama: Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.

1 Pukul 13. 50 WITA melakukan pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah 120/80 mmhg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,5°C, Respirasi 23x/menit, dan saturasi oksigen 100%.

2 Pukul 14. 00 Wita mengkaji faktor pencetus hiperglikemia dengan hasil: klien mengatakan setelah mengkonsumsi makanan yang manis manis dan tidak rutin olahraga.

3 Pukul 14. 30 Wita melakukan pemeriksaan GDS stik dengan hasil : 859 mg/dl.

4 Pukul 15.00 Wita memonitor tanda dan gejala hipereglikemia : pasien mengatakan badan lemah, kedua kakinya kesemutan, sering kecing, sering haus.

5 Pukul 15.25 Wita menganjurkan klien agar menjaga pola makan dan di imbangi dengan olahraga dengan hasil: pasien mengerti dengan apa yang sudah dijelaskan dan pasien mendapatkan makanan

6 Pukul 16.10 Wita Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang mengandung banyak gula: gula pasir, kue-kue manis, makanan siap saji, gorengan dan minuman kemasan yang mengandung gula.

7 Pukul 16.35 Wita Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi protein rendah lemak seperti: ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu,

kacang-kacangan, putih telur, Dan menganjurkan pasien menggantikan nasi putih dengan beras merah, dan jagung atau umbi-umbian serta mengkonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat(sayuran hijau).

- 8 Pukul 17.00 Wita melayani drip insulin 500 ml dan Nacl 500 cc habis dalam 2 jam.
  - 9 Pukul 17. 30 Wita melakukan pemeriksaan GDS stik dengan hasil: 500 mg/dl.
  - 10 Pukul 18 .00 Wita melayani makanan pasien diet Lunak: (bubur, sayur bayam, ikan dan pisang)
  - 11 Pukul 18. 30 Wita mengposisikan pasien semi-fowler.
- 2) Diagnosa Keperawatan Kedua : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- 1 Pukul 13.30 Wita melakukan pengukuran Tanda-tanda tekanan darah 120/80 mmhg, Nad 80x/menit, Suhu 36,5 °C, respirasi 23x/menit, dan saturasi oksigen 100%.
  - 2 Pukul 13.40 Wita Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dengan hasil: pasien mengatakan akibat ketidaknyamanan itu karena merasa badan lemah, pusing, dan kedua kakinya merasa kesemutan.
  - 3 Pukul 13.55 Wita menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap seperti memiringkan pasien kekiri dan kekanan, dan

menganjurkan pasien duduk di tempat tidur bilah tidak lagi merasakan pusing dan lemah.

- 4 Pukul 14.00 Wita membantu pasien duduk di tempat tidur karena hendak makan.
- 5 Pukul 14.10 Wita mengajurkan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan.

3) Diagnosa keperawatan ketiga: Defisit nutrisi berhubungan katabolisme meningkat

- 1 Pukul 13. 50 Wita melakukan pengukuran tanda-tanda vital seperti tekanan darah 120/80 mmhg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,5<sup>0</sup>C respirasi 23x/menit, saturasi oksigen 100%.
- 2 Pukul 14.00 Wita Melakukan penimbangan berat badan pasien.dengan hasil berat badan pasien: 40 kg.
- 3 Pukul 14.20 Wita Melayani makanan pasien dengan hasil: porsi makan tidak dihabiskan, pasien makan hanya 2-3 sendok karna pasien mual dan muntah
- 4 Pukul 14.45 Wita Mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil: sebelum sakit nafsu makan pasien baik, saat sakit nafsu makan pasien menurun makan sedikit 3-4 sendok karena mual dan muntah, minum air 9-15 gelas.
- 5 Pukul 15 .00 Wita Memonitor asupan makanan pasien dengan hasil : pasien tidak ada nafsu makan, hanya bisa menghabiskan 3-4 sendok.
- 6 Pukul 15.25 Wita Melakukan oral hygiene sebelum makan.

- 7 Pukul 15.45 Wita Mengajukan pada pasien untuk mengkonsumsi protein dan renda lemah seperti : ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan.
  - 8 Pukul 17.00 Wita Mengajukan keluarga pasien untuk mengontrol makan pasien dengan hasil : kelurga klien mengerti dan akan mengontrol pola makan klien.
  - 9 Pukul 18. 00 Wita Melayani diet bubur 1 porsi dengan hasil : porsi makan tidak dihabiskan, pasien makan 2-3 sendok karena pasien mual dan muntah.
- 4) Diagnosa keperawatan ke empat : Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
- 1 Pukul 14.00 Wita melakukan pengukuran TTV terdiri dari tekanan darah 120/80 mmhg, nadi80x/menit, suhu 36,5°C, respirasi 23x/menit , saturasi oksigen 100%.
  - 2 Pukul 14.35 Wita Periksa tanda dan gejala hipovolemia hasilnya: mengobservasi tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 88x/menit, pernapasan 23x/menit, melakukan pemeriksaan turgor kulit dengan hasil turgor kulit menurun, memberan mukosa bibir pasien kering.
  - 3 Pukul 15.00 Wita Memonitor intake dan ouput cairan. Hasil mencatat hasil cairan masuk misalnya Nacl 500 cc dan cairan oral yang masuk 2,25 liter. Dan mencatat cairan keluar 1500 cc.
  - 4 Pukul 16.10 Wita Mengajukan memperbanyak asupan cairan oral. Melayani pasien minum 2 gelas.

- 5 Pukul 17.00 Wita Melakukan pemberian cairan Iv sansulin rapid 500 ml, habis dalam 2 jam.
- 5) Diagnosa Keperawatan Keempat: Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur.
- 1 Pukul 14.00 Wita melakukan pemeriksaan Tanda-Tanda Vital seperti tekanan darah 120/80 mmhg , Nadi 80x/menit , suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 23x/menit , saturasi oksigen 100%.
  - 2 Pukul 14.35 Wita Menganjurkan pasien untuk membatasi asupan cairan sebelum tidur.
  - 3 Pukul 15.10 Wita menganjurkan pasien agar batasi asupan cairan sebelum tidur.
  - 4 Pukul 16. 25 Wita anjurkan pasien agar menghindari minuman yang mengganggu tidur dengan hasil : menganjurkan kepada pasien agar tidak mengkonsumsi minuman yang mengganggu tidur seperti: ( minuman yang bersodah, teh manis dan jus kemasan)

**b. Hari kedua, selasa 1 juli 2025**

- 1) Diagnosa keperawatan pertama : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
1. Pukul 07.30 Wita melakukan pengukuran Tanda- tanda vital seperti tekanan darah 120/70 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit, dan saturasi oksigen 100%.

2. Pukul 08.00 Wita Mengkaji faktor pencetus hiperglikemia dengan hasil: klien mengatakan setelah mengkonsumsi makanan yang manis dan tidak rutin olahraga.
3. Pukul 08.10 Wita Memonitor kadar gula darah 500 mg/dl
4. Pukul 08.40 Wita memonitor tanda dan gejala hipereglikemia: pasien mengatakan badan lemah, kedua kakinya kesemutan, sering kecing, sering haus.
5. Pukul 08.50 Wita Menganjurkan klien agar menjaga pola makan dan di imbangi dengan olahraga dengan hasil: pasien mengerti dengan apa yang sudah dijelaskan dan pasien mendapatkan makanan yang diberikan rumah sakit.
6. Pukul 09.00 Wita Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang mengandung banyak gula: gula pasir, kue-kue manis, makanan siap saji, gorengan dan minuman kemasan yang mengandung gula.
7. Pukul 09.20 Wita Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi protein rendah lemak seperti: ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan, putih telur, Dan menganjurkan pasien menggantikan nasi putih dengan beras merah, dan jagung atau umbi-umbian serta mengkonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat(sayuran hijau).
8. Pukul 09.40 Wita melayani drip insulin 500 ml, habis dalam 2 jam.

9. pukul 09.50 Wita memonitor tetesan infus dengan hasil : 20 tetes  
x/menit
  10. Pukul 10.00 Wita melakukan pemeriksaan GDS stik dengan hasil :  
500 mg/dl.
  11. Pukul 11.00 Wita melakukan pemeriksaan GDS stik dengan hasil:  
500 mg/dl.
  12. Pukul 12.00 Wita melayani makanan pasien diet Lunak: (bubur,  
sayur bayam, ikan dan pisang).
  13. Pukul 12.30 Wita mengposisikan pasien semi-fowler.
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- 1 Pukul 7.30 Wita melakukan pengukuran Tanda-Tanda vital tekanan  
darah 120/70 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,5 °C., respirasi  
20x/menit, saturasi oksigen 100%
  - 2 Pukul 08.00 Wita Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama  
melakukan aktivitas dengan hasil: pasien mengatakan akibat  
ketidaknyamanan itu karena merasa badan lemah, pusing, dan kedua  
kakinya merasa kesemutan.
  - 3 Pukul 10.00 Wita menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara  
bertahap seperti memiringkan pasien kekiri dan kekanan, dan  
menganjurkan pasien duduk di tempat tidur bilah tidak lagi merasan  
pusing dan lemah.
  - 4 Pukul 12.00 Wita membantu pasien duduk di tempat tidur karena  
hendak makan.

- 5 Pukul 13.30 Wita mengajurkan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan.
- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat
- 1 Pukul 07.30 Wita Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital seperti tekanan darah 120/70 mmhg, respirasi 20x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, nadi 88x/menit , saturasi oksigen 100%
  - 2 Pukul 08.00 Wita Melakukan penimbangan berat badan pasien dengan hasil : berat badan pasien 40kg.
  - 3 Pukul 08.35 Wita Mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil : sebelum sakit nafsu makan pasien baik, saat sakit nafsu makan pasien menurun makan sedikit 3-4 sendok karena mual dan muntah, minum air 9-15 gelas.
  - 4 Pukul 09.00 Wita Memonitor asupan makanan pasien dengan hasil : pasien tidak ada nafsu makan, hanya bisa menghabiskan 3-4 sendok
  - 5 Pukul 09. 35 Wita Melakukan oral hygiene sebelum makan.
  - 6 Pukul 10.00 Wita Mengajukan pada pasien untuk mengkonsumsi protein dan renda lemah seperti : ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan.
  - 7 Pukul 10.35 Wita Mengajukan keluarga pasien untuk mengontrol makan pasien dengan hasil : keluarga klien mengerti dan akan mengontrol pola makan klien.

- 8 Pukul 12.00 Wita Melayani diet bubur 1 porsi dengan hasil: porsi makan tidak di habiskan, pasien makan 3 sendok, karena pasien mual dan muntah.
- 4) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- 1 Pukul 07.30 Wita melakukan pengukuran Tanda Tanda Vital terdiri dari tekanan darah 120/70 mmhg , nadi 88x/menit , suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit , saturasi oksigen 100%.
  - 2 Pukul 08.30 Wita Periksa tanda dan gejala hipovolemia hasilnya: mengobservasi tekanan darah 120/80mmhg, nadi 88x/menit, pernapasan 23x/menit, melakukan pemeriksaan turgor kulit dengan hasil turgor kulit menurun, membran mukosa bibir pasien kering.
  - 3 Pukul 09.00 Wita Memonitor intake dan output cairan. Hasil mencatat hasil cairan masuk misalnya NaCl 500 cc dan cairan oral yang masuk 2,25 liter. Dan mencatat cairan keluar 1500 cc.
  - 4 Pukul 09.00 Wita Mengajukan memperbanyak asupan cairan oral. Melayani pasien minum 2 gelas.
  - 5 Pukul 10.00 Wita Melakukan pemberian cairan Iv sansulin 500 ml, rapid habis dalam 2 jam.
- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
- 1 Pukul 07.30 Wita melakukan pemeriksaan Tanda- tanda Vital seperti tekanan darah 120/70 mmhg, Nadi 88x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 100%

- 2 Pukul 08.20 Wita Menganjurkan pasien untuk membatasi asupan cairan sebelum tidur dengan hasil: membatasi pasien minum menjelang tidur.
- 3 Pukul 08.30 Wita menganjurkan pasien agar batasi asupan cairan sebelum tidur.
- 4 Pukul 09.00 Wita anjurkan pasien agar menghindari minuman yang mengganggu tidur dengan hasil : menganjurkan kepada pasien agar tidak mengkonsumsi minuman yang mengganggu tidur seperti: ( minuman yang bersodah, teh manis dan jus kemasan)

**c. Hari ketiga 3 juli 2025**

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.
  - 1 Pukul 07.30 Wita melakukan pengukuran Tanda- tanda Vital seperti tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit, dan saturasi oksigen 100%.
  - 2 Pukul 08.00 Wita Mengkaji faktor pencetus hiperglikemia dengan hasil: klien mengatakan setelah mengkonsumsi makanan yang manis dan tidak rutin olahraga.
  - 3 Pukul 08.10 Wita Memonitor kadar gula darah 349 mg/dl
  - 4 Pukul 08.40 Wita memonitor tanda dan gejala hipereglikemia dengan hasil: pasien mengatakan badan lemah, kedua kakinya kesemutan, sering kecing, sering haus.
  - 5 Pukul 08.50 Wita Menganjurkan klien agar menjaga pola makan dan di imbangi dengan olahraga dengan hasil: pasien mengerti dengan apa

yang sudah dijelaskan dan pasien mendapatkan makanan yang diberikan rumah sakit.

6 Pukul 09.00 Wita Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang mengandung banyak gula: gula pasir, kue-kue manis, makanan siap saji, gorengan dan minuman kemasan yang mengandung gula.

7 Pukul 09. 20 Wita Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi protein rendah lemak seperti: ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan, putih telur, Dan menganjurkan pasien menggantikan nasi putih dengan beras merah, dan jagung atau umbi-umbian serta mengkonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat(sayuran hijau).

8 Pukul 09.40 Wita melayani suntik insulin sansulin rapid 10 unit

9 pukul 09.50 Wita memonitor tetesan infus dengan hasil: Tetes cepat 20 Tetes/menit.

10 Pukul 10.00 Wita melakukan pemeriksaan GDS stik dengan hasil : 349 mg/dl.

11 Pukul 11.00 Wita melakukan pemeriksaan GDS stik dengan hasil: 300 mg/dl.

12 Pukul 12.00 Wita melayani makanan pasien diet Lunak: (bubur, sayur bayam, ikan dan pisang)

13 Pukul 12.30 Wita memposisikan pasien semi-fowler.

2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

- 1 Pukul 7.30 Wita melakukan pengukuran Tanda-Tanda Vital seperti tekanan darah 120/80 mmhg , nadi 80x/menit , suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit , dan saturasi oksigen 100%
  - 2 Pukul 08.00 Wita Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dengan hasil: pasien mengatakan akibat ketidaknyamanan itu karena merasa badan lemah, pusing, dan kedua kakinya merasa kesemutan.
  - 3 Pukul 10.00 Wita menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap seperti memiringkan pasien kekiri dan kekanan, dan menganjurkan pasien duduk di tempat tidur bilah tidak lagi merasakan pusing dan lemah
  - 4 Pukul 12.00 Wita membantu pasien duduk di tempat tidur karena hendak makan.
  - 5 Pukul 13.30 Wita mengajurkan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan.
- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat
- 1 Pukul 07.30 Wita melakukan pengukuran tanda-tanda vital seperti tekanan darah 120/80 mmhg , respirasi 20x/menit , saturasi oksigen 100%, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit.
  - 2 Pukul 08.30 Wita Memonitor asupan makanan pasien dengan hasil : pasien nafsu makan baik, porsi makan yang di sediakan rumah sakit di habiskan.
  - 3 Pukul 09.00 Wita Melakukan oral hygiene sebelum makan

- 4 Pukul 10.00 Wita Mengajarkan posisi duduk
  - 5 Pukul 10.35 Wita Menganjurkan keluarga pasien untuk mengontrol makanan pasien
  - 6 Pukul 11.10 Wita Melayani injeksi omeprazole 40 mg dan melayani obat ondansetron 4 mg/iv
  - 7 Pukul 12.00 Wita Melayani diet bubur 1 porsi dengan hasil : porsi makan dihabiskan, pasien tidak lagi mual dan muntah
- 4) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- 1 Pukul 07.30 Wita melakukan pengukuran Tanda-Tanda Vital seperti Tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 100%.
  - 2 Pukul 08.00 Wita Periksa tanda dan gejala hipovolemia (seperti pasien keringantan dan banyak kencing)
  - 3 Pukul 08.40 Wita Memonitor intake dan ouput cairan dengan hasil: mencatat hasil cairan masuk misalnya NaCl 500 cc Dan cairan Oral yang masuk 2,25 liter, dan mencatat cairan keluar 1500 cc.
  - 4 Pukul 09.00 Wita Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral dengan hasil: melayani pasien minum 2 gelas.
  - 5 Pukul 10.00 Wita Melakukan pemberian cairan Iv sansulin rapid 500 ml, habis dalam 2 jam.
- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur

- 1 Pukul 07.30 Wita melakukan pemeriksaan Tanda- Tanda Vital seperti tekanan darah 120/80 mmh, Nadi 80x/menit , suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit , saturasi oksigen 100%.
- 2 Pukul 08.30 Wita mengajurkan pasien agar batasi asupan cairan sebelum tidur.
- 3 Pukul 09.00 Wita anjurkan pasien agar menghindari minuman yang mengganggu tidur dengan hasi : menganjurkan kepada pasien agar tidak mengkonsumsi minuman yang mengganggu tidur seperti: ( minuman yang bersodah, teh manis dan jus kemasan)

## 5 Evaluasi Keperawatan

### a. Hari pertama senin, 30 juni 2025, Jam pukul 21.00

Diagnosa Keperawatan Pertama : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.

**Data subjektif** : pasien mengatakan sering kencing, pusing , lelah dan sering ngantuk sedikit berkurang.

**Data objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TTV pukul 14.00 tekanan darah: 120/80 mmhg, Nadi 80x/menit, respirasi 23x/menit, suhu : 36,5<sup>0</sup>C, saturasi oksigen 100%. pemeriksaan GDS stik, Hasil gds pasien 859mg/dl,

pukul 21.00 tekanan darah 110/90, nadi 113x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20 x/menit, saturasi oksigen 100%.

**A:** Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.

**P** : Intervensi di lanjutkan.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

**Data subjektif** : pasien mengatakan lemah, dan sesak napas saat melakukan aktivitas

**Data objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TTV pukul 14.00 tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 23x/menit, saturasi oksigen 100%, pasien nampak lemah, aktivitas dibantu keluarga. Pasien belum mampu bangun duduk di tempat tidur karena masih merasa lemah, pasien di bantu duduk di tempat tidur untuk makan. TTV pukul 21.00 tekanan darah 110/80mmhg, nadi 113 x/menit, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 100 %, suhu 36,5<sup>0</sup>C.

**A:** masalah intoleransi belum teratasi.

**P:** intervensi di lanjutkan.

Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan

**Data objektif** : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV Pukul 21.00 tekanan darah 110/80 mmhg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, saturasi oksigen 100%, makanan yang diberikan rumah sakit tidak habis, makan hanya sedikit 3-4 sendok, pasien nampak kurus IMT pasien 13,7kg.

**A:** masalah defisit nutrisi belum teratasi

**P:** lanjutkan intervensi

Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

**Data subjektif** : pasien mengatakan keringat dan merasa kencing di malam hari berkurang.

**Data objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis,, TTV pukul 14.00 tekanan darah 120/70 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,6<sup>0</sup>C, respirasi 19x/menit, saturasi oksigen 99%. Pasien minum air 6-8 gelas sehari. TTV pukul 21.00 tekanan darah 110/80mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit. Saturasi oksigen 100%.

**A:** Masalah hipovolemia teratasi

**P:** Intervensi di hentikan.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur

**Data subjektif** : pasien mengeluh sulit tidur dan sering terbangun di malam hari sedikit berkurang.

**Data objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TTV pukul 14. 00 tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 100%. Pasien masih terbangun di malam hari untuk buang air kecil. TTV pukul 21.00 tekanan darah 110/80mmhg, nadi 113x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C., saturasi oksigen 100%.

**A:** Masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

**P:** Intervensi di lanjutkan.

**b. Evaluasi selasa, 01 juli 2025**

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.

**Data subjektif** : pasien mengatakan sering kencing, pusing , lela dan sering ngantuk sedikit berkurang

**Data objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TTV pukul 07.30 tekanan darah: 120/80 mmhg, Nadi 80x/menit, respirasi 23x/menit, suhu : 36,5<sup>0</sup>C, saturasi oksigen 98%. Pukul 08.00 pemeriksaan GDS stik, Hasil gds pasien 500 mg/dl, pukul 14.00 tekanan darah 120/80 mmhg , nadi 88x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 100%.

**A:** Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.

**P** : Intervensi di lanjutkan

2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

**Data subjektif** : pasien mengatakan lemah, dan sesak napas saat melakukan aktivitas.

**Data objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TTV pukul 07. 30 tekanan darah 100/80 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 23x/menit, saturasi oksigen 100%, pasien nampak lemah, aktivitas dibantu keluarga. Pasien belum mampu bangun duduk di tempat tidur karena masih merasa lemah, pasien di bantu duduk di tempat tidur untuk makan. TTV pukul 14.00 tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 100%, suhu 36,5<sup>0</sup>C.

**A:** masalah intoleransi belum teratasi.

**P:** intervensi di lanjutkan

3) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

**Data subjektif** : pasien mengatakan keringat dan merasa kencing di malam hari berkurang.

**Data objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis,, TTV pukul 07.30 tekanan darah 120/70 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,6<sup>0</sup>C, respirasi 19x/menit, saturasi oksigen 99%. Pasien minum air 6-8 gelas sehari.

pukul 14.00 TTV tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 21x/menit. Saturasi oksigen 100%.

**A:** masalah hipovolemia teratasi.

**P:** Intervensi di hentikan.

4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur

**Data subjektif** : pasien mengeluh sulit tidur dan sering terbangun di malam hari sedikit berkurang.

**Data objektif** : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TTV pukul 07.30 tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 100%. Pasien masih terbangun di malam hari untuk buang air kecil,

TTV pukul 14.00 tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, saturasi oksigen 100%.

**A:** Masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

**P:** Intervensi di lanjutkan.

**c. Evaluasi rabu 02 juli 2025**

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.

**Data subjektif** : pasien mengatakan sering kencing, pusing, lelah dan sering ngantuk berkurang.

**Data objektif** : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV 07.30 tekanan darah 100/80 mmhg, nadi 90x/menit, suhu 36,6<sup>0</sup>C, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 100%. Gula darah pasien membaik 150 mg/dl, TTV pukul 14.00 tekanan darah 120/70, nadi 85x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 100%.

**A**: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi.

**P**: intervensi dilanjutkan

- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

**Data subjektif** : pasien mengatakan lemah berkurang, sesak napas saat melakukan aktivitas sudah tidak lagi di rasakan.

**Data objektif** : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV pukul 07.00 tekanan darah 100/80 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36.6<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 98%. Pasien tampak segar, aktivitas sudah dilakukan secara mandiri, pasien mampu duduk di tempat tidur. TTV pukul 14.00 tekanan darah 120/70 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 100%.

**A**: Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi.

**P:** Intervensi di lanjutkan

3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur

**Data subjektif :** pasien mengeluh sulit tidur dan sering terbangun dimalam hari berkurang.

**Data objektif :** keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV pukul 07.30 tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, respirasi 19x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, saturasi oksigen 98%. Pasien tidak lagi terbangun di malam hari untuk buang air kecil. TTV pukul 14.00 tekanan darah 120/70 mmhg, nadi 80x/menit, saturasi oksigen 100%, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 100%.

**A:** Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi.

**P:** Intervensi di lanjutkan.

6 Catatan perkembangan

**a. Diagnosa 1**

Senin 30 juni 2025, dilakukan catatan perkembangan

Pukul 07.30 Wita

**Data Subjektif :** pasien mengatakan pasien sering kencing, pusing , lelah dan sering ngantuk berkurang.

**Data objektif :** pasien nampak baik, gula darah pasien masih tinggi 205 mg/dl.

**A:** masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi.

**P :** Intervensi di lanjutkan.

**I:** - jam 07.40-13.00 mengobservasi tanda- tanda vital dengan hasil:

Tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 88x/menit, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 100%. Memonitor gula darah, Menganjurkan pasien agar tetap menjaga pola makan dan di imbangi dengan olahraga, menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi protein rendah lemak, penatalaksanaan melayani suntik insulin sansulin rapid 10 unit/sl.

E: jam 21.00 keadaan umum pasien lemah , kesadaran composmentis, glukourea (+4), tidak rasa kecing berlebihan, gula darah pasien, masih tinggi (190 mg/dl), tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 100%. Terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes permenit. Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

Intervensi di lanjutkan di perawat Ruangan.

## **b. Diagnosa 2**

### **Pukul 07.30**

**S:** pasien mengatakan tidak lagi lemah, pasien mengatakan sudah mampu berpindah secara mandiri yaitu ke toilet.

**O:** keadaan umum pasien baik, pasien mampu berpindah dan berjalan sendiri ke toilet.

**A:** masalah intoleransi aktivitas teratasi.

**P:** Intervensi dipertahankan.

**I:** mengajurkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti membantu pasien miring ke kanan dan miring kekiri.

**E:** Pasien dapat berjalan ke toilet sendiri tanpa dibantu keluarga. Keadaan pasien baik, kesadaran komposmentis, mudah melakukan aktivitas meningkat, keluhan lemah menurun, tekanan darah dibatas normal, sesak napas saat beraktivitas menurun, Tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,2°C, respirasi 22x/menit, saturasi oksigen 100%.

Intervensi di hentikan.

**c. Diagnosa 3**

Pukul 07.30

**Data subjektif :** Pasien mengatakan sering kencing dan keringat malam hari sudah tidak lagi, dan sering terbangun untuk buang air kecil tidak lagi.

**Data objektif :** keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis.

**A:** masalah hipovolemi teratasi.

**P:** intervensi di pertahankan.

**I:** monitor intake dan ouput cairan, berikan asupan cairan oral, anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.

**E:** pasien nampak baik, kesadaran composmentis, turgor kulit normal, membran mukosa basa, volume urin normal, tekanan dara normal, tekanan darah 120/70 mmhg, nadi 89x/menit, suhu 36,6°C, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 99%.

Intervensi di hentikan

#### **d. Diagnosa 4**

Pukul 07.35

**Data Subjektif** : pasien mengeluh sulit tidur dan sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil berkurang

**Data Objektif** : keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis pasien masih terbangun lagi pada malam hari untuk , buang air kecil.

**A:** Masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

**P:** intervensi di lanjutkan.

**I:** mengajurkan pasien agar batasi asupan cairan sebelum tidur, anjurka pasien agar menghindari minuman yang mengganggu tidur.

**E:** Pasien nampak baik, tekanan darah 110/80 mmhg, nadi 80x/menit, respirasi 21x/menit, suhu 36.5°C, saturasi oksigen 100%.

Intervensi di hentikan.

#### **B. Pembahasan**

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat rencana tindakan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan di lihat. Adanya kesenjangan antara teori kasus nyata yang ditemukan pada TN. P. E. G.P. di ruangan penyakit dalam 3 (RPD III).

##### **1 Pengkajian**

Hasil pengkajian pada studi kasus Tn. P. E. G. P di temukan pasien mengeluh sering kencing 9-15 kali, pasien minum air putih 10-15 gelas

perhari ( $\pm 2-2,5$ liter), sering kencing, kedua kaki terasa kesemutan, susah tidur dan mengeluh pengelihatan kabur, serta sesak napas, mengeluh pusing dan lemah sejak 2 minggu yang lalu, pasien terbaring lemah di tempat tidur, pasien tidak ada nafsu makan, porsi makan tidak di habiskan. Berat badan pasien 40 kg, dan tinggi badan pasien 165 cm IMT: 13,7 kg (kurus), pasien sulit tidur karena sering terbangun karena buang air kecil, pasien mengatakan baknya 9-15 kali / hari.

Menurut Suryati, (2021) gejala akut meliputi polifagia (banyak makan), polidipsi (banyak minum), poliuria (banyak kencing), mudah lelah, berat badan menurun, mudah mengantuk, pusing, nafsu makan bertambah, gejala kronik meliputi: Kesemutan, kulit terasa panas, atau seperti tertusuk-tusuk oleh jarum, pandangan kabur, gigi mudah goyang, atau lepas.

Pada pasien Tn P. E. G. P tidak di temukan yaitu nafsu makan bertambah karena pasien mengalami mual muntah yang menyebabkan nafsu makannya menurun. Menurut padhila (2018), pada pasien DM terjadi defisiensi insulin yang menyebabkan glukagon meningkat dalam darah sehingga gula dalam sel berjurang dan menyebabkan katonemia. penyebab Ph menurun dan menyebkan terjadinya mual. Kasus yang di alami P. E. G. P. mengatakan bahwa setiap klien makan terdapat rangsangan mual yang mengakibatkan klien kurang nafsu makan dan menghebitkan porsi makan yang diberikan.

Pada pasien Tn. P. E. G. P tidak mengeluh kulit terasa panas seperti tertusuk-tusuk jarum karena pasien tidak mengalami kerusakan neuropati.

Kerusakan pada saraf akibat kadar gula darah yang tinggi dapat menyebabkan sensasi rasa panas yang disertai nyeri pada kulit.

Pada pasien Tn. P. E. G. P tidak mengeluh gigi mudah goyang atau lepas karena pada pasien tidak mengalami periodontal yang dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan penunjang gigi dan membuatnya goyang atau lepas. Menurut Tonetti et al. (2020). Menyatakan bahwa tanda dan gejala seperti gigi mudah goyang atau lepas biasanya muncul akibat inflamasi kronis yang merusak jaringan penyangga gigi, termasuk ligamen periodontal tetap sehat dan tidak terjadi inflamasi atau infeksi, maka integritas jaringan penyangga gigi tetap terjaga. Hal ini menunjukkan bahwa status periodontal pasien dalam kondisi baik.

Menurut Anggraini. D Tanda dan gejala diabetes mellitus tidak hanya dilihat dari kadar glukosa darah saja yang tinggi, namun dapat dilihat dari keseharian yang dialami seperti sering buang air kecil, sukar merasa kenyang, sering merasa haus, pandangan kabur, mudah lelah, lemas, mulut kering, dan mengalami infeksi atau luka.

Pada pasien Tn. P. E.G. P tidak mengeluh sukar merasa kenyang karena pasien mengeluh nafsu makannya menurun dikarenakan mual dan muntah, Menurut Wijaya (2024) menjelaskan bahwa pada pasien yang mengalami mual dan muntah, pusat muntah di medula oblongata teraktivasi akibat iritasi gastrointestinal atau rangsangan metabolik, yang secara langsung menurunkan keinginan untuk makan tanpa harus didahului oleh rasa kenyang.

Hal ini tidak di temukan pada pasien Tn. P.E.G.P yang mengeluhkan penurunan nafsu makan, tetapi tidak merasa cepat kenyang.

Dengan demikian, tidak munculnya keluhan "sukar merasa kenyang" pada pasien ini dapat dijelaskan secara ilmiah bahwa gejala utama yang memengaruhi intake makanan berasal dari mual dan muntah, bukan dari gangguan rasa kenyang yang abnormal

Pada pasien Tn. P. E. G. P tidak mengalami infeksi atau luka. Kadar gula darah yang tinggi dapat melemahkan sistem imun tubuh sehingga membuat pasien DM lebih rentan terhadap infeksi, oleh karena itu meskipun saat ini pasien belum mengalami infeksi, pentingnya dilakukan tindakan pencegahan atau Rekomendasi pada Tn. P.E.G.P. menjaga kadar gula darah tetap stabil, melalui pengaturan diet, olahraga rutin, dan kepatuhan terhadap terapi insulin atau obat oral. Menjaga kebersihan kulit dan mulut, secara teratur untuk mencegah masuknya patogen. Melakukan pemeriksaan rutin. Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai tanmda-tanda awal infeksi dan pentingnya segera mencari pertolongan medis bila terjadi luka atau demam. Meningkatkan daya tahan tubuh dengan, istirahat cukup, kelolah stres, dan konsumsi makanna bergizi dan seimbang.

Rekomendasi yang diberikan pada pasien, Tn P. G. G. P. : terkait berat badan yang menurun yang dialami Tn. P.E.G.P. Rekomendasi yang dapat diberikan yaitu banyak mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein, meningkatkan nafsu makan dengan mengkonsumsi makanan yang disukai, makan teratur dengan porsi kecil dan seimbang, serta istirahat yang

cukup. Hipovolemia memperbanyak asupan cairan untuk meningkatkan asupan cairan, terutama air untuk membantu menggantikan volume cairan yang hilang. Intoleransi aktivitas Terkait kelemahan anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap, serta istirahat yang cukup. Ketidakstabilan kadar glukosa darah terkait untuk perhatikan pola makan minum makan secara teratur dalam porsi seimbang (3x makan), kurangi konsumsi makanan tinggi gula seperti minuman manis, roti putih, dan kue donat, serta memperbanyak asupan serat seperti: sayuran, buah-buahan (apel, dan buah pir).

## 2 Diagnosa

Menurut Ramahdanti (2022), masalah keperawatan yang muncul pada pasien Diabetes Melitus di temukan ada 6 diagnosa keperawatan yaitu: Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah, Intoleransi Aktivitas, Hipovolemia, Resiko Infeksi, Defisit Nutrisi, Dan Gangguan Pola Tidur.

Pada kasus Tn P. E. G. P. ditemukan 5 diagnosa keperawatan yaitu: Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah, Defisit Nutrisi, Intoleransi Aktivitas, Hipovolemia, Dan Gangguan Pola Tidur.

Terdapat 1 diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan pada kasus Tn. P. E. G. P yaitu Resiko Infeksi tidak di temukan tanda-tanda gangguan perfusi jaringan, luka terbuka, atau kelemahan sistem imun yang signifikan. Kondisi ini seperti statis darah atau aliran darah yang tidak lancar, yang dapat menyebabkan kolonisasi bakteri dan meningkatkan risiko infeksi jaringan, tidak di temukan. Menurut Zhang et al (2023), resiko infeksi meningkatkan

pada pasien diabetes apabila terjadi hiperglikemia kronis yang menghambat fungsi leukosit dan menurunkan aliran darah perifer. Namun, pada Tn. P. E. G. P. kadar glukosa darah terpantau dalam batas terkendali dan tidak ditemukan gejala klinis seperti luka, kemerahan, pembengkakan, atau demam. Hal ini menunjukkan bahwa mekanisme pertahanan tubuh masih berfungsi dengan baik, sehingga resiko infeksi tidak menjadi prioritas diagnosa keperawatan pada pasien ini.

Diagnosa tersebut tidak di temukan pada kasus nyata di karenakan tidak ada tanda dan gejala yang muncul maupun data yang mendukung diagnosa tersebut

### 3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan prioritas dengan kondisi klien, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi paling tepat dan menulis serta mendokumentasikan rencana keperawatan intervensi dilakukan berdasarkan panduan pada buku standar intervensi keperawatan indonesia. Intervensi yang di lakukan pada diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu: Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah, anjurkan kepetuhan terhadap diet dan olahraga. Diagnosa Defisit nutrisi yaitu: identifikasi status nutrisi, monitor asupan makanan, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, kolaborasi dengan ahli Gizi untuk menentukan jumlah kalori dengan jenis nutrient yang di butuhkan. Diagnosa intoleransi aktivitas yaitu: monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, anjurkan melakukan aktivitas

secara bertahap, anjurkan tirah baring. Diagnosa hipovolemia yaitu: periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, melakukan pemberian cairan Iv drip sodium dan NaCl. Diagnosa gangguan pola tidur yaitu: Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, batasi asupan cairan sebelum tidur, anjurkan menghindari minuman yang mengganggu tidur.

#### 4 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan di lakukan berdasarkan perencanaan yang dibuat disesuaikan dengan kondisi pasien. Pelaksanaan keperawatan pada Tn. P.E. G. P dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 30 juni sampai 2 juli 2025. Implementasi dilakukan sesuai perencanaan yang berdasarkan kondisi pasien dan sasaran prasarana yang memadai sehingga implementasi pada pasien Tn P. E. G.P. dapat semua dilaksanakan sesuai perencanaan.

#### 5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan pada Tn P. E. G. P. dengan diagnosa medis Diabetes melitus dilakukan berdasarkan tujuan yang diterapkan. Pada P. E. G. P. dilakukan evaluasi bahwa masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi karena tanda dan gejala pada pasien masih ada seperti: gula darah pasien masih tinggi (GDS: 190 mg/dl), glukosurea (+4). Masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi karena pasien sudah mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri yaitu toileting, berpakaian, dan mandi. Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi karena tanda dan gejala pada pasien sudah teratasi sebagian seperti nafsu makan sudah membaik, tidak lagi

mual, muntah, membran mukosa lembab BB 40, IMT 13,7 kg (kurus). Hipovolemia teratasi karena tanda dan gejala pada pasien seperti berkeringat di malam hari berkurang, keluhan lemah tidak lagi di rasakan, merasa sering kencing di malam hari berkurang, mukosa bibir lembab. Gangguan pola tidur teratasi dengan tanda dan gejala mengeluh sulit tidur sudah berkurang, rasa kencing di malam hari berkurang.