

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisiapan)

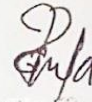
Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : **Afrida Sare Davin**, Dengan judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitu Diruang Perawatan Penyakit Dalam (RPD-III) 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 ddiri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, 30 Juni 2025

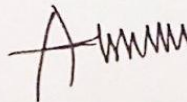


Korneia Grace Gheeta
Saksi



Parilus Elvis Gun Pero
Yang Memberi Persetujuan

Peneliti



LAMPIRAN 2**PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Saya adalah mahasiswa dari poltekkes kupang program studi keperawatan ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan keperawatan pada pasien Tn. P. E. G. P. Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Diruangan 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 Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini berlangsung selama tiga hari
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan 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 aktif mengikuti perkembangan asuhan yang di berikan
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak, Ibu, Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak, Ibu, Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor Hp: 081339658579.

Ende, 30 Juni 2025

Peneliti


Afrida Sare Davin
PO5303202220001

LAMPIRAN 3



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp.: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekeskupang@yahoo.com

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. P. E. G. P. DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS DI
RUANGAN PERAWATAN PENYAKIT DALAM III (RPD-III)
RSUD ENDE
HARI/TANGGAL : SENIN 30 JUNI – RABU 02 JULI 2025**

I. PENGKAJIAN

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama	: Tn. P. E. G. P
Umur	: 29 Tahun
Agama	: katolik
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Status	: Belum menika
Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Guru
Suku Bangsa	: Ende
Alamat	: Woloare A
Tanggal Masuk	: 30 juni 2025
Tanggal Pengkajian	: 30 juni 2025
No. Register	: 009436
Diagnosa Medis	: Diabetes Melitus

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A.G
Umur : 65 Tahun

Hub. Dengan Pasien : Ayah kandung

Pekerjaan : PNS (pensiunan)

Alamat : Woloare A

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 penglihatan kabur, dan merasa lemah dan kurang bertenaga, dan sesak napas

1) 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

2) Alasan masuk Rumah Sakit

Awalnya pasien merasakan sering haus yang berlebihan, penglihatan 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

d) 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.

1) 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.

2) Pola eliminasi urien

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.

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.

4). 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.

5). pola aktivitas dan latihan

Sebelum **sakit** : pasien mengatakan sebelum sakit pasien melakukan aktivitas seperti biasa yaitu duduk kumpul dengan teman-teman, dan keluarga

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.

6). 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.

7). Pola persepsi –Konsep diri

Gambaran diri : pasien mengatakan menerima kondisinya sekarang
Ideal diri : pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarganya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari

Harga diri : pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya, keluarga maupun orang sekitar.

Peran diri : pasien mengatakan berperan sebagai seorang guru di SMPN Woloare.

Ideal diri : pasien mengatakan ia adalah seorang anak. Dari bapak Tn A. G.

8). 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

9). 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.

10). Pola istirahat tidur

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

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°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 4ltpm.

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 20tpm, 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 +	($10^3/\mu\text{L}$)	(3.00- 15.00)
LYMPH#	3.42	($10^3/\mu\text{L}$)	(1.00- 3.700)
MONO #	1.03 +	($10^3/\mu\text{L}$)	(0.00-0.70)
EO#	0.06	($10^3/\mu\text{L}$)	(0.00-0.40)
BASO #	0.08	($10^3/\mu\text{L}$)	(0.00-0.10)
NEUT #	17.79 +	($10^3/\mu\text{L}$)	(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	($10^3/\mu\text{L}$)	(0.00-7.00)
IG %	2.2	(%)	(0.0-72.0)
RBC	4.77	($10^6/\mu\text{L}$)	(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	($10^3/\mu\text{L}$)	(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

L). Terapi pengobatan

Tanggal 30 juni 2025

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

Tanggal 1 juli 2025

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

Tanggal 2 juli 2025

Infus nacl 20 tpm, omeprazole 40mg/iv, ondansetron 4mg/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 dibantu 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 dihabiskan. 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 bakunya 9-13 kali / hari. Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis GCS: 15, tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5 °C, Rr 23x/menit, spo2 10%, pasien nampak pucat, konjungtiva merah muda, mukosa bibir kering, akral teraba dingin, Pasien tampak menguap saat dikaji, 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+ ($10^3/uL$), glukosa sewaktu: 859mg/dl, pemeriksaan keton urin (+4), ureum: 50.0 mg/dl.

3) 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 penglihatan 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 dihabiskan , 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, kesadaran komposmentis, 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 muda 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: $22.3 \times 10^3/\mu\text{L}$, glukosa sewaktu: 859 mg/dl, pemeriksaan keton urin (+4), ureum: 50.0mg/dl.

4) Analisa data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
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.	Hiperglikemia	Ketidak stabilan kadar glukosa darah
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	Kurangnya kontrol tidur	Gangguan pola tidur
Data subjektif : pasien mengeluh lelah, lemah Dan merasa sesak saat melakukan aktivitas Data objektif : tampak terbaring terbaring di tempat tidur.	Kelemahan	Intoleransi aktivitas
Data subjektif : pasien mengatakan sering kencing dan berkeringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas Data objektif : Pasien tampak berkeringat dan pasien sering kencing 1 hari 10-15 kali , mukosa bibir kering, turgor kulit menurun.	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia
Data subjektif : pasien mengatakan nafsu makan berkurang, pola makan pasien 2xsehari porsi yang	Katabolisme meningkat	Defisit nutrisi

dihabiskan 3-4 sendok makan, minum air putih 10-15 gelas, BB sebelumnya 50 kg Data Objektif : pasien tampak makan sedikit BB sekarang 40kg, TB: 165cm IMT 13,7(kurus), pasien nampak kurus bibir kering		
--	--	--

II. Diagnosa keperawatan

Setelah melakukan pengkajian, 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 darah 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 500 cc, 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 berkeringan di malam hari tanpa melakukan aktivitas
 Data **objektif** : Pasien tampak berkeringat dan pasienn sring kencing 1 hari 10-15 kali (1500cc).

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan hiperglikemia	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 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
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	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
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat	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.
4	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	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, ,membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, intake cairan membaik). 2. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 3. Berikan asupan cairan oral Edukasi 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%)
5	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur	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

IV. Implementasi Keperawatan

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

IMPLEMENTASI HARI PERTAMA 30 JUNI 2025					
NO	Diagnosa keperawatan	Hari/ tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah 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 500 cc, hasil Lab GDS: 859 mg/dl.	Senin 30 juni 2025	13.50 14.00 14.30 15.00 15.25	1 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 Mengakaji faktor pencetus hiperglikemia dengan hasil: klien mengatakan setelah mengkonsumsi makanan yang manis manis dan tidak rutin olahraga. 3 Melakukan pemeriksaan GDS stik dengan hasil : 859 mg/dl. 4 Memonitor tanda dan gejala hipereglikemia : pasien mengatakan badan lemah, kedua kakinya kesemutan, sering kecing, sering haus. 5 Menganjurkan klien agar menjaga pola makan dan di imbangi dengan olahraga dengan hasil: pasien mengerti dengan apa yang sudah dijelaskan dan pasien mendapatkan makanan	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 °C, saturasi oksigen 100%. pemeriksaan GDS stik, Hasil gds pasien 859 mg/dl, pukul 21.00 tekanan darah 110/90, nadi 113x/menit, suhu 36,5 °C, respirasi 20 x/menit, saturasi oksigen 100%. A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. P: Intervensi di lanjutkan.

			16.10	6	Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang mengandung banyak gula: gula pasir, kue-kue manis, makanan siap saji, gorengan dan minuman kemasan yang mengandung gula.	
			16.35	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).	
			17.00	8	Pukul 17.00 Wita melayani drip insulin 500 ml dan Nacl 500 cc habis dalam 2 jam.	
			17.30	9	Melakukan pemeriksaan GDS stik dengan hasil: 500 mg/dl.	
				10	Melayani makanan pasien diet Lunak: (bubur, sayur bayam, ikan dan pisang)	
				11	Memposisikan pasien semi-fowler.	

2	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, perpakaian, dan berpindah	Senin 30 juni 2025	13.30	1 Melakukan pengukuran Tanda-tanda tekanan darah 120/80 mmhg, Nad 80x/menit, Suhu 36,5 °C, respirasi 23x/menit, dan saturasi oksigen 100%.	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 °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 110/80 mmhg, nadi 113 x/menit, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 100 %, suhu 36,5 °C. A: masalah intoleransi belum teratasi. P: intervensi di lanjutkan.
			13.40	2 Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dengan hasil: pasien mengatakan akibat ketidaknyamanan itu karena merasa badan lemah, pusing, dan kedua kakinya merasa kesemutan.	
			13.55	3 Menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap seperti memiringkan pasien ke kiri dan kekanan, dan menganjurkan pasien duduk di tempat tidur bilah tidak lagi merasan pusing dan lemah.	
			14.00	4 Membantu pasien duduk di tempat tidur karena hendak makan.	
			14.10	5 Mengajukan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan.	

3	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.	Senin 30 juni 2025	13.50	1 Melakukan pengukuran tanda-tanda vital seperti tekanan darah 120/80 mmhg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,5 °C respirasi 23x/menit, saturasi oksigen 100%.	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 °C, saturasi oksigen 100%, makanan yang diberikan rumah sakit tidak habis, makan hanya sedikit 3-4 sendok, pasien nampak kurus IMT pasien 13,7 kg. A : masalah defisit nutrisi belum teratasi P : lanjutkan intervensi
			14.00	2 Menganjurkan pada pasien untuk mengkonsumsi protein dan renda lemah seperti : ikan, ayam Melakukan penimbangan berat badan pasien, dengan hasil berat badan pasien: 40kg.	
			14.20	3 Melayani makanan pasien dengan hasil: porsi makan tidak dihabiskan, pasien makan hanya 2-3 sendok karna pasien mual dan muntah	
			14.45	4 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.	
			15.00	5 Memonitor asupan makanan pasien dengan hasil : pasien tidak ada nafsu makan, hanya bisa menghabiskan 3-4 sendok.	
			15.25	6 Melakukan oral hygiene sebelum makan. tampa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan.	

			15.45	7 Mengajarkan keluarga pasien untuk mengontrol makan pasien dengan hasil keluarga klien mengerti dan akan mengontrol pola makan klien.	
			17.00	8 Melayani diet bubur 1 porsi dengan hasil : porsi makan tidak dihabiskan, pasien makan 2-3 sendok karena pasien mual dan muntah.	
4	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan sering kencing dan berkeringan di malam hari tanpa melakukan aktivitas Data objektif : Pasien tampak berkeringat dan pasien sering kencing 1 hari 10-15 kali (1500cc).	Senin 30 juni 2025	14.00	1 Melakukan pengukuran TTV terdiri dari tekanan darah 120/80 mmhg , nadi 80x/menit, suhu 36,5 °C, respirasi 23x/menit, saturasi oksigen 100%.	Data subjektif : pasien mengatakan keringat dan merasa kencing didalam hari berkurang. Data objektif : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis,, TTV pukul 14.00 tekanan darah 120/70 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,6 °C, respirasi 19x/menit, saturasi oksigen 99%. Pasien minum air 6-8 gelas sehari. TTV pukul 21.00 tekanan darah 110/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,5 °C., respirasi 20x/menit. Saturasi oksigen 100%. A: masalah hipovolemia teratasi P: Intervensi di hentikan.
			14.35	2 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.	
			15.00	3 Memonitor intake dan output cairan. Hasil mencatat hasil cairan masuk misalnya Nacl 500cc dan cairan oral yang masuk 2,25 liter. Dan mencatat cairan keluar 1500cc.	
			16.10	4 Pukul 16.10 Wita Mengajarkan memperbanyak asupan cairan oral. Melayani pasien minum 2 gelas.	

			17.00	5 Melakukan pemberian cairan Iv sansulin rapid 500 ml, Habis dalam 2 jam	
5	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	Senin 30 juni 2025	14.00 14.35 15.10 16.25	1 Melakukan pemeriksaan Tanda-Tanda Vital seperti tekanan darah 120/80 mmhg , Nadi 80x/menit , suhu 36,5 °C, respirasi 23x/menit , saturasi oksigen 100%. 2 Pukul 14.35 Wita Menganjurkan pasien untuk membatasi asupan cairan sebelum tidur. 3 Mengajukan pasien agar batasi asupan cairan sebelum tidur. 4 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)	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 °C, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 100%. Pasien masih terbangun di malam hari untuk buang air kecil. TTV pukul 21.00 tekanan darah 110/80 mmhg, nadi 113x/menit, suhu 36,5°C, saturasi oksigen 100%. A: masalah gangguan pola tidur belum teratasi. P: intervensi di lanjutkan.

IMPLEMENTASI HARI KEDUA 01 JUNI 2025

1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia di tandai dengan : Ketidakstabilan kadar glukosa darah 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 500 cc, hasil Lab GDS: 859 mg/dl.	Selasa 01 juli 2025	07.30 08.00 08.10 08.40 08.50 09.00	1 Melakukan pengukuran Tanda- tanda vital seperti tekanan darah 120/70 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,5 °C, respirasi 20x/menit, dan saturasi oksigen 100%. 2 Mengkaji faktor pencetus hiperglikemia dengan hasil: klien mengatakan setelah mengkonsumsi makanan yang manis dan tidak rutin olahraga. 3 Memonitor kadar gula darah 500 mg/dl 4 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia: pasien mengatakan badan lemah, kedua kakinya kesemutan, sering kecing, sering haus. 5 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 Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang	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 °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 °C, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 100%. A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. P : Intervensi di lanjutkan
----	---	---------------------	---	--	--

			09.20	mengandung banyak gula: gula pasir, kue-kue manis, makanan siap saji, gorengan dan minuman kemasan yang mengandung gula.	
			09.40	7 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).	
			09.50	8 Melayani drip insulin 500 ml dan Nacl 500 cc habis dalam 2 jam.	
			10.00	9 Memonitor tetesan infus dengan hasil : 20 tetes x/menit	
			11.00	10 Melakukan pemeriksaan GDS stik dengan hasil : 500 mg/dl.	
			12.00	11 Melakukan pemeriksaan GDS stik dengan hasil: 500 mg/dl.	
			12.30	12 Melayani makanan pasien diet Lunak: (bubur, sayur bayam, ikan dan pisang) 13 Mengposisikan pasien semi-fowler.	
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan	Selasa 01 juli 2025	07.30	1 Melakukan pengukuran Tanda-Tanda vital tekanan darah 120/70 mmhg, nadi	Data subjektif : pasien mengatakan lemah, dan sesak napas saat melakukan aktivitas.

	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, perpakaian, dan berpindah		08.00 10.00 12.00 13.30	2 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 Menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap seperti memiringkan pasien ke kiri dan ke kanan, dan menganjurkan pasien duduk di tempat tidur bilah tidak lagi merasakan pusing dan lemah. 4 Membantu pasien duduk di tempat tidur karena hendak makan. 5 Pukul 13.30 Wita mengajurkan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan.	88x/menit, suhu 36,5 °C, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 100% Data objektif : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TTV pukul 07.30 tekanan darah 100/80 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,5 °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 °C. A: masalah intoleransi belum teratasi. P: intervensi di lanjutkan
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan akatabolisme menungkat di tandai dengan:	Selasa 01 juli 2025	07.30 08.00	1 Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital seperti tekanan darah 120/70 mmhg, respirasi 20x/menit, suhu 36,5 °C, nadi 88x/menit , saturasi oksigen 100%	Data subjektif : pasien mengatakan masih merasakan mual dan tidak nafsu makan Data objektif : pasien nampak tidak menghabiskan makanan

	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.		08.35	2 Melakukan penimbangan berat badan pasien dengan hasil : berat badan pasien 40 kg.	yang di sediakan rumah sakit, ,makan hanya sedikit 3-4 sendok, pasien nampak kurus IMT 13,7 kg. TTV pukul 14.00 tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 100%, suhu 36,5 °C. A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
			09.00	3 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.	
			09.35	4 Memonitor asupan makanan pasien dengan hasil : pasien tidak ada nafsu makan, hanya bisa menghabiskan 3-4 sendok	
			10.00	5 Melakukan oral hygiene sebelum makan.	
			10.35	6 Menganjurkan pada pasien untuk mengkonsumsi protein dan renda lemah seperti : ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan.	
			12.00	7 Mengajarkan keluarga pasien untuk mengontrol makan pasien dengan hasil :keluarga klien mengerti dan akan mengontrol pola makan klien.	
				8 Melayani diet bubur 1 porsi dengan hasil: porsi makan tidak di habiskan, pasien makan 3 sendok, karna pasien mual dan muntah.	

4	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif di tandai dengan : Data subjektif : pasien mengatakan sering kencing dan berkeringan di malam hari tanpa melakukan aktivitas Data objektif : Pasien tampak berkeringat dan pasien sering kencing 1 hari 10-15 kali (1500cc).	Selasa 01 juli 2025	07.30	1 Melakukan pengukuran Tanda Tanda Vital terdiri dari tekanan darah 120/70 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,5 °C, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 100%.	Data subjektif : pasien mengatakan keringat dan merasa kencing didalam hari berkurang. Data objektif : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis,, TTV pukul 07.30 tekanan darah 120/70 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,6 °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 °C., respirasi 21x/menit. Saturasi oksigen 100%. A: masalah hipovolemia teratasi. P: Intervensi di hentikan.
			08.30	2 Pukul 08.30 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.	
			09.00	3 Memonitor intake dan output cairan. Hasil mencatat hasil cairan masuk misalnya Nacl 500cc dan cairan oral yang masuk 2,25 liter. Dan mencatat cairan keluar 1500cc.	
			09.10	4 Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral. Melayani pasien minum 2 gelas.	
			10.00	5 Melakukan pemberian cairan Iv sansulin rapid 500 ml, habis dalam 2 jam	
5	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol	Selasa 01 juli 2025	07.30	1 Melakukan pemeriksaan Tanda-tanda Vital seperti tekanan darah 120/70 mmhg, Nadi 88x/menit,	Data subjektif : pasien mengeluh sulit tidur dan sering

	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		08.20 08.30 09.00	suhu 36,5 °C, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 100% 2 Menganjurkan pasien untuk membatasi asupan cairan sebelum tidur dengan hasil: membatasi pasien minum menjelang tidur. 3 Mengajarkan pasien agar batasi asupan cairan sebelum tidur. 4 Anjurkan pasien agar menghindari minuman yang mengganggu tidur dengan hasil : menganjurkan kepada pasien agar tidak mengonsumsi minuman yang mengganggu tidur seperti: (minuman yang bersoda, teh manis dan jus kemasan).	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 °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 °C, saturasi oksigen 100%. A: masalah gangguan pola tidur belum teratasi. P: intervensi di lanjutkan.
CATATAN PERKEMBANGAN					
No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Catatan Perkembangan		
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia di tandai dengan: Data subjektif : pasien mengatakan badan lemah, sering ngantuk, sering haus,	Rabu 02 juli 2025	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:		

	pusing, dan kedua kaki merasa kesemutan Data objektif : pasien tampak lemah, terpasang drip sansulin rapid 500 cc, hasil Lab GDS: 859 mg/dl.		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 renda 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, gulah darah pasien ,masih tinggi (190 mg/dl), tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36,5 °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.
2.	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, perpakaian, dan berpindah	Rabu 02 juli 2025	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, respirasu 22x/menit, saturasi oksigen 100%. Intervensi di hentikan

3.	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.	Rabu 02 juli 2025	Pukul 07.30 Data subjektif : pasien mengatakan nafsu makan baik Data objektif : keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis. Pasien nampak menghabiskan makanan yang di sediakan rumah sakit. A: masalah defisit nutrisi teratasi I: - Memonitor asupan makanan pasien dengan hasil : pasien nafsu makan baik, porsi makan yang di sediakan rumah sakit di habiskan -Melakukan oral hygiene sebelum makan - Mengajarkan posisi duduk - Mengajarkan keluarga pasien untuk mengontrol makanan pasien - Melayani injeksi omeprazole 40 mg/iv dan melayani obat ondansetron 4 mg/iv - Melayani diet bubur 1 porsi dengan hasil : porsi makan dihabiskan, pasien tidak lagi mual dan muntah E: keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, nafsu makan baik dan pasien tidak lagi mual dan muntah, pasien nampak kurus IMT 13,7Kg tekanan darah 120/70 mmhg, nadi 89x/menit, suhu 36,6 °C, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 99%. Intervensi di hentikan
4	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan di tandai dengan : Data subjektif : pasien mengatakan sering kencing dan berkeringan di malam hari tanpa melakukan aktivitas Data objektif : Pasien tampak berkeringat dan pasien sering	Rabu 02 juli 2025	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 output cairan, berikan asupan cairan oral, anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.

	kencing 1 hari 10-15 kali (1500cc).		E: pasien nampak baik, kesadaran composmentis, turgor kulit normal, membran mukosa basa, volume urin normal, tekanan darah normal, tekanan darah 120/70 mmhg, nadi 89x/menit, suhu 36,6 °C, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 99%. Intervensi di hentikan
5	Gangguan pola 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	Rabu 02 juli 2025	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.

SURAT PERNYATAAN

Saya Yang bertanda Tangan di bawah ini :

Nama : Afrida Sare Davin
Nim : P05303202220001
Prodi : D-III Keperawatan Ende

Dengan ini menyatakan bahwa apabila saya tidak menyelesaikan kewajiban (Tugas) saya sampai dengan sebelum ukom, maka untuk sementara waktu saya bersedia tidak menerima Ujazah sampai kewajiban (Tugas) saya tersebut diselesaikan.

Surat Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh, Tanpa ada Paksaan dari Pihak manapun. Apabila saya tidak menepati kewajiban tersebut maka saya bersedia menerima konsekuensi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 23 Juli 2025

Hormat Saya

Afrida



AFRIDA SARE DAVIN

NIM : P05303202220001



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Lilla, Oebobo,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111
(0380) 8800256
<https://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 : Afrida Sare Davin
Nomor Induk Mahasiswa : P05303202220001
Dosen Pembimbing : Aris Waeomeo, M.Kep., Ns., Sp. Kep. Kom
Dosen Penguji : Anatolia K. Doondori, S. Kep., Ns., M. Kep
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. P. E. G. P DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III (RPD III)
RSUD ENDE

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar 25,69%
Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang 12 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism


Murry Jermias Kale ST

NIP. 19850704201012100

LAMPIRAN 6



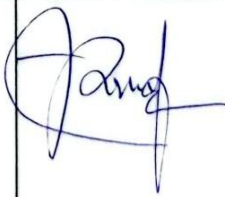
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : AFRIDA SARE DAVIN

NIM : PO5303202220001

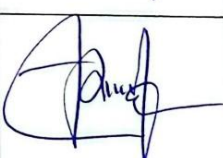
NAMA PEMBIMBING: Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Kamis, 29/08/20 24	Penyakit DM	1. Survey kasus di RSUD Ende, puskesmas dan di rumah 2. Cari referensi yang berkaitan dengan kasus minimal 10 jurnal 3. Targetkan lulus proposal	
2	Jumat, 06/09/20 24	Penyakit DM	1. Sertakan dengan referensi dari buku 2. Referensi 10 jurnal 3. Mulai menulis latar belakang minimal 3 halaman dengan substansi yang lengkap (pengantar penyakit dan prevelensi) 4. Poin-poin penting dalam latar belakang	
3	Jumat, 13/10/20 24	Penyakit DM	1. Hari selasa responsive latar belakang 2. Tambahkan lagi referensi buku maupun jurnal	
4	Jumat, 20/09/20 24	Penyakit DM	1. Perbaiki narasi pada latar belakang 2. Penulisan latar belakang harus runtut/sistematis dari pengantar penyakit secara umum, prevelensi factor,	

			Upaya pencegahan/penanganan, dampak dan bagaimana penatalaksanaan di RSUD 3. Manfaat praktik diperbaiki 4. Tujuan umum diperbaiki penulisannya 5. Penulisan latar belakang diringkas dengan bahasa kamu sendiri	
5	Selasa, 24/09 /2024	Penyakit DM	1. Perbaiki narasi kalimat 2. Tambahkan data diabetes mellitus di Indonesia dan data NTT 3. Bagaimana diabetes mellitus dan penanganannya di lokasi studi kasus	
6	Kamis 26/11/2024	Penyakit DM	4. Perbaiki kalimat dan kata yang kurang tepat pada paragraf kedua dan ketiga 5. Tambahkan upaya pencegahan terhadap penyakit Dm 6. Tambahkan Apa bilah tidak dapat penanganan yang yang tepa tapa saja komplikasi yang muncul ? 7. Tambahkan bagaimana menjelaskan RSUD Ende dan peran perawat terkait kasus DM	
7	Selasa	Penyakit DM	1. Perbaiki paragraf ke-4 2. Tambahkan upaya pencegahan /penatalaksanaan 3. Peran perawat terhadap	

			Upaya pencegahan/penanganan, dampak dan bagaimana penatalaksanaan di RSUD 3. Manfaat praktik diperbaiki 4. Tujuan umum diperbaiki penulisannya 5. Penulisan latar belakang diringkas dengan bahasa kamu sendiri	
5	Selasa, 24/09 /2024	Penyakit DM	1. Perbaiki narasi kalimat 2. Tambahkan data diabetes mellitus di Indonesia dan data NTT 3. Bagaimana diabetes mellitus dan penanganannya di lokasi studi kasus	
6	Kamis 26/11/20 24	Penyakit DM	4. Perbaiki kalimat dan kata yang kurang tepat pada paragraf kedua dan ketiga 5. Tambahkan upaya pencegahan terhadap penyakit Dm 6. Tambahkan Apa bilah tidak dapat penanganan yang yang tepa tapa saja komplikasi yang muncul ? 7. Tambahkan bagaimana menjelaskan RSUD Ende dan peran perawat terkait kasus DM	
7	Selasa	Penyakit DM	1. Perbaiki paragraf ke-4 2. Tambahkan upaya pencegahan /penatalaksanaan 3. Peran perawat terhadap	

			penyakit DM 4. Tambahkan upaya penanganan penyakit DM di RSUD Ende dan permasalahan apa saja yang di alami	
8	Kmis , 05 Desember 2024	Penyakit DM	1. Perbaiki di paragraf kedua, lengkapi data data DM di Indonesia terkini tahun 2022-2023	
9	Senin, 09 Desember 2024	Penyakit DM	1. Tambahkan peran perawat di RSUD Ende dan apa saja hambatan hambatan dalam penanganan 2. Perbaiki pemeriksaan fisik harus berhubungan dengan teori	

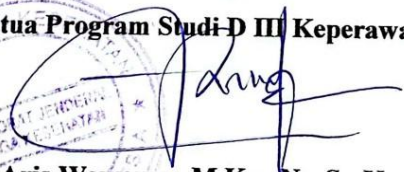
10	Kamis 12 Desember 2024	Penyakit DM	1. Perbaiki di paragraf ke 7 2. tentang peran perawat di RSUD Ende 3. Lanjutkan ke BAB II DAN BAB III	
11	Jumat 21 Desember 2025	Penyakit DM	1. Perbaiki pengkajian perpola dan pemeriksaan fisik secara spesifik 2. Bagian komplikasi harus di narasikan	
12	Selasa 19 februari 2025	Penyakit DM	1. Masukkan referensi di biodata pasien 2. Perbaikan spasi	
13	Kamis 6 Maret 2025	Penyakit DM	1. Tambahkan di'it pada pasien DM 2. Perbaiki patway 3. perhatikan pengetikan 4. pahami atau kuasai penyakit DM	

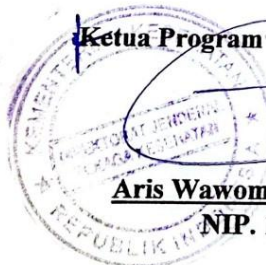
14	Senin 17 maret 2025	Penyakit DM	1. siapkan PPT dan konsultasikan 2. pahami poin poin dalam BAB II dan BAB III 3. power point di prin	
15	Kamis 20 maret 2025	Penyakit DM	1. Judul PPT(proposal studi kasus) 2. Jabarkan poin-poin pada tinjauan kasus 3. Masukkan poin poin saja pada PPT 4. Kuasai setiap poin-poin pada PPT 5. Pertanggungjawabkan di bapak sebelum ujian proposal	
16	Jumat 23 mei 2025	Penyakit DM	1. Presentasi atau pertanggung jawab proposal 2. Perbaiki intervensi, tujuan dan kriteria hasil 3. Intervensi harus secara spesifik	
17	Senin 26 mei 2025		4. Seminar proposal	

Ende, 08 Januari 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende


Aris Wawomeo, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114199102100





**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKTIN KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

NAMA : Afrida Sare Davin

NIM: PO5303202220001

NAMA PENGUJI : Anatolia K. Doondori, S.Kep., Ns., M.Kep

NO	HARI TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PENGUJI	PARAF PENGUJI
1	Senin 16 juni 2025	Penyakit DM	1. Perbaiki di patway 2. Perhatikan cara pengetikan	
			3. Kenapa polidipsi dan polifagia masuk di deficit nutrisi 4. Perhatikan cara pengetikan dan spasi	
2	Kamis 21 juni 2025	Penyakit DM	1. Perbaikan di pengkajian persistem: pada system musculoskeletal 2. Apa dampak yang muncul pada kasus DM 3. Penyebab dari Penyakit DM 4. Perbaiki patway 5. Pemeriksaan tanda-tanda vital spesifik pada penyakit DM, kenapa bias terjadi 6. Tambahkan edukasi pola makan, porsi makan, jenis makanan, jam 7. Di table harus pake spasi 1,0 8. Cara merawat pasien DM	
3	Jumat 22 juli 2025	Penyakit DM	1. Perbaiki patway 2. Pola harus di kaji semua pada saat studi kasus 3. ACC Proposal dari penguji 4. Lanjut urus surat penelitian Dan segera turun kasus	

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

NIP. 196601141991021001



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

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : AFRIDA SARE DAVIN

NIM : PO5303202220001

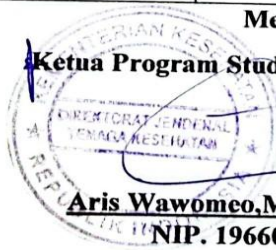
NAMA PEMBIMBING: Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Sabtu 5 juli 2025	Penyakit DM	1. Lanjutkan pengkajian lebih dalam 2. Intervensi apa saja dari masuk rs 3. Lanjutka imlementasi sampai evaluasi 4. Lanjutkan mengetik dari bab 3 sampai bab 5	
2	Senin 07 juli 2025	Penyakit DM	1. Pada pola nutrisi: Apa saja data spesifik nutrisi yang mendukung masalah. 2. Banyak minum atau sedikit? 3. Makan banyak atau sedikit? 4. Adakah kesulitan makan dan minum? 5. Pola aktivitas dan Latihan: apakah ada kesulitan dalam melakukan aktivitas? Kesulitan seperti apa? Keluhannya apa? 6. Menulis harus secara konsisten, misalnya subjektif dan objektif harus terus dituliskan subjektif dan objektif. Bukan selanjutnya S dan O, evaluasi berdasarkan kriteria evaluasi untuk setiap masalah dari setiap intervensi	

			yang dilakukan. Misalnya - Diagnosa keperawatan: ketidakstabilan kadar glukosa darah - Implementasi mengukur kadar gula darah menggunakan stick gulah darah. - Evaluasi : kadar gula darah masih di atas normal(tinggi), kesadaran composmentis, artinya belum teratasi	
3	Rabu 09 juli 2025	Penyakit DM	1. hasil pemeriksaan Laboratorium harus di tulis dengan tanggal 2. Evaluasi harus di tulis apa yang di lakukan dan kriterial hasil 3. perhatikan cara pengetikan	
4	Kamis 10 juli 2025	Penyakit DM	1. Perhatikan cara pengeditannya 2. Daftar isi harus spasi 1,15 daftar, daftar Pustaka seharusnya 1 lembar saja 3. perbaiki rata kiri rata kanan 4. Perhatikan spasi 5. Tambahkan abstraknya. 6. ACC KTI 7. Buat PPT 8. Senin sudah naik ujian	

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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



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

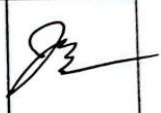
LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : AFRIDA SARE DAVIN

NIM : PO5303202220001

NAMA PEMBIMBING: Anatolia K. Doondori, S. Kep, Ners. M.Kep

NO	HARI TANGGAL	PENYAKIT	REKOMENDASI PENGUJI	PARAF
1	Senin 14 juli 2025	Penyakit DM	1. Perbaiki cara penulisan : huruf, spasi 2. Perbaiki di patway cara pengeditan Perhatikan margin. 3. Pasien menderita DM sejak kapan 4. Pola-pola kebutuhan harus di kasih masuk semua 5. Implementasi harus tambahkan dengan jam pada masalah keperawatan defisit nutrisi dan hipovolemia 6. Bagian Evaluasi harus ada jam 7. Perbaiki di bagian pembahasan 8. Rekomendasi harus di perjelas 9. Diagnosa deficit nutrisi: melayani diet bubur 1 porsi harus ada dengan hasilnya 10. Di diagnosa hipovolemia memonitor output dan input harus ada hasilnya 11. Pemeriksaan tanda-tanda vital harus ada	

			dengan hasilnya 12. Bagian kesimpulan harus di persingkat 13. Di'it DM	
2	Selasa 29 juli 2025	Penyakit DM	1. Perhatikan penulisan 2. Lengkapi rumusan masalah tambahkan nama pasien 3. Patway dehidrasi berat terjadinya haus, banyak kencing sehingga munculah masalah keperawatan gangguan pola tidur 4. Perhatikan huruf dan spasi 5. Pasien minum banyak air harus di cc berharinya 6. Melayani pasien makan harus di tulis dengan hasil misalnya: karena alasan pasien mengatakan mual dan muntah, porsi makan yang disediakan rumah sakit tidak di habiskan 7. Pada dignosa ke 4 harus di tulis : melakukan pemberian cairan iv, Drip sansulin Rapid dan Nacl 8. Memonitor tetesan infus harus dengan hasil mis: tetesan /menit berapa Tpm 9. Pembahasan bagian pengakajian : pada pasien Tn. P. E. G. P. tidak mengeluh sukar kenyang karena mual dan muntah, harus di perjelas 10. Kesimpulan: harus di persingkat lagi	

3	Rabu 13 Agustus 2025	Penyakit Dm	1. Memonitor tanda dan gejala hipovolemia harus di tuliskan dengan hasil 2. Ouput yang keluar berapa cc 3. Perhatikan cara penulisan ph 4. Melayani suntik insulin sansulis rapid 10 unit bukan yunit. 5. Perhatikan cara pengetikan dan huruf. 6. ACC dari penguji	
---	-------------------------	----------------	--	---

Ende, 10 juni, 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

NIP. 19660114199102100

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Data Diri

Nama : Afrida Sare Davin
Tempat/Tanggal Lahir : Aesi 8 Februari 2003
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Nama Ayah : Ignasius Naga
Nama Ibu : Teodora Rita

Riwayat pendidikan

SDI Ekolea : 2010-2016
SMP Negri Sokoria : 2016-2019
SMA Negri 1 Ende : 2019- 2022
Perguruan Tinggi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, Program Studi
D-III Keperawatan Ende.

MOTTO

**“SETIAP TETESAN KERINGAT ORANG TUA KU ADALAH RIBUAN LANGKAH
UNTUK TERUS MAJU DAN TERUS BERUSAHA”**

**“DAN APA SAJA YANG KAMU MINTA DALAM DOA DENGAN PENUH
KEPERCAYAAN MAKA KAMU AKAN MENERIMANYA”**

MATIUS 21:22

