

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus yang dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende, Rumah Sakit Umum Daerah Ende (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintahan kabupaten Ende yang berada di Jalan Samratulangi. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan, salah satunya adalah Ruang Penyakit Dalam III (RPD III). RPD III merupakan ruangan untuk penyakit dalam. RPD III yang terdiri dari 3 kelas dan 1 ruangan perawat, kapasitas 20 bed. Kelas A berjumlah 7 bed, kelas B berjumlah 7 bed, dan kelas C berjumlah 5 bed. Dilengkapi dengan 1 ruangan farmasi, 1 ruang pantry, dan 1 ruang gudang. Tenaga perawat RPD III memiliki 16 orang perawat, perawat berpendidikan S1 berjumlah

6 orang, perawat berpendidikan D3 berjumlah 10 orang, 1 orang administrasi dan 2 orang *cleaning service* dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala ruangan. Kasus-kasus yang dirawat di Rpd III meliputi hipertensi, asma, pneumonia, anemia, DM, CHF, CKD, stroke hemoragik dan stroke non hemoragik dan kasus terbanyak 1 bulan terakhir adalah Stroke dengan berjumlah 17 kasus dan yang kedua DM 12 kasus.

2. Studi Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 29 Juni 2025 Jam 14.00 WITA di Ruang Penyakit Dalam III.

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan pasien berinisial Ny. N. H yang berusia 63 tahun, klien berjenis kelamin Perempuan, beragama

Islam, alamat di Jln. Ikan Paus (Pu'unaka), status sudah menikah, Pendidikan SD dan pekerjaan bertenun. Penanggung jawab berinisial Ny. N. S berusia 30 tahun, hubungan dengan Ny. N. H sebagai ponakan pekerjaan wiraswasta.

1. Keluhan utama

Klien mengatakan badanya lemas, mudah lelah nyeri pada ulu hati, mual muntah belum BAB selama 4 hari, susah tidur pada malam hari sering kencing malam hari 3 sampai 4 kali.

2. Riwayat keluhan utama

Pada tanggal 26 Juni 2025 klien mengatakan lemas, pusing, dan nyeri ulu hati. Selama dirumah keluarga klien hanya melakukan tindakan sederhana yaitu menggosok badan dengan minyak kayu putih, karena cemas keluarga akhirnya mengantarkan klien ke Rumah Sakit Pada tanggal 28 Juni 2025 pada pukul 06:15 Wita, setibanya di IGD Ny. N. H

mengatakan badannya lemas, mudah lelah, pusing, nyeri pada ulu hati, mual muntah, belum BAB selama 4 hari, susah tidur dan sering kencing di malam hari, lalu dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 126/90 mmHg, Nadi: 91x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 22 x/m, SpO2: 90%, kesadaran composmentis. Kemudian perawat melakukan pemeriksaan cek gula darah dan hasilnya: 347 mg/dl, lalu perawat melakukan tindakan yaitu menganjurkan pemasangan kateter, dilihat dari kondisi Ny. N. H yang tampak lemah dan sering pusing, terpasang Infus NaCl : 0,9% 20 tpm, injeksi paracetamol 1 gr/iv, omeprazole 40 mg/iv, metformin 500 mg/oral, pantoprazole 40 mg/iv.

3. Riwayat kesehatan masa lalu

Klien mengatakan ada riwayat penyakit diabetes sebelumnya dan penyakit gastritis (lambung).

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan ada anggota keluarganya yang juga menderita penyakit Diabetes Melitus yaitu ibu kandungnya.

5. Pengkajian Perpola

a. Pola Persepsi dan manajemen Kesehatan

Klien mengatakan sering mengonsumsi makanan dan minuman seperti minum kopi dengan takaran gula yang

banyak dan sering makan kue donat, rutin minum obat metformin.

b. Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit klien selalu mengonsumsi makanan dan minuman yang manis seperti kopi dengan takaran gula yang banyak dan sangat manis setiap pagi juga klien mengatakan sering makan kue donat. Klien makan 3x dalam sehari pagi, siang dan malam menunya nasi putih, sayur sawi, tempe, tahu, sayur kangkung, terung dan banyak minum air karena sering merasa haus.

Saat sakit : Klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi tidak dihabiskan hanya 5-6 sendok saja dengan jenis makanan bubur, tempe, tahu, ikan, telur dan sayur bayam diet diabetes yang dianjurkan kalori perhari adalah 1.015 kkal/hari dengan menu nasi putih. Klien juga makan nasi merah yang dibawah dari rumah dan lauk ikan, tempe, tahu, telur, sayur bayam, kangkung, selada dan buah semangka dan klien minum air putih 7- 9 gelas/sehari (1.400-2.250 cc)

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan sebelum sakit BABnya lancar 1-2x dalam sehari dengan konsistensi lembek dan tidak ada keluhan saat BAB sedangkan di malam hari BAK sering 3-4x.

Saat sakit : Klien mengatakan sudah 4 hari belum BAB dan terpasang kateter dengan jumlah urine 2000 cc/4 jam (jam 10.00-14.00) dengan konsistensi warna urine kuning jernih.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : Klien mengatakan sebelum sakit klien biasanya tidur malam mulai dari pukul 21:00-04:00 dan sering terbangun pada malam hari sedangkan tidur siangnya 1-2 jam saja .

Saat sakit : Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun pada malam hari.

e. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : Klien mengatakan kebiasaan sehari-harinya bekerja sebagai penenun kain. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Saat sakit : Klien mengatakan sekarang badanya terasa lemas cepat lelah pusing saat melakukan aktivitas seperti

miring kiri miring kanan dan semua aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga.

f. Pola Kognitif dan Persepsi

Sebelum sakit : Klien mengatakan ada gangguan pada penglihatanya dan tidak ada gangguan pada indra penciuman serta indra pendengaran.

Saat sakit : Klien mengatakan ada gangguan pada penglihatan.

g. Pola persepsi konsep diri

Sebelum sakit : Klien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya.

Saat sakit : Klien mengatakan saat ini menerima dirinya sebagai seorang pasien dan berharap untuk cepat pulih dan saat ini mengikuti anjuran dari dokter.

h. Pola peran hubungan dengan sesama

Sebelum sakit : Klien mengatakan relasi klien dengan keluarganya baik dan para tetangganya juga baik.

Saat sakit : Klien mengatakan setiap hari keluarganya datang untuk menjenguk.

i. Pola seksual reproduksi

Klien mengatakan tidak ada rasa gatal pada area selangkangan dan tidak dilakukan pemeriksaan karena menjaga privasi.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

Sebelum sakit : Klien mengatakan tidak mudah putus asa/stress jika ada masalah klien selalu cerita dengan suaminya.

Saat sakit : Klien mengatakan sangat kepiikiran dengan penyakitnya sekarang.

k. Pola Nilai Kepercayaan

Sebelum sakit : Klien beragama Islam dan rajin pergi ke masjid dan rajin berdoa

Saat sakit : klien mengatakan selama perawatan hanya bisa berdoa untuk penyembuhannya penyakitnya.

6. Pemeriksaan fisik

Keadaan Umum: klien tampak lemah, kesadaran composmentis, nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah).Tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 88x/m, suhu: 36,7 °C, SpO2: 99%, RR: 20 x/m, CRT : < 3 detik. Pada Kepala: rambut tampak bersih, bentuk mata simetris, konjungtiva tampak anemis, telinga tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar dari telinga. Hidung bentuk simetris adanya bulu halus dalam hidung tidak terdapat sputum dan tidak terpasang oksigen. Mukosa bibir tampak lembab dan klien pun berbicara dengan jelas, tidak

ada pembengkakan pada gusi dan tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, pada pemeriksaan dada inspeksi : bentuk dada tampak simetris, tidak ada retraksi dada, palpasi : tidak ada nyeri tekan, auskultasi : vesikuler (normal). Jantung: normal, murmur dan gallop tidak ada. Pemeriksaan Abdomen: inspeksi bentuk simetris, bersih, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, perkusi: perut tampak kembung. Genetalia: tidak dilakukan karena menjaga privasi, terpasang kateter dengan produksi urine 2000cc/4 jam warna urine sangat kuning jernih. Pemeriksaan integumen : kulit teraba hangat dan lembab, turgor kulit elastis (baik), pada pemeriksaan ekstermitas atas dan bawah tidak terdapat pembengkakan pada sendi. Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm jari tangan dan kaki tampak lengkap dan tidak adanya luka pada ekstermitas atas maupun bawah CRT : < 3 detik dan tidak ada edema pada ekstermitas.

7. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan Darah Lengkap

Tabel 4.1 Pemeriksaan darah lengkap

Hasil laboratorium tanggal 28 juni 2025

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
WBC	13.46+	$10^3/\text{UL}$	3.60-11.00
LYMPH#	2.00	$10^3/\text{UL}$	1.00-3.70
MONO#	1.00	$10^3/\text{UL}$	0.00-0.70
EO#	0.12	$10^3/\text{UL}$	0.00-0.40
BASO#	0.02	$10^3/\text{UL}$	0.00-0.10
NEUT#	13.32+	$10^3/\text{UL}$	1.50-7.00
LYMPH%	14.9-	%	25.0-40.0
MONO%	7.4	%	2.0-8.0
EO%	0.9-	%	2.0-4.0
BASO%	0.1	%	0.0-1.0
NEUT%	76.7+	%	50.0-70.0
IG#	0.06	$10^3/\text{UL}$	0.00-7.00
IG%	0.4	%	0.0-72.0
RBC	4.22	$10^6/\text{UL}$	3.80-5.20
HGB	11.7	g\text{dL}	11.7- 15.5
HCT	35.4	%	35.0-47.0
MCV	83.9	fL	80.0-100.0
MCH	27.7	Pg	26.0-34.0
MCHC	33.1	g\text{dL}	32.0-36.0
RDW-SD	36.7-	fL	37.0-54.0
RDW-CV	11.8	%	11.5-14.5
PLT	320	$10^3/\text{UL}$	150-440
MPV	9.9	fL	9.0-13.0
PCT	0.32	%	0.17-0.35
PDW	10.6	fL	9.0-17.0
P-LCR	22.4	%	13.0-43.0

b) Pemeriksaan Glukosa Darah

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Glukosa Darah

Hasil laboratorium tanggal 29 juni 2025

Jenis pemeriksaan	Tanggal	Hasil	Nilai rujukan
Glukosa puasa	29/06/2025	304	<100 mg/dL
Glukosa 2 jam pp	29/06/2025	301	<140 mg/dL

8. Penatalaksanaan/pengobatan

Terapi yang didapatkan oleh Ny. N. H : obat Metformin 500 mg/oral, sansulin rapid 10 iu/sc, ondansentron 4 mg/lv, ceftriaxone 2x1 gr/lv, omeprazole 2x40 mg/lv, pantoprazole 40 mg/lv, paracetamol 3x1 gr/lv.

b. Tabulasi Data

Klien mengatakan badan lemas, mudah lelah, nyeri pada ulu hati, mual muntah, belum BAB sudah 4 hari, susah tidur pada malam hari dan sering kencing pada malam hari, 3-4x, selalu mengonsumsi makanan dan minuman yang manis seperti minum kopi dengan takaran gula yang banyak, dan sering makan kue donat setiap harinya, cepat lelah dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga, kulit teraba hangat, pusing, suhu: 36,5°C Tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi: 91 x/menit, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, Glukosa puasa 304 mg/dl, Glukosa 2 jam PP 301 mg/dl, WBC(white blood cell): 13.46×10^3 , terpasang kateter 2000 cc /4 jam warna urine kuning jernih.

c. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi data maka data kemudian diklasifikasikan kedalam dua bagian yaitu :

Data Subjektif: Klien mengatakan badannya lemas, mudah lelah, nyeri pada ulu hati, mual- muntah,

belum BAB sudah 4 hari , susah tidur pada malam hari dan sering kencing pada malam hari 3-4 x sehari, sering mengonsumsi makanan dan minuman seperti minum kopi dengan takaran gula yang banyak, setiap pagi makan kue donat yang manis, pusing dan aktivitasnya dibantu oleh keluarga.

Data Objektif: Keadaan umum klien tampak lemas, tampak pucat, tanda-tanda vital, TD : 110/80 mmHg , Nadi: 91x/menit, RR: 22x/menit, SpO2: 98%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, Glukosa puasa 304 mg/dl, Glukosa 2 jam PP 301 mg/dl, WBC (white blood cell): 13.46×10^3 , terpasang kateter 2000 cc/4 jam warna urine kuning jernih.

d. Analisa Data

Setelah semua data diklasifikasikan maka data dapat dianalisa sebagai berikut:

1. Problem: Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Etiologi: Disfungsi Pankreas

Sign/symptom:

DS : Klien mengatakan badannya lemas, sering mengonsumsi makanan dan minuman yang tinggi gula, seperti

minum kopi dengan takaran gula yang banyak dan terasa sangat manis dan sering makan kue donat.

DO : Glukosa puasa 304mg/dl, Glukosa 2 jam PP 301mg/dl, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, sansulin rapid 10 IU/SC dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 91x/m, RR: 22x/m, SpO2: 98%.

2. Problem: Intoleransi Aktivitas

Etiologi: Kelemahan

Sign/symptom:

DS : Klien mengatakan mudah lelah, semua aktivitas dibantu oleh keluarga.

DO: Keadaan umum klien tampak lemah, cepat lelah, activity daily living (ADL) dibantu oleh keluarga dan terpasang kateter, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 91x/m, RR: 22x/m, SpO2: 98%.

3. Problem : Gangguan Pola Tidur

Etiologi : Hambatan Lingkungan

Sign/symptom :

DS : Klien mengatakan sering kencing pada malam hari 3-4x dalam sehari sehingga pasien sering terbangun.

DO : Klien tampak terus menerus menguap adanya kantong mata konjungtiva tampak anemis (pucat), terpasang

infus NaCl 0,9% 20 tpm, dengan hasil tanda-tanda vital

TD: 110/80 mmHg, Nadi: 91x/m, RR: 22x/m, SpO₂: 98%.

4. Problem: Konstipasi

Etiologi: Ketidakadekuatan toileting

DS : Klien mengatakan belum BAB sudah 4 hari

DO : Perut tampak kembung, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 91x/m, RR: 22x/m, SpO₂: 98%.

5. Problem : Hipovolemi

Etiologi: Kehilangan cairan aktif

DS : Klien mengatakan sering kencing pada malam hari

DO : Klien tampak terpasang kateter dengan hasil: 2000cc/4 jam. terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 91x/m, RR: 22x/m, SpO₂: 98%.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data-data hasil dari pengkajian akan dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada.

Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada NY. N. H sebagai berikut:

1. Problem: Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Etiologi: Disfungsi Pankreas

Sign/symptom:

DS : Klien mengatakan badannya lemas, sering mengonsumsi makanan dan minuman yang tinggi gula, minum kopi dengan takaran gula yang banyak dan terasa sangat manis, dan sering makan kue donat

DO : Glukosa puasa 304mg/dl, Glukosa 2 jam PP 301mg/dl, sansulin rapid 10IU/SC, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 91x/m, RR: 22x/m, SpO2: 98%.

2. Problem: Intoleransi Aktivitas

Etiologi: Kelemahan

Sign/symptom:

DS : Klien mengatakan mudah lelah, semua aktivitas dibantu oleh keluarga.

DO: Keadaan umum klien tampak lemah, cepat lelah, activity daily living (ADL) dibantu oleh keluarga dan terpasang kateter, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 91x/m, RR: 22x/m, SpO2:98%.

3. Problem : Gangguan Pola Tidur

Etiologi : Hambatan Lingkungan

Sign/symptom :

DS : Klien mengatakan sering kencing pada malam hari 3-4x dalam sehari sehingga pasien sering terbangun.

DO : Klien tampak terus menerus menguap adanya kantong mata konjungtiva tampak anemis (pucat), terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 91x/m, RR: 22x/m, SpO2: 98%.

4. Problem: Konstipasi

Etiologi: Penurunan Defekasi

DS : Klien mengatakan belum BAB sudah 4 hari

DO : Perut tampak kembung, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 91x/m, RR: 22x/m, SpO2: 98%.

5. Problem : Hipovolemi

Etiologi: Kehilangan cairan aktif

DS : Klien mengatakan sering kencing pada malam hari

DO : Klien tampak terpasang kateter dengan hasil: 2000cc/4 jam. terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 91x/m, RR: 22x/m, SpO2: 98%.

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan dibuat berdasarkan masalah yang ditemukan dan yang perlu ditangani terlebih dahulu.

Adapun urutan prioritas masalah tersebut yaitu prioritas utama yang mengancam nyawa atau kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, sedangkan Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan.

Prioritas Masalah:

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah
- 2) Intoleransi Aktivitas
- 3) Gangguan Pola Tidur
- 4) Konstipasi
- 5) Hipovolemi

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan

Disfungsi Pankreas ditandai dengan :

DS : Klien mengatakan badannya lemas, sering mengonsumsi makanan dan minuman yang tinggi gula, seperti minum kopi dengan takaran gula yang banyak dan terasa sangat manis, dan sering makan kue donat.

DO : Glukosa puasa 304mg/dl, Glukosa 2 jam PP 301mg/dl, sansulin rapid 10IU/SC, terpasang infus NaCl 0,9% 20

tpm, dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 91x/m, RR: 22x/m, SpO2:98%.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah meningkat.

Kriteria Hasil: Lesu menurun, mengantuk menurun, pusing menurun, kadar glukosa darah membaik (140 mg/dl)

Intervensi

Manajemen Hiperglikemia

Observasi

- a. Identifikasi kemungkinan penyebab Hiperglikemia
- b. Monitor kadar glukosa darah
- c. Monitor tanda dan gejala Hiperglikemia
- d. Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit dan frekuensi nadi.

Terapeutik

- e. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk.
- f. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi

- g. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- h. Ajarkan pentingnya pengujian keton urine

Kolaborasi

- i. Penatalaksanaan pemberian insulin 10 IU/SC
 - j. Penatalaksanaan pemberian cairan IV
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan

DS: Klien mengatakan mudah lelah, semua aktivitas dibantu oleh keluarga.

DO: Keadaan umum klien tampak lemah, cepat lelah, activity daily living(ADL)dibantu oleh keluarga dan terpasang kateter, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 91x/m, RR: 22x/m, SpO2:98%.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan aktivitas meningkat.

Kriteria Hasil : Keluhan lelah menurun, kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, perasaan lemah menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik.

Intervensi

Manajemen Energi

Observasi

- a. Identifikasi gangguan fungsi yang mengakibatkan kelelahan
- b. Monitor kelelahan fisik

- c. Monitor pola dan jam tidur
- d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

- e. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis : cahaya suara dan kunjungan).

Edukasi

- f. Anjurkan tirah baring
 - g. Anjurkan melakukan aktivitas bertahap
 - h. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan :

DS : Klien mengatakan sering kencing pada malam hari 3-4x dalam sehari sehingga pasien sering terbangun.

DO : Klien tampak terus menerus menguap adanya kantong mata.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pola tidur membaik.

Kriteria Hasil : Keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, konjungtiva tampak anemis menurun.

Intervensi

Dukungan Tidur

Observasi

- a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis)

Terapeutik

- c. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- d. Modifikasi lingkungan (mis pencahayaan, kebisingan, suhu dan tempat tidur).
- e. Tetapkan jadwal tidur rutin

Edukasi

- f. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
 - g. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur
4. Konstipasi berhubungan dengan Penurunan Defekasi ditandai dengan

DS: Klien mengatakan belum BAB sudah 4 hari

DO: Perut tampak kembung, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm,
dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi:
91x/m, RR: 22x/m, SpO2: 98%.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan
Eliminasi fekal membaik.

Kriteria Hasil : Keluhan defekasi lama dan sulit menurun, distensi abdomen menurun, konsistensi feses menurun, frekuensi defekasi menurun.

Intervensi

Manajemen Konstipasi

Observasi

- a. Identifikasi tanda dan gejala
- b. Identifikasi karakteristik feses

Terapeutik

- c. Anjurkan diet tinggi serat
- d. Lakukan masase abdomen

Kolaborasi

Penatalaksanaan pemberian obat pencahar seperti Dulcolax

5. Hipovolemi berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif (polyuria) ditandai dengan

DS: Klien mengatakan sering kencing pada malam hari

DO: Klien tampak terpasang kateter dengan hasil: 2000cc/4 jam, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan membaik.

Kriteria Hasil: Asupan cairan meningkat, membran mukosa membaik, tekanan darah membaik, turgor kulit membaik, berat badan membaik.

Intervensi

Manajemen Hipovolemia

Observasi

- a. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah).
- b. Monitor intake dan output cairan.

Terapeutik

- c. Hitung kebutuhan cairan
- d. Berikan posisi Trendelenburg

Edukasi

- e. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

- f. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
- g. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari senin, 30 Juni 2025 adalah sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.00 Mengkaji penyebab dari Hiperglikemia, Klien mengatakan mempunyai pola hidup yang tidak sehat dan pasien sering mengonsumsi makanan yang manis-manis dan tidak rutin berolahraga. 07.20 mengkaji tanda dan gejala Hiperglikemia, Klien mengatakan saat gulanya naik klien merasa mual muntah dan juga lemah. 07.45 mengobservasi vital sign, TD: 110/80 mmHg Nadi 91x/menit, RR: 22x/menit, SpO₂: 98%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm. 08.00 Memonitor keadaan klien, klien tampak lemah. 09.00 Melayani injeksi ondansetron 40 mg/IV dan melayani injeksi omeprazole 40 mg/iv. 09.15 Menganjurkan kepada pasien untuk makan yang rendah gula seperti makan nasi merah, ubi-ubian seperti ubi jalar serta mengonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat seperti sayur bayam, selada dan juga daun ubi singkong. 11.45 Melayani injeksi novorapid 8 IV/sc. 11.59 melayani makan bubur, telur rebus, buah pisang, dan sayur selada.

Diagnosa Keperawatan II

Jam 07.45 mengobservasi vital sign, TD: 110/80 mmHg Nadi: 91 x/menit, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm. Jam 08.30 Mengkaji aktivitas klien, klien mengatakan

sangat lemas saat melakukan aktivitas. Jam 09:00 menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuan, klien mengatakan sekarang hanya bisa miring kiri dan miring kanan. Jam 09:30 memonitor kelelahan fisik klien mengatakan sangat kelelahan ketika pergi ke kamar mandi. Jam 10:00 menganjurkan klien mengurangi aktivitas yang berat.

Diagnosa keperawatan III

Jam 07:45 memonitor tanda-tanda vital sign TD: 110/70 N: 91 x/m suhu: 36°C SpO₂: 95 % RR: 20 x/m. Jam 07:50 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, klien mengatakan tidak bisa tidur karena kepikiran dengan gula darahnya yang semakin meningkat. Jam 08:45 memodifikasi lingkungan, Mengingatkan kepada keluarga dan pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar klien dapat beristirahat. Jam 09:15 Menganjurkan kepada klien untuk tidak mengonsumsi kopi.

Diagnosa keperawatan IV

Jam 07.45 mengobservasi vital sign, TD: 110/80 mmHg Nadi : 91x/menit, RR: 22x/menit, SpO₂: 98%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm. Jam 08:10 mengidentifikasi tanda-tanda konstipasi hasil: perut klien tampak kembung. Jam 09:00 mengkaji keluhan klien hasil: klien mengatakan sudah 4 hari klien belum BAB. Jam 09:15 menganjurkan diet tinggi serat (Buah apel, alpukat, sayur brokoli, bayam wortel). Jam 10:15 memberitahukan kepada keluarga untuk

menggososk bagian perut dengan minyak kayu putih

Diagnosa keperawatan V

Jam 07:45 mengobservasi vital sign, TD: 110/80 mmHg Nadi: 91 x/menit, RR: 22 x/menit, SpO2: 98%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm. Jam 09:30 memonitor jumlah urine 1.800 cc. Jam 10:00 memonitor intake cairan 1.200 cc

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Selasa, 01 Juli 2025 adalah sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07:00 Mengkaji tanda dan gejala peningkatan kadar glukosa darah, klien mengatakan masih lemah, mual muntah. Jam 08:04 memonitor kadarglukosa darah melalui pemeriksaan GDS Stik pada tanggal 01 Juli 2025 dengan hasil 241`mg/dl. Jam 09:00 Melayani injeksi Ceftriaxone. Jam 10:00 Mengobservasi Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, RR: 20x/menit, Nadi: 79x/menit, Suhu: 36, 0°c SpO2: 96 %. Jam 10:15 Melayani injeksi pantoparazole 40 mg/iv. Jam 11:45 Melayani sansulin 8 iu/sc.

Diagnosa keperawatan II

Jam 09:30 Mengkaji keluhan klien, Klien mengatakan lelahnya sudah berkurang dan rasa cepat lelahnya sudah berkurang. Jam 09:15 Mengingatkan Kembali kepada keluarga untuk tetap mempertahankan aktivitas yang bisa dilakukan dan sesuai dengan batas kemampuan klien, Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas

seperti kekamar mandi tapi dengan keadaan yang tidak lama. Jam 10:00 mengingatkan kembali kepada keluarga agar tetap memantau setiap aktivitas yang dilakukan oleh klien.

Diagnosa Keperawatan III

Jam 07:30 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 120/70 mmHg, S: 36, 0°C, N: 79x/m, RR: 20x/m, SpO2: 96%. Jam 07:40 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasil: pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan adanya kebisingan. Jam 08.30 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat dengan tenang.

Diagnosa keperawatan IV

Jam 07: 30 menganjurkan klien untuk sering mengonsumsi buah pepaya. Jam 10:00 memberikan obat pencahar Dulcolax 10 mg/supositoria.

Diagnosa Keperawatan V

Jam 10:00 Mengobservasi Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, RR: 20x/menit, Nadi: 79x/menit, Suhu: 36,0°C SpO2: 96 %. Jam 10:30 memonitor jumlah urine 1.600 cc. Jam 10:45 memonitor intake cairan 1.000 cc.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada hari Senin, 30 Juni 2025 adalah sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

DS : Klien mengatakan saat gulanya naik klien merasakan mual muntah dan juga lemah.

DO : Pemeriksaan glukosa puasa 304 mg/dl dan glukosa 2 jam pp 301 mg/dl, pusing berkurang dengan hasil kadar glukosa darah 241 mg/dl

A : Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Disfungsi pankreas belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi a, b, c dan d

Diagnosa keperawatan II

DS: Klien mengatakan masih lemah dan cepat lelah saat beraktivitas

DO: Keadaan klien tampak lemah, warna kulit klien masih tampak pucat.

A: Masalah intoleransi aktivitas b.d. kelemahan belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi a, b, c, dan d

Diagnosa Keperawatan III

DS: Klien mengatakan badannya lemas, tidak bisa tidur karena kepikiran dengan penyakitnya dengan gula yang semakin tinggi.

DO: Klien tampak lemah, konjungtiva tampak anemis dan adanya kantung mat

A: Masalah Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi a, b, c, e, dan f

Diagnosa keperawatan IV

DS: Klien mengatakan belum BAB sudah 4 hari

DO: Perut tampak kembung

A : Masalah Konstipasi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi a, b, c, dan d

Diagnosa Keperawatan V

DS : Klien mengatakan sering kencing pada malam hari

DO : Klien tampak terpasang kateter dengan hasil: 2000cc/4 jam, membran mukosa bibir membaik.

A : Masalah Hipovolemi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f, dan g.

Evaluasi keperawatan pada hari Selasa, 01 Juli, 2025 adalah sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

DS: Klien mengatakan lemah mual muntah sudah berkurang

DO: Pemeriksaan GDS Stik dengan hasil 241 mg/dl, lesuh menurun, kadar glukosa darah membaik

A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi a, b, c

Diagnosa Keperawatan II

DS: Klien mengatakan masih lemah dan cepat lelah saat melakukan aktivitas

DO: Keadaan umum pasien masih tampak lemah, ADL sebagian dibantu oleh keluarga, keluhan lelah

A: Masalah intoleransi aktivitas b.d kelemahan teratasi sebagian

P: Lanjutkan intervensi a, b, c, dan d

Diagnosa Keperawatan III

DS : Klien mengatakan masih sulit untuk tidur nyenyak karena adanya kebisingan.

DO: Keadaan umum lemah, pasien masih sering menguap, keluhan tidak puas tidur menrun, konjungtiva anemis menurun

A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

P: Lanjutkan intervensi a, b, c

Diagnosa Keperawatan IV

DS: Klien mengatakan belum BAB sudah 4 hari

DO: Perut tampak kembung, keluhan defekasi lama dan sulit tidur menurun, frekuensi defekasi menurun.

A : Masalah Konstipasi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi a, b, c, dan d

Diagnosa Keperawatan V

DS : Klien mengatakan sering kencing pada malam hari

DO : Klien tampak terpasang kateter dengan hasil: , membran mukosa bibir membaik, turgor kulit membaik.

A : Masalah Hipovolemi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f, dan g.

Pada hari ke-tiga dilanjutkan dengan Catatan Perkembangan

Hari Rabu, 02, Juli 2025

Diagnosa Keperawatan I

S: Klien mengatakan badannya lemah dan rasa mual berkurang

O: Pemeriksaan GDS Stik dengan hasil 140mg/dl

A: Masalah Ketidakstabilan kadarglukosa darah teratasi sebagian

P: Intervensi tetap dilanjutkan

I: Jam 07:00 mengobservasi vital sign, TD: 110/80 mmHgN Nadi: 90x/menit, Suhu: 36,5°c SPO2: 98 %, RR: 20x/menit. Jam 07:40 memonitor tanda dan gejala Hiperglikemia: Klien mengatakan lemah dan mual sudah berkurang. Jam 07:45 memonitor kadar gula darahnya 140 mg/dl. Jam 08:00 menganjurkan kembali kepada pasien untuk tetap diet rendah gula dengan tidak mengonsumsi makanan jajanan yang manis mengganti nasi putih dengan nasi merah, nasi jagung atau ubi- ubian serta mengonsumsi sayuran yang tinggi serat seperti bayam, selada dan daun ubi singkong serta mengonsumsi buah-

buahan yang tidak terlalu lembek dan manis. Jam 11:45 melayani injeksi sansulin 6 IU/sc (instruksi dari dokter karena gulanya sudah turun). Jam 12:00 melayani diet DM 1 porsi nasi putih sayur wortel, boncis ikan dan pisang.

E: Klien mengatakan badannya lemah dan mual muntah sudah berkurang, kadar glukosa darah dengan hasil: 140 mg/dl, tanda-tanda vital, TD: 110/80 mmHgN Nadi: 90x/menit, Suhu: 36,5°C SpO2: 98 %, RR: 20x/menit. Masalah kadar glukosa darah teratasi dan intervensi dihentikan.

Diagnosa Keperawatan II

S: Klien mengatakan kurang merasa lelah saat melakukan aktivitas.

O: Keadaan Umum Sedang ADL sebagian dibantu keluarga

A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian

P: Intervensi dipertahankan

I: Jam 09:40 Mengkaji aktivitas klien, Klien mengatakan aktivitasnya pergi ke kamar mandi cepat lelahnya sudah berkurang. Jam 09:50 Menganjurkan klien tetap melakukan aktivitas sesuai toleransi, Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas sederhana tanpa ada rasa lelah. Jam 09:55 Memotivasi kepada klien agar tetap istirahat yang cukup

E: Klien mengatakan kurang merasa lelah saat melakukan aktivitas. Keadaan umum klien tampak sudah bisa beraktivitas kamar mandi, tanda-tanda vital, TD: 110/80 mmHgN Nadi: 90x/menit,

Suhu: 36, 5°c SpO2: 98 %, RR: 20x/menit. Masalah intoleransi aktivitas sudah teratasi intervensi dihentikan.

Diagnosa keperawatan III

S: Klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak

O: Keadaan umum lemah, klien tampak tidak pucat dan tidak menguap lagi. TD: 110/80mmHg, S:36,5°C, N: 90x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 98%.

A: Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi.

P: Intervensi dipertahankan

I: Jam 10.00 Membatasi pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat. Jam 11.10 Memberitahu kepada pasien tentang pentingnya tidur.

E: Klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak dan Keadaan umum masih lemah, kesadaran composmentis dengan tanda- tanda vital TD: 110/80mmHg, S:36, 5°C, N: 90x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 98% masalah gangguan pola tidur Sebagian teratasi dan intervensi dipertahankan.

Diagnosa Keperawatan IV

DS: Klien mengatakan sudah bisa BAB

DO:Perut tampak tidak kembung lagi dengan tanda-tanda vital TD:

110/80 mmHg, S:36,5°C, N: 90x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 98%.

A : Masalah Konstipasi sudah teratasi

P : Lanjutkan dihentikan

E : klien mengatakan sudah bisa BAB, keadaan umum perut klien tampak tidak kembung lagi dengan tanda-tanda vital 110/80mmHg, S:36,5°C, N: 90x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 98%, masalah konstipasi sudah teratasi, intervensi dihentikan.

Diagnosa Keperawatan V

DS: Klien mengatakan sering kencing pada malam hari

DO: Klien tampak terpasang kateter dengan hasil: , membran mukosa bibir membaik, turgor kulit membaik, TD: 110/80 mmHg, S: 36, 5°C, N: 90x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 98%.

A : Masalah Hipovolemi belum teratasi P:

Lanjutkan intervensi tetap dilanjutkan

E: Klien mengatakan sering kencing dengan hasil 1.500 cc. Klien terpasang kateter dengan TD: 110/80mmHg, S:36, 5°C, N: 90x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 98%. Masalah Hipovolemi belum teratasi, intervensi tetap dilanjutkan.

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Ny.N. H di Ruang Penyakit Dalam III.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny. N. H ditemukan pasien mengatakan badan lemah, mudah lelah, mual muntah, susah tidur pada malam hari selalu mengkonsumsi makanan dan minuman yang tinggi gula seperti: kopi dengan takaran gula yang banyak dan terasa sangat manis, sering kencing pada malam hari kadang 3-4x, Glukosa puasa 304mg/dL, Glukosa 2 jam PP 301 mg/dL, WBC (White blood cell) : 13.46×10^3 . Menurut Suryati (2021) tanda dan gejala dari diabetes melitus dibedakan menjadi beberapa bagian yaitu: Poliuria, polidipsia, poliphagia, merasa mudah lelah dan mengantuk, penurunan berat badan, mual muntah, penyembuhan luka lambat dan gangguan pada penglihatan.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus Ny. N. H keluhan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu terdapat poliphagia, penurunan berat badan, penyembuhan luka lambat sedangkan pada Ny. N. H tidak ditemukan penurunan berat badan karena

tidak dilakukan penimbangan berat badan sebelumnya karena pasien mengatakan badannya lemah dan pusing, Sedangkan pada hasil pengkajian Ny. N. H data pengkajian yang ditemukan yaitu: mual muntah, mudah lelah dan mengantuk, gangguan pada pengelihan, peningkatan dalam BAK dan keinginan minum yang berlebihan. Hal ini dikarenakan pasien telah diberikan obat Metformin 500 mg/oral untuk mengontrol kadar gula darah, ondansetron 4 mg/lv untuk mencegah mual muntah, omeprazole 2x40 mg/lv untuk mengurangi asam lambung.

Oleh karena itu pasien diabetes melitus diharapkan untuk tetap diet rendah gula, dan mengkonsumsi makanan yang berserat, dan rutin berolahraga serta menjaga kebersihan diri (personal hygiene) seperti menggunakan alas kaki yang lembut dan tidak licin, menggunakan lotion/pelembab kaki/tangan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny. N. H adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Disfungsi Pankreas, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambat lingkungan dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, sedangkan diagnosa keperawatan Menurut smeltzer & Bare 2015 adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan,

hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif(polyuria), perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kapiler yang melambat, Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis(diabetes melitus), defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neorapati perifer.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana diagnosa yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu: Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (polyuria), perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan pengisian kapiler yang melambat, resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis(diabetes melitus), defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neorapati perifer, Sedangkan pada kasus diagnosa gangguan integritas kulit dan jaringan tidak ditemukan pada kasus nyata dikarenakan tidak terjadinya gangguan integritas kulit/jaringan bermacam-macam. Menurut Sari & Mukhamad (2021), gangguan integritas kulit/jaringan pada pasien diabetes melitus dapat terjadi karena adanya ulkus diabetes yang merupakan luka akibat adanya gangguan pada pembuluh darah. Berdasarkan salah satu penelitian yang dilakukan oleh (Amelia,2021), gangguan integritas kulit atau jaringan dapat ditegakkan akibat adanya kondisi pasien yang mengalami ulkus diabetik pada kaki kanan yang berakibat hingga ke jaringan. Adapun diagnosa Hipovolemi pada pasien diabetes melitus dapat disebabkan oleh berbagai macam hal salah satunya yaitu karena

adanya poliuria. Poliuria yaitu kondisi dimana glukosa darah hilang bersama urin. Kondisi ini menyebabkan tubuh berusaha menyerap air dari seluruh jaringan yang tersedia yang mana kehilangan glukosa dan cairan yang tinggi akan menyebabkan terjadinya dehidrasi yang dapat berujung pada terjadinya hipovolemia. Menurut (Gundamaraju & Vemuri, 2014), namun tidak ada pada pasien. Terdapat satu diagnosa yang muncul yaitu gangguan pola tidur yang ditandai dengan, Ds: Pasien mengatakan tidak puas tidur dan sering terbangun karena terjadinya kebisingan, Do: Pasien tampak menguap, ada kantung mata, dengan hasil TTV TD: 110/80 mmHg, N: 90x/m, S: 36,5°C, SpO2: 98%, RR: 20x/m.

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada masalah yang muncul. Intervensi ditujukan untuk menurunkan atau mengatasi masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas, konstipasi dan hipovolemi.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2016).

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan maka pasien bisa keluar dari proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah ketidakstabilan

kadar glukosa darah b/d disfungsi pankreas teratasi sebagian dengan pasien mengatakan lemah berkurang GDS 140 mg/dL, intoleransi aktivitas teratasi sebagian dengan tujuan lemah dan cepat lelah berkurang dan ADL sebagian dibantu keluarga, gangguan pola tidur pasien b/d hambatan lingkungan kriteria hasil Sebagian teratasi dengan pasien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak dan BAK pada malam hari dapat dikontrol, Keadaan umum lemah berkurang , pasien tidak menguap lagi, konstipasi b.d Penurunan Defekasi sudah teratasi, hipovolemi b.d kehilangan cairan aktif(polyuria).

