



**ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN SENAM KAKI PADA PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN PERFUSI PARIFER TIDAK
EFEKTIF DI RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh :

**PALUPI AMELINDA REZALOTUN
202403208**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN
PROFESI PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN SENAM KAKI PADA PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN PERFUSI PARIFER TIDAK
EFEKTIF DI RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh :

**PALUPI AMELINDA REZALOTUN
202403208**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN
PROFESI PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
2025**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

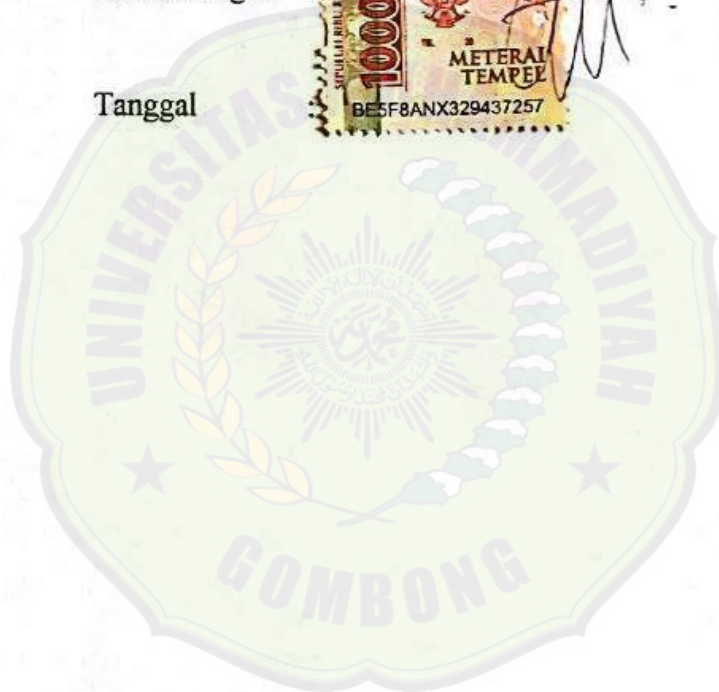
Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Palupi Amelinda Rezalotun

NIM : 202403208

Tanda Tangan

Tanggal



HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN SENAM KAKI PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN PERFUSI PARIFER TIDAK EFEKTIF DI RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Untuk diujikan pada tanggal 09 Februari 2026

Pembimbing



(Podo Yuwono, M.Kep)

Mengetahui

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi



(Ns. Wuri Utami, M.Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Palupi Amelinda Rezalotun

NIM : 202403208

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners Program Profesi

Judul KIA-N : ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN SENAM KAKI PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN PERFUSI PARIFER TIDAK EFEKTIF DI RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

Telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang di perlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong.

1. Ratih Kusuma Dewi, S. Kep, Ns (Penguji I) (.....)
2. Podo Yuwono, M. Kep. CWCS (Penguji II) (.....)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Program Profesi

(Ns. Wuri Utami, M. Kep)

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal : 09- 02 -2026

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Palupi Amelinda Rezalotun

NIM : 202403208

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners Program Profesi

Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Dengan pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul

**“ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN SENAM KAKI PADA PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN PERFUSI PARIFER TIDAK
EFEKTIF DI RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG”**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan mengalih media / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Gombong, 1 April 2026

Yang membuat pernyataan



(Palupi Amelinda Rezalotun)

PROGRAM STUDI PROFESI NERS PROGRAM PROFESI

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Gombong

KIA- Ners, Januari 2026

Palupi Amelida Rezalotun¹⁾ Podo Yuwono²⁾

palupiamelinda7@gmail.com

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN SENAM KAKI PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE II DEGA PERFUSI PARIFER TIDAK EFEKTIF DI RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

Latar Belakang: Diabetes Mellitus tipe II sering disertai gangguan perfusi parifer yang meningkatkan risiko ulkus dan amputasi ekstremitas bawah. Intervensi nonfarmakologis seperti senam kaki bertujuan memperbaiki sirkulasi mikro dan makrovaskuler serta menurunkan gejala gangguan perfusi.

Tujuan Umum: Mendeskripsikan hasil asuhan keperawatan penerapan senam kaki terhadap peningkatan perfusi parifer pada pasien DM tipe II dengan perfusi parifer tidak efektif.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan jumlah pasien 5 dengan DM Tipe II yang mendapat asuhan keperawatan meliputi instruksi dan pelaksanaan senam kaki terstruktur selama beberapa pertemuan. Pengkajian meliputi tanda-tanda vital parifer, pemeriksaan nadi parifer, waktu pengisian kapiler, dan pengukuran fungsi fungsional sebelum dan sesudah intervensi.

Hasil: Setelah penerapan senam kaki secara teratur dilaporkan perbaikan indikator sirkulasi parifer, antara lain pengisian kapiler yang lebih cepat, penurunan keluhan nyeri dan kesemutan pada ekstremitas bawah, peningkatan palpable pulse parifer, serta peningkatan kemampuan melakukan aktivitas perawatan kaki mandiri. Selain itu pasien menunjukkan peningkatan pengetahuan dan kepatuhan terhadap praktik perawatan kaki sehari-hari.

Kesimpulan: Penerapan senam kaki sebagai bagian dari asuhan keperawatan berpotensi memperbaiki perfusi parifer dan meningkatkan kondisi fungsional pasien DM tipe II dengan perfusi parifer tidak efektif. Intervensi ini efektif sebagai tindakan nonfarmakologis pendukung pengelolaan komplikasi parifer.

Rekomendasi: Perawat dianjurkan memasukkan senam kaki terstruktur dalam rencana asuhan keperawatan, memberikan edukasi dan pengawasan kepatuhan, serta melakukan follow-up berkala. Penelitian lebih lanjut dengan desain eksperimental dan sampel lebih besar direkomendasikan untuk mengukur efek kuantitatif (mis. Perubahan ABI) dan durasi intervensi yang optimal.

Kata Kunci: *Senam kaki, DM tipe II, perfusi parifer tidak efektif*

¹⁾ Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong

²⁾ Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong

Nursing Professional Study Program
Faculty of Health Sciences
Universitas Muhammadiyah Gombong
Nursing Report, January 2026

Palupi Amelinda Rezalotun¹⁾ Podo Yuwono²⁾
palupiamelinda7@gmail.com

ABSTRACT

NURSING CARE WITH APPLICATION OF DIABETIC FOOT EXERCISE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND INEFFECTIVE PERIPHERAL TISSUE PERFUSION AT PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG HOSPITAL

Background: Type 2 Diabetes Mellitus is frequently associated with impaired peripheral tissue perfusion, which increases the risk of ulcers and lower extremity complications. Non-pharmacological interventions such as diabetic foot exercise aim to improve microvascular and macrovascular circulation and reduce symptoms of impaired perfusion.

Objective: To describe the outcomes of nursing care through the application of diabetic foot exercise in improving peripheral tissue perfusion in patients with Type 2 Diabetes Mellitus and ineffective peripheral tissue perfusion.

Methods: This study employed a descriptive design involving five patients with Type 2 Diabetes Mellitus who received nursing care, including instruction and implementation of structured diabetic foot exercise over several sessions. Assessments included peripheral vital signs, peripheral pulse examination, capillary refill time, and functional status measurements before and after the intervention.

Results: Following regular implementation of diabetic foot exercise, improvements in peripheral circulation indicators were observed, including faster capillary refill time, reduced complaints of pain and tingling in the lower extremities, increased palpable peripheral pulses, and improved ability to perform independent foot care activities. Additionally, patients demonstrated enhanced knowledge and adherence to daily foot care practices.

Conclusion: The application of diabetic foot exercise as part of nursing care has the potential to improve peripheral tissue perfusion and enhance functional status in patients with Type 2 Diabetes Mellitus and ineffective peripheral tissue perfusion. This intervention is effective as a supportive non-pharmacological approach in managing peripheral complications.

Recommendation: Nurses are encouraged to incorporate structured diabetic foot exercise into nursing care plans, provide education and adherence monitoring, and conduct regular follow-up. Further research using experimental designs with larger sample sizes is recommended to quantify the effects (e.g., changes in Ankle-Brachial Index/ABI) and determine the optimal duration of intervention.

¹⁾ Nursing Student of Universitas Muhammadiyah Gombong

²⁾ Nursing Lecturer of Universitas Muhammadiyah Gombong

Keywords: Diabetic Foot Exercise; Type 2 Diabetes Mellitus; Ineffective Peripheral Tissue Perfusion

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Puji Syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini sebagai tugas akhir yang merupakan syarat utama untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong. Pada kesempatan ini penulis memberikan ucapan terima kasih kepada :

1. Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* yang selalu memberikan kemudahan penulis dalam menyelesaikan KIAN ini.
2. Kedua orang tua saya, Alm.Bapak Rido dan Ibu tersayang Hartati atas semua pengorbanan, kasih sayang, dukungan dan doa yang tiada ada hentinya hingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
3. Keluarga dan adiku tercinta, mbah-mbahku dan saudaraku yang selalu memberi dukungan, penyemangat dan suport sistem saya dan selalu menemani saya serta membantu saya dalam menyelesaikan KIAN.
4. Prof. Dr. Sofyan Anif, M.Si selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong.
5. Wuri Utami, S. Kep, Ns. M. Kep selaku ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong.
6. Podo Yuwono, M. Kep selaku Dosen pembimbing akademik yang telah membantu dan memberikan masukan kepada saya dalam penyusunan proposal ini.
7. Ratih Kusuma Dewi, S.Kep, Ns selaku dewan penguji.
8. Seluruh Dosen dan staff pengajar Universitas Muhammadiyah Gombong yang memberi banyak ilmu yang diberikan kepada penulis.
9. Teman seangkatan saya dari Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong serta semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu-persatu.

Penulis menyadari akan susunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak sempurna dan masih banyak kekurangan, maka penulis mengharapkan masukan berupa kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Wassalamualaikum Wr. Wb



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN LITERATURE.....	6
A. Tinjauan Pustaka.....	6
B. Fokus Asuhan Keperawatan	19
C. Kerangka Konsep	22
BAB III METODE PENGAMBILAN KASUS.....	23
A. Desain Karya Tulis	23
B. Pengambilan Subjek	23
C. Lokasi dan Waktu Pengambilan Kasus	24
D. Definisi Operasional.....	24
E. Instrumen.....	24
F. Langkah Pengambilan Data.....	25

G. Etika Studi Kasus	26
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	28
A. Asuhan Keperawatan.....	28
B. Hasil Penerapan Inovasi Tindakan Keperawatan	56
C. Pembahasan	58
D. Keterbatasan Penelitian	65
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	66
A. Kesimpulan.....	66
B. Saran	67
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



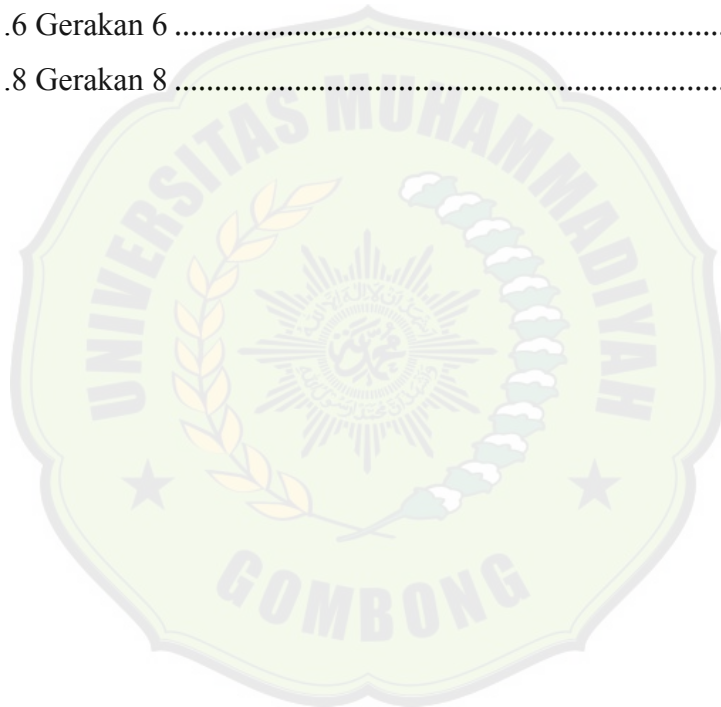
DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Interpretasi Nilai Ankle Brachial Index (ABI).....	15
Tabel 2.1	Definisi operasional	24
Tabel 4. 1	Hasil inovasi senam kaki pada pasien diabetes melitus tipe II dengan perfusi parifer tidak efektif.....	56



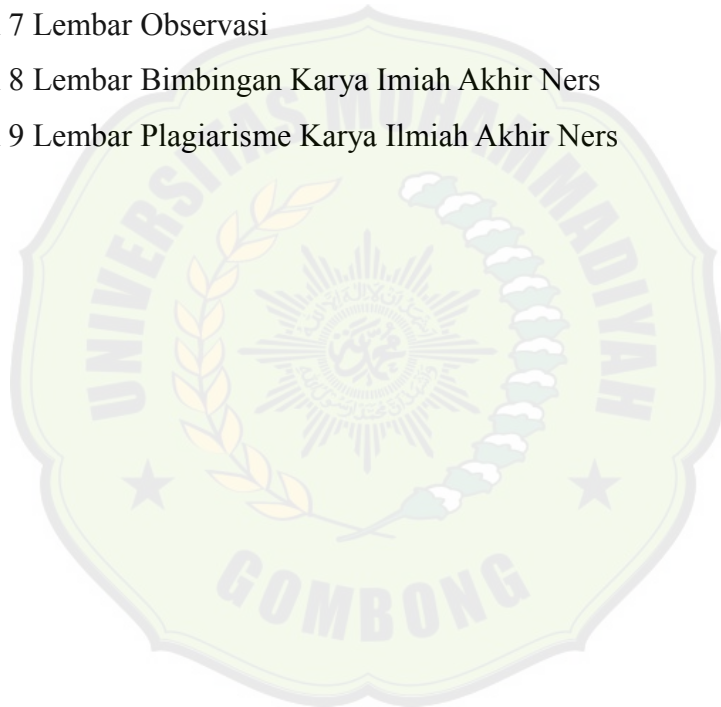
DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Gerakan 1	17
Gambar 1.2 Gerakan 2	18
Gambar 1.3 Gerakan 3	18
Gambar 1.4 Gerakan 4	18
Gambar 1.5 Gerakan 5	18
Gambar 1.6 Gerakan 6	19
Gambar 1.6 Gerakan 6	19
Gambar 1.8 Gerakan 8	19



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Pelaksanaan Kegiatan
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 SOP Senam Kaki
- Lampiran 5 SOP Pengukuran ABI
- Lampiran 6 ASKEP
- Lampiran 7 Lembar Observasi
- Lampiran 8 Lembar Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Ners
- Lampiran 9 Lembar Plagiarisme Karya Ilmiah Akhir Ners



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Tidak Menular (PTM), yang juga dikenal sebagai Non-Communicable Diseases (NCDs), merupakan isu kesehatan global yang memerlukan perhatian serius (World Health Organization, 2023). Penyakit Tidak Menular (PTM) kini merupakan factor utama penyebab kematian diseluruh dunia, yaitu sebesar 74%. Menurut (Ost & Epression, 2024), diabetes melitus, kanker, penyakit pernafasan kronis, serta gangguan jantung dan pembuluh darah termasuk ke dalam kategori PTM berdasarkan klasifikasi dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Data dari Kementrian Kesehatan Republik Indonesia mencatat bahwa pada tahun 2019, sekitar 73% dari seluruh kematian di Indonesia berasal dari penyakit tidak menular, dengan diabetes dan penyakit kardiovaskular sebagai penyebab dominan (Ost & Epression, 2024).

Diabetes Melitus (DM) termasuk dalam kelompok penyakit degeneratif, yaitu kondisi yang ditandai dengan penurunan fungsi atau struktur jaringan secara bertahap seiring waktu akibat faktor usia dan gaya hidup (Muayanah & Astutiningrum, 2022). Berdasarkan data Organisasi International Diabetes Federation (IFD), prevelensi penderita diabetes menjadi penyebab utama kematian global pada usia 20 sampai 79 tahun diperkirakan 10,5% (536,6 juta orang) pada tahun 2021, meningkat menjadi 12,2% (783,2 juta) pada 2045 (Ost & Epression, 2024). Menurut data Riskesdas 2013 dan 2018, prevelensi diabetes di Indonesia cenderung naik dari 6,9% menjadi 8,5% (Ost & Epression, 2024). Pada tahun 2018, DM tipe II menempati posisi kedua sebagai penyakit yang paling sering ditangani melalui pelayanan di faskes primer dan lanjutan, baik di faskes tingkat pertama maupun lanjutan dalam program JKN.

DM tipe II dapat menimbulkan kondisi hipoglikemia (penurunan kadar glukosa darah di bawah 60 mg/dL) dan hiperglikemia, yang dapat berupa masalah seperti ketoasidosis diabetik (KAD), hiperglikemik hiperosmolar non-ketotik (HNC), dan asidosis laktat (AL). Dari ketiganya, KAD merupakan komplikasi akut yang paling sering terjadi, diikuti oleh hipoglikemia, yang keduanya memiliki tingkat kematian tergolong tinggi, yaitu diperkirakan sekitar 9 hingga 10% penduduk di negara maju pada tahun 2003 (Muayanah & Astutiningrum, 2022). DM tipe II tidak hanya menimbulkan komplikasi akut, tetapi juga komplikasi kronis yang terbagi dua jenis yaitu makroangiopati dan mikroangiopati. Makroangiopati mencakup penyakit jantung koroner, gangguan pembuluh darah di tungkai, dan stroke, sedangkan mikroangiopati menyerang ginjal dan mata. Masalah lainnya termasuk gangren, yang umum timbul pada penderita dengan kadar gula darah tidak terkontrol. Penurunan respons imun akibat kondisi ini membuat pasien lebih rawan terhadap berbagai infeksi, seperti infeksi saluran kemih, infeksi paru-paru, dan infeksi pada kaki. Apabila infeksi pada kaki didiamkan, hal tersebut dapat menyebabkan jaringan membusuk, sehingga bagian yang terinfeksi harus diamputasi (Muayanah & Astutiningrum, 2022).

Jumlah pasien diabetes mengalami peningkatan yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah pola hidup yang kurang sehat, seperti konsumsi makanan tinggi lemak yang dapat menyebabkan obesitas, serta kurangnya aktivitas olahraga, kondisi ini mengganggu proses metabolisme tubuh sehingga kadar glukosa menjadi tidak terkendali (Siregar, 2022). Penumpukan kalori dalam tubuh dapat mengganggu kelancaran sirkulasi darah akibat penimbunan lemak dalam pembuluh darah. Salah satu metode untuk menurunkan kadar glukosa darah yaitu melaksanakan aktivitas fisik, semacam senam kaki yang dianjurkan sebagai bentuk olahraga.

Lima pilar penatalaksanaan pada pasien DM mencakup penerapan pola makan sehat sebagai langkah utama untuk mencegah dan mengendalikan penyakit ini. Kurangi asupan makanan dan minuman yang mengandung gula, kalori dan lemak tinggi. Selain itu, rutin berolahraga

memberikan banyak manfaat salah satunya membantu tubuh mencegah risiko terkena DM. Dengan melakukan fisik, otot menjadi lebih aktif meningkatkan permeabilitas membran dan memperlancar peredaran darah. Hal ini menyebabkan lebih banyak kapiler terbuka serta meningkatkan jumlah reseptor insulin yang aktif. Selain itu, terjadi pergeseran sumber energi otot dari asam lemak menuju penggunaan glukosa dan glikogen otot (Ost & Epression, 2024)

Penatalaksanaan secara farmakologis dilakukan dengan mengonsumsi obat diabetes secara teratur untuk mengontrol gula darah dan mencegah komplikasi. Selain itu, penatalaksanaan nonfarmakologis dapat dilakukan dengan menggunakan senam kaki pada penderita diabetes melitus yang dijadikan terapi untuk penderita DM agar tidak menjadi lebih parah lagi.

Senam kaki merupakan jenis senam aerobik berdampak ringan dengan gerakan ritmis yang menyenangkan, tidak monoton, dan cocok semua usia, sehingga mampu meningkatkan minat peserta dalam komunitas diabetes. Senam kaki memiliki peran penting dalam mengontrol kadar glukosa, karena dapat membantu memperbaiki regulasi glukosa dalam darah dan sel (Husnul et al., 2022).

Senam kaki bermanfaat dalam peningkatan aliran darah, penguatan otot-otot kecil, pencegahan gangguan pada kaki, serta kekuatan otot betis dan paha yang lebih optimal, disertai dengan kemampuan bergerak yang lebih bebas, merupakan tujuan utama dari latihan senam kaki (Putri et al., 2023). Sebaliknya, jika senam kaki tidak dilakukan, dapat terjadi penyempitan atau sumbatan pada pembuluh darah, yang berisiko menimbulkan gangguan perfusi perifer. Untuk mencegah hal tersebut, pemberian terapi senam kaki pada penderita DM tipe II menjadi penting, sebab latihan ini mampu menghindari timbulnya perfusi perifer yang tidak efektif (Muayanah & Astutiningrum, 2022).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Husnul et al., 2022) yang berjudul Pelaksanaan Senam Kaki Mengendalikan Kadar Gula Darah pada Lansia Diabetes Mellitus. Menunjukkan hasil bahwa kadar gula

darah pasien diabetes mellitus menurun. Hal ini dapat membuktikan bahwa adanya pengaruh dari senam kaki untuk mengendalikan kadar glukosa darah. Kadar gula darah yang terkontrol ini salah satunya sebagai indikasi terjadinya perbaikan diabetes mellitus yang terjadi pada penderita. Oleh karena itu, aktivitas senam kaki yang telah diberikan menjadi salah satu cara yang efektif guna mengelola diabetes mellitus. Temuan serupa juga ditunjukkan dalam penelitian (Husnul et al., 2022) yang menunjukkan bahwa Kaki diabetes terapi olahraga dapat membantu penderita diabetes mellitus menurunkan kadar gulanya dan memberikan efek. Terapi senam kaki diabetes, khususnya, dapat digunakan untuk membantu penderita diabetes mellitus menurunkan kadar gula darahnya. Senam kaki diabetik dapat dimanfaatkan untuk mengatur fungsi otot dan saraf tubuh guna meningkatkan kenyamanan, meredakan nyeri, serta memperlancar aliran darah pada kaki penderita.

Latihan gerakan senam kaki dapat membantu melancarkan aliran darah di kaki, meningkatkan sirkulasi, memperkuat otot-otot kaki, serta mempermudah pergerakan sendi-sendi kaki. Dengan harapan tersebut, perawatan kaki pada penderita diabetes dapat terjaga dengan baik dan turut berkontribusi dalam meningkatkan kualitas hidup mereka (Muayanah & Astutiningrum, 2022). Gerakan dalam senam kaki dapat meningkatkan aliran darah, yang menyebabkan lebih banyak kapiler terbuka. Hal ini memungkinkan ketersediaan reseptor insulin meningkat dan menjadi lebih aktif, kemudian berdampak pada kurangnya kadar glukosa darah pada penderita diabetes (Muayanah & Astutiningrum, 2022).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka penulis merumuskan masalah yaitu ” Adakah pengaruh senam kaki pada pasien diabetes melitus tipe II dengan perfusi tidak efektif di RS PKU Muhammadiyah Gombang?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Studi kasus ini bertujuan untuk mengevaluasi hasil asuhan keperawatan melalui penerapan intervensi senam kaki pada penderita DM tipe II dengan masalah perfusi perifer tidak efektif di RS PKU Muhammadiyah Gombong.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan hasil pengkajian pada penderita DM tipe II dengan perfusi perifer tidak efektif
- b. Menjelaskan hasil analisa data pada penderita DM tipe II dengan perfusi perifer tidak efektif
- c. Menjelaskan intervensi keperawatan pada penderita DM tipe II dengan perfusi perifer tidak efektif
- d. Menjelaskan implementasi keperawatan pada penderita DM tipe II dengan perfusi perifer tidak efektif
- e. Menjelaskan evaluasi keperawatan pada pasien DM tipe II dengan perfusi perifer tidak efektif
- f. Menjelaskan hasil inovasi senam kaki pada pasien DM tipe II dengan perfusi perifer tidak efektif

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Masyarakat

Untuk menjadi sumber pengetahuan bagi masyarakat mengenai gangguan aliran darah di kaki pada penderita DM, oleh karena itu penderita dapat melakukan senam kaki sebagai salah satu langkah untuk mengatasi masalah tersebut.

2. Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Keperawatan

Harapannya studi ini memberikan kontribusi dalam memperluas wawasan mengenai komplikasi yang terjadi pada DM dan langkah penanggulangannya.

3. Bagi Penulis

Studi kasus ini bertujuan memperdalam pemahaman mengenai komplikasi DM serta upaya penanganannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhavan, S., & Goldberg, V. M. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ny. H dengan Diagnosa Cholelithiasis Dirumah Sakit Hasan Sadiqin Kota Bandung. In *Clinical Orthopaedics and Related Research* (Vol. 465).
- Awotidebe, T. O., Ativie, R. N., Oke, K. I., Akindele, M. O., Adedoyin, R. A., Olaogun, M. O. B., Olubayode, T. E., & Kolawole, B. A. (2021). Relationships among exercise capacity, dynamic balance and gait characteristics of Nigerian patients with type-2 diabetes: an indication for fall prevention. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 12(6), 581–588. <https://doi.org/10.12965/jer.1632706.353>
- Collins, S. P., Storrow, A., Liu, D., Jenkins, C. A., Miller, K. F., Kampe, C., & Butler, J. (2021). *PENGARUH SENAM KAKI TERHADAP ANKLE BRACHIAL INDEX (ABI) PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2. 2.*
- Fatmosari, S. D., Taufik, M., & Hasibuan, D. (2024). *Pengaruh Senam Kaki Terhadap Peningkatan Perfusi Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rumah Sakit Murni Teguh Tuban Bali*. 7(2), 1046–1052.
- Husnul, Amriati, & Suarnianti. (2022). Pengaruh Senam Kaki Diabetes Terhadap Penurunan Glukosa Darah Pasien DM TIPE 2. *Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 2(3), 339.
- Muayanah, & Astutiningrum, D. (2022). Asuhan Keperawatan Penerapan Senam Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe Ii Dengan Perfusi Perifer Tidak Efektif Di Rs Pku Muhammadiyah Sruweng. *Nursing St*, 56.
- Ost, E. D. P., & Epression, A. D. (2024). *UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR MELALUI KEGIATAN SENAM DAN SKRINING KESEHATAN PADA KELOMPOK RISIKO TINGG*. 6, 1–6.
- PPNI. (2023). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. *Aleph*, 87(1,2), 149–200.
- Prasetyo, A. C. (2023). Pengaruh Terapi Senam Kaki Diabetik Terhadap Sensitivitas Kaki Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Babadan *STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun*, 1–135.
- Rofifah Zahiyatur, Setyawati Retno, & Suyanto Suyanto. (2025). Hubungan Self-Empowerment dengan Tingkat Stres pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan, Dm*.
- Saprianto, Sujati, N. K., & Akbar, S. A. (2022). *KLIEN DIABETES MELITUS Prodi DIII Keperawatan Baturaja , Poltekkes Kemenkes Palembang , Sumatera Selatan , Indonesia Prodi DIII Keperawatan , STIKes Al- Ma ' arif*

, Sumatera Selatan , Indonesia Jurnal Keperawatan Merdeka (JKM), Volume 2 Nomor 2 , Novemb. 2(Dm), 209–215.

Siregar. (2022). העינים לנגד SENAM KAKI DIABETES PADA PENDERITA DIABETES. הארץ, 8.5.2017, 2003–2005.

Suciningtyas, P. D., & Yuniartika, W. (2021). *Penatalaksanaan Senam Kaki Diabetik pada Keluarga Diabetes Mellitus untuk Mencegah Komplikasi*. <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/52357>

Wahyuni, A. (2022). Senam Kaki Diabetik Efektif Meningkatkan Ankle Brachial Index Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Ipteks Terapan*, 9(2), 155–164. <https://doi.org/10.22216/jit.2015.v9i2.231>



LAMPIRAN



Lampiran 1 Jadwal Pelaksanaan Kegiatan

No	Kegiatan	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agus	Sept	Okt	Nov
1.	Penentuan tema & judul									
2.	Konsul Dosen Pembimbing									
3.	Penyusunan proposal BAB I									
4.	Penyusunan proposal BAB 2 & 3									
4.	Ujian Proposal									
5.	Perbaikan Proposal									
6.	Pengumpulan Data									
7.	Penyusunan Laporan Hasil									
8.	Seminar Hasil									

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden

INFORMED CONSENT

Kepada
Yth. Calon Responden

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong

Nama : Palupi Amelinda Rezalotun

NIM : 202403208

Akan melaksanakan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Penerapan Senam Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Perfusi Parifer Tidak Efektif di RS PKU Muhammadiyah Gombong”.

Untuk itu saya mohon kesediaanya saudara/i untyk ikut berpartisipasi menjadi responden dalam kegiatan studi kasus ini dengan bersedia mengisi mengikuti kegiatan yang akan dilakukan oleh penulis dan data ini digunakan untuk kepentingan penulis.

Apabila saudara/i bersedia dalam menjadi responden, maka saya mohon untuk mendatangi lembar persetujuan yang telah saya sediakan. Atas kerjasama dan bantuannya saya ucapkan terimakasih.

Gombong,.....2025

Palupi Amelinda Rezalotun

Universitas Muhammadiyah Gombong

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanggung jawab dibawah ini :

Nama (Inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Setelah mendengar dan membaca penjelasan yang telah diberikan tentang penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Penerapan Senam Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Perfusi Parifer Tidak Efektif di RS PKU Muhammadiyah Gombong”. yang diteliti oleh :

Nama : Palupi Amelinda Rezalotun

NIM : 202403208

Maka saya bersedia menjadi responden pada penelitian ini. Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa adanya pemaksaan dari pihak manapun.

Gombong, 2025

Peneliti

Yang membuat pernyataan

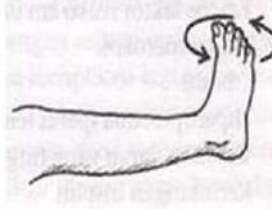
(.....)

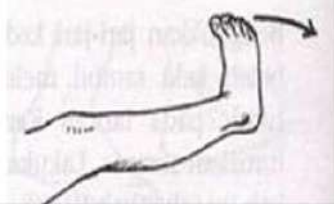
(.....)

Lampiran 4 SOP Senam Kaki

SOP SENAM KAKI

Definisi	Senam kaki adalah kegiatan atau latihan yang dilakukan oleh pasien diabetes mellitus untuk mencegah terjadinya luka dan membantu memperlancarkan peredaran darah bagian kaki.
Tujuan	a. Memperbaiki sirkulasi darah b. Memperkuat otot-otot kecil c. Mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki d. Meningkatkan kekuatan otot betis dan paha e. Mengatasi keterbatasan gerak sendi
Indikasi dan kontra indikasi	a. Indikasi Senam kaki ini dapat diberikan kepada seluruh penderita diabetes mellitus dengan tipe I maupun tipe II. Namun sebaiknya diberikan sejak pasien didiagnosa menderita diabetes mellitus sebagai tindakan pencegahan dini. b. Kontraindikasi a) Klien mengalami perubahan fungsi fisiologis seperti dispnea atau nyeri dada b) Orang yang depresi, khawatir atau cemas
Prosedur	1. Persiapan alat : kertas Koran 2 lembar, kursi (jika tindakan dilakukan dalam posisi duduk), hand spon. 2. Persiapan klien : kontrak topik, waktu, tempat dan tujuan dilaksanakan senam kaki 3. Persiapan lingkungan : ciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, jaga privacy pasien
Pelaksanaan	Duduk secara tegak diatas kursi (jangan bersandar) dengan meletakkan kaki dilantai
	Dengan meletakkan tumit di lantai, jari-jari kedua

	belah kaki diluruskan ke atas lalu bengkokan kembali ke bawah seperti cakar. Lakukan sebanyak 10 kali.
	Dengan meletakan tumit dilantai, angkat telapak kaki ke atas. kemudian, jari-jari kaki diletakan dilantai dengan tumit kaki diangkat ke atas. Cara ini diulangi sebanyak 10 kali
	Tumit kaki diletakan dilantai. Bagian dengan kaki diangkat keatas dan buat putaran 360° dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali
	Jari-jari kaki diletakan dilantai. Tumit diangkat dan buat putaran 360 o dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali
	Kaki diangkat keatas dengan meluruskan lutut. Buat putaran 360 o dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali
	Lutut diluruskan lalu dibengkokan kembali kebawah sebanyak 10 kali. Ulangi langkah ini untuk kaki yang sebelahnya. Seperti latihan sebelumnya, tetapi kali ini dengan kedua kaki bersamaan

	Angkat kedua kakim luruskan dan pertahankan posisi tersebut, lalu gerakan kaki pada pergelangan kaki, kedepan dan kebelakang Luruskan salah satu kaki dan angkat. Putar kaki pada pergelangan kaki. Tuliskan di udara dengan kaki angka 0 sampai 9.
	Letakan sehelai kertas surat kabar dilantai. Robek kertas menjadi dua bagian Bentuk kertas itu menjadi seperti bola dengan kedua belah kaki. Kemudian, buka bola itu menjadi lembaran seperti semula dengan menggunakan kedua belah kaki. Cara ini dilakukan hanya sekali saja.



Lampiran 5 SOP Pengukuran ABI

SOP PENGUKURAN ABI (Ankle Brachial Index)

1. Mengukur Tekanan Sistole Lengan
 - a. Persiapan Alat : Tensimeter, stetoskop, dan buku catatan.
 - b. Persiapan Pasien : Menjelaskan kepadaklien tindakan yang akan dilaksanakan dan mengatur posisi klien.
 - c. Pelaksanaan:
 - 1) Alat-alat didekatkan ke klien.
 - 2) Menggulung lengan baju klien.
 - 3) Meletakkan tensimeter sejajar dengan jantung penderita.
 - 4) Memasang manset tensimeter pada lengan atas 2 – 3 cm diatas vena cubiti dengan pipa karet nya berada dibagian luar lengan. Manset dipasang tidak terlalu kencang dan tidak terlalu longgar.
 - 5) Meraba denyut nadi arteri brachialis lalu stetoskop ditempatkan pada daerah tersebut.
 - 6) Menutup skrup balon karet, pengunci raksa dibuka(bila menggunakan tersimeter air raksa). Selanjutnya balon dipompa sampai denyut nadi arteri tidak terdengar lagi, dan jarum penunjuk naik. Tambahkan 20 –30 mmHg.
 - 7) Membuka skrup balon perlahan sambil mendengarkan denyutan pertama (sistole) dan mendengar denyutan menunjuk di jarum angka berapa.
 - 8) Merapikan klien.
 - 9) Merapikan alat-alat dan disimpan ditempatnya.
 - 10) Mencuci tangan.
 - 11) Mencatat hasil.

2. Mengukur Tekanan Sistole Kaki

- a. Persiapan Alat : Tensimeter, stetoskop, dan buku catatan.
- b. Persiapan Pasien : Menjelaskan kepada klien tindakan yang akan dilakukan dan mengatur posisi klien.
- c. Pelaksanaan:
 - 1) Alat-alat didekatkan ke klien.
 - 2) Menggulung celana atau pakaian klien.
 - 3) Meletakkan tensimeter sejajar dengan jantung penderita.
 - 4) Memasang manset tensimeter digital diatas dorsalis pedis. Manset dipasang tidak terlalu kencang dan tidak terlalu longgar.
 - 5) Kemudian tekan tombol start sampai mesin memompa dan turun secara otomatis.
 - 6) Lihat hasil yang ditunjukan oleh layar tensimeter digital.
 - 7) Lepas manset dari kaki.
 - 8) Merapikan klien.
 - 9) Merapikan alat-alat dan disimpan ditempatnya.
 - 10) Mencuci tangan.
 - 11) Mencatat hasil.

3. Menentukan nilai ABI

ABI (*Ankle Brachial Index*) adalah interpretasi perbandingan antara tekanan sistolik ankle dengan tekanan sistolik brachial, untuk mengetahui kondisi pembuluh darah ekstermitas bawah. Menentukan nilai ABI dapat ditentukan dengan rumus:

$$\text{Rumus ABI} = \text{Nilai Sistolik Ankle} / \text{Nilai Sistolik Brachial}$$

Interpretasi Hasil ABI

NO	Nilai ABI	Interpretasi
1	>0,9	Normal
2	(0,8-0,9)	Ringan
3	(0,4-0,7)	Sedang
4	<0,4	Berat

Lampiran 6 ASKEP

1. ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN NY. S

A. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas Pasien

Nama :Ny. L
Umur :52th
Jenis Kelamin :Perempuan
Agama :Islam
Pendidikan :SD
Pekerjaan :Wiraswasta
Alamat :Gombng
Diagnosa Medis :DM tipe II

b. Keluhan Utama

mengeluh pusing, demam tinggi, mual, muntah, kesemutan

1. Riwayat Kesehatan Saat ini

Pasien masuk RS mengeluh pusing, demam tinggi, mual, muntah dan kesemutan

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan pernah dirawat 1 tahun yang lalu

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan dari keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti ini /riwayat penyakit lain seperti DM,hipertensi,atau penyakit menular lainnya.

4. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar Virginia Henderson

a) Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : Sebelum dirawat di rumah sakit, ps tidak sesak nafas.

Saat sakit : pasien mengatakan tidak sesak nafas.

b) Pola Nutrisi

Sebelum sakit: pasien melaporkan tidak ada masalah pola makan, mengonsumsi tiga kali sehari, secara konsisten menghabiskan satu porsi, dan mengonsumsi 1,5 liter air dan teh setiap hari.

Saat sakit: pasien melaporkan makan minum sedikit.

c) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Pasien tidak merasakan nyeri, luka, atau keluhan apa pun, dan buang air kecil tiga hingga empat kali dan buang air besar sekali sehari.

Saat sakit: Pasien tidak mempunyai luka, keluhan, atau rasa tidak nyaman dan buang air kecil tiga sampai empat kali sehari dan buang air besar sekali sehari.

d) Pola Aktivitas

Sebelum sakit: pasien dapat beraktivitas seperti biasa dan mandiri.

Saat sakit: pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: pasien mengatakan dapat tidur nyenyak setidaknya 8 jam tidur malam dan tidak pernah tidur siang Saat sakit: pasien mengatakan tidak dapat tidur.

f) Pola Berpakaian

Sebelum sakit: Pasien menyatakan bahwa ia bebas memilih, mengambil, dan memakai pakaiannya sendiri sebelum sakit.

Saat sakit: pasien mengatakan bahwa meskipun ia mampu berpakaian sendiri, ia memerlukan bantuan untuk berpakaian karena infus

g) Menjaga Suhu Tubuh

Sebelum sakit: pasien mengatakan bahwa ia mengenakan pakaian tebal dan jaket saat cuaca dingin dan pakaian tipis saat cuaca panas dan lembap.

Saat sakit: pasien menyatakan bahwa ia mengenakan pakaian tebal

dan jaket saat cuaca dingin dan pakaian tipis saat cuaca panas dan lembap.

h) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit: pasien membersihkan rambutnya sendiri dua kali seminggu, menggosok gigi dua kali sehari, dan mandi dua kali sehari dengan sabun.

Saat sakit: pasien membersihkan giginya sekali sehari, mandi dengan sabun sekali sehari, dan tidak mencuci rambutnya selama di rumah sakit.

i) Menghindar dari bahaya (aman)/nyaman

Sebelum sakit: pasien mengatakan saat dikamar mandi menggunakan sandal, saat bersepeda motor menggunakan helm

Saat sakit: pasien mengatakan pengamanan tempat tidur selalu dipasang agar pasien aman dan terhindar dari resiko jatuh.

j) Pola komunikasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan kooperatif dan lancar dalam berkomunikasi, sehari-hari pasien berbahasa jawa dan Indonesia.

Saat sakit: pasien mengatakan kooperatif dan lancar dalam berkomunikasi, sehari-hari pasien berbahasa jawa dan Indonesia.

k) Pola spiritual

Sebelum sakit: pasien mengatakan selalu sholat 5 waktu di masjid.

Saat sakit: pasien mengatakan sholat 5 waktu namun di bed pasien.

l) Pola rekreasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan dirinya menghabiskan waktu luang dengan menonton TV di rumah.

Saat sakit: pasien mengatakan hanya tiduran di tempat tidur saja.

m) Pola Bekerja

Sebelum sakit: pasien mengatakan kesehariannya

sebagai buruh

Saat sakit: pasien mengatakan tidak dapat melakukan pekerjaannya karena sedang dirawat di RS

n) Pola Belajar

Sebelum sakit: pasien mengatakan tidak ada masalah dalam belajar.

Saat sakit: pasien mengatakan sudah paham akan sakitnya setelah berkonsultasi dengan dokter.

B. DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

- i. Keadaan Umum :Cukup
- ii. Kesadaran :Composmentis
- iii. Tanda-tanda vital :
 - TD : 120/83mmHg Suhu 38
 - Spo2 : 99%.
 - N : 88 x/m
 - S :36
 - RR : 28 x/m
- iv. GDS Stik : :268mg/dl

b.Pemeriksaan Fisik (Head TO toe)

I. Kepala

- Inspeksi : mesocephalic dengan rambut abu-abu agak berminyak, tidak ada anomali yang diamati
- Palpasi:rontok,tidak ada benjolan,tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi

II. Muka

- Inspeksi :tidak ada luka,muka bulat,berkulit sawo matang,tampak pucat
- Palpasi :tidak ada nyeri tekan

- III. Mata
- Konjungtiva non-anemia, sklera non- ikterik, isokhorik, refleks pupil 2/2, refleks cahaya positif/positif.
- IV. Hidung
- Inspeksi : tidak menunjukkan lesi, obstruksi, perdarahan, atau indikasi infeksi
 - Palpasi:tidak ada nyeri tekan
- V. Mulut
- Xerostomia mukosa labial, tidak ada lesi yang terlihat
- VI. Telinga
- Inspeksi : Bersih, tanpa serumen, tidak menggunakan alat bantu dengar.
 - Palpasi:tidak ada nyeri tekan
- VII. Leher
- Inspeksi : Normal, tanpa pembesaran kelenjar tiroid
 - Palpasi:tidak ada nyeri tekan
- VIII. Dada
- Paru
- Inspeksi :bentuk dada dan thorax simetris
 - Palpasi:pengembangan dada seimbang ,vocal premitus seimbang,tidak ada nyeri tekan
 - Perkusi :suara sonor
 - Auskultasi :vesikuler kanan-kiri
- Jantung
- Inspeksi :letuscordis tidak terlihat/tidak ada
 - Palpasi:ictuscordis tidak teraba
 - Perkusi :suara redup
 - Auskultasi :suara jantung S1 dan S2 reguler

IX. Abdomen

- Inspeksi :simetris ,kulit berwarna sawo matang,dan tidak ada jejas
- Auskultasi :bising usus 20x/mnt
- Perkusi :suara timpani
- Palpasi:tidak ada nyeri tekan

X. Ekstermitas

- Atas : : Infus diberikan di tangan kanan, tidak terlihat edema atau lesi.

XI. Genetelia

Jenis kelamin perempuan tidak terpasang kateter

b. TERAPI MEDIS

NO	PROGRAM TERAPI	DOSIS	ATURAN PAKAI
1	Paracetamol	1gr	3x1
2	Ondansetron	2mg	3x1
3	Omeprazole	1 gr	3 x 1
4	Glimepiride	25 mg	23x 1

c. ANALIS DATA

HARI/TGL	DATA FOKUS	PATHWAY MASALAH	ETIOLOGI	PROBLEM
19/09/2025 Pukul 09:00	DS: • Pasien mengatakan kaki kesemutan/kebas. • Pasien mengatakan badan lemas dan cepat haus. • Pasien memiliki riwayat	DM tipe II ↓ Sel beta pancreas hancur ↓	Gangguan sirkulasi parifer	Perfusi parifer tidak efektif

	diabetes melitus. DO: - GDS 348 mg/dl (hiperglikemia). - Turgor kulit kurang baik, kulit kering dan pucat. - Perubahan tanda vital - TD: 150/99 mmHg - Nadi: 130 x/menit - Suhu: 37°C - RR: 21 x/menit - SpO₂ : 99% - Akral hangat dan sensasi perifer menurun	kenaikan pemakaian glukosa ↓ viskositas darah meningkat ↓ aliran darah melambat ↓ gangguan perfusi jaringan perifer		
--	--	---	--	--

D.INTERVENSI KEPERAWATAN

NO DX	SLKI	SIKI	RASIONAL						
1	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan masalah perfusi perifer meigkat, dengan kriteria hasil: <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Deyut adi perifer m</td><td>2</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	A	T	Deyut adi perifer m	2	5	Managemen Nyeri (L.08238): Observasi - Monitor sirkulasi perifer (warna kulit, suhu, nadi perifer, pengisian kapiler, ABI). - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi. Terapeutik - Latihan nonfarmakologis	- Pemantauan sirkulasi perifer membantu mendeteksi gangguan perfusi sejak dini. - Senam kaki dapat meningkatkan aliran darah dan memperbaiki nilai ABI. - Edukasi meningkatkan kepatuhan pasien
Indikator	A	T							
Deyut adi perifer m	2	5							

Wara kulit	3	5		• untuk meningkatkan sirkulasi (senam kaki). • Anjurkan aktivitas fisik ringan sesuai kemampuan pasien.	terhadap pengelolaan DM. • Kolaborasi diperlukan untuk optimalisasi terapi medis.
Turgr kulit	3	5			
Ilai ABI	3	5			
Tekanan darah	3	5			
Ket: 5=meningkat 4=cukup meningkat 3=sedang 2=cukup menurun 1=menurun				Edukasi • Edukasi pentingnya kontrol gula darah. • Anjurkan olahraga rutin dan diet sesuai anjuran. • Anjurkan kepatuhan minum obat. Kolaborasi • Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi DM	

E.IMPLEMENTASI

Tgl/Jam	No DP	Tindakan /Implementasi	Respon	Paraf
19/09/2025 Pukul 09:00	1	• Monitoring sirkulasi perifer (warna kulit, suhu, nadi perifer, pengisian kapiler). • Monitoring sensasi perifer pada ekstremitas. • Penerapan senam kaki diabetes. • Edukasi pasien dan keluarga tentang perawatan kaki.	DS: • Pasien mengatakan bersedia dilakukan senam kaki. • Pasien mengatakan tidak ada daerah tubuh yang lebih peka terhadap panas, dingin, tajam, atau tumpul. DO: • Pasien mampu mengikuti senam kaki dengan bantuan.	Palupi

			• Akral teraba hangat, tidak ditemukan lesi atau laserasi pada kulit. • Tanda vital dalam batas terkontrol.	
20/09/2025 Pukul 09:00	1	• Melanjutkan senam kaki diabetes. • Monitoring kondisi ekstremitas bawah. • Penguatan edukasi tentang aktivitas fisik dan perawatan kaki.	DS: • Pasien mengatakan mampu melakukan senam kaki. • Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada kaki. DO: • Pasien tampak antusias mengikuti senam kaki. • Tidak ditemukan lesi atau luka pada ekstremitas. • Sirkulasi perifer tampak membaik.	Palupi
21/09/2025 Pukul 09:00	1	• Evaluasi hasil senam kaki. • Monitoring perfusi perifer dan nilai ABI. • Edukasi lanjutan untuk latihan mandiri di rumah.	DS: • Pasien mengatakan mampu melakukan senam kaki secara mandiri. • Keluarga mengatakan tidak ada luka atau lesi pada kaki pasien.	Palupi

			DO: • Akral hangat, warna kulit membaik, turgor kulit meningkat. • Nilai ABI meningkat. • Pasien tampak mampu melakukan senam kaki secara mandiri.	
--	--	--	--	--

F.EVALUASI

NO	JAM	EVALUASI	PARAF
1	Pukul 10:00	S: Pasien mengatakan bersedia dilakukan senam kaki. O: • GCS: E4V5M6 • GDS: 348 mg/dl • TD: 150/99 mmHg • Nadi: 130 x/menit • RR: 21 x/menit • SpO₂ : 99% • Suhu: 37°C A: Masalah keperawatan perfusi prifer belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi keperawatan.	Palupi
2	Pukul 10:00	S: Pasien mengatakan bersedia dan mampu melakukan senam kaki. O: • GDS: 359 mg/dl • TD: 115/79 mmHg • Nadi: 100 x/menit • RR: 21 x/menit • SpO₂ : 99% • Suhu: 36,1°C A: Masalah keperawatan perfusi prifer teratasi	Palupi

		sebagian. P: Lanjutkan intervensi keperawatan.	
3	Pukul 10:00	S: Pasien mengatakan mampu melakukan senam kaki dan keluarga mengatakan tidak ada lesi pada kulit pasien. O: • GDS: 330 mg/dl • TD brachial: 140 mmHg • TD ankle: 112 mmHg • Nilai ABI: 0,80 • Nadi: 99 x/menit • RR: 21 x/menit • SpO₂ : 99% • Suhu: 36°C A: Masalah keperawatan perfusi prifer sudah teratasi. P: Hentikan intervensi dan anjurkan latihan mandiri di rumah	Palupi

2. ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN NY. S

A. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas Pasien

Nama :Ny. S
Umur :60th
Jenis Kelamin :Perempuan
Agama :Islam
Pendidikan :SD
Pekerjaan :Wiraswasta
Alamat :Sempor
Diagnosa Medis :DM tipe II

b. Keluhan Utama

Ps mengeluh badan lemas, kaki kesemutan/kebas, cepat haus, dan sulit tidur karena pusing.

1. Riwayat Kesehatan Saat ini

Pasien masuk RS mengeluh pusing, sulit tidur dan kesemutan

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan pernah di rawat di RS

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ada yang menderita penyakit DM.

4. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar Virginia Henderson

a) Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : Sebelum dirawat di rumah sakit, ps tidak sesak nafas.

Saat sakit : pasien mengatakan tidak sesak nafas.

b) Pola Nutrisi

Sebelum sakit: pasien melaporkan tidak ada masalah pola makan, mengonsumsi tiga kali sehari, secara konsisten menghabiskan satu porsi, dan mengonsumsi 1,5 liter air dan teh setiap hari.

Saat sakit: pasien melaporkan makan minum sedikit.

c) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Pasien tidak merasakan nyeri, luka, atau keluhan apa pun, dan buang air kecil tiga hingga empat kali dan buang air besar sekali sehari.

Saat sakit: Pasien tidak mempunyai luka, keluhan, atau rasa tidak nyaman dan buang air kecil tiga sampai empat kali sehari dan buang air besar sekali sehari.

d) Pola Aktivitas

Sebelum sakit: pasien dapat beraktivitas seperti biasa dan mandiri.

Saat sakit: pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: pasien mengatakan dapat tidur nyenyak setidaknya 8 jam tidur malam dan tidak pernah tidur siang

Saat sakit: pasien mengatakan tidak dapat tidur.

f) Pola Berpakaian

Sebelum sakit: Pasien menyatakan bahwa ia bebas memilih, mengambil, dan memakai pakaiannya sendiri sebelum sakit.

Saat sakit: pasien mengatakan bahwa meskipun ia mampu berpakaian sendiri, ia memerlukan bantuan untuk berpakaian karena infus

g) Menjaga Suhu Tubuh

Sebelum sakit: pasien mengatakan bahwa ia mengenakan pakaian tebal dan jaket saat cuaca dingin dan pakaian tipis saat cuaca panas dan lembap.

Saat sakit: pasien menyatakan bahwa ia mengenakan pakaian tebal dan jaket saat cuaca dingin dan pakaian tipis saat cuaca panas dan lembap.

h) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit: pasien membersihkan rambutnya sendiri dua kali seminggu, menggosok gigi dua kali sehari, dan mandi dua

kali sehari dengan sabun.

Saat sakit: pasien membersihkan giginya sekali sehari, mandi dengan sabun sekali sehari, dan tidak mencuci rambutnya selama di rumah sakit.

i) Menghindar dari bahaya (aman)/nyaman

Sebelum sakit: pasien mengatakan saat dikamar mandi menggunakan sandal, saat bersepeda motor menggunakan helm

Saat sakit: pasien mengatakan pengamanan tempat tidur selalu dipasang agar pasien aman dan terhindar dari resiko jatuh.

j) Pola komunikasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan kooperatif dan lancar dalam berkomunikasi, sehari-hari pasien berbahasa jawa dan Indonesia.

Saat sakit: pasien mengatakan kooperatif dan lancar dalam berkomunikasi, sehari-hari pasien berbahasa jawa dan Indonesia.

k) Pola spiritual

Sebelum sakit: pasien mengatakan selalu sholat 5 waktu di masjid.

Saat sakit: pasien mengatakan sholat 5 waktu namun di bed pasien.

l) Pola rekreasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan dirinya menghabiskan waktu luang dengan menonton TV di rumah.

Saat sakit: pasien mengatakan hanya tiduran di tempat tidur saja.

m) Pola Bekerja

Sebelum sakit: pasien mengatakan kesehariannya sebagai buruh

Saat sakit: pasien mengatakan tidak dapat melakukan pekerjaannya karena sedang dirawat di RS

n) Pola Belajar

Sebelum sakit: pasien mengatakan tidak ada masalah dalam belajar.

Saat sakit: pasien mengatakan sudah paham akan sakitnya setelah berkonsultasi dengan dokter.

B. DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

- i. Keadaan Umum :Cukup
- ii. Kesadaran :Composmentis
- iii. Tanda-tanda vital :
 - TD : 150/90 mmHg
 - Suhu : 37
 - Spo2 : 99%.
 - N : 88 x/m
 - RR : 21 x/m
- iv. GDS Stik : :348mg/Dl

b. Pemeriksaan Fisik (Head TO toe)

I. Kepala

- Inspeksi : mesocephalic dengan rambut abu-abu agak berminyak, tidak ada anomali yang diamati
- Palpasi :rontok,tidak ada benjolan,tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi

II. Muka

- Inspeksi :tidak ada luka,muka bulat,berkulit sawo matang,tampak pucat
- Palpasi :tidak ada nyeri tekan

- III. Mata
- Konjungtiva non-anemia, sklera non- ikterik, isokhorik, refleks pupil 2/2, refleks cahaya positif/positif.
- IV. Hidung
- Inspeksi : tidak menunjukkan lesi, obstruksi, perdarahan, atau indikasi infeksi
 - Palpasi :tidak ada nyeri tekan
- V. Mulut
- Xerostomia mukosa labial, tidak ada lesi yang terlihat
- VI. Telinga
- Inspeksi : Bersih, tanpa serumen, tidak menggunakan alat bantu dengar.
 - Palpasi :tidak ada nyeri tekan
- VII. Leher
- Inspeksi : Normal, tanpa pembesaran kelenjar tiroid
 - Palpasi :tidak ada nyeri tekan
- VIII. Dada
- Paru
- Inspeksi :bentuk dada dan thorax simetris
 - Palpasi :pengembangan dada seimbang ,vocal premitus seimbang,tidak ada nyeri tekan
 - Perkusi :suara sonor
 - Auskultasi :vesikuler kanan-kiri
- Jantung
- Inspeksi :letuscordis tidak terlihat/tidak ada
 - Palpasi :ictuscordis tidak teraba
 - Perkusi :suara redup
 - Auskultasi :suara jantung S1 dan S2 reguler
- IX. Abdomen
- Inspeksi :simetris ,kulit berwarna sawo matang,dan tidak ada jejas

- Auskultasi :bising usus 20x/mnt
- Perkusi :suara timpani
- Palpasi :tidak ada nyeri tekan

X. Ekstermitas

- Atas : : Infus diberikan di tangan kanan, tidak terlihat edema atau lesi.

XI. Genetelia

Jenis kelamin perempuan tidak terpasang kateter

C. TERAPI MEDIS

NO	PROGRAM TERAPI	DOSIS	ATURAN PAKAI
1	Ceftriaxone	1gr	3x1
2	Paracetamol	500mg	3x1
3	Omeprazole	30 mg	3 x 1
4	Metamorfın	25 mg	3x 1
5	Novorapid		2x1

D. ANALIS DATA

HARI/TGL	DATA FOKUS	PATHWAY MASALAH	ETIOLOGI	PROBLEM
19/09/2025 Pukul 09:00	DS: • Ps mengatakan badan lemas dan pusing • Ps mengatakan mempunyai riwayat DM DO: • GDS 284 mg/dl. • Akral teraba hangat. • Turgor kulit kurang baik,	DM tipe II ↓ Sel beta pancreas hancur ↓ kenaikan pemakaian glukosa ↓ viskositas darah	Gangguan sirkulasi perifer	Perfusi perifer tidak efektif

	kulit kering dan pucat. • Perubahan tanda vital • TD: 135/83 mmHg • Nadi: 95 x/menit • Suhu: 35,5°C • RR: 21 x/menit • SpO₂: 100%	meningkat ↓ aliran darah melambat ↓ gangguan perfusi jaringan perifer		
--	---	---	--	--

E. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO DX	SLKI	SIKI	RASIONAL																		
1	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan masalah perfusi parifer meigkat, dengan kriteria hasil: <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Deyut nadi parifer</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Warna kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Turgor kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Nilai ABI</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Ket: 5=meningkat 4=cukup meningkat 3=sedang 2=cukup menurun 1=menurun	Indikator	A	T	Deyut nadi parifer	2	5	Warna kulit	3	5	Turgor kulit	3	5	Nilai ABI	3	5	Tekanan darah	3	5	Managemen Nyeri (L.08238): Observasi • Monitor sirkulasi perifer (warna kulit, suhu, nadi perifer, pengisian kapiler, ABI). • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi. Terapeutik • Latihan nonfarmakologis untuk meningkatkan sirkulasi (senam kaki). • Anjurkan aktivitas fisik ringan sesuai kemampuan pasien. Edukasi • Edukasi pentingnya kontrol gula darah. • Anjurkan olahraga rutin dan diet sesuai anjuran. • Anjurkan kepatuhan minum obat. Kolaborasi • Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi DM	• Pemantauan sirkulasi perifer membantu mendeteksi gangguan perfusi sejak dini. • Senam kaki dapat meningkatkan aliran darah dan memperbaiki nilai ABI. • Edukasi meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengelolaan DM. • Kolaborasi diperlukan untuk optimalisasi terapi medis.
Indikator	A	T																			
Deyut nadi parifer	2	5																			
Warna kulit	3	5																			
Turgor kulit	3	5																			
Nilai ABI	3	5																			
Tekanan darah	3	5																			

F. IMPLEMENTASI

Tgl/Jam	No DP	Tindakan /Implementasi	Respon	Paraf
19/09/2025 Pukul 09:00	1	- Monitoring sirkulasi perifer (warna kulit, suhu, nadi perifer, pengisian kapiler). - Monitoring sensasi perifer pada ekstremitas. - Penerapan senam kaki diabetes. - Edukasi pasien dan keluarga tentang perawatan kaki.	DS: - Pasien mengatakan bersedia dilakukan senam kaki. - Pasien mengatakan tidak ada daerah tubuh yang lebih peka terhadap panas, dingin, tajam, atau tumpul. DO: - Pasien mampu mengikuti senam kaki dengan bantuan. - Akral teraba hangat, tidak ditemukan lesi atau laserasi pada kulit. - Tanda vital dalam batas terkontrol.	Palupi
20/09/2025 Pukul 09:00	1	- Melanjutkan senam kaki diabetes. - Monitoring kondisi ekstremitas bawah. - Penguatan edukasi tentang aktivitas fisik dan perawatan kaki.	DS: - Pasien mengatakan mampu melakukan senam kaki. - Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada kaki. DO: - Pasien tampak antusias mengikuti	Palupi

			senam kaki. • Tidak ditemukan lesi atau luka pada ekstremitas. • Sirkulasi perifer tampak membaik.	
21/09/2025 Pukul 09:00	1	• Evaluasi hasil senam kaki. • Monitoring perfusi perifer dan nilai ABI. • Edukasi lanjutan untuk latihan mandiri di rumah.	DS: • Pasien mengatakan mampu melakukan senam kaki secara mandiri. • Keluarga mengatakan tidak ada luka atau lesi pada kaki pasien. DO: • Akral hangat, warna kulit membaik, turgor kulit meningkat. • Nilai ABI meningkat. • Pasien tampak mampu melakukan senam kaki secara mandiri.	

G. EVALUASI

NO	JAM	EVALUASI	PARAF
1	Pukul 10:00	S: Pasien bersedia dilakukan senam kaki. O: • GCS: E4V5M6 • GDS: 284 mg/dl • TD: 135/83 mmHg • Nadi: 95 x/menit • RR: 21 x/menit • SpO₂: 100% • Suhu: 35,5°C A: Masalah keperawatan perfusi prifer belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi	Palupi
2	Pukul 10:00	S: Pasien bersedia dan mampu melakukan senam kaki. O: • GDS: 301 mg/dl • TD: 140/99 mmHg • Nadi: 99 x/menit • RR: 21 x/menit • SpO₂: 100% • Suhu: 36°C A: Masalah keperawatan perfusi prifer teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi.	Palupi
3	Pukul 10:00	S: Pasien mampu melakukan senam kaki, dan keluarga mengatakan tidak ada lesi kulit. O: • GDS: 237 mg/dl • TD brachial: 120 mmHg • TD ankle: 90 mmHg • Nilai ABI: 0,75 • Nadi: 99 x/menit • RR: 21 x/menit • SpO₂: 100% • Suhu: 36°C A: Masalah keperawatan perfusi prifer teratasi. P: Hentikan intervensi dan anjurkan senam kaki dirumah	Palupi

3. ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN NY. K

A. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. k
Umur : 56th
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Sempor
Diagnosa Medis : DM tipe II

b. Keluhan Utama

mengeluh pusing, demam tinggi, mual, muntah, kesemutan

1. Riwayat Kesehatan Saat ini

Pasien masuk RS mengeluh pusing dan BB menurun sejak 2 bulan terakhir serta badan lemas.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan pernah dirawat 2 bulan yang lalu

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan dari keluarganya ada yang menderita penyakit seperti DM dan hipertensi.

4. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar Virginia Henderson

a) Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : Sebelum dirawat di rumah sakit, ps tidak sesak nafas.

Saat sakit : pasien mengatakan tidak sesak nafas.

b) Pola Nutrisi

Sebelum sakit: pasien melaporkan tidak ada masalah pola makan, mengonsumsi tiga kali sehari, secara konsisten menghabiskan satu porsi, dan mengonsumsi 1,5 liter air dan teh setiap hari.

Saat sakit: pasien melaporkan makan minum sedikit.

c) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Pasien tidak merasakan nyeri, luka, atau keluhan apa pun, dan buang air kecil tiga hingga empat kali dan buang air besar sekali sehari.

Saat sakit: Pasien tidak mempunyai luka, keluhan, atau rasa tidak nyaman dan buang air kecil tiga sampai empat kali sehari dan buang air besar sekali sehari.

d) Pola Aktivitas

Sebelum sakit: pasien dapat beraktivitas seperti biasa dan mandiri.

Saat sakit: pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: pasien mengatakan dapat tidur nyenyak setidaknya 8 jam tidur malam dan tidak pernah tidur siang

Saat sakit: pasien mengatakan tidak dapat tidur.

f) Pola Berpakaian

Sebelum sakit: Pasien menyatakan bahwa ia bebas memilih, mengambil, dan memakai pakaiannya sendiri sebelum sakit.

Saat sakit: pasien mengatakan bahwa meskipun ia mampu berpakaian sendiri, ia memerlukan bantuan untuk berpakaian karena infus

g) Menjaga Suhu Tubuh

Sebelum sakit: pasien mengatakan bahwa ia mengenakan pakaian tebal dan jaket saat cuaca dingin dan pakaian tipis saat cuaca panas dan lembap.

Saat sakit: pasien menyatakan bahwa ia mengenakan pakaian tebal dan jaket saat cuaca dingin dan pakaian tipis saat cuaca panas dan lembap.

h) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit: pasien membersihkan rambutnya sendiri dua

kali seminggu, menggosok gigi dua kali sehari, dan mandi dua kali sehari dengan sabun.

Saat sakit: pasien membersihkan giginya sekali sehari, mandi dengan sabun sekali sehari, dan tidak mencuci rambutnya selama di rumah sakit.

i) Menghindar dari bahaya (aman)/nyaman

Sebelum sakit: pasien mengatakan saat dikamar mandi menggunakan sandal, saat bersepeda motor menggunakan helm

Saat sakit: pasien mengatakan pengamanan tempat tidur selalu dipasang agar pasien aman dan terhindar dari resiko jatuh.

j) Pola komunikasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan kooperatif dan lancar dalam berkomunikasi, sehari-hari pasien berbahasa jawa dan Indonesia.

Saat sakit: pasien mengatakan kooperatif dan lancar dalam berkomunikasi, sehari-hari pasien berbahasa jawa dan Indonesia.

k) Pola spiritual

Sebelum sakit: pasien mengatakan selalu sholat 5 waktu di masjid.

Saat sakit: pasien mengatakan sholat 5 waktu namun di bed pasien.

l) Pola rekreasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan dirinya menghabiskan waktu luang dengan menonton TV dirumah.

Saat sakit: pasien mengatakan hanya tiduran di tempat tidur saja.

m) Pola Bekerja

Sebelum sakit: pasien mengatakan kesehariannya sebagai buruh

Saat sakit: pasien mengatakan tidak dapat melakukan pekerjaannya karena sedang dirawat di RS

n) Pola Belajar

Sebelum sakit: pasien mengatakan tidak ada masalah dalam belajar.

Saat sakit: pasien mengatakan sudah paham akan sakitnya setelah berkonsultasi dengan dokter.

B. DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

- i. Keadaan Umum :Cukup
- ii. Kesadaran :Composmentis
- iii. Tanda-tanda vital :
 - TD : 135/83mmHg Suhu 38
 - Spo2 : 100%.
 - N : 88 x/m
 - S :35,5
 - RR : 21 x/m
- iv. GDS Stik : :284mg/Dl

b. Pemeriksaan Fisik (Head TO toe)

I. Kepala

- Inspeksi : mesocephalic dengan rambut abu-abu agak berminyak, tidak ada anomali yang diamati
- Palpasi :rontok,tidak ada benjolan,tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi

II. Muka

- Inspeksi :tidak ada luka,muka bulat,berkulit sawo matang,tampak pucat
- Palpasi :tidak ada nyeri tekan

III. Mata

- Konjungtiva non-anemia, sklera non- ikterik, isokhorik, refleks pupil 2/2, refleks cahaya positif/positif.

IV. Hidung

- Inspeksi : tidak menunjukkan lesi, obstruksi, perdarahan, atau indikasi infeksi
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

V. Mulut

- Xerostomia mukosa labial, tidak ada lesi yang terlihat

VI. Telinga

- Inspeksi : Bersih, tanpa serumen, tidak menggunakan alat bantu dengar.
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

VII. Leher

- Inspeksi : Normal, tanpa pembesaran kelenjar tiroid
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

VIII. Dada
Paru

- Inspeksi : bentuk dada dan thorax simetris
- Palpasi : pengembangan dada seimbang, vocal premitus seimbang, tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : suara sonor
- Auskultasi : vesikuler kanan-kiri

Jantung

- Inspeksi : letus cordis tidak terlihat/tidak ada
- Palpasi : ictus cordis tidak teraba
- Perkusi : suara redup
- Auskultasi : suara jantung S1 dan S2 reguler

IX. Abdomen

- Inspeksi : simetris, kulit berwarna sawo matang, dan tidak ada jejas
- Auskultasi : bising usus 20x/mnt
- Perkusi : suara timpani
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

X. Ekstermitas

- Atas : : Infus diberikan di tangan kanan, tidak terlihat edema atau lesi.

XI. Genetelia

Jenis kelamin perempuan tidak terpasang kateter

C. TERAPI MEDIS

NO	PROGRAM TERAPI	DOSIS	ATURAN PAKAI
1	Katerolac	30mg	2x1
2	Gentamicin	80mg	2x1
3	Metronidazole	500mlgr	3 x 1
4	Metformin	25 mg	3x 1
5	Novorapid		3x1

D. ANALIS DATA

HARI/TGL	DATA FOKUS	PATHWAY MASALAH	ETIOLOGI	PROBLEM
19/09/2025 Pukul 09:00	DS: - Ps mengatakan badan lemas dan pusing - Ps mengatakan mempunyai riwayat DM DO: - GDS 284 mg/dl. - Akral teraba hangat. - Turgor kulit kurang baik, kulit kering dan pucat. - Perubahan tanda vital - TD: 135/83	DM tipe II ↓ Sel beta pancreas hancur ↓ kenaikan pemakaian glukosa ↓ viskositas darah meningkat ↓ aliran darah	Gangguan sirkulasi perifer	Perfusi perifer tidak efektif

	mmHg - Nadi: 95 x/menit - Suhu: 35,5°C - RR: 21 x/menit - SpO₂: 100% - Gula darah sewaktu (GDS): 284 mg/dl	melambat ↓ gangguan perfusi jaringan perifer		
--	---	--	--	--

E. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO DX	SLKI	SIKI	RASIONAL																		
1	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan masalah perfusi parifer meigkat, dengan kriteria hasil: <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Deyut nadi parifer</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Warna kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Turgor kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Nilai ABI</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Tekanan darah s</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Ket: 5=meningkat 4=cukup meningkat 3=sedang 2=cukup menurun 1=menurun	Indikator	A	T	Deyut nadi parifer	2	5	Warna kulit	3	5	Turgor kulit	3	5	Nilai ABI	3	5	Tekanan darah s	3	5	Managemen Nyeri (L.08238): Observasi • Monitor sirkulasi perifer (warna kulit, suhu, nadi perifer, pengisian kapiler, ABI). • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi. Terapeutik • Latihan nonfarmakologis untuk meningkatkan sirkulasi (senam kaki). • Anjurkan aktivitas fisik ringan sesuai kemampuan pasien. Edukasi • Edukasi pentingnya kontrol gula darah. • Anjurkan olahraga rutin dan diet sesuai anjuran. • Anjurkan kepatuhan minum obat. Kolaborasi • Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi DM	• Pemantauan sirkulasi perifer membantu mendeteksi gangguan perfusi sejak dini. • Senam kaki dapat meningkatkan aliran darah dan memperbaiki nilai ABI. • Edukasi meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengelolaan DM. • Kolaborasi diperlukan untuk optimalisasi terapi medis.
Indikator	A	T																			
Deyut nadi parifer	2	5																			
Warna kulit	3	5																			
Turgor kulit	3	5																			
Nilai ABI	3	5																			
Tekanan darah s	3	5																			

F. IMPLEMENTASI

Tgl/Jam	No DP	Tindakan /Implementasi	Respon	Paraf
19/09/2025 Pukul 09:00	1	- Monitoring sirkulasi perifer (warna kulit, suhu, nadi perifer, pengisian kapiler). - Monitoring sensasi perifer pada ekstremitas. - Penerapan senam kaki diabetes. - Edukasi pasien dan keluarga tentang perawatan kaki.	DS: - Pasien mengatakan bersedia dilakukan senam kaki. - Pasien mengatakan tidak ada daerah tubuh yang lebih peka terhadap panas, dingin, tajam, atau tumpul. DO: - Pasien mampu mengikuti senam kaki dengan bantuan. - Akral teraba hangat, tidak ditemukan lesi atau laserasi pada kulit. - Tanda vital dalam batas terkontrol.	Palupi
20/09/2025 Pukul 09:00	1	- Melanjutkan senam kaki diabetes. - Monitoring kondisi ekstremitas bawah. - Penguatan edukasi tentang aktivitas fisik dan perawatan kaki.	DS: - Pasien mengatakan mampu melakukan senam kaki. - Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada kaki. DO: - Pasien tampak antusias	Palupi

			mengikuti senam kaki. • Tidak ditemukan lesi atau luka pada ekstremitas. • Sirkulasi perifer tampak membaik.	
21/09/2025 Pukul 09:00	1	• Evaluasi hasil senam kaki. • Monitoring perfusi perifer dan nilai ABI. • Edukasi lanjutan untuk latihan mandiri di rumah.	DS: • Pasien mengatakan mampu melakukan senam kaki secara mandiri. • Keluarga mengatakan tidak ada luka atau lesi pada kaki pasien. DO: • Akral hangat, warna kulit membaik, turgor kulit meningkat. • Nilai ABI meningkat. • Pasien tampak mampu melakukan senam kaki secara mandiri.	Palupi

G. F.EVALUASI

NO	JAM	EVALUASI	PARAF
1	Pukul 10:00	S:Pasien bersedia dilakukan senam kaki. O: • GCS: E4V5M6 • GDS: 284 mg/dl • TD: 135/83 mmHg • Nadi: 95 x/menit • RR: 21 x/menit	Palupi

		• SpO₂: 100% • Suhu: 35,5°C A: Masalah keperawatan perfusi prifer belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi	
2	Pukul 10:00	S: Pasien bersedia dan mampu melakukan senam kaki. O: • GDS: 301 mg/dl • TD: 140/99 mmHg • Nadi: 99 x/menit • RR: 21 x/menit • SpO₂: 100% • Suhu: 36°C A: Masalah keperawatan perfusi prifer teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi.	Palupi
3	Pukul 10:00	S: Pasien mampu melakukan senam kaki, dan keluarga mengatakan tidak ada lesi kulit. O: • GDS: 237 mg/dl • TD brachial: 120 mmHg • TD ankle: 90 mmHg • Nilai ABI: 0,75 • Nadi: 99 x/menit • RR: 21 x/menit • SpO₂: 100% • Suhu: 36°C A: Masalah keperawatan perfusi prifer teratasi. P: Hentikan intervensi dan anjurkan senam kaki dirumah	Palupi

4. ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. M

A. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas Pasien

Nama :Tn. M
Umur :50th
Jenis Kelamin :Laki-laki
Agama :Islam
Pendidikan :SMA
Pekerjaan :Buruh
Alamat :Gombng
Diagnosa Medis :DM tipe II

b. Keluhan Utama

mengeluh pusing, mual, muntah, kesemutan dan nafsu makan berkurang.

1. Riwayat Kesehatan Saat ini

Pasien masuk RS mengeluh pusing, muntah, kesemutan dan nafsu makan berkurang.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan pernah dirawat 2tahun yang lalu.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga.

Pasien mengatakan dari keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti ini /riwayat penyakit lain seperti DM,hipertensi,atau penyakit menular lainnya.

4. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dsar Virginia Henderson

a) Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : Sebelum dirawat di rumah sakit, ps tidak sesak nafas.

Saat sakit : pasien mengatakan tidak sesak nafas.

b) Pola Nutrisi

Sebelum sakit: pasien melaporkan tidak ada masalah pola

makan, mengonsumsi tiga kali sehari, secara konsisten menghabiskan satu porsi, dan mengonsumsi 1,5 liter air dan teh setiap hari.

Saat sakit: pasien melaporkan makan minum sedikit.

c) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Pasien tidak merasakan nyeri, luka, atau keluhan apa pun, dan buang air kecil tiga hingga empat kali dan buang air besar sekali sehari.

Saat sakit: Pasien tidak mempunyai luka, keluhan, atau rasa tidak nyaman dan buang air kecil tiga sampai empat kali sehari dan buang air besar sekali sehari.

d) Pola Aktivitas

Sebelum sakit: pasien dapat beraktivitas seperti biasa dan mandiri.

Saat sakit: pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: pasien mengatakan dapat tidur nyenyak setidaknya 8 jam tidur malam dan tidak pernah tidur siang

Saat sakit: pasien mengatakan tidak dapat tidur.

f) Pola Berpakaian

Sebelum sakit: Pasien menyatakan bahwa ia bebas memilih, mengambil, dan memakai pakaiannya sendiri sebelum sakit.

Saat sakit: pasien mengatakan bahwa meskipun ia mampu berpakaian sendiri, ia memerlukan bantuan untuk berpakaian karena infus

g) Menjaga Suhu Tubuh

Sebelum sakit: pasien mengatakan bahwa ia mengenakan pakaian tebal dan jaket saat cuaca dingin dan pakaian tipis saat cuaca panas dan lembap.

Saat sakit: pasien menyatakan bahwa ia mengenakan pakaian tebal dan jaket saat cuaca dingin dan pakaian tipis saat cuaca panas dan lembap.

h) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit: pasien membersihkan rambutnya sendiri dua kali seminggu, menggosok gigi dua kali sehari, dan mandi dua kali sehari dengan sabun.

Saat sakit: pasien membersihkan giginya sekali sehari, mandi dengan sabun sekali sehari, dan tidak mencuci rambutnya selama di rumah sakit.

i) Menghindar dari bahaya (aman)/nyaman

Sebelum sakit: pasien mengatakan saat dikamar mandi menggunakan sandal, saat bersepeda motor menggunakan helm

Saat sakit: pasien mengatakan pengamanan tempat tidur selalu dipasang agar pasien aman dan terhindar dari resiko jatuh.

j) Pola komunikasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan kooperatif dan lancar dalam berkomunikasi, sehari-hari pasien berbahasa jawa dan Indonesia.

Saat sakit: pasien mengatakan kooperatif dan lancar dalam berkomunikasi, sehari-hari pasien berbahasa jawa dan Indonesia.

k) Pola spiritual

Sebelum sakit: pasien mengatakan selalu sholat 5 waktu di masjid.

Saat sakit: pasien mengatakan sholat 5 waktu namun di bed pasien.

l) Pola rekreasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan dirinya menghabiskan waktu

luang dengan menonton TV dirumah.

Saat sakit: pasien mengatakan hanya tiduran di tempat tidur saja.

m) Pola Bekerja

Sebelum sakit: pasien mengatakan kesehariannya sebagai karyawan

Saat sakit: pasien mengatakan tidak dapat melakukan pekerjaannya karena sedang dirawat di RS

n) Pola Belajar

Sebelum sakit: pasien mengatakan tidak ada masalah dalam belajar.

Saat sakit: pasien mengatakan sudah paham akan sakitnya setelah berkonsultasi dengan dokter.

B. DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

- i. Keadaan Umum :Cukup
- ii. Kesadaran :Composmentis
- iii. Tanda-tanda vital :
 - TD : 130/90 mmHg
 - Spo2 : 99%.
 - N : 80 x/m
 - S :36
 - RR : 21 x/m
- iv. GDS Stik : :284 mg/Dl

b.Pemeriksaan Fisik (Head TO toe)

I. Kepala

- Inspeksi : mesocephalic dengan rambut abu-abu agak berminyak, tidak ada anomali yang diamati

- Palpasi :rontok,tidak ada benjolan,tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi
- II. Muka
- Inspeksi :tidak ada luka,muka bulat,berkulit sawo matang,tampak pucat
 - Palpasi :tidak ada nyeri tekan
- III. Mata
- Konjungtiva non-anemia, sklera non- ikterik, isokhorik, refleks pupil 2/2, refleks cahaya positif/positif.
- IV. Hidung
- Inspeksi : tidak menunjukkan lesi, obstruksi, perdarahan, atau indikasi infeksi
 - Palpasi :tidak ada nyeri tekan
- V. Mulut
- Xerostomia mukosa labial, tidak ada lesi yang terlihat
- VI. Telinga
- Inspeksi : Bersih, tanpa serumen, tidak menggunakan alat bantu dengar.
 - Palpasi :tidak ada nyeri tekan
- VII. Leher
- Inspeksi : Normal, tanpa pembesaran kelenjar tiroid
 - Palpasi :tidak ada nyeri tekan
- VIII. Dada
- Paru
- Inspeksi :bentuk dada dan thorax simetris
 - Palpasi :pengembangan dada seimbang ,vocal premitus seimbang,tidak ada nyeri tekan
 - Perkusi :suara sonor
 - Auskultasi :vesikuler kanan-kiri

Jantung

- Inspeksi : letus cordis tidak terlihat/tidak ada
- Palpasi : ictus cordis tidak teraba
- Perkusi : suara redup
- Auskultasi : suara jantung S1 dan S2 reguler

IX. Abdomen

- Inspeksi : simetris, kulit berwarna sawo matang, dan tidak ada jejas
- Auskultasi : bising usus 20x/mnt
- Perkusi : suara timpani
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

X. Ekstermitas

- Atas : : Infus diberikan di tangan kanan, tidak terlihat edema atau lesi.

XI. Genetelia

Jenis kelamin laki-laki tidak terpasang kateter

C. TERAPI MEDIS

NO	PROGRAM TERAPI	DOSIS	ATURAN PAKAI
1	Ceftriaxone	1 gr	2x1
2	Ketorolac	30mg	2x1
3	Metmorfin	1 gr	3 x 1
4	Novorapid	25 mg	3x 1
5	Glimepiride		3x1

D. ANALIS DATA

HARI/TGL	DATA FOKUS	PATHWAY MASALAH	ETIOLOGI	PROBLEM
19/09/2025 Pukul 09:00	DS: • Ps mengatakan mempunyai riwayat DM • Ps memiliki	DM tipe II ↓ Sel beta pancreas hancur	Gangguan sirkulasi parifer	Perfusi parifer tidak efektif

	riwayat DM DO: • GDS 284 mg/dl. • Kulit pucat dan kering • Turgor kulit kurang baik • Perubahan TD • TD: 130/90 mmHg • Nadi: 80 x/menit • Suhu: 35,5°C • RR: 21 x/menit • SpO₂: 99%	↓ kenaikan pemakaian glukosa ↓ viskositas darah meningkat ↓ aliran darah melambat ↓ gangguan perfusi jaringan perifer		
--	---	--	--	--

E. .INTERVENSI KEPERAWATAN

NO DX	SLKI	SIKI	RASIONAL																		
1	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan masalah perfusi parifer meigkat, dengan kriteria hasil: <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Deyut nadi parifer</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Wara kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Turgr kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Ilai ABI</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Ket: 5=meningkat 4=cukup meningkat 3=sedang 2=cukup menurun	Indikator	A	T	Deyut nadi parifer	2	5	Wara kulit	3	5	Turgr kulit	3	5	Ilai ABI	3	5	Tekanan darah	3	5	Managemen Nyeri (L.08238): Observasi • Monitor sirkulasi perifer (warna kulit, suhu, nadi perifer, pengisian kapiler, ABI). • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi. Terapeutik • Latihan nonfarmakologis untuk meningkatkan sirkulasi (senam kaki). • Anjurkan aktivitas fisik ringan sesuai kemampuan pasien. Edukasi • Edukasi pentingnya kontrol gula darah.	• Pemantauan sirkulasi perifer membantu mendeteksi gangguan perfusi sejak dini. • Senam kaki dapat meningkatkan aliran darah dan memperbaiki nilai ABI. • Edukasi meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengelolaan DM. • Kolaborasi diperlukan untuk optimalisasi terapi medis.
Indikator	A	T																			
Deyut nadi parifer	2	5																			
Wara kulit	3	5																			
Turgr kulit	3	5																			
Ilai ABI	3	5																			
Tekanan darah	3	5																			

	1=menurun	- Anjurkan olahraga rutin dan diet sesuai anjuran. - Anjurkan kepatuhan minum obat. Kolaborasi - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi DM	
--	-----------	--	--

F. IMPLEMENTASI

Tgl/Jam	No DP	Tindakan /Implementasi	Respon	Paraf
19/09/2025 Pukul 09:00	1	- Monitoring sirkulasi perifer (warna kulit, suhu, nadi perifer, pengisian kapiler). - Monitoring sensasi perifer pada ekstremitas. - Penerapan senam kaki diabetes. - Edukasi pasien dan keluarga tentang perawatan kaki.	DS: - Pasien mengatakan bersedia dilakukan senam kaki. - Pasien mengatakan tidak ada daerah tubuh yang lebih peka terhadap panas, dingin, tajam, atau tumpul. DO: - Pasien mampu mengikuti senam kaki dengan bantuan. - Akral teraba hangat, tidak ditemukan lesi atau laserasi pada kulit. - Tanda vital dalam batas terkontrol.	Palupi
20/09/2025 Pukul 09:00	1	- Melanjutkan senam kaki diabetes. - Monitoring kondisi ekstremitas bawah.	DS: Pasien mengatakan mampu	Palupi

		Penguatan edukasi tentang aktivitas fisik dan perawatan kaki.	melakukan senam kaki. - Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada kaki. DO: - Pasien tampak antusias mengikuti senam kaki. - Tidak ditemukan lesi atau luka pada ekstremitas. - Sirkulasi perifer tampak membaik.	
21/09/2025 Pukul 09:00	1	- Evaluasi hasil senam kaki. - Monitoring perfusi perifer dan nilai ABI. - Edukasi lanjutan untuk latihan mandiri di rumah.	DS: - Pasien mengatakan mampu melakukan senam kaki secara mandiri. - Keluarga mengatakan tidak ada luka atau lesi pada kaki pasien. DO: - Akral hangat, warna kulit membaik, turgor kulit meningkat. - Nilai ABI meningkat. - Pasien tampak mampu melakukan senam kaki secara mandiri.	Palupi

G. EVALUASI

NO	JAM	EVALUASI	PARAF
1	Pukul 10:00	S:Pasien bersedia dilakukan senam kaki. O: • GCS: E4V5M6 • GDS: 284 mg/dl • TD: 130/90 mmHg • Nadi: 80 x/menit • RR: 21 x/menit • SpO₂: 100% • Suhu: 35,5°C A: Masalah keperawatan perfusi prifer belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi	Palupi
2	Pukul 10:00	S:Pasien bersedia dan mampu melakukan senam kaki. O: • GDS: 300 mg/dl • TD: 132/81 mmHg • Nadi: 90 x/menit • RR: 21 x/menit • SpO₂: 100% • Suhu: 36°C A: Masalah keperawatan perfusi prifer teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi.	Palupi
3	Pukul 10:00	S: Pasien mampu melakukan senam kaki, dan keluarga mengatakan tidak ada lesi kulit. O: • GDS: 256 mg/dl • Nilai ABI: 0,88 • Nadi: 99 x/menit • RR: 21 x/menit • SpO₂: 100% • Suhu: 36°C A: Masalah keperawatan perfusi parifer teratasi P: Hentikan intervensi dan anjurkan senam kaki dirumah	Palupi

5. ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. K

A. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. K
Umur : 52th
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Gombong
Diagnosa Medis : DM tipe II

b. Keluhan Utama

Pasien mengeluh pusing, lemas, nafsu makan menurun, badan pegal-pegal, kaki kadang kebas, serta penurunan berat badan 2 kg dalam 1 bulan terakhir.

1. Riwayat Kesehatan Saat ini

Pasien mengeluh pusing, lemas, nafsu makan menurun, badan pegal-pegal, kaki kadang kebas.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan pernah dirawat 3 bulan yang lalu.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga.

Pasien mengatakan dari keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti ini

4. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar Virginia Henderson

a) Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : Sebelum dirawat di rumah sakit, ps tidak sesak nafas.

Saat sakit : pasien mengatakan tidak sesak nafas.

b) Pola Nutrisi

Sebelum sakit: pasien melaporkan tidak ada masalah pola

makan, mengonsumsi tiga kali sehari, secara konsisten menghabiskan satu porsi, dan mengonsumsi 1,5 liter air dan teh setiap hari.

Saat sakit: pasien melaporkan makan minum sedikit.

c) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Pasien tidak merasakan nyeri, luka, atau keluhan apa pun, dan buang air kecil tiga hingga empat kali dan buang air besar sekali sehari.

Saat sakit: Pasien tidak mempunyai luka, keluhan, atau rasa tidak nyaman dan buang air kecil tiga sampai empat kali sehari dan buang air besar sekali sehari.

d) Pola Aktivitas

Sebelum sakit: pasien dapat beraktivitas seperti biasa dan mandiri.

Saat sakit: pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: pasien mengatakan dapat tidur nyenyak setidaknya 8 jam tidur malam dan tidak pernah tidur siang

Saat sakit: pasien mengatakan tidak dapat tidur.

f) Pola Berpakaian

Sebelum sakit: Pasien menyatakan bahwa ia bebas memilih, mengambil, dan memakai pakaiannya sendiri sebelum sakit.

Saat sakit: pasien mengatakan bahwa meskipun ia mampu berpakaian sendiri, ia memerlukan bantuan untuk berpakaian karena infus

g) Menjaga Suhu Tubuh

Sebelum sakit: pasien mengatakan bahwa ia mengenakan pakaian tebal dan jaket saat cuaca dingin dan pakaian tipis saat cuaca panas dan lembap.

Saat sakit: pasien menyatakan bahwa ia mengenakan pakaian tebal dan jaket saat cuaca dingin dan pakaian tipis saat cuaca

panas dan lembap.

h) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit: pasien membersihkan rambutnya sendiri dua kali seminggu, menggosok gigi dua kali sehari, dan mandi dua kali sehari dengan sabun.

Saat sakit: pasien membersihkan giginya sekali sehari, mandi dengan sabun sekali sehari, dan tidak mencuci rambutnya selama di rumah sakit.

i) Menghindar dari bahaya (aman)/nyaman

Sebelum sakit: pasien mengatakan saat dikamar mandi menggunakan sandal, saat bersepeda motor menggunakan helm
Saat sakit: pasien mengatakan pengamanan tempat tidur selalu dipasang agar pasien aman dan terhindar dari resiko jatuh.

j) Pola komunikasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan kooperatif dan lancar dalam berkomunikasi, sehari-hari pasien berbahasa jawa dan Indonesia.

Saat sakit: pasien mengatakan kooperatif dan lancar dalam berkomunikasi, sehari-hari pasien berbahasa jawa dan Indonesia.

k) Pola spiritual

Sebelum sakit: pasien mengatakan selalu sholat 5 waktu di masjid.

Saat sakit: pasien mengatakan sholat 5 waktu namun di bed pasien.

l) Pola rekreasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan dirinya menghabiskan waktu luang dengan menonton TV dirumah.

Saat sakit: pasien mengatakan hanya tiduran di tempat tidur saja.

m) Pola Bekerja

Sebelum sakit: pasien mengatakan kesehariannya sebagai wiraswasta

Saat sakit: pasien mengatakan tidak dapat melakukan pekerjaannya karena sedang dirawat di RS

n) Pola Belajar

Sebelum sakit: pasien mengatakan tidak ada masalah dalam belajar.

Saat sakit: pasien mengatakan sudah paham akan sakitnya setelah berkonsultasi dengan dokter.

B. DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

- i. Keadaan Umum :Cukup
- ii. Kesadaran :Composmentis
- iii. Tanda-tanda vital :
 - TD : 139/87 mmHg
 - Spo2 : 99%.
 - N : 98 x/m
 - S :36
 - RR : 21 x/m
- iv. GDS Stik : :331 mg/Dl

b.Pemeriksaan Fisik (Head TO toe)

I. Kepala

- Inspeksi : mesocephalic dengan rambut abu-abu agak berminyak, tidak ada anomali yang diamati
- Palpasi :rontok,tidak ada benjolan,tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi

- II. Muka
- Inspeksi :tidak ada luka,muka bulat,berkulit sawo matang,tampak pucat
 - Palpasi :tidak ada nyeri tekan
- III. Mata
- Konjungtiva non-anemia, sklera non- ikterik, isokhorik, refleks pupil 2/2, refleks cahaya positif/positif.
- IV. Hidung
- Inspeksi : tidak menunjukkan lesi, obstruksi, perdarahan, atau indikasi infeksi
 - Palpasi :tidak ada nyeri tekan
- V. Mulut
- Xerostomia mukosa labial, tidak ada lesi yang terlihat
- VI. Telinga
- Inspeksi : Bersih, tanpa serumen, tidak menggunakan alat bantu dengar.
 - Palpasi :tidak ada nyeri tekan
- VII. Leher
- Inspeksi : Normal, tanpa pembesaran kelenjar tiroid
 - Palpasi :tidak ada nyeri tekan
- VIII. Dada
- Paru
- Inspeksi :bentuk dada dan thorax simetris
 - Palpasi :pengembangan dada seimbang ,vocal premitus seimbang,tidak ada nyeri tekan
 - Perkusi :suara sonor
 - Auskultasi :vesikuler kanan-kiri
- Jantung
- Inspeksi :letuscordis tidak terlihat/tidak ada
 - Palpasi :ictuscordis tidak teraba

- Perkusi :suara redup
- Auskultasi :suara jantung S1 dan S2 reguler

IX. Abdomen

- Inspeksi :simetris ,kulit berwarna sawo matang,dan tidak ada jejas
- Auskultasi :bising usus 20x/mnt
- Perkusi :suara timpani
- Palpasi :tidak ada nyeri tekan

X. Ekstermitas

- Atas : : Infus diberikan di tangan kanan, tidak terlihat edema atau lesi.

XI. Genetelia

Jenis kelamin laki-laki tidak terpasang kateter

C. TERAPI MEDIS

NO	PROGRAM TERAPI	DOSIS	ATURAN PAKAI
1	Ceftriaxone	30gr	2x1
2	Ranitidine	30mg	2x1
3	Metmorfin	1 gr	3 x 1
4	Novorapid	25 mg	3x 1
5	metronidazole		3x1

D. ANALIS DATA

HARI/TGL	DATA FOKUS	PATHWAY MASALAH	ETIOLOGI	PROBLEM
19/09/2025 Pukul 09:00	DS: • Ps megatakan pusing, lemas, kaki kebas • Ps megataka mempuyai riwayat diabetes melitus DO: • GDS 331	DM tipe II ↓ Sel beta pancreas hancur ↓ kenaikan	Gangguan sirkulasi parifer	Perfusi parifer tidak efektif

	mg/dl • Perubahan tanda vital • Turgor kulit kurang baik • Kulit kering dan pucat • Penurunan berat badan selama 2 bula terakhir	pemakaian glukosa ↓ viskositas darah meningkat ↓ aliran darah melambat ↓ gangguan perfusi jaringan parifer		
--	--	--	--	--

E. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO DX	SLKI	SIKI	RASIONAL																		
1	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan masalah perfusi parifer meigkat, dengan kriteria hasil: <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Deyut nadi parifer</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Wara kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Turgr kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Ilai ABI</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Ket: 5=meningkat 4=cukup meningkat 3=sedang 2=cukup menurun 1=menurun	Indikator	A	T	Deyut nadi parifer	2	5	Wara kulit	3	5	Turgr kulit	3	5	Ilai ABI	3	5	Tekanan darah	3	5	Managemen Nyeri (L.08238): Observasi • Monitor sirkulasi perifer (warna kulit, suhu, nadi perifer, pengisian kapiler, ABI). • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi. Terapeutik • Latihan nonfarmakologis untuk meningkatkan sirkulasi (senam kaki). • Anjurkan aktivitas fisik ringan sesuai kemampuan pasien. Edukasi • Edukasi pentingnya kontrol gula darah. • Anjurkan olahraga rutin dan diet sesuai anjuran. • Anjurkan kepatuhan minum obat. Kolaborasi	• Pemantauan sirkulasi perifer membantu mendeteksi gangguan perfusi sejak dini. • Senam kaki dapat meningkatkan aliran darah dan memperbaiki nilai ABI. • Edukasi meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengelolaan DM. • Kolaborasi diperlukan untuk optimalisasi terapi medis.
Indikator	A	T																			
Deyut nadi parifer	2	5																			
Wara kulit	3	5																			
Turgr kulit	3	5																			
Ilai ABI	3	5																			
Tekanan darah	3	5																			

		Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi DM	
--	--	--	--

F. IMPLEMENTASI

Tgl/Jam	No DP	Tindakan /Implementasi	Respon	Paraf
19/09/2025 Pukul 09:00	1	- Monitoring sirkulasi perifer (warna kulit, suhu, nadi perifer, pengisian kapiler). - Monitoring sensasi perifer pada ekstremitas. - Penerapan senam kaki diabetes. - Edukasi pasien dan keluarga tentang perawatan kaki.	DS: - Pasien mengatakan bersedia dilakukan senam kaki. - Pasien mengatakan tidak ada daerah tubuh yang lebih peka terhadap panas, dingin, tajam, atau tumpul. DO: - Pasien mampu mengikuti senam kaki dengan bantuan. - Akral teraba hangat, tidak ditemukan lesi atau laserasi pada kulit. - Tanda vital dalam batas terkontrol.	Palupi
20/09/2025 Pukul 09:00	1	- Melanjutkan senam kaki diabetes. - Monitoring kondisi ekstremitas bawah. - Penguatan edukasi tentang aktivitas fisik dan perawatan kaki.	DS: - Pasien mengatakan mampu melakukan senam kaki. - Pasien mengatakan tidak ada	Palupi

			keluhan pada kaki. DO: • Pasien tampak antusias mengikuti senam kaki. • Tidak ditemukan lesi atau luka pada ekstremitas. • Sirkulasi perifer tampak membaik.	
21/09/2025 Pukul 09:00	1	• Evaluasi hasil senam kaki. • Monitoring perfusi perifer dan nilai ABI. • Edukasi lanjutan untuk latihan mandiri di rumah.	DS: • Pasien mengatakan mampu melakukan senam kaki secara mandiri. • Keluarga mengatakan tidak ada luka atau lesi pada kaki pasien. DO: • Akral hangat, warna kulit membaik, turgor kulit meningkat. • Nilai ABI meningkat. • Pasien tampak mampu melakukan senam kaki secara mandiri.	Palupi

G. F.EVALUASI

NO	JAM	EVALUASI	PARAF
1	Pukul 10:00	S:Pasien bersedia dilakukan senam kaki. O: • TD 139/87 mmHg, • N 98 x/menit, • RR 20 x/menit, • GDS 331 mg/dl. A:Masalah gangguan perfusi perifer belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi.	Palupi
2	Pukul 10:00	S:Pasien bersedia dan mampu melakukan senam kaki. O: • TD 153/99 mmHg • N 99 x/menit • RR 21 x/menit • GDS 350 mg/dl. A: Masalah gangguan perfusi perifer teratasi sebagian. P:Lanjutkan intervensi.	Palupi
3	Pukul 10:00	S: Pasien mampu melakukan senam kaki, tidak ada lesi kulit. O: • TD 130/115 mmHg • N 95 x/menit • RR 28 x/menit • GDS 289 mg/dl • ABI 0,82. A: Masalah gangguan perfusi perifer teratasi. P: Hentikan intervensi.	Palupi

Lampiran 7 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Kasus	Pre				Post			
	Tekanan Darah		Gula Darah	Nilai ABI	Tekanan Darah		Gula Darah	Nilai Abi
	Brachial	Ankle			Brachial	Ankle		

Lampiran 8 Lembar Bimbingan Karya Imiah Akhir Ners

FORMAT KEGIATAN BIMBINGAN



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PRODI KEPERAWATAN PROGRAM PROFESI

Jl. Yos Sudarso No. 461. Telp. Fax (027) 472433, Gombong 54412

LEMBAR BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Palupi Amelinda Rezalotun

NIM : 202403208

Pembimbing : Podo Yuwono, M.Kep

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
19 Mei 2025	Pengajuan Judul KIA		
03 Juli 2025	BAB I, Revisi BAB I dan ACC		
11 Juli 2025	Konsul BAB II		
15 Juli 2025	Revisi BAB II dan ACC, Konsul III		
19 Juli 2025	Revisi BAB III dan ACC		
19 Januari 2026	Konsul BAB IV		
20 Januari 2026	Konsul BAB IV dan ACC, Konsul BAB V		
21 Januari 2026	ACC BAB V		

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan
Profesi Ners Program Profesi



(Ns. Wuri Utami, M. Kep)

Lampiran 9 Lembar Plagiarisme Karya Ilmiah Akhir Ners



SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sawiji, M.Sc
NIK : 96009
Jabatan : Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini sudah lolos uji cek similarity/plagiasi:

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN SENAM KAKI PADA PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN PERFUSI PARIFER TIDAK EFEKTIF DI
RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

Nama : Palupi Amelinda Rezalotun
NIM : 202403208
Program Studi : Profesi Ners
Hasil Cek : 25%

Gombong, 27 Januari 2026

Pustakawan


(Pustakawan)

Mengetahui,
Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT


(Sawiji, M.Sc)