



**ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN KOMBINASI *BUERGER*
ALLEN EXERCISE DAN MUROTTAL AL-QURAN PADA PASIEN
DIABETES MELITUS DENGAN PERFUSI PERIFER
TIDAK EFEKTIF DI RSUD DR. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners

**Diajukan Oleh :
Rr. Anggraeni Puspitaningrum
NIM : A32020208**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

2021

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN KOMBINASI *BUERGER*
ALLEN EXERCISE DAN MUROTTAL AL-QURAN PADA PASIEN
DIABETES MELITUS DENGAN PERFUSI PERIFER
TIDAK EFEKTIF DI RSUD DR. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat
Untuk diujikan pada tanggal

Pembimbing



(Cahyu Septiwi, M. Kep., Sp.KMB, PhD)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan Pendidikan Profesi Ners
Universitas Muhammadiyah Gombong



(Dadi Santoso, M. Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Rr Anggraeni Puspitaningrum
NIM : A32020208
Program Studi : Program Ners Keperawatan
Judul KIA-N : Asuhan keperawatan penerapan kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif di RSUD dr. Soedirman Kebumen

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji
pada tanggal 4 Oktober 2021

DEWAN PENGUJI

Penguji Satu

Eko Budi Santoso, S. Kep., Ns., M. Kep

(.....)

Penguji Dua

Cahyu Septiwi, M. Kep., Sp.KMB, PhD

(.....)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan Pendidikan Profesi Ners

Universitas Muhammadiyah Gombong



(Dadi Santoso, M. Kep)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya ajukan tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis digunakan sebagai rujukan dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Gombong, September 2021

Yang Membuat Pernyataan



(Rr Anggraeni Puspitaningrum)

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

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

Nama : Rr Anggraeni Puspitaningrum
NIM : A32020208
Program Studi : Keperawatan Pendidikan Profesi Ners
Jenis Karya : Karya Ilmiah 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 kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif di RSUD dr. Soedirman Kebumen”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/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, Kebumen

Pada Tanggal : September 2021

Yang Menyatakan



(Rr Anggraeni Puspitaningrum)

Program Ners Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Gombong
KIA-N, September 2021

Rr Anggraeni Puspitaningrum ¹⁾ Cahyu Septiwi ²⁾

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN KOMBINASI *BUERGER ALLEN EXERCISE* DAN MUROTTAL AL-QURAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS DENGAN PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF DI RSUD DR. SOEDIRMAN KEBUMEN

Latar Belakang: Penatalaksanaan diabetes melitus salah satunya dengan Olahraga (aktivitas fisik). Olahraga (aktivitas fisik) dapat secara langsung meningkatkan fungsi fisiologis dengan mengurangi kadar glukosa darah. Tipe aktivitas fisik yang bermanfaat bagi pasien DM salah satunya *Buerger Allen exercise*. Selain *Buerger Allen exercise*, murottal *Al Qur'an* juga dapat digunakan untuk menstabilkan kadar glukosa darah guna mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik

Tujuan: menjelaskan Asuhan keperawatan penerapan kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif di RSUD dr. Soedirman Kebumen.

Metode: Metode penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Subyek studi kasus yang akan dikaji adalah 5 pasien. Alat dalam penelitian ini adalah format asuhan keperawatan, Nursing Kit, SOP kombinasi *buerger allen exercise* dan murottal al-quran dan format penilaian tanda gejala perfusi perifer tidak efektif. Penyajian data yang penulis lakukan dengan menarik kesimpulan berdasarkan data subjektif dan objektif, yang disajikan dalam metode pendokumentasian dan resume asuhan keperawatan

Hasil: Hasil pengkajian menunjukkan kelima pasien memiliki keluhan utama yang sama badan lemas, sering terasa kebas pada kaki, kaki terasa pegal pegal dan nyeri. Diagnosa keperawatan prioritas pada Pasien I-V adalah perfusi perifer tidak efektif. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu Perawatan Sirkulasi (I.02079), Manajemen Sensasi Perifer (I.06195) dan kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu Perawatan Sirkulasi (I.02079), Manajemen Sensasi Perifer (I.06195) dan kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran. Hasil evaluasi keperawatan pada kelima pasien menunjukkan ada penurunan yang signifikan nilai CRT 1-2 setelah 5 klien mendapatkan dan kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran

Rekomendasi: Hasil asuhan keperawatan ini dapat dijadikan acuan penyusunan SOP penanganan perfusi perifer tidak efektif pada pasien diabetes melitus menggunakan metode kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran

Kata Kunci: *buerger allen exercise*, Murottal Al-Quran, perfusi perifer tidak efektif, diabetes

1) Mahasiswa Program Ners Keperawatan Universitas Muhammadiyah Gombong

2) Pembimbing Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong

Ners Profession Of Nursing Program
Muhammadiyah University Of Gombong
KIA-N, September 2021

Rr. Anggraeni Puspitaningrum ¹⁾ Cahyu Septiwi ²⁾

ABSTRACT

NURSING CARE APPLICATION OF COMBINATION OF BUERGER ALLEN EXERCISE AND MUROTTAL AL-QURAN IN DIABETES MELLITUS PATIENTS WITH INEFFECTIVE PERIPHERIC PERFUSION IN RSUD DR. SOEDIRMAN KEBUMEN

Background: One of the management of diabetes mellitus is exercise (physical activity). Exercise (physical activity) can directly improve physiological function by reducing blood glucose levels. One of the types of physical activity that is beneficial for DM patients is Buerger Allen exercise. In addition to Buerger Allen exercise, murottal Qur'an can also be used to stabilize blood glucose levels to reduce the occurrence of vascular and neuropathic complications.

Objective: to explain nursing care application of a combination of buerger allen exercise and Murottal Al-Quran in patients with diabetes mellitus with ineffective peripheral perfusion in RSUD dr. Sudirman Kebumen.

Methods: The research method is descriptive with a case study approach. The case study subjects that will be studied are 5 patients. The tools in this study were the nursing care format, Nursing Kit, SOP combination of buerger allen exercise and murottal al-quran and the format for assessing signs and symptoms of ineffective peripheral perfusion. Presentation of data that the author does by drawing conclusions based on subjective and objective data, which is presented in the documentation method and nursing care resume

Results: The results of the study showed that the five patients had the same main complaint as weak body, often feeling numb in the legs, feeling sore and sore feet. Priority nursing diagnosis in Patients I-V is ineffective peripheral perfusion. The nursing interventions performed were Circulation Care (I.02079), Peripheral Sensation Management (I.06195) and a combination of buerger allen exercise and Murottal Al-Quran. The nursing implementations are Circulation Care (I.02079), Peripheral Sensation Management (I.06195) and a combination of buerger allen exercise and Murottal Al-Quran. The results of the nursing evaluation for the five patients showed a significant decrease in the value of CRT 1-2 after 5 clients received a combination of buerger allen exercise and Murottal Al-Quran.

Recommendation: The results of this nursing care can be used as a reference for the preparation of SOPs for handling ineffective peripheral perfusion in patients with diabetes mellitus using a combination of Buerger Allen exercise and Murottal Al-Quran methods.

Keywords: buerger allen exercise, Murottal Al-Quran, ineffective peripheral perfusion, diabetes

-
1. Student of Muhammadiyah University Of Gombong
 2. Lecturer of Muhammadiyah University Of Gombong

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Alloh SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Ners ini dengan judul “Asuhan keperawatan penerapan kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif di RSUD dr. Soedirman Kebumen”. Sholawat serta salam tetap tercurahkan kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW sehingga penulis mendapat kemudahan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Sehubungan dengan itu penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. DR Herniyatun M.Kep, Sp. Mat, selaku rektor Universitas Muhammadiyah Gombong.
2. Dadi Santoso, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong.
3. Cahyu Septiwi, M. Kep., Sp.KMB, PhD, selaku pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.
4. Teman – teman seperjuangan yang telah memberikan motivasi dalam berbagai hal untuk memperbanyak referensi dalam penyusunan karya ilmiah ini.

Semoga bimbingan dan bantuan serta dorongan yang telah diberikan mendapat balasan sesuai dengan amal pengabdianya dari Alloh SWT. Tiada gading yang tak retak, maka penulis mengharap saran dan kritik yang bersifat membangun dari pembaca dalam rangka perbaikan selanjutnya. Akhir kata semoga Karya Ilmiah Ners ini bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Kebumen, Februari 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT.....	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
C. Manfaat	5
BAB II KONSEP DASAR	6
A. Lanjut Usia (Lansia)	6
B. Perfusi Perifer Tidak Efektif	15
D. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori	20
BAB III METODE STUDI KASUS.....	27
A. Desain Studi Kasus	27
B. Subyek Studi Kasus	27
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	28
D. Definisi operasional	28
E. Instrumen Studi Kasus	28
F. Teknik Pengumpulan Data	29
G. Analisis Data dan Penyajian Data	30
H. Etika Studi Kasus.....	30
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	31
A. Profil Lahan Praktek.....	31
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan.....	33
C. Pembahasan	49
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	57
A. Kesimpulan	57
B. Saran	57
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sejalan dengan perkembangan jaman, pola penyakit di Indonesia telah mengalami pergeseran dari penyakit infeksi dan kekurangan gizi menjadi penyakit degeneratif, salah satunya adalah diabetes melitus. Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit degeneratif yang paling banyak diderita oleh masyarakat Indonesia saat ini (Suyono, 2011).

International Diabetes Federation (2019) menyatakan prevalensi DM di dunia tahun 2015 mencapai 7,3 milyar orang dan diprediksi akan meningkat tahun 2040 menjadi 9 milyar orang. IDF menyebutkan bahwa Indonesia saat ini berada pada posisi 7 dengan DM di dunia, dengan jumlah sebanyak 10 juta jiwa dan diprediksi akan meningkat ke posisi 6 pada tahun 2040 dengan jumlah 16,2 juta jiwa yang berpotensi akan komplikasi Luka Kaki Diabetik (LKD). Sedangkan Cancellierem (2016), menyebutkan diabetik neuropati mempengaruhi hampir 50% dan meningkatkan morbiditas LKD, amputasi dan kematian lebih cepat sampai 85%. Hasil dari Riskesdas tahun 2018, prevalensi Diabetes Melitus pada penduduk umur 15 tahun di Indonesia dari tahun 2013 hingga 2018 mengalami peningkatan yang cukup signifikan yaitu dari 1,5% menjadi 2,0%. Sumatera barat sendiri berada pada posisi ke 17 yang juga mengalami peningkatan prevalensi terjadinya DM yaitu dari 1,3% menjadi 1,6%. Riskesdas 2018 menyimpulkan bahwa trend Penyakit Tidak Menular (PTM) (DM, hipertensi, obesitas) naik dibandingkan Riskesdas pada tahun 2013 (Kemenkes RI, 2018).

Tingginya jumlah penderita kasus diabetes mellitus ini antara lain disebabkan oleh karena perubahan gaya hidup masyarakat, tingkat pengetahuan yang rendah, dan kesadaran untuk melakukan deteksi dini terhadap penyakit DM yang kurang. Kurangnya aktivitas fisik dan pengaturan pola makan tradisional yang mengandung banyak karbohidrat dan serat dari sayuran ke

pola makan ke barat-baratan dengan komposisi yang terlalu banyak protein, lemak, gula, garam, dan sedikit mengandung serat (Anisa, 2016).

Perubahan gaya hidup yang tidak sehat seperti makanan yang berlebihan (berlemak dan kurang serat) dapat meningkatkan kadar gula darah, sehingga kaki mengalami kesemutan atau rasa baal yang akan mengakibatkan terjadinya neuropati dan sensitivitas terhadap kaki menurun (Damayanti, 2015).

Salah satu komplikasi yang berbahaya dari penyakit DM adalah luka kaki diabetes yang dapat menyebabkan infeksi dan kelainan bentuk kaki sampai dengan amputasi anggota tubuh (Kawasaki, et al., 2013). Faktor utama yang berperan terhadap timbulnya ulkus diabetikum adalah angiopati, neuropati dan infeksi. Adanya neuropati perifer akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga kaki akan mengalami trauma tanpa adanya rasa yang mengakibatkan terjadinya ulkus pada kaki (Levin, 2016). Hilangnya sensasi atau penurunan sensitivitas kaki adalah salah satu dari faktor utama yang beresiko menyebabkan terjadinya ulkus, akan tetapi juga terdapat beberapa faktor lain seperti keadaan hiperglikemia yang kurang terkontrol, usia yang sudah lebih dari 40 tahun, pasien yang memiliki riwayat ulkus atau amputasi, penurunan denyut nadi perifer, riwayat merokok (Smeltzer & Bare, 2013).

Menurut Chadwick, Edmonds, dan McCardle (2013). Penyebab dari neuropati adalah aliran mikrosirkulasi yang melibatkan arteri, arteriol, kapiler, dan venula post kapiler. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes melitus yaitu diet, latihan atau olahraga, pemantauan glukosa darah, terapi insulin (jika diperlukan) dan pendidikan kesehatan. Penatalaksanaan diabetes melitus bertujuan untuk mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik (Smeltzer & Bare, 2013).

Latihan jasmani (aktivitas fisik) dianjurkan secara teratur (3-4 kali seminggu) selama kurang lebih 30 menit, yang sifatnya sesuai CRIPE (Continuous, Rhythmical, Interval, Progersive, Endurance training). Disesuaikan dengan kemampuan dan penyakit penyerta (Soegondo, 2014).

Olahraga (aktivitas fisik) dapat secara langsung meningkatkan fungsi fisiologis dengan mengurangi kadar glukosa darah, meningkatkan stamina dan kesejahteraan emosional dan meningkatkan sirkulasi. Walaupun berenang dan berjalan cepat telah dinyatakan sebagai pilihan yang baik, tipe aktivitas lainnya juga sama-sama bermanfaat khususnya *Buerger Allen exercise*. *Buerger Allen exercise* adalah salah satu bentuk gerakan aktif pada area plantar yang menerapkan gaya gravitasi oleh karena itu setiap tahapan gerakan harus dilakukan dengan teratur (Chang, et al., 2015). Gerakan yang baik dan teratur akan dapat membantu meningkatkan aliran darah arteri dan vena dengan cara pembukaan pembuluh darah kecil di otot (kapiler), gerakan dari *buerger allen* ini dapat meningkatkan vaskularisasi pembuluh darah sehingga akan dapat meningkatkan sediaan darah dalam jaringan (Salindeho, Mulyadi, Rottie, 2016).

Buerger Allen exercise memiliki kelebihan yaitu dapat dilakukan sendiri, tidak harus berkelompok, waktu yang dibutuhkan tidak lama, latihannya mudah dilakukan. Penatalaksanaan yang baik dibutuhkan untuk menurunkan angka kejadian komplikasi akibat dari diabetes mellitus. Salah satunya adalah dengan cara meningkatkan sensitivitas kaki. Terapi dan pencegahan dari terjadinya neuropati diabetik adalah dengan cara melakukan kontrol kadar gula darah secara berkala dan teratur juga mencegah terjadinya luka kaki yang disebabkan karena adanya neuropati. Neuropati dapat terjadi akibat dari terhentinya atau berkurangnya suplai darah ke ujung saraf di kaki dan tangan (Damayanti, 2015).

Selain *Buerger Allen exercise*, murottal *Al Qur'an* juga dapat digunakan untuk menstabilkan kadar glukosa darah guna mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Hasil penelitian yang dilakukan Widiawati (2014) meneliti tentang Pengaruh terapi murottal *Al-Qur'an* terhadap kadarglukosa darah pada pasien DM tipe II di RS. DR M Djamil Padang. Hasil Penelitian didapatkan ada pengaruh terapi murottal *AlQur'an* terhadap penurunan kadar glukosadarah sebesar 61 mg/dl .

Berdasarkan studi pendahuluan yang sudah peneliti lakukan dengan mewawancarai 5 orang penderita diabetes mellitus di RSUD dr. Soedirman Kebumen mengaku belum mengetahui tentang *Buerger Allen exercise*, sebagian besar dari penderita diabetes mellitus hanya mengandalkan pengobatan medis dan melakukan aktivitas fisik seperti jalan santai dan senam diabetes. Beberapa pasien merasa pasrah dengan kondisi kesehatannya sehingga meningkatkan kualitas ibadahnya salah satunya dengan mendengarkan murottal al qur'an. Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan kajian tentang “Asuhan keperawatan penerapan kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif di RSUD dr. Soedirman Kebumen”.

B. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari studi kasus ini yaitu menguraikan hasil asuhan keperawatan penerapan kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif di RSUD dr. Soedirman Kebumen.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif
- b. Mendeskripsikan hasil analisa data pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif

- f. Mendeskripsikan hasil inovasi penerapan kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif

C. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Studi kasus ini ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti tentang penatalaksanaan pasien diabetes mellitus khususnya *Buerger Allen Exercise* dan Murottal Al-Quran untuk menerapkan ilmu pengetahuan khususnya di bidang keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan bisa dijadikan sebagai referensi atau bahan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan bagi peserta didik khususnya tentang intervensi pada penderita diabetes mellitus.

3. Bagi Masyarakat

Dapat menambah pengetahuan masyarakat khususnya penderita diabetes mellitus tentang penatalaksanaan diabetes mellitus selain obat-obatan khususnya latihan *Buerger Allen* dan Murottal Al-Quran yang dapat meningkatkan sensitivitas kaki guna mencegah komplikasi apabila dilakukan secara rutin.

DAFTAR PUSTAKA

- Anisa, N. (2016). Hubungan Antara Pengetahuan Diet Diabetes Mellitus Dengan Pola Makan Penderita Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Demangan Kota Madiun. *Skripsi*. Madiun: FK Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Basuki, E. (2017). *Penyuluhan Diabetes Mellitus*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI
- Basuki, S. (2010). *Metode Penelitian*. Jakarta : Penaku Hall
- Budiarto, E. (2012). *Biostatistika untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. Jakarta: EGC
- Cancellierem, P. (2016). Current epidemiology of diabetic foot ulcers. *International journal of diabetes*, 1 (1), 12±14.
- Chadwick, P., Edmonds, M., & McCardle, J. (2013). *Best practice guidelines: Wound management in diabetic foot ulcers*. London: Braun.
- Chang, C.C. et al. (2016). A Quantitative Real-Time Assesment of Buerger Exercise on Dorsal Foot Peripheral Skin Sirculation in Patient With Diabetes Foot. *Journal of Medicine*. Vol. 95 No. 46.
- Chang, Chyong, F., Chang, C, C., Su, L, H., and Mei, Y, C,. (2015). Effects of Buerger Exercise Combined Health-Promoting Program on Peripheral Neurovasculopathy Among Community Residents at High Risk for Diabetic Foot Ulceration. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*.
- Damayanti, S. (2015). *Diabetes Mellitus Dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Herdman, T. H. (2018). *Nanda Internasional Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020. Edisi 11*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. (2013). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. R. & Nurhayati, I. (2014). Perawatan Kaki Pada Penderita Diabetes Melitus Di Rumah. *Jurnal Permata Indonesia, Volume 5. Nomer 2. Hal. 49-54*.
- IDF. (2019). *International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas Eighth edition : International Diabetes Federation*. At: <http://www.idf.org>

- Kawasaki, T. et al. (2013). The effect of different positions on lower limbs skin perfusion pressure. *Indian journal of plastic surgery*, 46 (3), 508. Doi: 10.4103/0970-0358.121995.
- Kemenkes RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Kemenkes RI
- Kozier, B. (2016). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik*. Jakarta : EGC
- LeMone, P, et al. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Intergumen, Gangguan Endokrin, dan Gangguan Gastrointestinal*. Jakarta: EGC.
- Levine, J.P. (2016). Type 2 Diabetes Among Women: Clinical Considerations for Pharmacological Management to Achieve Glycemic Control and Reduce Cardiovascular Risk. *Journal of Women's Health Vol.17 No.2*
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18321176>
- Nurarif .A.H. & Kusuma. H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction.
- Nursalam. (2012). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice (7th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

- Salindeho, Anggelin, Mulyadi, & Julia, R. (2016). Pengaruh Senam Diabetes Melitus Terhadap Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Sanggar Senam Persadia Kabupaten Gorontalo. *Ejournal Keperawatan*.
- Setyoadi & Kushariyadi. (2011). *Terapi Modalitas Psikogeriatrik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Smeltzer, Suzanne C., Bare, & Brenda G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth*. Jakarta : EGC
- Soegondo, S., Soewondo, P, & Subekti, I. (2014). *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Sukardji. (2015). *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI.
- Suyono, S. (2011). *Pengaturan makan dan pengendalian glukosa darah*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- TH, M., Margaret, C, R. (2019). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Turan, Y., Ertugrul, B.M., Lipsky, B.A., & Bayraktar, K., (2015). Does Phisical Therapy And Rehabilitation Improve Outcome For Diabetic Foot Ulcers. *World Journal of Experimental Medicine*. Vol. 5 (2): 130-139
- Vijayarathi & Hemavathy. (2014). Buerger Allen Exercise for Type 2 Diabetes Melitus Foot Ulcer Patients. *Interntional Journal of Innofative Research in Science, Engineering and Technology*. Vol. 3 Issue 12
- Waspadji, S,. (2016). *Buku Ajar Penyakit Dalam: Kaki Diabetes*. Jakarta: FK UI
- Wijaya, A.S & Putri, Y.M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuha Medika

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

Kami adalah mahasiswa berasal dari Universitas Muhammadiyah Gombong dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul “asuhan keperawatan penerapan kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif di RSUD dr. Soedirman Kebumen”.

1. Tujuan dari studi kasus ini adalah melakukan asuhan keperawatan penerapan kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif di RSUD dr. Soedirman Kebumen.
2. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan.
3. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada studi kasus ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan dan tindakan yang diberikan.
4. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.

Mahasiswa

Rr Anggraeni Puspitaningrum

INFORMED CONCENT

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Nasochach dengan judul “Asuhan keperawatan penerapan kombinasi *buerger allen exercise* dan Murottal Al-Quran pada pasien diabetes melitus dengan perfusi perifer tidak efektif di RSUD dr. Soedirman Kebumen”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Saksi,

(.....)

Kebumen,2021

Yang Membuat Pernyataan

(.....)

STANDARD OPERATIONAL PROCEDURE (SOP)

BUERGER ALLEN EXERCISE

A. Pengertian

Buerger Allen exercise merupakan suatu latihan aktivitas yang memanfaatkan gaya gravitasi dan gerakan-gerakan sederhana dari kaki yang bertujuan untuk meningkatkan dan melancarkan peredaran darah pada daerah kaki, serta merangsang pemakaian glukosa oleh otot-otot yang aktif.

B. Manfaat

Beberapa manfaat dari aktivitas fisik yaitu:

1. Efektif meningkatkan perfusi pada ekstremitas bawah dan mengurangi rasa nyeri ekstremitas bawah pada penderita diabetes melitus tipe 2
2. Latihan ini dapat meningkatkan suplai darah ke ekstremitas dan berpotensi menyebabkan terjadinya pembentukan struktur vascular baru
3. Membantu meningkatkan vaskularisasi dan suplai darah ke daerah yang terkena luka pada penderita diabetes melitus tipe 2, sehingga dapat membantu proses penyembuhan luka.

C. Indikasi dan Kontraindikasi

1. Indikasi dari senam kaki yaitu dapat diberikan kepada seluruh penderita diabetes melitus baik tipe 1 dan tipe 2.
2. Kontraindikasi dari senam kaki yaitu pada penderita yang mengalami perubahan fungsi fisiologis seperti dispnea atau nyeri dada, orang yang depresi, khawatir atau cemas. Keadaan-keadaan tersebut perlu diperhatikan sebelum dilakukan tindakan senam kaki.

D. Prosedur

1. Saat melakukan latihan Buerger Allen, penderita harus berbaring dalam posisi terlentang selama ± 3 menit.



2. Kemudian angkat kaki ke tempat yang lebih tinggi dengan sudut $\pm 45^\circ$ selama ± 3 menit.



3. Selanjutnya silahkan bangun dan duduk dipinggir tempat tidur dengan posisi kaki menggantung. Kemudian tekuk kaki anda ke atas semaksimal mungkin dan regangkan kaki anda ke arah bawah, lakukan gerakan tersebut selama kurang lebih 3 menit.



4. Gerakan selanjutnya yaitu, gerakkan kaki anda selama 3 menit kearah samping luar dan kearah samping dalam.



5. Kemudian tekuk jari-jari kaki anda ke bawah dan tarik jari-jari kaki anda ke atas, lakukan gerakan tersebut selama kurang lebih 3 menit.



6. Setelah anda melakukan gerakan-gerakan tersebut, silahkan berbaring di tempat tidur dengan menyelimuti seluruh kaki menggunakan selimut selama kurang lebih 3 menit.



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI MUROTTAL

Pengertian	Terapi murottal adalah rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori' (pembaca Al-Qur'an), lantunan Al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia.
Tujuan	Tujuan terapi murottal adalah untuk menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak.
Manfaat	1. Mendengarkan bacaan ayat-ayat Al-Qur'an dengan tartil akan mendapatkan ketenangan jiwa. 2. Lantunan Al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau.
Persiapan	Tahap pre interaksi Persiapan perawat 1. Mengumpulkan data tentang klien 2. Menciptakan lingkungan yang nyaman 3. Membuat rencana pertemuan tindakan keperawatan

Persiapan alat	3. Persiapan Pasien Pasien dan keluarga diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan 4. Persiapan Alat a. Earphone b. Hp android berisikan murottal (Ar-Rahman) 5. Persiapan Perawat a. Menyiapkan alat dan mendekatkan ke arah pasien b. Mencuci tangan
Prosedur pelaksanaan	1. Mencuci tangan 2. Menghubungkan earphone dengan Hp android berisikan murottal (Ar-Rahman) 3. Pasien berbaring diatas tempat tidur 4. Letakkan earphone di telinga kiri dan kanan 5. Dengarkan murottla (Ar-Rahman) selama 15 menit
Prosedur pelaksanaan	Tahap terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan 2. Berpamitan dengan klien 3. Membereskan alat 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan perawatan

Buerger Allen exercise

Buerger Allen exercise merupakan suatu latihan aktivitas yang memanfaatkan gaya gravitasi dan gerakan-gerakan sederhana dari kaki yang bertujuan untuk meningkatkan dan melancarkan peredaran darah pada daerah kaki, serta merangsang pemakaian glukosa oleh otot-otot yang aktif.

Manfaat Buerger Allen exercise

Beberapa manfaat dari aktivitas fisik yaitu:

1. Efektif meningkatkan perfusi pada ekstremitas bawah dan mengurangi rasa nyeri ekstremitas bawah pada penderita diabetes melitus tipe 2
2. Latihan ini dapat meningkatkan suplai darah ke ekstremitas dan berpotensi menyebabkan terjadinya pembentukan struktur vaskular baru
3. Membantu meningkatkan vaskularisasi dan suplai darah ke daerah yang terkena luka pada penderita diabetes melitus tipe 2, sehingga dapat membantu proses penyembuhan luka.

Indikasi dan Kontraindikasi

1. Indikasi dari senam kaki yaitu dapat diberikan kepada seluruh penderita diabetes melitus baik tipe 1 dan tipe 2.
2. Kontraindikasi dari senam kaki yaitu pada penderita yang mengalami perubahan fungsi fisiologis seperti dispnea atau nyeri dada, orang yang depresi, khawatir atau cemas. Keadaan-keadaan tersebut perlu diperhatikan sebelum dilakukan tindakan senam kaki.

Langkah Pertama

Saat melakukan latihan Buerger Allen, penderita harus berbaring dalam posisi terlentang selama ± 3 menit.



Langkah Kedua

Kemudian angkat kaki ke tempat yang lebih tinggi dengan sudut $\pm 45^\circ$ selama ± 3 menit



Langkah Ketiga

Selanjutnya silahkan bangun dan duduk dipinggir tempat tidur dengan posisi kaki menggantung. Kemudian tekuk kaki anda ke atas semaksimal mungkin dan regangkan kaki anda ke arah bawah, lakukan gerakan tersebut selama kurang lebih 3 menit



Langkah Keempat

Gerakan selanjutnya yaitu, gerakan kaki anda selama 3 menit kearah samping luar dan kearah samping dalam



Langkah Kelima

Kemudian tekuk jari-jari kaki anda ke bawah dan tarik jari-jari kaki anda ke atas, lakukan gerakan tersebut selama kurang lebih 3 menit



Langkah Keenam

Setelah anda melakukan gerakan-gerakan tersebut, silahkan berbaring di tempat tidur dengan menyelimuti seluruh kaki menggunakan selimut selama kurang lebih 3 menit



Buerger Allen exercise



Disusun Oleh :

Rr Anggraeni Puspitaningrum

NIM : A32020208

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2021

TINJAUAN KASUS

Tanggal Masuk : 02 Februari 2021

Tanggal Pengkajian : 02 Februari 2021

Ruang : Dahlia

Pengkaji : Rr Anggraeni Puspitaningrum

A. DATA SUBYEKTIF

1. Identitas Pasien

Nama : Ny S

RM : 459631

Umur : 46 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Alamat : Ayam Putih, RT 02/03 Buluspesantren Kebumen

Diagnosa Medis : Diabetes Mellitus

Klien mengatakan badan lemas dan cepat haus

2. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pasien datang ke IGD RSDS KEBUMEN pada tanggal 02 Februari 2021 dengan keluhan klien mengatakan lemas, nyeri pada kaki, sering berasa kebas, mual, muntah, nafsu makan menurun. Klien mengatakan sudah 5 tahun menderita Diabetes Mellitus. TD 120/80 mmHg, Nadi 88 x /menit, S 36 RR 22x/menit. Setelah dilakukan anamnesa dan pemeriksaan, klien dipindahkan ke bangsal dahlia. Setelah di bangsal di dapatkan data, klien mengatakan masih terasa kebas pada kaki dan terasa nyeri, lemas, mual, nafsu makan menurun. Klien tampak pucat, dan oedem pada kaki berwarna

kemerahan. TD 110/80 mmhg, RR 20x/menit Nadi 88x/menit, S 36 CRT > 2 detik.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien sudah menderita DM 5 th

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ayah pasien pernah menderita penyakit yang sama

3. Pola Fungsional

1. Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bernafas secara normal

Saat sakit : Pasien mengatakan pasien dapat bernafas secara normal,

2. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi nasi sayur dan lauk yang tidak menentu. Klien mengatakan minum 7-8 gelas/hari. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi makanan ataupun obat.

Saat sakit : klien mengatakan nafsu makan menurun karena mual, muntah dan lemas

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan BAK 5-6 x/hari dengan warna jernih dengan bau khas, BAB 1 x/hari dengan konsistensi lembek warna kuning, tidak ada keluhan.

Saat sakit : klien mengatakan belum BAB , BAK lancar

4. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : klien mengatakan aktivitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga

Saat sakit : klien mengatakan lebih banyak tiduran karena mengalami kelemahan anggota gerak, dan merasa pusing

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : klien mengatakan tidurnya selalu nyenyak, lama tidur malam 7-8 jam, klien mengatakan susah tidur siang.

Saat sakit : klien mengatakan tidurnya berkurang, karena merasa pegal pada kaki dan sering buang air kecil pada malam hari

6. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarga atau teman-temannya

Saat sakit : pasien tidak mengalami kendala dalam berkomunikasi

7. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan sehari-hari bekerja sebagai ibu rumah tangga

Saat sakit : klien hanya tiduran.

8. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : klien mengatakan mandi 2x sehari pagi dan sore,.

Saat sakit : klien mengatakan hanya diseka oleh keluarganya 2x sehari

9. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : Klien mengatakan bisa menggunakan pakaian sendiri

Saat sakit :Klien mengatakan ganti baju dibantu oleh keluarganya

10. Pola bagaimana mempertahankan Suhu Tubuh

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak mengalami demam

Saat sakit : pasien mengatakan tidak demam

11. Pola Rasa Aman Nyaman

Sebelum sakit : klien mengatakan merasa aman dan nyaman ketika berada dirumah berkumpul bersama keluarganya.

Saat sakit : klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan sakit yang dideritanya karena hanya tiduran di tempat tidur, meskipun ditemani oleh keluarganya

12. Pola Spiritual

Sebelum sakit : klien mengatakan beragama islam, menjalankan shalat 5 waktu dan rutin mengikuti yasinan setiap malam jum'at di Desanya.

Saat sakit : klien menjalankan shalat 5 waktu dengan berbaring ditempat tidur.

13. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : klien mengatakan suka menonton TV untuk hiburan dirumah saat istirahat.

Saat sakit : klien mengatakan terhibur oleh keluarga yang menemaninya.

14. Pola Belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan belum faham mengenai kondisi yang dialami.

Saat sakit : pasien mengatakan sudah paham dengan kondisinya. Sekarang diakibatkan karena Diabetes Mellitus

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan Umum (KU) : Cukup
2. Kesadaran : Composmentis
3. TD : 110/70 mmHg
4. N : 88 x/mnt
5. S : 36,5°C
6. RR : 20x/mnt

2. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) meliputi fungsi bila merupakan pancaindra)

1. Kepala : bentuk mesocephal, tidak ada lesi, tidak ada benjolan,
2. Muka : wajah terlihat lemas.
3. Mata : konjungtiva pucat, , tidak terdapat gangguan penglihatan, tidak ada nyeri tekan, pupil an isokor.
4. Hidung : bentuk normal
5. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis.
6. Telinga : telinga kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan alat bantu pendengaran,
7. Leher : tidak ada benjolan pada leher, tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada nyeri tekan.

8. Dada :

Paru-Paru

I : pergerakan dada simetris,

P : tidak ada nyeri tekan.

P : bunyi sonor.

A : vesikuler.

Jantung

I : pergerakan dada simetris.

P : tidak ada nyeri tekan.

P : bunyi pekak.

A : Irama jantung irreguler

9. Abdomen :

I : perut tampak simetris.

A : bising usus 12x /menit.

P : tidak ada nyeri tekan di 4 kuadran abdomen.

P : tympani.

10. Ekstremitas :

Atas : tidak ada edema, akral hangat, bentuk normal, tangan kanan terpasang inf Asering

Bawah : tidak oedem, bentuk normal

Anggota Gerak

5	5
5	5

11. Kulit : membran kulit kering.

12. Genetalia : terpasang kateter.

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	
Hematologi				
Darah Lengkap				
Hemoglobin	10,0	g/dL	11,7 – 15,5	
Leukosit	12,1	$10^3/\mu\text{L}$	3,6 – 11,0	
Hematokrit	42	%	35-47	
Eritrosit	5,0	$10^6/\mu\text{L}$	3,80	
Trombosit	254	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 440	
MCH	29	pg	26 – 34	

MCHC	34	g/dL	32 – 36	
MCV	84	fL	80 - 100	
DIEF COUNT				
Eosinfil	0,10	%	2-4	
Basofil	0,10	%	0 -1	
Netrofil	87,10	%	50 -70	
Limfosit	9,50	%	22 -40	
Monosit	3,20	%	2-8	
Absolut Neutrofil count	10,57	10 ³ /ul	1,80 – 8,00	
Absolut Limfosit Count	1,15	10 ³ /ul	0,9 – 5,2	
Neutrofil Limfosit Rasio	9,19			
Kimia Klinik				
GDS	235	mg/dl	70-105	
Ureum	16	mg/dl	10-50	
Creatinin	0,57	mg/dl	0,6 – 1,2	
SGOT	40	U/L	< 31	
SGPT	24	U/L	<32	
ELEKTROLIT				

KIMIA				
Kalium	4,0	Mmol/L	3,5 – 5,3	
Natrium	141	Mmol/L	135,0 – 147,0	
Chlorida	109	Mmol/L	98,0 – 107, 0	
IMUNOLOGI				
HBsAg RApid	Non Reaktif		Non Reaktif	

b. Hasil Ro thorax

- ✓ Besar cor Normal
- ✓ Pulmo dalam batas normal

c. Terapi Obat

- ✓ Inf Asering
- ✓ Inj Ranitidin 2 x 1
- ✓ Inj Lasix 1 x 1
- ✓ Inj Ceftriaxon 2 x 1
- ✓ Inj Metronidazol 3 x 1
- ✓ Metformin 3 x 1
- ✓ Glukuidon 1 – 0-0
- ✓ Antasyd syr 3 x 2 cth

C. ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	MASALAH	PENYEBAB	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	DS ; Klien mengatakan badan lemas, sering terasa kebas pda kaki, kaki terasa pegal pegal dan nyeri. Klien mengatakan sudah menderita DM	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan aliran arteri dan atau vena	Perfusi perifer tidak efektif b/d Penurunan aliran arteri dan atau vena

	sejak 5 thn yang lalu DO ✓ Klien tampak lemas ✓ Klien tampak pucat ✓ CRT > 2 detik ✓ Kaki tampak oedema dan kemerahan			
2	DS Klien mengatakan nafsu makannya menurun Klien mengatakan lemas, mual, dan muntah DO Klien terlihat lemas Berat badan menurun , Sebelum sakit 65 setealah sakit 60 kg	Defisit Nutrisi	Ketidakmampuan mencerna makanan	Defisit Nutrisi b/d Ketidakmampuan mencerna makanan

D.INTERVENSI

NO	SDKI	SLKI	SIKI	
1	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan atau vena (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam di harapkan perfusi perifer meningkat (L.02011)dengan kriteria hasil 1. Warna kulit pucat menurun 2. Parastesia menurun (kesemutan kaki hilang)	<i>Perawatan sirkulasi (i.02079)</i> Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer(missal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, angkle brachi) 2. Identifikasi faktor	

		3. Pengisian kapiler membaik (CRT <2 detik) 4. Nyeri ekstremitas menurun (skala nyeri 0) 5. Tekanan darah membaik(TD dalam rentang normal)	resiko gangguan sirkulasi (diabetes mellitus) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ektremitas Teraupetik 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindaripengukuran tekana darah pada ektremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Lakukan pencegahan infeksi 4. Lakukan perawatan kaki dan kuku Edukasi 1. Anjurkan berolah raga rutin (latihan buerger allern) 2. Anjurkan melaku kan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki) 3. Anjurkan program	
--	--	---	---	--

			diet untuk memperbaiki sirkulasi(mis rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3) 4. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan(mis rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh , hilangnya rasa).	
	Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil 1. Berat badan membaik 2. Frekuensi makan membaik 3. Nafsu makan membaik 4. Membran mukosa membaik	<i>Managemen Nutrisi (i.03119)</i> Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makan yang disukai 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan Teraupetik 1. Fasilitasi menuntukan	

			pedoman diit 2. Sajikan makanan secara menarik 3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk 2. Ajarkan Diit yang diprogramkan (Diit Rendah Gula) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan	
--	--	--	--	--

E.IMPLEMENTASI

NO	Hari/tang	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
----	-----------	----------	--------------	----------	-------

	gal				
	Senin	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena	a. Memonitor TTV dan GDS b. Memposisikan klien dengan posisi semifowler c. Memonitor rangsangan kaki d. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S ; Klien mengatakan kakinya masih terasa kesemutan O ; 1. TD 110/70 mmhg Nadi 88x/menir RR 20x/menit S 36, CRT > 2 detik, GDS 235mm/dl 2. Tampak luka dan oedem pada kaki, kemerahan 3. Klien tampak pucat 4. Klien tampak mencoba latiah gerak buerger allern A : masalah perfusi perifer belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
	Senin	Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan	1. Memonitor Kalori dan asupan makanan klien : mual dan muntah hilang 2. Memonitor kecenderuangan terjadinya kenaikan atau penurunan berat bdan pada klien 3. Menentukan jumlah	S 1. Klien mengatakan masih tidak nafsu makan 2. Klien mengatakan perut terasa mual O 1. Klien masih tampak lemas 2. Klien makan ½ porsi BB klien masih 65 kg	

			kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan oleh klien untuk memenuhi kebutuhan gizi 4. Berkolaborasi dengan ahli diet	3. Mukosa bibir kering	
	Selasa	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan atau vena	a. Memonitor TTV dan GDS b. Memposisikan klien dengan posisi semifowler c. Memonitor rangsangan kaki d. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S 1. Klien mengatakan kesemutan mulai hilang O: a. Keadaan umum : baik b. TTV : 1) TD : 120/70 mmHg 2) Suhu : 36⁰ C 3) Nadi : 80 x/m 4) RR : 20 x/m 1) Gula Darah Sewaktu (GDS) : 140 mg/dl c. CRT klien 2 detik d. Klien sudah bisa melakukan latihan gerak kaki A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Latihan gerak kaki mandiri	

		Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan	a. Memonitor kalori dan asupan makanan klien : mual muntah hilang b. Memonitor kecenderungan terjadinya kenaikan atau penurunan berat badan pada klien, c. Menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan oleh klien untuk memenuhi kebutuhan gizi Kolaborasi dengan ahli diet	S 1. Klien mengatakan badannya segar 2. Klien mengatakan nafsu makan sudah mulai meningkat dan mual muntahnya hilang. O: 1. Klien tampak segar 2. Makanan klien $\frac{3}{4}$ habis A: Masalah ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
	RAbu	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena	a. Memonitor TTV dan GDS b. Memposisikan klien dengan posisi semifowler c. Memonitor rangsangan kaki d. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S Klien mengatakan kesemutan hilang O: e. Keadaan umum : baik f. TTV : 1) TD : 110/80 mmHg 2) Suhu : 36⁰ C 3) Nadi : 80 x/m 4) RR : 20 x/m 1) Gula Darah Sewaktu (GDS) : 115 mg/dl g. CRT klien 2 detik h. Klien sudah bisa melakukan latihan gerak kaki A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan pasien pulang Latihan gerak kaki mandiri	

		Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan	a. Memonitor kalori dan asupan makanan klien : mual muntah hilang b. Memonitor kecenderungan terjadinya kenaikan atau penurunan berat badan pada klien, c. Menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan oleh klien untuk memenuhi kebutuhan gizi Kolaborasi dengan ahli diet	S 1. Klien mengatakan badannya segar 2. Klien mengatakan nafsu makan meningkat. O: 1. Klien tampak segar 2. Makanan klien habis A: Masalah ketidakseimbangan nutrisi teratasi P: Intervensi dihentikan pasien pulang	
--	--	--	--	--	--

TINJAUAN KASUS

Tanggal Masuk : 15 Maret 2021

Tanggal Pengkajian : 16 Maret 2021

Ruang : Dahlia

Pengkaji : Rr Anggraeni Puspitaningrum

A. DATA SUBYEKTIF

1. Identitas Pasien

Nama : Ny M

RM : 4572

Umur : 60 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Alamat : Podourip, RT 01/01 Petanahan

Diagnosa Medis ;DM

Keluhan Utama : Kesemutan pada kaki

2. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Saat Ini
2. Riwayat Kesehatan Dahulu
3. Pasien datang ke IGD RSDS KEBUMEN pada tanggal 15 Maret 2021 dengan keluhan klien mengatakan lemas, nyeri pada kaki, sering berasa kebas, mual, muntah, nafsu makan menurun. Klien mengatakan sudah 6 tahun menderita Diabetes Mellitus. TD: 180/80 mmHg Suhu: 37,5⁰ C, Nadi: 88x/m, Pernafasan: 18x/m, GDS : 420 mg/dl. Setelah dilakukan anamnesa dan

pemeriksaan, klien dipindahkan ke bangsal dahlia. Setelah di bangsal di dapatkan data, klien mengatakan masih terasa kebas pada kaki dan terasa nyeri, lemas, mual, nafsu makan menurun. Klien tampak pucat, TD 160/80 mmhg, RR 20x/menit Nadi 88x/menit, S 36 CRT > 2 detik.

4.

Klien sudah menderita DM 6 th

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ayah pasien pernah menderita penyakit yang sama

3. Pola Fungsional

1. Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bernafas secara normal

Saat sakit : Pasien mengatakan pasien dapat bernafas secara normal, tanpa keluhan,

2. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi nasi sayur dan lauk yang tidak menentu. Klien mengatakan minum 7-8 gelas/hari. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi makanan ataupun obat.

Saat sakit : klien mengatakan nafsu makan menurun karena mual, muntah dan lemas, klien mengatakan sering haus

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan BAK 5-6 x/hari dengan warna jernih dengan bau khas, BAB 1 x/hari dengan konsistensi lembek warna kuning, tidak ada keluhan.

Saat sakit : klien mengatakan belum BAB, BAK sering terutama malam hari

4. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : klien mengatakan aktivitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga

Saat sakit : klien mengatakan lebih banyak tiduran karena merasa lemas

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : klien mengatakan tidurnya selalu nyenyak, lama tidur malam 7-8 jam, klien mengatakan susah tidur siang.

Saat sakit : klien mengatakan tidurnya berkurang, karena merasa pegal pada kaki dan sering buang air kecil pada malam hari

6. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarga atau teman-temannya

Saat sakit : pasien tidak mengalami kendala dalam berkomunikasi

7. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan sehari-hari bekerja sebagai ibu rumah tangga

Saat sakit : klien hanya tiduran.

8. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : klien mengatakan mandi 2x sehari pagi dan sore,.

Saat sakit : klien mengatakan hanya diseka oleh keluarganya 2x sehari

9. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : Klien mengatakan bisa menggunakan pakaian sendiri

Saat sakit :Klien mengatakan ganti baju dibantu oleh keluarganya

10. Pola bagaimana mempertahankan Suhu Tubuh

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak mengalami demam

Saat sakit : pasien mengatakan tidak demam

11. PolaRasa Aman Nyaman

Sebelum sakit : klien mengatakan merasa aman dan nyaman ketika berada dirumah berkumpul bersama keluarganya.

Saat sakit :klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan sakit yang dideritanya karena hanya tiduran di tempat tidur, meskipun ditemani oleh keluarganya, serta pandangan matanya yang sdah mulai kabur

12. Pola Spiritual

Sebelum sakit : klien mengatakan beragama islam, menjalankan shalat 5 waktu dan rutin mengikuti yasinan setiap malam jum'at di Desanya.

Saat sakit : klien menjalankan shalat 5 waktu dengan berbaring ditempat tidur.

13. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : klien mengatakan suka menonton TV untuk hiburan dirumah saat istirahat.

Saat sakit : klien mengatakan terhibur oleh keluarga yang menemaninya.

14. Pola Belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan belum faham mengenai kondisi yang dialami.

Saat sakit : pasien mengatakan sudah paham dengan kondisinya. Sekarang diakibatkan karena Diabetes Mellitus

B. DATA OBYEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

1. Keadaan Umum (KU) : Cukup
2. Kesadaran : Composmentis
3. TD : 160/80 mmHg
4. N : 88 x/mnt
5. S : 36,5⁰C
6. RR : 20x/mnt

2) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) meliputi fungsi bila merupakan pancaindra)

1. Kepala : bentuk mesocephal, tidak ada lesi, tidak ada benjolan,
2. Muka : wajah terlihat lemas.
3. Mata : konjungtiva pucat, , tidak terdapat gangguan penglihatan, tidak ada nyeri tekan, pupil an isokor.
4. Hidung : bentuk normal
5. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis.
6. Telinga : telinga kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan alat bantu pendengaran,
7. Leher : tidak ada benjolan pada leher, tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada nyeri tekan.

8. Dada :

Paru-Paru

I : pergerakan dada simetris,

P : tidak ada nyeri tekan.

P : bunyi sonor.

A : vesikuler.

Jantung

I : pergerakan dada simetris.

P : tidak ada nyeri tekan.

P : bunyi pekak.

A : Irama jantung irreguler

9. Abdomen :

I : perut tampak simetris.

A : bising usus 12x /menit.

P : tidak ada nyeri tekan di 4 kuadran abdomen.

P : tympani.

10. Ekstremitas :

Atas : tidak ada edema, akral hangat, bentuk normal, tangan kanan terpasang inf Asering

Bawah : tidak oedem, bentuk normal

Anggota Gerak

5	5
5	5

11. Kulit : membran kulit kering.

12. Genetalia : terpasang kateter.

3) Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	
Hematologi				
Darah Lengkap				
Hemoglobin	11,6	g/dL	11,7 – 15,5	
Leukosit	7,5	$10^3/\mu\text{L}$	3,6 – 11,0	
Hematokrit	36	%	35-47	
Eritrosit	4,2	$10^6/\mu\text{L}$	3,80	

Trombosit	341	$10^3/\mu\text{l}$	150 – 440	
MCH	27	pg	26 – 34	
MCHC	33	g/dL	32 – 36	
MCV	84	fL	80 - 100	
DIEF COUNT				
Eosinofil	1,64	%	2-4	
Basofil	0,10	%	0 -1	
Netrofil	71,80	%	50 -70	
Limfosit	22,50	%	22 -40	
Monosit	4,0	%	2-8	
Absolut Neutrofil count	5,38	$10^3/\mu\text{l}$	1,80 – 8,00	
Absolut Limfosit Count	1,69	$10^3/\mu\text{l}$	0,9 – 5,2	
Neutrofil Limfosit Rasio	3,18			
Gula Darah Sewaktu	420	mg/dl	70-105	

b. Hasil Ro thorax

- ✓ Besar cor Normal
- ✓ Pulmo dalam batas normal

c. Terapi Obat

- ✓ Inf Asering

- ✓ Inj Ranitidin 2 x 1
- ✓ Inj Lasix 1 x 1
- ✓ Inj Ceftriaxon 2 x 1
- ✓ Inj Metronidazol 3 x 1
- ✓ Metformin 3 x 1
- ✓ Glukuidon 1 – 0-0
- ✓ Antasyd syr 3 x 2 cth
- ✓ Sleeding scale /8 jam

C. ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	MASALAH	PENYEBAB	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	DS ; Klien mengatakan badan lemas, sering terasa kebas pda kaki, kaki terasa pegal pegal dan nyeri. Klien mengatakan sudah menderita DM sejak 6 thn yang lalu DO ✓ Klien tampak lemas ✓ Klien tampak pucat ✓ CRT > 2 detik ✓ TD: 180/80 mmHg Suhu: 37,5⁰ C, Nadi: 88x/m, Pernafasan: 18x/m, GDS : 420 mg/dl	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	Penurunan aliran arteri dan atau vena	Perfusi perifer tidak efektif b/d Penurunan aliran arteri dan atau vena
2	DS 1) Klien mengatakan penglihatan terganggu. 2) Pandangan kabur dan seperti berputar putar DO : 1) Padangan klien kabur 2) Klien tampak gelisah	Gangguan persepsi sensori	Gangguan gangguan penglihatan	Gangguan persepsi sensori b/d gangguan penglihatan

--	--	--	--	--

D.INTERVENSI

NO	SDKI	SLKI	SIKI	
1	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan atau vena (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam di harapkan perfusi perifer meningkat (L.02011)dengan kriteria hasil 1. Warna kulit pucat menurun 2. Parastesia menurun (kesemutan kaki hilang) 3. Pengisian kapiler membaik (CRT <2 detik) 4. Nyeri ekstremitas menurun (skala nyeri 0) 5. Tekanan darah membaik(TD dalam rentang normal)	<i>Perawatan sirkulasi (i.02079)</i> Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer(missal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, angkle brachi) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (diabetes mellitus) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Teraupetik 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindaripengukuran tekana darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi	

			3. Lakukan pencegahan infeksi 4. Lakukan perawatan kaki dan kuku Edukasi 1. Anjurkan berolah raga rutin (latihan buerger allern) 2. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki) 3. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi(mis rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3) 4. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan(mis rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh , hilangnya rasa).	
	Gangguan persepsi sensori b/d gangguan	<i>Persepsi Sensori (L.09083)</i>	<i>Minimiliasi Rangsangan (i.08241)\</i>	

	penglihatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 4 jam jam diharapkan gangguan penglihatan menurun dengan kriteria hasil 1. Verbalisasi melihat bayangan menurun 2. Respons sesuai stimulus membaik 3. Konsentrasi membaik Orientasi memba	Observasi Periksa status mental, status sensori dan tingkat kenyamanan Teraupetik 1. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori 2. Batasi stimulus lingkungan 3. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat 4. Kombinasi prosedur /tindakan dalam satu waktu Edukasi 1. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. Mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi	
--	-------------	---	--	--

			kunjungan Kolaborasi 1. Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur / tindakan 2. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	
--	--	--	--	--

E.IMPLEMENTASI

NO	Hari/tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
	Senin	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan atau vena	1. Memonitor TTV dan GDS 2. Memposisikan klien dengan posisi semifowler 3. Memonitor rangsangan kaki 4. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal	S ; Klien mengatakan kakinya masih terasa kesemutan O ; 1. TD 160/80 mmhg Nadi 88x/menir RR 20x/menit S 36, CRT > 2 detik, GDS 420mm/dl 2. Klien tampak pucat 3. Klien tampak mencoba latiah gerak buerger allern A : masalah perfusi perifer	

	Senin	Gangguan persepsi sensoris	al quran 1. Memeriksa status mental, status sensori dan tingkat kenyamanan 2. Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus dengan memberi penjelasan tentang pencahayaan ruangan,	belum teratasi P : Lanjutkan intervensi S : 1) pasien mengatakan tidak nyaman dengan keadaan matanya 2) pasien belum mengetahui pencahayaan yang baik untuk dirinya 3) pasien mengatakan pandangannya masih buram O : 1) Pandangan mata klien tampak kabur A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.	
--	-------	----------------------------	---	--	--

	Selasa	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena	a. Memonitor TTV dan GDS b. Memposisikan klien dengan posisi semifowler c. Memonitor rangsangan kaki d. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S 1. Klien mengatakan kesemutan mulai hilang O: a. Keadaan umum : baik b. TTV : 1) TD : 150/70 mmHg 2) Suhu : 36⁰ C 3) Nadi : 80 x/m 4) RR : 20 x/m 1) Gula Darah Sewaktu (GDS) : 340 mg/dl c. CRT klien 2 detik d. Klien sudah bisa melakukan latihan gerak kaki A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Latihan gerak kaki mandiri	
		Gangguan persepsi sensoris	1) Memeriksa status mental, status sensoris dan tingkat kenyamanan 2) Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus dengan memberi penjelasan tentang pencahayaan ruangan,	S : 1) Pasien mengatakan masih tidak nyaman dengan dengan matanya , masih buram jika untuk melihat disekitarnya 2) Pasien sudah mengetahui pencahayaan yang baik untuk keadaan matanya O Pemberian tetes mata Citrol 6 x os A Masalah belum teratasi P	

				Lanjutkan intervensi	
	Rabu	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena	a. Memonitor TTV dan GDS b. Memposisikan klien dengan posisi semifowler c. Memonitor rangsangan kaki d. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S Klien mengatakan kesemutan hilang O: e. Keadaan umum : baik f. TTV : 1) TD : 140/80 mmHg 2) Suhu : 36 ⁰ C 3) Nadi : 80 x/m 4) RR : 20 x/m 1) Gula Darah Sewaktu (GDS) : 288 mg/dl g. CRT klien 2 detik h. Klien sudah bisa melakukan latihan gerak kaki A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan pasien pulang Latihan gerak kaki mandiri	

		Gangguan persepsi sensoris	1) Memeriksa status mental, status sensori dan tingkat kenyamanan 2) Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus dengan memberi penjelasan tentang pencahayaan ruangan,	S : 1) Pasien mengatakan masih tidak nyaman dengan dengan matanya , masih buram jika untuk melihat disekitarnya 2) Pasien sudah mengetahui pencahayaan yang baik untuk keadaan matanya O Pemberian tetes mata Citrol 6 x os A Masalah belum teratasi P Lanjutkan intervensi	
--	--	----------------------------	--	--	--

TINJAUAN KASUS

Tanggal Masuk : 08 Maret 2021
Tanggal Pengkajian : 08 Maret 2021
Ruang : Dahlia
Pengkaji : Rr Anggraeni Puspitaningrum

A. DATA SUBYEKTIF

1. Identitas Pasien

Nama : Tn J
RM : 309612
Umur : 68 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Buruh
Alamat : Selang, 03/09 Kebumen
Diagnosa Medis ;DM
Keluhan Utama : Rasa Kebas pada kaki

2. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pasien datang ke IGD RSDS KEBUMEN pada tanggal 8 Maret 2021 dengan keluhan klien mengatakan kakinya berasa kebas, mual, muntah, nafsu makan menurun, badan terasa sakit semua. Klien mengatakan sudah 10 tahun menderita Diabetes Mellitus. TD: 140/90 mmHg Suhu: 36,5⁰ C, Nadi: 88x/m, Pernafasan: 20x/m, GDS : 340 mg/dl. Setelah dilakukan anamnesa dan pemeriksaan, klien dipindahkan ke bangsal dahlia. Setelah di bangsal di dapatkan data , klien mengatakan masih terasa kebas pada kaki dan terasa

nyeri, lemas, mual, nafsu makan menurun. Klien tampak pucat, dan oedem pada kaki berwarna kemerahan. TD 140/80 mmhg, RR 20x/menit Nadi 88x/menit, S 36 CRT > 2 detik.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien sudah menderita DM 10 th

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ayah pasien pernah menderita penyakit yang sama

3. Pola Fungsional

1. Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bernafas secara normal

Saat sakit : Pasien mengatakan pasien dapat bernafas secara normal, tanpa keluhan,

2. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi nasi sayur dan lauk yang tidak menentu. Klien mengatakan minum 7-8 gelas/hari. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi makanan ataupun obat.

Saat sakit : klien mengatakan nafsu makan menurun karena mual, muntah dan lemas, klien mengatakan sering merasakan haus dan lapar

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan BAK 5-6 x/hari dengan warna jernih dengan bau khas, BAB 1 x/hari dengan konsistensi lembek warna kuning, tidak ada keluhan.

Saat sakit : klien mengatakan belum BAB , BAK sering terutama di malam hari

4. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : klien mengatakan aktivitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga

Saat sakit : klien mengatakan lebih banyak tiduran karena lemas

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : klien mengatakan tidurnya selalu nyenyak, lama tidur malam 7-8 jam, klien mengatakan susah tidur siang.

Saat sakit : klien mengatakan tidurnya berkurang, karena merasa pegal pada kaki dan sering buang air kecil pada malam hari

6. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarga atau teman-temannya

Saat sakit : pasien tidak mengalami kendala dalam berkomunikasi

7. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan sehari-hari bekerja sebagai ibu rumah tangga

Saat sakit : klien hanya tiduran.

8. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : klien mengatakan mandi 2x sehari pagi dan sore,.

Saat sakit : klien mengatakan hanya diseka oleh keluarganya 2x sehari

9. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : Klien mengatakan bisa menggunakan pakaian sendiri

Saat sakit :Klien mengatakan ganti baju dibantu oleh keluarganya

10. Pola bagaimana mempertahankan Suhu Tubuh

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak mengalami demam

Saat sakit : pasien mengatakan tidak demam

11. Pola Rasa Aman Nyaman

Sebelum sakit : klien mengatakan merasa aman dan nyaman ketika berada dirumah berkumpul bersama keluarganya.

Saat sakit : klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan sakit yang dideritanya karena hanya tiduran di tempat tidur, meskipun ditemani oleh keluarganya,

12. Pola Spiritual

Sebelum sakit : klien mengatakan beragama islam, menjalankan shalat 5 waktu dan rutin mengikuti yasinan setiap malam jum'at di Desanya.

Saat sakit : klien menjalankan shalat 5 waktu dengan berbaring ditempat tidur.

13. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : klien mengatakan suka menonton TV untuk hiburan dirumah saat istirahat.

Saat sakit : klien mengatakan terhibur oleh keluarga yang menemaninya.

14. Pola Belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan belum faham mengenai kondisi yang dialami.

Saat sakit : pasien mengatakan sudah paham dengan kondisinya. Sekarang diakibatkan karena Diabetes Mellitus

B. DATA OBYEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

1. Keadaan Umum (KU) : Cukup
2. Kesadaran : Composmentis
3. TD : 140/80 mmHg
4. N : 88 x/mnt
5. S : 36,5⁰C
6. RR : 20x/mnt

2) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) meliputi fungsi bila merupakan pancaindra)

1. Kepala : bentuk mesocephal, tidak ada lesi, tidak ada benjolan,

2. Muka :wajah terlihat lemas.
3. Mata :konjungtiva pucat, , tidak terdapat gangguan penglihatan, tidak ada nyeri tekan, pupil an isokor.
4. Hidung : bentuk normal
5. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis.
6. Telinga :telinga kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan alat bantu pendengaran,
7. Leher : tidak ada benjolan pada leher, tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada nyeri tekan.

8. Dada :

Paru-Paru

I : pergerakan dada simetris,

P : tidak ada nyeri tekan.

P : bunyi sonor.

A : vesikuler.

Jantung

I : pergerakan dada simetris.

P : tidak ada nyeri tekan.

P : bunyi pekak.

A : Irama jantung irreguler

9. Abdomen :

I : perut tampak simetris.

A : bising usus 12x /menit.

P : tidak ada nyeri tekan di 4 kuadran abdomen.

P : tympani.

10. Ekstremitas :

Atas : tidak ada edema, akral hangat, bentuk normal, tangan kanan terpasang inf Asering

Bawah : tidak oedem, bentuk normal

Anggota Gerak	5	5
	5	5

11. Kulit : membran kulit kering.
12. Genetalia : terpasang kateter.

3) Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	
Hematologi				
Darah Lengkap				
Hemoglobin	14,5	g/dL	11,7 – 15,5	
Leukosit	5,8	$10^3/\mu\text{L}$	3,6 – 11,0	
Hematokrit	41	%	35-47	
Eritrosit	5,0	$10^6/\mu\text{L}$	3,80	
Trombosit	202	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 440	
MCH	29	pg	26 – 34	
MCHC	35	g/dL	32 – 36	

MCV	83	fL	80 - 100	
DIEF COUNT				
Eosinofil	7,70	%	2-4	
Basofil	0,30	%	0 -1	
Netrofil	49,20	%	50 -70	
Limfosit	35,10	%	22 -40	
Monosit	7,70	%	2-8	
Absolut Neutrofil count	2,85	10 ³ /ul	1,80 – 8,00	
Absolut Limfosit Count	2,04	10 ³ /ul	0,9 – 5,2	
Neutrofil Limfosit Rasio	1,40			
Kimia Klinik				
GDS	340	mg/dl	70-105	
HBsAg RAPID	Non Reaktif		Non Reaktif	

b. Hasil Ro thorax

- ✓ Besar cor Normal
- ✓ Pulmo dalam batas normal

c. Terapi Obat

- ✓ Inf Asering
- ✓ Inj Ranitidin 2 x 1

- ✓ Inj Lasix 1 x 1
- ✓ Inj Ceftriaxon 2 x 1
- ✓ Inj Metronidazol 3 x 1
- ✓ Metformin 3 x 1
- ✓ Glukuidon 1 – 0-0
- ✓ Antasyd syr 3 x 2 cth
- ✓ Sleeding scale /8 jam

C. ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	MASALAH	PENYEBAB	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	DS ; Klien mengatakan badan lemas, sering terasa kebas pda kaki, kaki terasa pegal pegal dan nyeri. Klien mengatakan sudah menderita DM sejak 10 thn yang lalu, DO 1. Klien tampak lemas 2. Klien tampak pucat 3. CRT > 2 detik 4. TD: 140/80 mmHg Suhu: 36⁰ C, Nadi: 88x/m, Pernafasan: 18x/m, GDS : 340 mg/dl	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	Penurunan aliran arteri dan atau vena	Perfusi perifer tidak efektif b/d Penurunan aliran arteri dan atau vena
2	DS 1. Pasien mengatakan badan lemah dan letih 2. Pasien mengatkan sering merasa haus 3. Pasien Sering buang air kecil	Ketidakstabilan gula darah (D.0027)	Resistensi insulin	Ketidakstabilan gula darah b/d Resistensi insulin

	sebanyak 10 x 4. Pasien mengatakan 3 bulan terakhir gula darah diatas 300 mg/dl DO 1. Klien tampak lelah 2. Klien tampak sering buang air kecil 3. Klien tampak sering minum 4. GDS 340			
--	---	--	--	--

D.INTERVENSI

NO	SDKI	SLKI	SIKI	
1	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan atau vena (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam di harapkan perfusi perifer meningkat (L.02011)dengan kriteria hasil 1. Warna kulit pucat menurun 2. Parastesia menurun (kesemutan kaki hilang) 3. Pengisian kapiler membaik (CRT <2 detik) 4. Nyeri ekstremitas menurun (skala nyeri 0) 5. Tekanan darah membaik(TD dalam	<i>Perawatan sirkulasi (i.02079)</i> Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer(missal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, angkle brachi) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (diabetes mellitus) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ektremitas	

		rentang normal)	Teraupetik 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekana darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Lakukan pencegahan infeksi 4. Lakukan perawatan kaki dan kuku Edukasi 1. Anjurkan berolah raga rutin (latihan buerger allern) 2. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki) 3. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi(mis rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3) 4. Informasikan tanda dan gejala darurat	
--	--	-----------------	--	--

			yang harus dilaporkan(mis rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh , hilangnya rasa).	
	Ketidakstabilan gula darah b/d resistensi insulin (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam maka kestabilan gula darah membaik (L.03022) dengan KH : 1. Kesadaran meningkat 2. Rasa haus menurun 3. Keluhan lapar menurun 4. Lelah /lesu menurun 5. Kestabilan kadar glukosa darah membaik	<i>Manajemen hiperglikemia (i.03115)</i> Observasi : 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia Terapeutik : 1. Berikan asupan cairan oral 2. Ajurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian insulin 6 Iu 2. Edukasi program pengobatan	

E.IMPLEMENTASI

NO	Hari/tang	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf

	gal				
	Senin	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena	1. Memonitor TTV dan GDS 2. Memposisikan klien dengan posisi semifowler 3. Memonitor rangsangan kaki 4. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S ; Klien mengatakan kakinya masih terasa kesemutan O ; 1. TD 140/80 mmhg Nadi 88x/menir RR 20x/menit S 36, CRT > 2 detik, GDS 340 mg/dl 2. Klien tampak pucat 3. Klien tampak mencoba latiah gerak buerger allern A : masalah perfusi perifer belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
	Senin	Ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan resistensi insulin	1. Melakukan manajemen hiperglikemia Observasi : 2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia(dengan cara menanyakan bagaimana pola makan klien) 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia(dengan cara menanyakan apakah sering	S 1. Pasien mengatakan tidak bisa mengontrol pola makan 2. Pasien mengatakan sering merasa haus 3. Pasien Sering buang aiar kecil sebanyak ± 10 x 4. Keluarga klien mengatakan klien minum	

			haus dan lapar dan sering BAK Terapeutik : 4. Memberikan asupan cairan oral(menberikan minum pada pasien) Edukasi : 5. mengajurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi : 6. melakukan kolaborasi pemberian insulin	obat O 1. Gula darah puasa,340 2. Klien tampak lelah 3. Klien tanpa sering buang air kecil 4. Klien tampak sering minum A : Masalah belum tertasi Ketidakstabilan gula darah P :intervensi dilanjutkan Melakukan manajemen hiperglikemia	
--	--	--	--	---	--

	Selasa	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena	a. Memonitor TTV dan GDS b. Memposisikan klien dengan posisi semifowler c. Memonitor rangsangan kaki d. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S 1. Klien mengatakan kesemutan mulai hilang O: a. Keadaan umum : baik b. TTV : 1) TD : 150/70 mmHg 2) Suhu : 36 ⁰ C 3) Nadi : 80 x/m 4) RR : 20 x/m 1) Gula Darah Sewaktu (GDS) : 300 mg/dl c. CRT klien 2 detik d. Klien sudah bisa melakukan latihan gerak kaki A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Latihan gerak kaki mandiri	
		Ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan resistensi insulin	1. Melakukan manajemen hiperglikemia Observasi : 2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia(dengan cara menanyakan bagaimana pola makan klien) 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia(dengan cara menanyakan apakah sering haus dan lapar dan sering BAK Terapeutik :	S 1) Pasien mengatakan tidak bisa mengontrol pola makan 2) Pasien mengatakan sering merasa haus 3) Pasien Sering buang air kecil sebanyak ± 10 x 4) Keluarga klien mengatakan klien minum obat O 5) Gula darah puasa,300	

			4. Memberikan asupan cairan oral(menberikan minum pada pasien) Edukasi : 5. mengajurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi : 6. melakukan kolaborasi pemberian insulin	6) Klien tampak lelah 7) Klien tanpa sering buang air kecil 8) Klien tampak sering minum A : Masalah belum tertasi Ketidakstabilan gula darah P :intervensi dilanjutkan Melakukan manajemen hiperglikemia	
	Rabu	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena	a. Memonitor TTV dan GDS b. Memposisikan klien dengan posisi semifowler c. Memonitor rangsangan kaki d. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S Klien mengatakan kesemutan hilang O: e. Keadaan umum : baik f. TTV : 1) TD : 140/80 mmHg 2) Suhu : 36⁰ C 3) Nadi : 80 x/m 4) RR : 20 x/m 1) Gula Darah Sewaktu (GDS) : 240 mg/dl g. CRT klien 2 detik h. Klien sudah bisa melakukan latihan gerak kaki A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan pasien pulang Latihan gerak kaki mandiri	

		Ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan resistensi insulin	1. Melakukan manajemen hiperglikemia Observasi : 2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia(dengan cara menanyakan bagaimana pola makan klien) 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia(dengan cara menanyakan apakah sering haus dan lapar dan sering BAK Terapeutik : 4. Memberikan asupan cairan oral(menberikan minum pada pasien) Edukasi : 5. mengajurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi : melakukan kolaborasi pemberian insulin	S 1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa mengontrol pola makan 2. Pasien mengatakan sering merasa haus 3. Pasien mengatakan buang air kecil $\pm 7 \times$ / perhari O 1. Klien mengatakan sudah mulai bisa teratur minum obat (Gula darah puasa ,240) 2. Klien tampak sudah mulai bisa mengontrol pola makan 3. Klien tampak lelah :Masalah teratsi sebagian Ketidakstabilan gula darah P :intervensi dilanjutkan Melakukan manajemen hiperglikemia	
--	--	---	--	--	--

TINJAUAN KASUS

Tanggal Masuk : 27 Maret 2021
Tanggal Pengkajian : 28 Maret 2021
Ruang : Bangsal Dahlia
Pengkaji : Rr Anggraeni Puspitaningrum

1. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas Pasien

Nama : Ny R
Umur : 69 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Tani
Alamat : Sidadap, Patukrejomulyo 01/02 Mirit , Kebumen
Keluhan Utama : Lemas
Diagnosa Utama : Diabetes Mellitus

1. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pasien datang ke IGD RSDS KEBUMEN pada tanggal 27 Maret 2021 dengan keluhan klien mengatakan lemas, berkeringat dingin, mual, pusing, kaki terasa kesemutan dan kebas. Klien mengatakan sudah 10 tahun menderita Diabetes Mellitus. TD: 140/90 mmHg Suhu: 36,5⁰ C, Nadi: 88x/m, Pernafasan: 20x/m, GDS : 520 mg/dl. Setelah dilakukan anamnesa dan pemeriksaan, klien dipindahkan ke bangsal dahlia. Setelah di bangsal di dapatkan data , klien mengatakan masih lemas, pusing, kaki masih

kesemutan. Klien tampak lemas, pucat,, berkeringat.TD 140/80 mmhg, RR 20x/menit Nadi 88x/menit, S 36 CRT > 2 detik.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien sudah menderita DM 10 th

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ayah pasien pernah menderita penyakit yang sama

2. Pola Fungsional

1. Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bernafas secara normal

Saat sakit :Pasien mengatakan pasien dapat bernafas secara normal, tanpa keluhan,

2. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi nasi sayur dan lauk yang tidak menentu. Klien mengatakan minum 7-8 gelas/hari. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi makanan ataupun obat.

Saat sakit : klien mengatakan sering merasakn haus dan lapar yang berlebihan

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan BAK 5-6 x/hari dengan warna jernih dengan bau khas, BAB 1 x/hari dengan konsistensi lembek warna kuning, tidak ada keluhan.

Saat sakit : klien mengatakan belum BAB , BAK sering terutama di malam hari

4. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : klien mengatakan aktivitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga

Saat sakit : klien mengatakan lebih banyak tiduran karena lemas

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : klien mengatakan tidurnya selalu nyenyak, lama tidur malam 7-8 jam, klien mengatakan susah tidur siang.

Saat sakit : klien mengatakan tidurnya berkurang, karena merasa pegal pada kaki dan sering buang air kecil pada malam hari

6. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarga atau teman-temannya

Saat sakit : pasien tidak mengalami kendala dalam berkomunikasi

7. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan sehari-hari bekerja sebagai ibu rumah tangga

Saat sakit : klien hanya tiduran.

8. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : klien mengatakan mandi 2x sehari pagi dan sore,.

Saat sakit : klien mengatakan hanya diseka oleh keluarganya 2x sehari

9. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : Klien mengatakan bisa menggunakan pakaian sendiri

Saat sakit :Klien mengatakan ganti baju dibantu oleh keluarganya

10. Pola bagaimana mempertahankan Suhu Tubuh

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak mengalami demam

Saat sakit : pasien mengatakan tidak demam

11. Pola Rasa Aman Nyaman

Sebelum sakit : klien mengatakan merasa aman dan nyaman ketika berada dirumah berkumpul bersama keluarganya.

Saat sakit : klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan sakit yang dideritanya karena hanya tiduran di tempat tidur, meskipun ditemani oleh keluarganya,

12. Pola Spiritual

Sebelum sakit : klien mengatakan beragama islam, menjalankan shalat 5 waktu dan rutin mengikuti yasinan setiap malam jum'at di Desanya.

Saat sakit : klien menjalankan shalat 5 waktu dengan berbaring ditempat tidur.

13. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : klien mengatakan suka menonton TV untuk hiburan dirumah saat istirahat.

Saat sakit : klien mengatakan terhibur oleh keluarga yang menemaninya.

14. Pola Belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan belum faham mengenai kondisi yang dialami.

Saat sakit : pasien mengatakan sudah paham dengan kondisinya. Sekarang diakibatkan karena Diabetes Mellitus

A. DATA OBYEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

1. Keadaan Umum (KU) : Cukup
2. Kesadaran : Composmentis
3. TD : 140/80 mmHg
4. N : 88 x/mnt
5. S : 36,5⁰C
6. RR : 20x/mnt

2) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) meliputi fungsi bila merupakan pancaindra)

1. Kepala : bentuk mesocephal, tidak ada lesi, tidak ada benjolan,

2. Muka :wajah terlihat lemas.
3. Mata :konjungtiva pucat, , tidak terdapat gangguan penglihatan, tidak ada nyeri tekan, pupil an isokor.
4. Hidung : bentuk normal
5. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis.
6. Telinga :telinga kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan alat bantu pendengaran,
7. Leher : tidak ada benjolan pada leher, tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada nyeri tekan.

8. Dada :

Paru-Paru

I : pergerakan dada simetris,

P : tidak ada nyeri tekan.

P : bunyi sonor.

A : vesikuler.

Jantung

I : pergerakan dada simetris.

P : tidak ada nyeri tekan.

P : bunyi pekak.

A : Irama jantung irreguler

9. Abdomen :

I : perut tampak simetris.

A : bising usus 12x /menit.

P : tidak ada nyeri tekan di 4 kuadran abdomen.

P : tympani.

10. Ekstremitas :

Atas : tidak ada edema, akral hangat, bentuk normal, tangan kanan terpasang inf Asering

Bawah : tidak oedem, bentuk normal

Anggota Gerak	5	5
	5	5

11. Kulit : membran kulit kering.
12. Genetalia : terpasang kateter.

3) Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil Laboratorium

NO	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Kesimpulan
	Hematologi			
	Paket Darah Otomatis			
	Hemoglobin	13,6 g/dL	11,7 -15,5	
	Leukosit	11,1 /uL	3,6 – 11,0	
	Hematokrit	40 %	35 -47	
	Eritrosit	4,7/ uL	3,80 – 5, 20	
	Trombosit	298/uL	150 - 440	
	MCH	29 pg	26 – 34	
	MCHC	34 g/dL	32 – 36	

	MCV	85 fL	80 - 100	
	DIEF COUNT			
	Eosinofil	0,40%	2- 4	
	basonofil	0,30%	0 -1	
	Netrofil	81,40%	50 - 70	
	limfosit	13,80%	22 -40	
	Monosit	4,10%	2 -8	
	Absolut Neutrofil Count	9,05/ul	1,80 – 8,00	
	Absolut Limfosit Count	1,54 / ul	0,9 – 5,2	
	KIMIA KLINIK			
	KIMIA RUTIN			
	Gula Darah Sewaktu	520 mg/dL	80 - 110	
	Ureum	112 mg/dL	10 – 50	
	Creatinin	2,1 mg/dl	0,60 -1,2	
	SGOT	20 U/L	<31	
	SGPT	13 U/L	<32	
	IMUNOLOGI			
	HBSag Rapid	Non reaktif	Non reaktif	

b. Hasil Ro thorax

- ✓ Besar cor Normal
- ✓ Pulmo dalam batas normal

c. Terapi Obat

- ✓ Inf Asering
- ✓ Inj Ranitidin 2 x 1
- ✓ Inj Lasix 1 x 1
- ✓ Inj Ceftriaxon 2 x 1
- ✓ Metformin 3 x 1
- ✓ Glukuidon 1 – 0-0
- ✓ Antasyd syr 3 x 2 cth
- ✓ Sleeding scale /8 jam

B. ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	MASALAH	PENYEBAB	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	DS - Pasien mengatakan badan lemah dan letih - Pasien mengatkan sering merasa haus - Pasien Sering buang air kecil sebanyak 10 x - Pasien mengatakan 1 tahun terakhir gula darah diatas 300 mg/dl DO - Klien tampak lelah - Klien tampak sering buang air kecil - Klien tampak sering minum	Ketidakstabilan gula darah (D.0027)	Resistensi insulin	Ketidakstabilan gula darah b/d Resistensi insulin

	4. GDS 520 mg/dl			
2	DS ; Klien mengatakan badan lemas, sering terasa kebas pada kaki, kaki terasa pegal pegal dan nyeri. Klien mengatakan sudah menderita DM sejak 10 thn yang lalu, DO 1. Klien tampak lemas 2. Klien tampak pucat 3. CRT > 2 detik 4. TD: 140/80 mmHg Suhu: 36⁰ C, Nadi: 88x/m, Pernafasan: 18x/m, GDS : 520 mg/dl	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	Penurunan aliran arteri dan atau vena	Perfusi perifer tidak efektif b/d Penurunan aliran arteri dan atau vena

D.INTERVENSI

NO	SDKI	SLKI	SIKI	
	Ketidakstabilan gula darah b/d resistensi insulin (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam maka kestabilan gula darah membaik (L.03022) dengan KH : 1. Kesadaran meningkat 2. Rasa haus menurun 3. Keluhan lapar menurun 4. Lelah /lesu	<i>Manajemen hiperglikemia (i.03115)</i> Observasi : 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia Terapeutik : 1. Berikan asupan cairan oral 2. Ajurkan kepatuhan	

		menurun 5. Kestabilan kadar glukosa darah membaik	terhadap diet Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian insulin 6 Iu 2. Edukasi program pengobatan	
2	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan atau vena (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam di harapkan perfusi perifer meningkat (L.02011)dengan kriteria hasil 1. Warna kulit pucat menurun 2. Parastesia menurun (kesemutan kaki hilang) 3. Pengisian kapiler membaik (CRT <2 detik) 4. Nyeri ekstremitas menurun (skala nyeri 0) 5. Tekanan darah membaik(TD dalam rentang normal)	<i>Perawatan sirkulasi (i.02079)</i> Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer(missal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, angkle brachi) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (diabetes mellitus) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Teraupetik 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindaripengukuran	

			tekana darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Lakukan pencegahan infeksi 4. Lakukan perawatan kaki dan kuku Edukasi 1. Anjurkan berolah raga rutin (latihan buerger allern) 2. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki) 3. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi(mis rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3) 4. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan(mis rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh , hilangnya rasa).	
--	--	--	---	--

E.IMPLEMENTASI

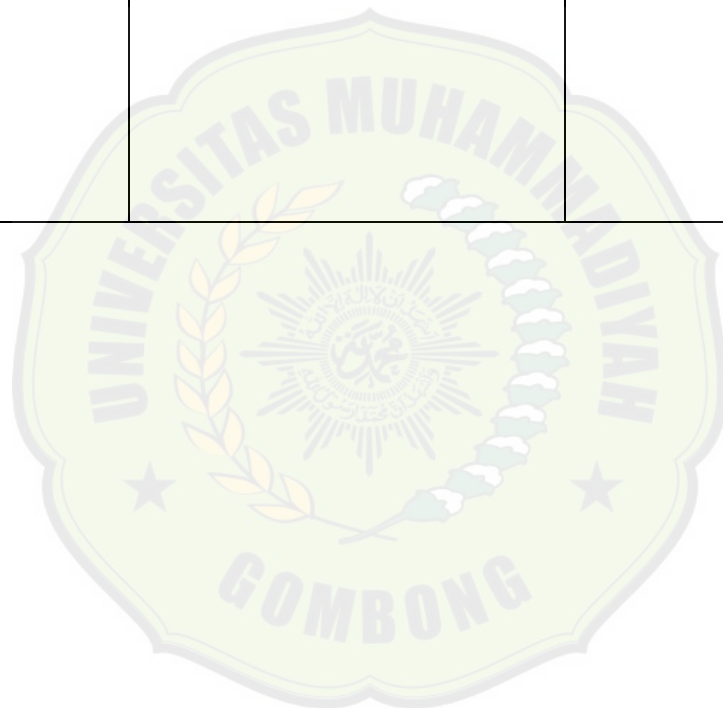
NO	Hari/tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
	Senin	Ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan resistensi insulin	1. Melakukan manajemen hiperglikemia Observasi : 2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia(dengan cara menanyakan bagaimana pola makan klien) 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia(dengan cara menanyakan apakah sering haus dan lapar dan sering BAK Terapeutik : 4. Memberikan asupan cairan oral(menberikan minum pada pasien) Edukasi : 5. mengajurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi : 6. melakukan kolaborasi pemberian insulin	S 1) Pasien mengatakan tidak bisa mengontrol pola makan 2) Pasien mengatakan sering merasa haus 3) Pasien Sering buang air kecil sebanyak ± 10 x 4) Keluarga klien mengatakan klien minum obat O 1. Gula darah puasa,520 2. Klien tampak lelah 3. Klien tanpa sering buang air kecil 4. Klien tampak sering minum A : Masalah belum tertasi Ketidakstabilan gula	

				darah P :intervensi dilanjutkan Melakukan manajemen hiperglikemia	
			1. Memonitor TTV dan GDS 2. Memposisikan klien dengan posisi semifowler 3. Memonitor rangsangan kaki 4. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S ; Klien mengatakan kakinya masih terasa kesemutan O ; 1. TD 140/80 mmhg Nadi 88x/menir RR 20x/menit S 36, CRT > 2 detik, GDS 520 mg/dl 2. Klien tampak pucat 3. Klien tampak mencoba latiah gerak buerger allern A : masalah perfusi perifer belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
Senin	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena				

	Selasa	Ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan resistensi insulin	1) Melakukan manajemen hiperglikemia Observasi : 2) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia(dengan cara menanyakan bagaimana pola makan klien) 3) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia(dengan cara menanyakan apakah sering haus dan lapar dan sering BAK Terapeutik : 4) Memberikan asupan cairan oral(menberikan minum pada pasien) Edukasi : 5) mengajurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi : 6) melakukan kolaborasi pemberian insulin	S 1. Pasien mengatakan sering merasa haus 2. Pasien Sering buang air kecil sebanyak $\pm 10 \times$ 3. Keluarga klien mengatakan klien minum obat O 4. Gula darah puasa,450 5. Klien tampak lelah 6. Klien tanpa sering buang air kecil 7. Klien tampak sering minum A : Masalah belum tertasi Ketidakstabilan gula darah P :intervensi dilanjutkan Melakukan manajemen hiperglikemia	
--	--------	--	---	---	--

		Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena	1. Memonitor TTV dan GDS 2. Memposisikan klien dengan posisi semifowler 3. Memonitor rangsangan kaki 4. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S ; Klien mengatakan kakinya masih terasa kesemutan O ; 4. TD 140/80 mmhg Nadi 88x/menir RR 20x/menit S 36, CRT > 2 detik, GDS 450 mg/dl 5. Klien tampak pucat 6. Klien tampak mencoba latiah gerak buerger allern A : masalah perfusi perifer belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
Rabu	Ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan resistensi insulin	1. Melakukan manajemen hiperglikemia 2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia(dengan cara menanyakan bagaimana pola makan klien) 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia(dengan cara menanyakan apakah sering haus dan lapar dan sering BAK Terapeutik :	S 1. Pasien mengatakan sering merasa haus 2. Pasien Sering buang air kecil sebanyak ± 10 x 3. Keluarga klien mengatakan klien minum obat O 4. Gula darah puasa,388mg/dl 5. Klien tampak lelah 6. Klien tanpa sering buang		

			4. Memberikan asupan cairan oral(menberikan minum pada pasien) Edukasi : 5. mengajurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi : 6. melakukan kolaborasi pemberian insulin	air kecil 7. Klien tampak sering minum A : Masalah belum tertasi Ketidakstabilan gula darah P :intervensi dilanjutkan Melakukan manajemen hiperglikemia	
--	--	--	---	---	--



		Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena	1. Memonitor TTV dan GDS 2. Memposisikan klien dengan posisi semifowler 3. Memonitor rangsangan kaki 4. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S 1. Klien mengatakan kakinya sudah tidak kesemutan O ; 2. TD 140/80 mmhg Nadi 88x/menir RR 20x/menit S 36, CRT < 2 detik, GDS 388 mg/dl 3. Klien tampak pucat 4. Klien sudah bisa latihan gerak buerger allern A : masalah perfusi perifer belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
--	--	--	--	--	--

TINJAUAN KASUS

Tanggal Masuk : 15 Maret 2021

Tanggal Pengkajian : 16 Maret 2021

Ruang : Dahlia

Pengkaji : Rr Anggraeni Puspitaningrum

A. DATA SUBYEKTIF

1. Identitas Pasien

2. Identitas Pasien

Nama : Ny S

RM : 452511

Umur : 63 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Alamat : Kebonsari RT 06/RW 01 Petanahan

Diagnosa Medis ;DM

Keluhan Utama : Lemas

3. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pasien datang ke IGD RSDS KEBUMEN pada tanggal 16 Maret 2021 dengan keluhan klien mengatakan kakinya berasa kebas, mual, muntah, nafsu makan menurun, badan terasa sakit semua. Klien mengatakan sudah 8 tahun menderita Diabetes Mellitus. TD: 120/80 mmHg Suhu: 36,5⁰ C, Nadi: 88x/m, Pernafasan: 20x/m, GDS : 325 mg/dl. Setelah dilakukan anamnesa dan pemeriksaan, klien dipindahkan ke bangsal dahlia. Setelah di bangsal di

dapatkan data , klien mengatakan masih terasa kebas pada kaki dan terasa nyeri, lemas, mual, rasa haus terus menerus, BAK >10x. Klien tampak pucat, lemas, dan berkeringat. TD 120/80 mmhg, RR 20x/menit Nadi 88x/menit, S 36 CRT > 2 detik.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien sudah menderita DM 10 th

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ayah pasien pernah menderita penyakit yang sama

4. Pola Fungsional

1. Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bernafas secara normal

Saat sakit :Pasien mengatakan pasien dapat bernafas secara normal, tanpa keluhan,

2. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi nasi sayur dan lauk yang tidak menentu. Klien mengatakan minum 7-8 gelas/hari. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi makanan ataupun obat.

Saat sakit :, klien mengatakan sering merasakan haus dan lapar

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan BAK 5-6 x/hari dengan warna jernih dengan bau khas, BAB 1 x/hari dengan konsistensi lembek warna kuning, tidak ada keluhan.

Saat sakit : klien mengatakan belum BAB , BAK sering terutama di malam hari

4. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : klien mengatakan aktivitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga

Saat sakit : klien mengatakan lebih banyak tiduran karena mengalami kelemahan anggota gerak, dan merasa pusing

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : klien mengatakan tidurnya selalu nyenyak, lama tidur malam 7-8 jam, klien mengatakan susah tidur siang.

Saat sakit : klien mengatakan tidurnya berkurang, karena merasa pegal pada kaki dan sering buang air kecil pada malam hari

6. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarga atau teman-temannya

Saat sakit : pasien tidak mengalami kendala dalam berkomunikasi

7. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan sehari-hari bekerja sebagai ibu rumah tangga

Saat sakit : klien hanya tiduran.

8. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : klien mengatakan mandi 2x sehari pagi dan sore,.

Saat sakit : klien mengatakan hanya diseka oleh keluarganya 2x sehari

9. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : Klien mengatakan bisa menggunakan pakaian sendiri

Saat sakit :Klien mengatakan ganti baju dibantu oleh keluarganya

10. Pola bagaimana mempertahankan Suhu Tubuh

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak mengalami demam

Saat sakit : pasien mengatakan tidak demam

11. Pola Rasa Aman Nyaman

Sebelum sakit : klien mengatakan merasa aman dan nyaman ketika berada dirumah berkumpul bersama keluarganya.

Saat sakit : klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan sakit yang dideritanya karena hanya tiduran di tempat tidur, meskipun ditemani oleh keluarganya,

12. Pola Spiritual

Sebelum sakit : klien mengatakan beragama islam, menjalankan shalat 5 waktu dan rutin mengikuti yasinan setiap malam jum'at di Desanya.

Saat sakit : klien menjalankan shalat 5 waktu dengan berbaring ditempat tidur.

13. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : klien mengatakan suka menonton TV untuk hiburan dirumah saat istirahat.

Saat sakit : klien mengatakan terhibur oleh keluarga yang menemaninya.

14. Pola Belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan belum faham mengenai kondisi yang dialami.

Saat sakit : pasien mengatakan sudah paham dengan kondisinya. Sekarang diakibatkan karena Diabetes Mellitus

B. DATA OBYEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

1. Keadaan Umum (KU) : Cukup
2. Kesadaran : Composmentis
3. TD : 120/80 mmHg
4. N : 88 x/mnt
5. S : 36,5⁰C
6. RR : 20x/mnt

2) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) meliputi fungsi bila merupakan pancaindra)

1. Kepala : bentuk mesocephal, tidak ada lesi, tidak ada benjolan,

2. Muka :wajah terlihat lemas.
3. Mata :konjungtiva pucat, , tidak terdapat gangguan penglihatan, tidak ada nyeri tekan, pupil an isokor.
4. Hidung : bentuk normal
5. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis.
6. Telinga :telinga kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan alat bantu pendengaran,
7. Leher : tidak ada benjolan pada leher, tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada nyeri tekan.

8. Dada :

Paru-Paru

I : pergerakan dada simetris,

P : tidak ada nyeri tekan.

P : bunyi sonor.

A : vesikuler.

Jantung

I : pergerakan dada simetris.

P : tidak ada nyeri tekan.

P : bunyi pekak.

A : Irama jantung irreguler

9. Abdomen :

I : perut tampak simetris.

A : bising usus 12x /menit.

P : tidak ada nyeri tekan di 4 kuadran abdomen.

P : tympani.

10. Ekstremitas :

Atas : tidak ada edema, akral hangat, bentuk normal, tangan kanan terpasang inf Asering

Bawah : tidak oedem, bentuk normal

Anggota Gerak	5	5
	5	5

11. Kulit : membran kulit kering.
12. Genetalia : terpasang kateter.

3) Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	
Hematologi				
Darah Lengkap				
Hemoglobin	10,7	g/dL	11,7 – 15,5	
Leukosit	22,1	$10^3/\mu\text{L}$	3,6 – 11,0	
Hematokrit	31	%	35-47	
Eritrosit	3,6	$10^6/\mu\text{L}$	3,80	
Trombosit	196	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 440	
MCH	30	pg	26 – 34	
MCHC	34	g/dL	32 – 36	
MCV	87	fL	80 - 100	

DIEF COUNT				
Eosinofil	0,00	%	2-4	
Basofil	0,00	%	0 -1	
Netrofil	92,30	%	50 -70	
Limfosit	4,20	%	22 -40	
Monosit	3,50	%	2-8	
Absolut Netrofil count	20,41	$10^3/\mu\text{l}$	1,80 – 8,00	
Absolut Limfosit Count	0,93	$10^3/\mu\text{l}$	0,9 – 5,2	
Netrofil Limfosit Rasio	21,95			
Kimia Klinik				
GDS	325	mg/dl	70-105	
Ureum	27	mg/dl	10-50	
Creatinin	0,28	mg/dl	0,6 – 1,2	
SGOT	40	U/L	< 31	
SGPT	24	U/L	<32	
ELEKTROLIT KIMIA				
Kalium	3,4	Mmol/L	3,5 – 5,3	
Natrium	131	Mmol/L	135,0 – 147,0	
Chlorida	98	Mmol/L	98,0 – 107, 0	

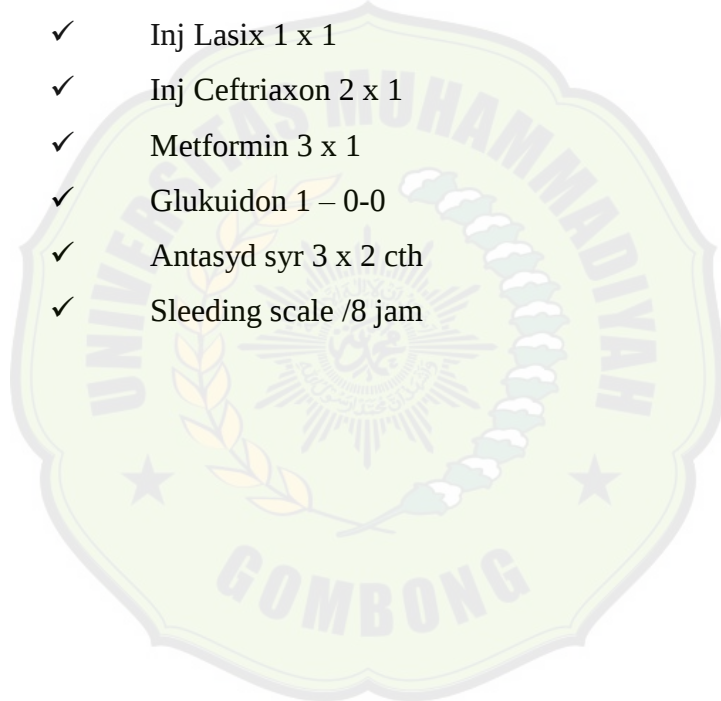
IMUNOLOGI				
HBsAg RAPid	Non Reaktif		Non Reaktif	

b. Hasil Ro thorax

- ✓ Besar cor Normal
- ✓ Pulmo dalam batas normal

c. Terapi Obat

- ✓ Inf Asering
- ✓ Inj Ranitidin 2 x 1
- ✓ Inj Lasix 1 x 1
- ✓ Inj Ceftriaxon 2 x 1
- ✓ Metformin 3 x 1
- ✓ Glukuidon 1 – 0-0
- ✓ Antasyd syr 3 x 2 cth
- ✓ Sleeding scale /8 jam



C. ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	MASALAH	PENYEBAB	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	DS ; Klien mengatakan badan lemas, sering terasa kebas pda kaki, kaki terasa pegal pegal dan nyeri, pusing Klien mengatakan sudah menderita DM sejak 8 thn yang lalu, DO 1. Klien tampak lemas 2. Klien tampak pucat 3. Mukosa bibir kering 4. CRT > 2 detik 5. TD: 120/80 mmHg Suhu: 36⁰ C, Nadi: 88x/m, Pernafasan: 28x/m, GDS : 325 mg/dl	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	Penurunan aliran arteri dan atau vena	Perfusi perifer tidak efektif b/d Penurunan aliran arteri dan atau vena
2	DS 1. Pasien mengatakan badan lemah dan letih 2. Pasien mengatkan sering merasa haus 3. Pasien Sering buang air kecil sebanyak 10 x DO 1. Klien tampak lelah 2. Klien tampak sering buang air kecil	Ketidakstabilan gula darah (D.0027)	Resistensi insulin	Ketidakstabilan gula darah b/d Resistensi insulin

	3. Klien tampak sering minum			
	4. GDS 325 mg/dl			



NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan atau vena (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam di harapkan perfusi perifer meningkat (L.02011)dengan kriteria hasil 1. Warna kulit pucat menurun 2. Parastesia menurun (kesemutan kaki hilang) 3. Pengisian kapiler membaik (CRT <2 detik) 4. Nyeri ekstremitas menurun (skala nyeri 0) 5. Tekanan darah membaik(TD dalam rentang normal)	<i>Perawatan sirkulasi (i.02079)</i> Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer(missal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, angkle brachi) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (diabetes mellitus) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ektremitas Teraupetik 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindaripengukuran tekana darah pada ektremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Lakukan pencegahan infeksi 4. Lakukan perawatan kaki dan kuku Edukasi 1. Anjurkan berolah raga rutin (latihan buerger allern) 2. Anjurkan melaku kan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki)

			3. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi(mis rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3) 4. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan(mis rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh , hilangnya rasa).	
	Ketidakstabilan gula darah b/d resistensi insulin (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam maka kestabilan gula darah membaik (L.03022) dengan KH : 1. Kesadaran meningkat 2. Rasa haus menurun 3. Keluhan lapar menurun 4. Lelah /lesu menurun 5. Kestabilan kadar glukosa darah membaik	<i>Manajemen hiperglikemia (i.03115)</i> Observasi : 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia Terapeutik : 1. Berikan asupan cairan oral 2. Ajurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian insulin 6 Iu 2. Edukasi program pengobatan	

D.INTERVENSI

NO	Hari/tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
	Senin	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena	1. Memonitor TTV dan GDS 2. Memposisikan klien dengan posisi semifowler 3. Memonitor rangsangan kaki 4. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S ; Klien mengatakan kakinya masih terasa kesemutan O ; 1. TD 120/80 mmhg Nadi 88x/menir RR 20x/menit S 36, CRT > 2 detik, GDS 325 mg/dl 2. Klien tampak pucat 3. Klien tampak mencoba latiah gerak buerger allern A : masalah perfusi perifer belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
	Senin	Ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan resistensi insulin	1. Melakukan manajemen hiperglikemia Observasi : 2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia(dengan cara menanyakan bagaimana pola makan klien) 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia(dengan cara menanyakan apakah sering haus dan lapar dan sering BAK Terapeutik : 4. Memberikan asupan cairan oral(menberikan minum	S 1. Pasien mengatakan tidak bisa mengontrol pola makan 2. Pasien mengatakan sering merasa haus 3. Pasien Sering buang aiar kecil sebanyak ± 10 x 4. Keluarga klien mengatakan klien minum obat O 1. Gula darah puasa,325 mg/dL 2. Klien tampak lelah	

			pada pasien) Edukasi : 5. mengajurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi : 6. melakukan kolaborasi pemberian insulin	3. Klien tanpa sering buang air kecil 4. Klien tampak sering minum A : Masalah belum tertasi Ketidakstabilan gula darah P :intervensi dilanjutkan Melakukan manajemen hiperglikemia	
	Selasa	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena	a. Memonitor TTV dan GDS b. Memposisikan klien dengan posisi semifowler c. Memonitor rangsangan kaki d. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S 1. Klien mengatakan kesemutan mulai hilang O: a. Keadaan umum : baik b. TTV : 1) TD : 120/70 mmHg 2) Suhu : 36⁰ C 3) Nadi : 80 x/m 4) RR : 20 x/m 1) Gula Darah Sewaktu (GDS) : 275 mg/dl c. CRT klien 2 detik d. Klien sudah bisa melakukan latihan gerak kaki A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	

				Latihan gerak kaki mandiri	
		Ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan resistensi insulin	1. Melakukan manajemen hiperglikemia Observasi : 2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia(dengan cara menanyakan bagaimana pola makan klien) 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia(dengan cara menanyakan apakah sering haus dan lapar dan sering BAK Terapeutik : 4. Memberikan asupan cairan oral(menberikan minum pada pasien) Edukasi :	S 1) Pasien mengatakan tidak bisa mengontrol pola makan 2) Pasien mengatakan sering merasa haus 3) Pasien Sering buang air kecil sebanyak ± 10 x 4) Keluarga klien mengatakan klien minum obat O 5) Gula darah puasa,245mg/dL 6) Klien tampak lelah 7) Klien tanpa sering buang air kecil	

			5. mengajurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi : 6. melakukan kolaborasi pemberian insulin	8) Klien tampak sering minum A : Masalah belum tertasi Ketidakstabilan gula darah P :intervensi dilanjutkan Melakukan manajemen hiperglikemia	
	Rabu	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurun aliran arteri dan atau vena	a. Memonitor TTV dan GDS b. Memposisikan klien dengan posisi semifowler c. Memonitor rangsangan kaki d. Mengajarkan teknik latihan gerak kaki (bueger allern) dengan dikombinasikan mendengarkan murotal al quran	S Klien mengatakan kesemutan hilang O: e. Keadaan umum : baik f. TTV : 1) TD : 110/80 mmHg 2) Suhu : 36⁰ C 3) Nadi : 80 x/m 4) RR : 20 x/m 1) Gula Darah Sewaktu (GDS) : 195 mg/dl g. CRT klien 2 detik h. Klien sudah bisa melakukan latihan gerak kaki A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan pasien pulang Latihan gerak kaki mandiri	

		Ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan resistensi insulin	1. Melakukan manajemen hiperglikemia Observasi : 2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia(dengan cara menanyakan bagaimana pola makan klien) 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia(dengan cara menanyakan apakah sering haus dan lapar dan sering BAK Terapeutik : 4. Memberikan asupan cairan oral(menberikan minum pada pasien) Edukasi : 5. mengajurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi : melakukan kolaborasi pemberian insulin	S 1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa mengontrol pola makan 2. Pasien mengatakan sering merasa haus 3. Pasien mengatakan buang air kecil $\pm 7 \times$ / perhari O 1. Klien mengatakan sudah mulai bisa teratur minum obat (Gula darah puasa ,195mg/dL) 2. Klien tampak sudah mulai bisa mengontrol pola makan 3. Klien tampak lelah :Masalah teratsi sebagian Ketidakstabilan gula darah P :intervensi dilanjutkan Melakukan manajemen hiperglikemia	
--	--	---	--	--	--

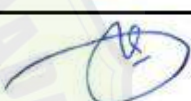
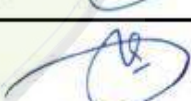
D. IMPLEMENTASI

KEGIATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Rr Anggraeni Puspitaningrum

NIM : A32020208

Nama Pembimbing : Cahyu Septiwi, M. Kep., Sp.KMB, PhD

Tanggal Bimbingan	Topik / Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
31-12-2020	Tema KIA	
17-01-2021	Judul, Konsul BAB I	
09-02-2021	Konsul BAB I II III , perbaikan judul, dan menambahkan intervensi yang dapat dilakukan bersama Buerger Allen Exercise	
15-02-2021	Revisi untuk BAB I II III, perbaikan tata penulisan daftar pustaka, Askep yg mengarah pd DM secara terori	
16 -02-2021	Revisi untuk penulisan di daftar pustaka	
17-02-2021	Revisi untuk penulisan di daftar pustaka	
18-02-2021	Acc lanjut uji turnitin	

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan Pendidikan Profesi Ners

STIKes Muhammadiyah Gombong



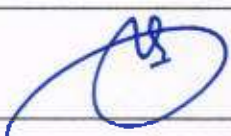
(Eka Riyanti, M.Kep, Sp.Kep.Mat)

KEGIATAN BIMBINGAN

Nama : Rr. Anggraeni Puspitaningrum

NIM : A32020208

Nama Pembimbing : Cahyu Septiwi, M. Kep., Sp.KMB, PhD

Tanggal bimbingan	Materi/Topik Bimbingan	Paraf pembimbing
23 agustus 2021	Konsul Bab 4 dan Bab 5	
20 September 2021	Revisi bab 4 untuk implementasi dan Analisis Peneliti	
20 September 2021	ACC Bab 4 dan 5 lanjut Turnitin	
06 oktober 2021	Revisi setelah ujian Sidang Hasil	
06 Oktober 2021	ACC	

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan Pendidikan Profesi Ners

Universitas Muhammadiyah Gombong


(Dadi Santoso, M.Kep)