

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. D DENGAN
PENERAPAN SENAM KAKI UNTUK MENINGKATKAN
PERFUSI PERIFER PADA PASIEN ULKUS PEDIS
DIABETIKUM DI RUANG KHALID BIN WALID
RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Pada Program
Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

PUPUT SRI RAHAYU

KHGD24021



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2024/2025**

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Penerapan Senam Kaki Untuk Meningkatkan Perfusi Perifer Pada Pasien Ulkus Pedis Diabetikum Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat

NAMA : PUPUT SRI RAHAYU

NIM : KHGD24021

Garut, Agustus 2025

Menyetujui,

Penguji I



Devi Ratnasari, S. Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners



Sri Yekti W, M.Kep

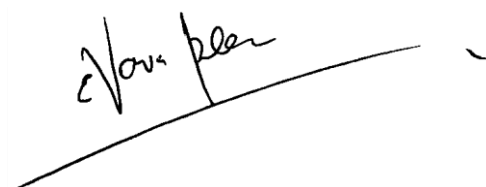
Penguji II



Andri Nugraha, S. Kep., Ns., M.Kep

Mengesahkan,

Pembimbing



E. Vava Rilla, S.Kep.Ners.,M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Penerapan Senam Kaki Untuk Meningkatkan Perfusi Perifer Pada Pasien Ulkus Pedis Diabetikum Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat

NAMA : PUPUT SRI RAHAYU

NIM : KHGD24021

Garut, Agustus 2025

Menyetujui,

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'E. Vava Rilla', is written over a horizontal line.

E. Vava Rilla, S.Kep.Ners.,M.Kep

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. D DENGAN PENERAPAN SENAM KAKI UNTUK MENINGKATKAN PERFUSI PERIFER PADA PASIEN ULKUS PEDIS DIABETIKUM DI RUANG KHALID BIN WALID RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT

NAMA : PUPUT SRI RAHAYU

NIM : KHGD24021

Latar Belakang : Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolisme tubuh yang menahun akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah (hiperglikemia). Ulkus diabetikum merupakan salah satu komplikasi yang dapat dialami oleh penderita diabetes melitus tipe 2 terjadi akibat kerusakan pembuluh darah perifer dan saraf dikarenakan gula darah yang tidak terkontrol. Kesemutan (parestesia) atau kebas (mati rasa) adalah gejala umum yang sering dialami oleh pasien dengan ulkus diabetik, dan hal ini biasanya terkait dengan neuropati diabetik. Neuropati diabetik terjadi akibat kadar gula darah yang tinggi dalam waktu lama, yang menyebabkan kerusakan pada saraf tepi. Gejala ini dapat muncul di kaki, tangan, atau area tubuh lain. Salah satu cara non-farmakologi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perfusi perifer pada pasien ulkus diabetik dengan latihan senam kaki diabetes. **Tujuan :** Studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui penerapan latihan senam kaki diabetes untuk menurunkan glukosa darah, berkurangnya faktor risiko neuropati perifer, kelainan deformitas kaki dan melancarkan peredaran darah pada pasien ulkus pedis di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat. **Metode :** metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan medis. Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien ulkus pedis dengan penerapan latihan senam kaki diabetes. **Hasil :** hasil penelitian sebelum dilakukan senam kaki diabetes pada pasien Ulkus Pedis di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat merasakan kesemutan, penurunan sensitifitas dan CRT > 3 detik menjadi tidak merasakan kesemutan, sensitifitas meningkat dan CRT < 3 detik. Kesimpulan dalam penelitian ini latihan senam kaki diabetes efektif dapat meningkatkan perfusi perifer.

Kata kunci : Diabetes Mellitus, Ulkus Pedis, Senam Kaki Diabetes, Perfusi Perifer

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR Mr. D WITH THE IMPLEMENTATION OF FOOT EXERCISES TO IMPROVE PERIPHERAL PERFUSION IN PATIENTS WITH DIABETIC PEDICAL ULCERS IN THE KHALID BIN WALID WARD OF AL-IHSAN HOSPITAL, WEST JAVA PROVINCE

NAMA : PUPUT SRI RAHAYU

NIM : KHGD24021

Background: Diabetes Mellitus (DM) is a chronic metabolic disorder caused by the body's inability to effectively use the insulin hormone to regulate blood sugar balance, resulting in increased blood sugar concentration (hyperglycemia). Diabetic ulcers are a complication that can be experienced by people with type 2 diabetes mellitus, which occurs due to damage to peripheral blood vessels and nerves due to uncontrolled blood sugar. Tingling (paresthesia) or numbness are common symptoms often experienced by patients with diabetic ulcers, and this is usually associated with diabetic neuropathy. Diabetic neuropathy occurs due to high blood sugar levels over a long period of time, which causes damage to peripheral nerves. These symptoms can appear in the feet, hands, or other areas of the body. One non-pharmacological method that can be done to improve peripheral perfusion in patients with diabetic ulcers is diabetic foot exercise. **Objective:** This case study aims to determine the application of diabetic foot exercise to lower blood glucose, reduce risk factors for peripheral neuropathy, foot deformity and improve blood circulation in patients with pedis ulcers at Al-Ihsan Regional Hospital, West Java Province. **Method:** The method used is a descriptive case study by conducting anamnesis, observation, physical examination, and medical records. Participants in this study were patients with pedis ulcers with the application of diabetic foot exercise. **Results:** The results of the study before diabetic foot exercise in patients with Pedis Ulcers at Al-Ihsan Regional Hospital, West Java Province felt tingling, decreased sensitivity and CRT > 3 seconds to not feel tingling, increased sensitivity and CRT < 3 seconds. The conclusion in this study is that diabetic foot exercise is effective in increasing peripheral perfusion.

Keywords: Diabetes Mellitus, Pedic Ulcer, Diabetic Foot Exercise, Peripheral Perfusion

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim.

Assalamu'alaikum wr.wb.

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT. yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya. Shalawat serta salam semoga selalu tercurah limpahkan kepada suri tauladan kita Baginda Rasulullah SAW beserta keluarga dan umatnya hingga akhir zaman. Karena berkat Rahmat dan Ridho-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh pendidikan Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam menyusun dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini penulis banyak memperoleh bantuan baik moril maupun materil serta bimbingan, dorongan dan motivasi dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE.,M.Si Ketua umum pengurus yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Eldessa Vava Rilla, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing utama yang telah memberikan waktu, arahan, motivasi serta masukan bagi penyusun.
6. Seluruh jajaran Dosen dan Staf Prodi Profesi Ners Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
7. Teristimewa kepada kedua orangtua Bapak Amat dan Mamah Rika, Terimakasih karena telah memberikan kasih sayang, serta senantiasa mengiringkan do'a, dukungan dan nasihat bagi penulis. Semoga Allah SWT memberikan kesehatan dan panjangkan umur mereka, agar senantiasa menemani penulis menuju kesuksesan.

8. Kedua saudara penulis, A Akbar dan Syakyla yang telah memberikan dukungan moril maupun materil kepada penulis.
9. Rekan-rekan Angkatan 2024 Program Studi Profesi Ners Keperawatan, pihak lain yang telah membantu dan memberikan saran untuk kelancaran menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners.
10. Kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dan memberikan dorongan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan segala masukan baik berupa saran maupun kritik demi perbaikan penelitian selanjutnya. Akhir kata, penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini dapat berguna dan bermanfaat bagi penulis maupun pembaca.

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan Khusus	8
1.4 Manfaat.....	9
1.4.1 Manfaat Bagi Rumah Sakit	9
1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Penyakit Ulkus Pedis Diabetik.....	10
2.1.1 Pengertian.....	10
2.1.2 Etiologi.....	11
2.1.3 Klasifikasi	13
Gambar 2.1 (Wagner Classification of Foot)	14
2.1.4 Patofisiologi	14
2.1.5 Manifestasi Klinis	17
2.1.6 Komplikasi	18
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	18
2.2 Konsep Parestesia (Kesemutan)	19
2.2.1 Pengertian Kesemutan.....	19
2.2.2 Patofisiologi & Penyebab.....	19
2.2.3 Manajemen Kesemutan.....	20
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	21
2.3.1 Pengkajian Ulkus	21
2.3.2 Analisa Data	26
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	29
2.3.4 Intervensi.....	32
2.3.5 Implementasi Keperawatan.....	40
2.3.6 Evaluasi Keperawatan.....	40
2.4 Konsep Senam Kaki Diabetik	40
2.4.1 Pengertian Senam Kaki	40

2.4.2	Tujuan Senam Kaki Diabetik	41
2.4.3	Indikasi Pelaksanaan	41
2.4.4	Manfaat	41
2.4.5	SOP Senam Kaki.....	42
2.5	Analisi Jurnal/EBP	45
2.5.1	Hasil	45
Tabel 2.1 Pemberian Senam Kaki Diabetik Terhadap Peningkatan Perfusi Perifer Pada Pasien Ulkus Pedis Diabetik		45
2.5.2	Pembahasan.....	50
2.5.3	Kesimpulan dan Saran.....	51
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....		52
3.1	Tinjauan Kasus	52
3.1.1	Pengkajian.....	52
3.2	Pembahasan.....	81
3.2.1	Pengkajian Data dan Analisa Data.....	81
3.2.2	Diagnosis Keperawatan.....	82
3.2.3	Perencanaan Keperawatan	83
3.2.4	Implementasi Kpereawatan.....	85
3.2.5	Evaluasi	87
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....		89
4.1	Kesimpulan.....	89
4.2	Saran.....	91
4.2.1	Institusi Pendidikan.....	91
4.2.2	Rumah Sakit.....	91
4.2.3	Mahasiswa.....	91
DAFTAR PUSTAKA.....		92
LAMPIRAN.....		94
Lampiran I Standar Operasional Prosedur (SOP)		94
Lampiran II Dokumentasi Intervensi.....		96
Lampiran III Lembar Bimbingan		97

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 (Wagner Calssification of Foot)	14
--	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pemberian Senam Kaki Diabetik Terhadap Peningkatan Perfusi Perifer Pada Pasien Ulkus Pedis Diabetik	45
--	----

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Bagan Pathway.....	16
------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pola makan yang buruk dapat mengganggu fungsi pankreas. Organ ini mengandung sel beta yang memproduksi hormon insulin. Insulin bertanggung jawab untuk memindahkan glukosa dari aliran darah ke sel sel dalam tubuh. Sel-sel ini digunakan untuk energy Glukosa, yang tidak dapat diserap tubuh karena hormon insulin tidak dapat diangkut, tetap berada di aliran darah dan meningkatkan kadar gula.

Insulin adalah hormon yang dibuat oleh pankreas yang berfungsi sebagai kunci untuk menyalurkan glukosa dari makanan yang kita makan dari aliran darah ke dalam selsel tubuh untuk menghasilkan energi. Tubuh memecah semua makanan karbohidrat menjadi glukosa dalam darah, dan insulin membantu glukosa bergerak ke dalam sel-sel (*IDF Diabetes Atlas*, 2025). Diabetes melitus memiliki beberapa jenis, diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, diabetes gestasional, diabetes tipe lain (Febrinasari et al., 2020).

Pada diabetes tipe 2, ketidakmampuan sel-sel tubuh untuk merespons insulin secara penuh disebut resistensi insulin. Adanya resistensi insulin mendorong peningkatan produksi insulin, yang seiring waktu dapat mengakibatkan produksi insulin yang tidak memadai karena sel-sel beta pankreas gagal memenuhi permintaan. Bila tubuh tidak dapat memproduksi atau menggunakan insulin

secara efektif, hal ini menyebabkan kadar glukosa darah tinggi, yang disebut hiperglikemia, yang merupakan indikator Diabetes (*IDF Diabetes Atlas*, 2025).

Diabetes Melitus (DM) atau yang biasa disebut dengan penyakit kencing manis merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) yang merupakan penyakit gangguan metabolisme tubuh yang menahun akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah (hiperglikemia) (Febrinasari et al., 2020). Salah satu komplikasi dari penyakit DM yaitu ulkus diabetikum, dimana pembuluh darah perifer dan saraf mengalami kerusakan.

Prevalensi ulkus kaki diabetik di seluruh dunia adalah 6,3% (sekitar 33.831.000 orang) pada populasi diabetes dengan jumlah 537 juta orang dewasa yang hidup dengan diabetes di seluruh dunia pada tahun 2021. Prevalensi ulkus diabetikum adalah 15% dengan tingkat risiko amputasi sekitar 30%, dan angka kematian sekitar 32%. Ulkus diabetikum di Indonesia merupakan penyebab rawat inap terbesar dengan angka 80%. Sekitar 13% dari prevalensi ulkus diabetikum di Indonesia adalah penderita diabetes yang mendapat perawatan di rumah sakit dan ada sekitar 26% penderita diabetes yang berobat jalan (*IDF Diabetes Atlas*, 2025).

Prevalensi ulkus diabetik di Jawa Barat untuk Tahun 2025 belum ada data terbaru secara spesifik. Namun, berdasarkan data dari Riskesdas 2018, prevalensi diabetes melitus di Jawa Barat sebesar 1,74% berada dibawah prevalensi nasional yang sebesar 2%. Capaian pelayanan kesehatan bagi penderita diabetes melitus

yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar tahun 2023 adalah sebesar 76,42% dari jumlah penderita diabetes melitus sebanyak 645.390 kasus, meningkat 33,65 poin dari tahun 2022 sebesar 42,77% (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2023). Prevalensi kasus ulkus diabetik di Kota dan Kabupaten Bandung tidak ada data spesifik namun jumlah penderita DM di keduanya yaitu sekitar 100.618 kasus dengan risiko komplikasi ulkus. Prevalensi penderita ulkus diabetik di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat pada tahun 2024, sekitar 56 orang, RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat menangani kasus ulkus diabetik terbanyak pada tahun 2023 sekitar 121 kasus.

Faktor penyebab tingginya kasus diabetes melitus tipe 2 yaitu salah satunya faktor risiko yang tidak dapat diubah seperti jenis kelamin, usia, ras, suku, faktor genetik, riwayat kelahiran bayi >4.000 gram dan riwayat kelahiran bayi dengan BBLR <2.500 gram. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti berat badan lebih ($IMT \geq 23 \text{ kg/m}^2$), kurangnya aktivitas fisik, Hipertensi, Dislipidemia ($HDL < 35 \text{ mg/dL}$ dan / atau trigliserida $> 250 \text{ mg/dL}$), pola makan yang tidak sehat seperti tinggi glukosa dan rendah serat (Adi, 2019). Komplikasi dari penyakit DM yang tergolong sangat berbahaya adalah luka kaki diabetes yang berkemungkinan menyebabkan kelainan bentuk kaki dan infeksi hingga perlu dilakukannya amputasi pada anggota tubuh.

Kerusakan integritas kulit/jaringan disebabkan oleh mengeringnya kulit (gangguan pada regulasi tubuh) yang membuat kulit mudah luka dan gatal. Cairan tubuh yang kental, dan sirkulasi terhambat, akibatnya energi panas meningkat (*domp-heat*) menyebabkan timbulnya iritasi di kulit. Gatal menimbulkan sensasi

yang tidak menyenangkan yang memicu keinginan untuk menggaruk. Kegiatan menggaruk yang dilakukan terus menerus mengakibatkan terjadinya inflamasi sel dan pelepasan histamin oleh ujung saraf yang memperberat rasa gatal (Hayati, et.al, 2020). Penurunan sensitivitas atau hilangnya sensasi pada kaki termasuk faktor utama risiko ulkus (Ayu, 2024).

Ulkus diabetikum merupakan salah satu komplikasi yang dapat dialami oleh penderita diabetes melitus tipe 2 terjadi akibat kerusakan pembuluh darah perifer dan saraf dikarenakan gula darah yang tidak terkontrol dan saat kondisi parah mengakibatkan kerusakan yang melebar hingga ke tulang, hal ini harus dilakukan tindakan amputasi, pada sirkulasi darah yang tidak baik membuat darah tidak bisa mengalir dengan lancar (Ahani, 2022). Kondisi ini timbul dengan luka mengeluarkan cairan berbau tidak sedap (Bella, 2022). Meskipun bisa terjadi di semua bagian tubuh, ulkus diabetikum sering muncul dibagian tungkai dan kaki yang mengakibatkan sulit sembuh karena kurang lancar darah dan kadar gula darah yang tinggi akan terinfeksi dan aliran darah yang buruk dapat menyebabkan gangrene, yaitu kematian otot, kulit, dan jaringan pada kaki (Agustin, 2022). Permasalahan pada pasien diabetes di antaranya yaitu tidak efektifnya perfusi perifer yang menyebabkan kesemutan pada penderita ulkus diabetik (Ayu, 2024).

Kesemutan (parestesia) atau kebas (mati rasa) adalah gejala umum yang sering dialami oleh pasien dengan ulkus diabetik, dan hal ini biasanya terkait dengan neuropati diabetik. Neuropati diabetik terjadi akibat kadar gula darah yang tinggi dalam waktu lama, yang menyebabkan kerusakan pada saraf tepi. Gejala ini dapat

muncul di kaki, tangan, atau area tubuh lain, tetapi paling sering terjadi di ekstremitas bawah, terutama di telapak kaki.

Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia penatalaksanaan pada gangguan integritas jaringan ulkus diabetikum terdapat 2 intervensi utama (Susilo & Wulandari, 2017). Adapun dalam melakukan pelaksanaan yakni perawatan integritas kulit dan perawatan luka diantaranya komponen observasi yaitu tindakan mengumpulkan serta menganalisis data kesehatan pasien dalam pelaksanaan yaitu memonitor karakteristik luka dan tanda infeksi, komponen terapeutik yakni tindakan secara langsung berefekan memulihkan status kesehatan pasien atau mencegah bertambah parahnya pada kesehatan pasien dalam pelaksanaannya melepaskan balutan lalu membersihkan luka menggunakan cairan NaCL setelah itu membersihkan jaringan nekrotik dan mengganti balutan luka, komponen edukasi yakni ditujukan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam merawat dirinya dengan dibantu untuk memperoleh perilaku baru sehingga dapat mengatasi masalah dan komponen kolaborasi yakni tindakan dibutuhkannya kerjasama dengan perawat lain maupun profesi kesehatan lain dalam penatalaksanaannya mengkolaborasikan prosedur debridement dan pemberian obat anti biotik (Yoga, 2017).

Selain dengan intervensi farmakologis, upaya perawatan integritas kulit juga dapat dilakukan dengan cara non farmakologis seperti, rendam kaki, *Foot Spa diabetik*, dan pemberian *virgin coconut oil*, Wilconson (2016) menyatakan intervensi yang diberikan pada pasien dengan gangguan pada integritas kulit diantaranya dorong latihan fisik, memberikan terapi kolaboratif antitrombosit dan

antikoagulan, penyuluhan kepada pasien/ keluarga tentang manfaat latihan fisik pada integritas kulit. Hal ini dilakukan agar terjadi keadekuatan aliran darah melalui pembuluh darah kecil ekstremitas untuk mempertahankan fungsi yang ditunjukkan dengan warna kulit, sensasi dan integritas kulit yang normal dan tidak terjadi gangguan sirkulasi darah (Dewi, 2021).

Latihan fisik yang dapat dilakukan pada penderita diabetes yaitu Senam Kaki. Senam kaki ini bisa dilakukan dengan cara menekuk jari kaki, mengangkat telapak kaki dan tumit kaki secara bergantian lalu gerakan dengan arah memutar, mengangkat lutut kaki dan luruskan jari-jari kaki ke arah depan dan arah wajah, serta membentuk sehelai koran menjadi bola dengan menggunakan kedua kaki (Flora, 2017). Manfaat dari senam kaki diabetes dapat menurunkan risiko terjadinya ulkus diabetikum pada penderita diabetes melitus dengan kriteria menurunnya glukosa darah, berkurangnya faktor risiko neuropati perifer, kelainan deformitas kaki, membantu melancarkan peredaran darah, memperkuat otot-otot, mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki, meningkatkan kekuatan otot betis dan paha, mengatasi keterbatasan sendi, serta mencegah komplikasi yang akan terjadi pada pasien DM (Nather, 2016)

Rumah Sakit Umum Daerah Al-Ihsan merupakan Rumah Sakit yang berdiri pada Tahun 1993 yang awalnya dikelola oleh Yayasan Rumah Sakit Islam Al-Ihsan kemudian pada Tahun 2004 beralih kepemilikannya menjadi milik Pemerintah Provinsi Jawa Barat. RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat merupakan salah satu rumah sakit rujukan tingkat provinsi yang memiliki peran strategis dalam sistem pelayanan kesehatan di wilayah Jawa Barat. Terletak di Kecamatan

Baleendah, Kabupaten Bandung. RSUD ini melayani rujukan dari berbagai kabupaten/kota di Jawa Barat, terutama wilayah Bandung Raya dan Priangan Timur. Dengan status sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). RSUD Al-Ihsan Memiliki Visi “Terwujudnya RSUD yang memberikan Pelayanan dengan Nuansa Wisata”. RSUD Al-Ihsan menyediakan layanan spesialisik dan subspesialisik, serta menjadi rumah sakit rujukan tersier untuk kasus-kasus kompleks, termasuk bedah, penyakit dala, stroke, jantung, onkologi dan luka terbuka. Fasilitas terbuka yang lengkap seperti Instalasi Gawat Darurat 24 jam, Unit Perawatan Intensif, laboratorium, radiologi serta pelayana rawat jalan dan rawat inap menjadikan rumah sakit ini sangat vital dalam penanganan pasien rujukan berjenjang BPJS Kesehatan dan berperan sebagai rumah sakit pendidikan bagi institusi kesehatan di Jawa Barat (Diskominfo Jawa Barat, 2024).

Ruangan Khalid Bin Walid merupakan salah satu ruangan rawat inap kelas I, II, III di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat. Ruangan ini memiliki kapasitas 40 tempat tidur dan termasuk dalam fasilitas perawatan standar dengan keyamanan layaknya ruang rawat tingkat menengah. Penamaan ruangan bertemakan nama-nama tokoh besar Islam, seperti Ruang Abu Bakar Ash-Shidiq, Ali bin Abi Thalib, Umar bin Khatab, dengan dilengkapi fasilitas seperti AC, TV, Sofa diberbagai ruang tunggu yang memberikan kenyamanan bagi pengunjung.

Menurut hasil penelitian Erna pada tahun 2022, intervensi senam kaki diabetik pada pasien ulkus diabetik menunjukkan perbaikan gejala yang dapat diamati diantara lain didapatkan kemerahan berkurang, suhu kulit membaik dan tekstur membaik serta kerusakan lapisan kulit membaik.

Berdasarkan uraian masalah diatas, maka peneliti tertarik untuk menganalisa perilaku senam kaki diabetes untuk menurunkan kadar glukosa darah dan meningkatkan perfusi perifer pada penderita ulkus pedis diabetik, dan peneliti menarik kesimpulan untuk mengambil judul penelitian “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. D dengan Penerapan Senam Kaki Untuk Meningkatkan Perfusi Perifer Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. D dengan Penerapan Senam Kaki Untuk Meningkatkan Perfusi Perifer Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. D dengan Penerapan Senam Kaki Untuk Meningkatkan Perfusi Perifer DI Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus pada penelitian ini adalah :

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Ulkus Pedis Diabetikum
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ulkus Pedis Diabetikum
- c. Mampu menyusun rencana keperawatan dari tiap diagnosa pada pasien Ulkus Pedis Diabetikum

- d. Mampu melaksanakan implementasi terhadap intervensi pada pasien Ulkus Pedis Diabetikum
- e. Mampu melaksanakan evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan pada pasien Ulkus Pedis Diabetikum
- f. Mampu melakukan analisis EBP yaitu Senam Kaki pada pasien Ulkus Pedis Diabetikum

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Bagi Rumah Sakit

Diharapkan bagi Rumah Sakit bermanfaat sebagai bahan masukan untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan pemberian Terapi Senam Kaki pada pasien Ulkus Pedis Diabetikum Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan bacaan dan referensi yang dapat membantu proses pembelajaran serta menambah wawasan tentang Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Penerapan Senam Kaki Untuk Meningkatkan Perfusi Perifer Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

1.4.3 Manfaat Bagi Penulis

Memperoleh pengalaman yang nyata dalam mengaplikasikan dan mengimplementasikan Teknik Senam Kaki untuk meningkatkan perfusi perifer pada pasien Ulkus Pedis Diabetikum.

1.5 Sistematika Penulisan

Metode penyusunan penelitian ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilaksanakan secara langsung dan tidak langsung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Ulkus Pedis Diabetik

2.1.1 Pengertian

Ulkus diabetikum merupakan salah satu komplikasi yang dapat dialami oleh penderita diabetes melitus tipe 2 terjadi akibat kerusakan pembuluh darah perifer dan saraf dikarenakan gula darah yang tidak terkontrol dan saat kondisi parah mengakibatkan kerusakan yang melebar hingga ke tulang hal ini harus melalui tindakan amputasi, pada sirkulasi darah yang tidak baik membuat darah tidak bisa mengalir dengan lancar (Ahani, 2022). Kondisi ini timbul dengan luka mengeluarkan cairan berbau tidak sedap (Bella, 2022). Meskipun bisa terjadi di semua bagian tubuh, ulkus diabetikum sering muncul dibagian tungkai dan kaki yang mengakibatkan sulit sembuh karena kurang lancar darah dan kadar gula darah yang tinggi akan terinfeksi dan aliran darah yang buruk dapat menyebabkan gangrene, yaitu kematian otot, kulit, dan jaringan pada kaki (Agustin, 2022).

Menurut sumber lainnya mengungkapkan ulkus diabetikum adalah kerusakan integritas pada kulit yang disebabkan oleh berbagai macam faktor, yaitu neuropati, trauma, kelainan bentuk kaki, tekanan kuat pada telapak kaki, dan penyakit pembuluh darah yang menyebabkan jaringan di sekitar luka akan mati atau nekrotik dan mengalami pembusukan (Ningsih et al., 2019).

Berdasarkan pengertian diatas, ulkus diabetik merupakan komplikasi pada penyakit diabetes melitus tipe 2 menyerang pada neuropati sehingga mengakibatkan gangguan pada sensorik, motorik hingga kerusakan integritas kulit.

2.1.2 Etiologi

Beberapa penyebab yang dapat membuat penderita diabetes mengalami komplikasi ulkus diabetikum yaitu :

a. Neuropati

Neuropati adalah penyakit yang memengaruhi saraf dan dapat mengakibatkan terjadinya gangguan sensorik, motorik, dan aspek kesehatan lainnya bergantung pada saraf yang terkena. Neuropati muncul karena adanya gangguan metabolisme akibat hiperglikemia (Sucitawati, 2021). Neuropati motorik menyebabkan kemampuan tubuh untuk menyeimbangkan gerakan mengalami perubahan, mengakibatkan kelainan bentuk kaki dan memicu munculnya atrofi otot kaki yang mengarah ke osteomielitis. Neuropati sensorik menyebabkan kerusakan berulang pada saraf sensorik ekstremitas, mengakibatkan gangguan pada integritas kulit dan menjadikannya titik masuk untuk invasi mikroba. Kondisi ini dapat memicu luka yang tidak kunjung sembuh dan membentuk ulkus kronis. Kehilangan sensasi atau mati rasa sering menyebabkan trauma atau kerusakan yang tidak disadari. Neuropati otonom melemahkan fungsi kelenjar keringat dan sebaceous kaki, menyebabkan kulit kaki mengering dan mudah pecah-pecah. Kaki kehilangan kemampuan alaminya untuk melembapkan dan kulit menjadi lebih rentan terhadap kerusakan dan perkembangan infeksi (Sucitawati, 2021).

b. Perypheral Arteri Disease (PAD)

Perypheral Arteri Disease (PAD) adalah pembentukan aterosklerosis dampak dari membran basal vascular besar dan kecil yang menebal di

sirkulasi arteri perifer bagian ekstremitas bawah. PAD merupakan faktor risiko terjadinya ulkus diabetikum, gangren, dan penyembuhan luka yang lama akibat sirkulasi peredaran darah yang buruk pada ekstermitas yang dapat menyebabkan amputasi ekstermitas bawah pada penderita DM (Widiastuti et al., 2022).

c. Kurangnya kontrol kadar glikemik

Kontrol gula darah adalah salah satu hal terpenting dalam pengobatan DM. Sebuah penelitian di Amerika Serikat yang dinamakan Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) dan United kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) menunjukkan bahwa kontrol gula darah yang baik dan olahraga berkaitan dengan tingkat penurunan kejadian retinopati, nefropati, dan neuropati (Bachri et al., 2022).

d. Perawatan luka yang tidak tepat

Penanganan yang tidak sesuai pada luka diabetikum dapat memperburuk kondisi luka dan meningkatkan resiko infeksi (Primadani & Nurrahmantika, 2021).

e. Ketidakpatuhan melakukan diet rendah gula

Kepatuhan terhadap pola makan merupakan salah satu faktor yang dapat menjaga kadar gula darah tetap stabil dalam kisaran normal dan mencegah terjadinya komplikasi, antara lain ulkus diabetikum (Herawati et al., 2020).

f. Menggunakan alas kaki yang tidak pas

Alas kaki yang digunakan dengan tepat dan nyaman dapat mengurangi risiko ulkus diabetikum. Alas kaki yang digunakan dengan benar dapat

meminimalkan tekanan pada plantar kaki serta mencegah dan melindungi kaki dari tertusuk benda tajam (Sucitawati, 2021).

g. Gaya hidup

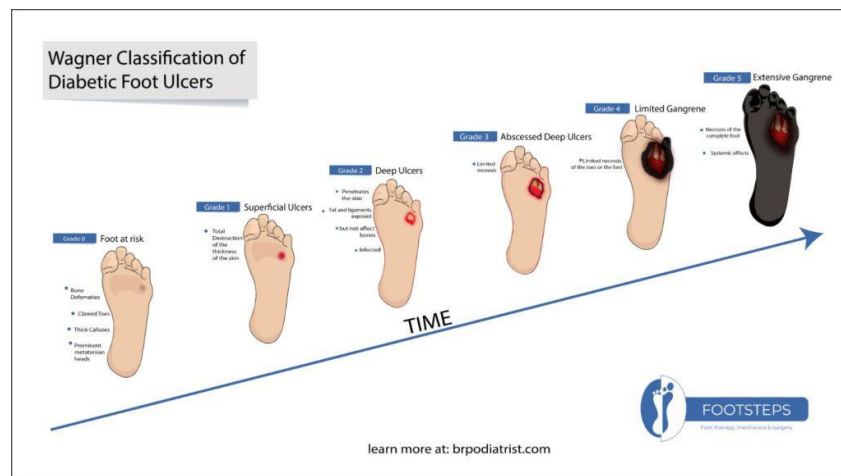
Olah raga yang dilakukan secara bertahap dan teratur dengan intensitas yang cukup dengan frekuensi 3 - 5 kali seminggu bisa berpengaruh terhadap penurunan gula darah, memperlancar peredaran darah dan menguatkan otot kaki.

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi Wagner tentang ulkus kaki diabetikum menurut (Shah et al, 2022)

adalah sebagai berikut :

1. Tingkat 0 : Kulit utuh namun terdapat kelainan bentuk tulang yang dapat menyebabkan “kaki berisiko”
2. Tingkat 1 : Ulkus pada daerah superficial
3. Tingkat 2 : Ulkus lebih dalam mencapai tendon, tulang atau sendi (joint capsule)
4. Tingkat 3 : Adanya infeksi (abses atau osteomielitis)
5. Tingkat 4 : Gangren parsial kaki depan
6. Tingkat 5 : Gangren yang luas menyeluruh pada permukaan kaki



Gambar 2.1 (Wagner Classification of Foot)

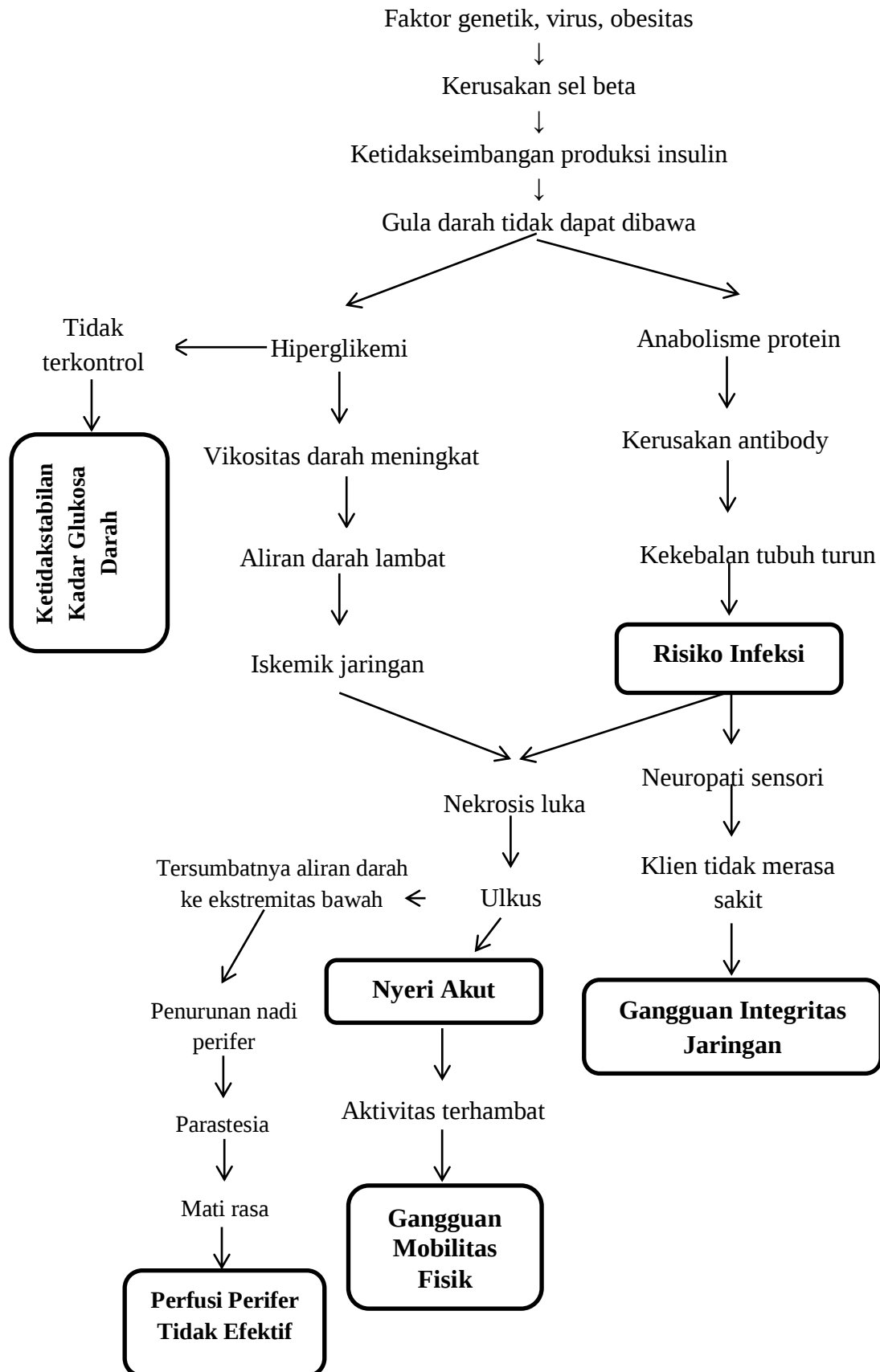
2.1.4 Patofisiologi

Awal mula munculnya ulkus diabetikum karena terjadi peningkatan glukosa darah yang menyebabkan abnormalitas pada vaskular dan neuropati. Neuropati, sensorik, motorik ataupun autonomik bisa menimbulkan perubahan kondisi pada otot maupun kulit yang kemudian berakibat pada perubahan penyaluran tekanan pada bagian telapak kaki dan dapat menyebabkan ulserasi. Infeksi dapat dengan mudah menyebar dan meluas karena terdapat risiko rentan terhadap infeksi (Jayanti, 2019).

Neuropati motorik memicu adanya atrofi otot, perubahan bio-mekanik, kelainan bentuk pada kaki dan redistribusi tekanan pada kaki, yang semuanya dapat menyebabkan ulkus. Neuropati sensorik memengaruhi dan menyebabkan ketidaknyamanan akibat cedera berulang pada kaki. Saraf otonom yang rusak mengurangi keringat mengakibatkan kulit kering dan pecah-pecah yang ditandai

dengan fisura yang memudahkan bakteri untuk masuk. Kerusakan pada persarafan simpatis pada kaki memicu timbulnya taut (*shunting*) arteriovenosa dan distensi vena. Keadaan tersebut melewati lapisan kapiler dari area yang rusak dan memperlambat penyaluran oksigen dan nutrisi. Penyakit mikrovaskuler dapat mengganggu sirkulasi nutrisi oleh darah ke jaringan kaki (Jayanti, 2019).

Bagan 2.1 Bagan Pathway



2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Roza pada tahun 2015 mengungkapkan tanda dan gejala ulkus diabetikum dapat dilihat dari :

1. Kaki kehilangan sensasi atau mati rasa.
2. Adanya deformitas atau kelainan bentuk pada kaki yang dapat menjadi tempat terjadinya ulkus berulang setelah sebelumnya ulkus sembuh.
3. Kulit kaki menjadi kering dan pecah-pecah. Kondisi ini merupakan media di mana bakteri dapat dengan mudah tumbuh
4. Nyeri saat istirahat.

Sementara itu menurut (Sucitawati, 2021) berdasarkan tanda dan gejala yang diungkapkan oleh Roza pada tahun 2015 yaitu :

1. Penurunan denyut nadi arteri dorsal pedis, tibia, dan arteri poplitea, atrofi di kaki, kaku/kebas, sering kesemutan, kedinginan, penebalan kuku dan kulit kering atau pecah-pecah.
2. Eksudat, yaitu terdapat cairan atau pus pada luka yang dapat menjadi tempat berkembangnya bakteri
3. Edema, sebagian besar kulit dengan ulkus diabetikum menyebabkan pembengkakan sekitar 2 cm, kemerahan, dan peradangan minimal. Pembengkakan pada ulkus diabetikum terdiri dari edema ringan berkisar kurang dari 2 cm, edema sedang (seluruh bagian kaki), hingga berat (kaki dan tungkai).

4. Peradangan/Inflamasi, bisa berupa peradangan ringan, sedang, berat atau tanpa peradangan sama sekali. Dengan karakteristik berwarna kemerahan/merah muda, eritema, pucat, gelap.
5. Nyeri, terasa saat istirahat, sensitivitas atau nyeri sebagian besar tidak terasa lagi atau kadang-kadang.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi osteomielitis dan sepsis terjadi akibat infeksi pada luka diabetikum yang meluas hingga ke dalam jaringan tulang dan menjadi infeksi sistemik serta sepsis. Sedangkan penyakit arteri perifer yang terjadi pada ulkus diabetikum memengaruhi penurunan aliran darah ke area ulkus, sehingga menyebabkan iskemia jaringan, nekrosis dan pembentukan gangren (Boulton & Whitehouse, 2020).

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Suddarth, 2014) pemeriksaan ulkus diabetikum dapat dilakukan dengan :

1. Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi/dilihat

Denervasi kulit mengurangi produksi keringat, sehingga kulit kaki kering, pecah-pecah, kuku atau jari kaki (-), kapalan, *claw toe*

b. Palpasi/diraba

1) Kulit kering, pecah-pecah, tidak normal

2) Klusi arteri dingin, pulsasi (-)

3) Ulkus : kalus keras dan tebal

Sementara menurut (Hutagalung et al, 2019) pemeriksaan diagnostik pada pasien ulkus yaitu :

2. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Pemeriksaan darah lengkap
- b. Urine
- c. Kultur pus

3. Pemeriksaan Radiologis

Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai adanya osteomielitis

4. Pemeriksaan Mikrobiologi

Tujuan dari pemeriksaan mikrobiologi yakni untuk mengidentifikasi patogen dan menentukan antibiotik yang paling cocok untuk pengobatan defenitif.

2.2 Konsep Parestesia (Kesemutan)

2.2.1 Pengertian Kesemutan

Parestesia adalah sensasi abnormal pada kulit, seperti kesemutan (sensasi ditusuk-tusuk), mati rasa, rasa terbakar, atau geli tanpa rangsangan nyata. Muncul bisa sesaat atau persisten, tergantung penyebabnya

2.2.2 Patofisiologi & Penyebab

1. Tekanan saraf atau pembuluh darah

Tekanan lokal seperti duduk bersila atau tidur dengan tangan tertindih menyebabkan keluhan sementara

2. Neuropati perifer kronis

Diabetes, defisiensi vitamin (B1, B6, B12), kompresi saraf (syaraf kejepit, *carpal tunnel*), atau neuropati kemoterapi (CIPN) dapat memicu parastesia

3. Neuropati akibat kemoterapi (CIPN)

Prevalensi tinggi (30-85%), terkait kerusakan mitokondria, gangguan *ion-channels*, serta neuroinflamasi.

4. Neuropati diabetik

Terjadi karena hiperglikemia. Stres oksidatif, disfungsi mitokondria, dan peradangan pada saraf perifer.

2.2.3 Manajemen Kesemutan

1. Non-farmakologis : perbaikan posisi, olahraga ringan, koreksi gizi, hentikan rokok & alkohol

2. Farmakologis

Untuk neuropati diabetik/CIPN : duloxetine, gabapentinoid, antiinflamasi, antioksidan, capsaicin topikal

3. Terapi lanjutan : fokus pada penyebab dasar, rehabilitasi saraf, atau tindakan intervensi (misalnya dekompresi carpal tunnel)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dalam melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, perencanaan tindakan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dan berfokus pada klien dan berorientasi pada tujuan (Muttaqin, 2020).

2.3.1 Pengkajian Ulkus

1. Anamnesa

a. Identitas Diri

Data identitas diri meliputi nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, kewarganegaraan, diagnosis medis, tanggal masuk ke Rumah Sakit, dsb.

b. Keluhan Utama

Umumnya keluhan yang paling sering dirasakan yaitu nyeri di area sekitar luka atau persendian, terdapat bau khas diabetes, luka yang tidak kunjung sembuh, rasa lemas dan hambatan dalam melakukan aktivitas.

c. Kesehatan Saat Ini

Mengkaji terkait kondisi penyakitnya saat ini seperti alasan masuk ke rumah sakit, awal mula muncul luka dan berapa lama keluhan nyeri yang timbul lalu upaya apa saja yang telah dilakukan untuk meminimalisir rasa nyeri pada luka.

d. Riwayat Kesehatan Lalu

Kaji riwayat penyakit terdahulu yang pernah dialami yang berkaitan dengan diabetes mellitus seperti Hipertensi, Obesitas, penyakit pancreas, atau penggunaan obat-obatan yang dapat mempengaruhi defisiensi insulin.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya pada penderita diabetes mellitus terdapat anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama karena salah satu faktor penyebab terjadinya diabetes melitus yaitu faktor genetik/ keturunan.

2. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)

a. Tanda-tanda Vital

Meliputi pemeriksaan tingkat kesadaran, suhu, tekanan darah, nadi, irama pernafasan, dan kadar oksigen dalam darah.

b. Persepsi Terhadap Nyeri

Menggunakan pengkajian PQRST

P :*Provoking* (faktor yang menyebabkan nyeri)

Q :*Quality* (Kualitas nyeri yang dirasakan)

R :*Region* (Lokasi dan penyebaran nyeri)

S :*Severity* (Tingkat keparahan nyeri)

T :*Time* (Waktu nyeri muncul)

c. Kepala

1) Mata : kesimetrisan mata sebelah kiri dan sebelah kanan, sklera ikterik atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, reaksi pupil terhadap cahaya.

- 2) Hidung : kesimetrisan bentuk hidung, adakah polip atau sumbatan jalan nafas, adakah alat bantu penafasan yang digunakan
- 3) Telinga : kesimetrisan telinga kiri dan kanan, adakah serumen atau kotoran, adakah penurunan fungsi pendengaran
- 4) Mulut dan Tenggorokan : kelembapan mukosa bibir, kelengkapan gigi, stomatitis, adakah pembesaran kelenjar getah bening.

d. System kardiovaskular

Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/hipotensi, aritmia, dan kardiomegalis

e. System gastrointestinal

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkar abdomen dan obesitas.

f. System urinary

Poliuria, retensi urine, inkontenensia urine, serta rasa panas atau sakit saat berkemih

g. System neurologi

Terjadinya penurunan sensoris, paresthesia, anastesia, letargis, mengantuk, refleksi lambat, kacau mental, disorientasi.

h. Genetalia

Adakah luka di area genetalia dan apakah terpasang kateter

i. Ekstremitas atas dan bawah

Meliputi inspeksi kuku dan kulit, capillary refill, dan kemampuan fungsi gerak, Biasanya turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman

bekas luka, kelembaban dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

3. Pengkajian luka

a. Lokasi dan letak luka

Dapat digunakan sebagai indikator terhadap kemungkinan penyebab terjadinya luka misalnya akibat sepatu sempit.

b. Stadium luka dan warna luka

1) Merah : luka bersih dengan banya vaskularisasi sehingga mudah berdarah. Tujuan perawatan adalah mempertahankan lingkungan lembab dan mencegah terjadinya trauma pendarahan

2) Kuning : kuning pucat, kecoklatan atau hijau adalah jaringan Nekrosis yang tidak terdapat vaskularisasi, luka terkontamitasi (belum tentu infeksi). Tujuan adalah luka berwarna merah.

3) Hitam : jaringan Nekrosis, avaskularisasi,. Tujuan perawatan seperti luka kuning.

c. Bentuk dan ukuran luka

1) Pengukuran dilakukan tiga dimensi dengan mengukur panjang, lebar dan kedalaman

2) Gunakan pinset atau lidi kapas untuk mengukur kedalaman goa atau undermining pada bagian dalam

3) Gunakan alat ukur yang tepat dan hindari penggunaan alat berulang untuk menimalisirkan infeksi.

4. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan sebagai berikut :

a. Pemeriksaan darah

Meliputi GDS > 200 mg/dl, gula darah puasa > 120 mg/dl dan 2 jam postprandial > 200 mg/dl.

b. Urine pemeriksaan

Didapatkan adanya glukosa dalam urine. pemeriksaan dilakukan dengan cara Benedict (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna urine: hijau (+), kuning (++), merah (+++) dan merah bata (++++).

c. Kultur pus

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai jenis kuman (Wulandari, 2018).

5. Data Psikologis

Perlu dikaji tentang tanggapan klien terhadap penyakitnya apakah ada perasaan khawatir, cemas, takut, konsep diri menurun atau body image menurun serta ketidakseimbangan koping.

6. Data Sosial

Hubungan klien dengan anggota keluarga, masyarakat, pada umumnya, perawat, dan tim kesehatan yang lain, termasuk juga, pola komunikasi yang digunakan klien dalam berhubungan dengan orang lain.

7. Data Spiritual

Diisi dengan nilai-nilai dan keyakinan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien, dan

berdampak pada kesehatan klien, termasuk juga praktik ibadah yang dijalankan klien sebelum sakit sampai saat sakit.

2.3.2 Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Sumijatun, 2021).

No	Data Senjang	Etiologi	Problem
1	Nyeri akut b.d nekrosis luka d.d : (D.0077) Data Mayor : a. Mengeluh nyeri b. Tampak meringis c. Bersikap protektif d. Gelisah e. Frek. Nadi meningkat f. Sulit tidur Data Minor : a. TD meningkat b. Pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. Menarik diri e. Berfokus pada diri sendiri f. Diaforesis	Faktor genetik, virus, obesitas ↓ Kerusakan sel beta ↓ Ketidakseimbangan produksi insulin ↓ Gula darah tidak dapat dibawa ↓ Anabolisme protein ↓ Kerusakan antibody ↓ Kekebalan tubuh menurun ↓ Risiko infeksi ↓ Nekrosis luka ↓ Ulkus ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut (D.0077)

2	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d kurang aliran darah (D.0009) Data Mayor : - Pengisian Kapiler .3 detik - Nadi perifer menurun atau tidak teraba - Akral teraba dingin - Warna kulit pucat - Turgor kulit menurun Data Minor : - Parastesia - Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) - Edema - Penyembuhan luka lambat - Indeks ankle-brachial <0,90 <i>Bruit femoral</i>	Ulkus ↓ Tersumbatnya PD ke ekstremitas bawah ↓ Penurunan nadi perifer ↓ Parastesia ↓ Mati rasa ↓ Perfusi Perifer Tidak Efektif	Perfusi Perifer Tidak Efektif
3	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d luka pada kulit d.d : (D.0129) Data Mayor : - Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit Data Minor : - Nyeri - Perdarahan - Kemerahan - Hematoma	Faktor genetik, virus, obesitas ↓ Kerusakan sel beta ↓ Ketidakseimbangan produksi insulin ↓ Gula darah tidak dapat dibawa ↓ Anabolisme protein ↓ Kerusakan antibody ↓ Kekebalan tubuh menurun ↓ Risiko infeksi ↓ Neuropati sensori ↓ Klien tidak merasa sakit ↓ Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)

4	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d defisit insulin d.d : (D.0027) Data Mayor : Hiperglikemia 1. Lelah atau lesu 2. Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi Data Minor : a. Palpitasi b. Mengeluh lapar c. Gemetar d. Kesadaran menurun	Riwayat penyakit DM ↓ Jarang kontrol ke pelayanan kesehatan ↓ Sel beta di pankreas terganggu ↓ Defisit insulin ↓ Hiperglikemi ↓ Tidak terkontrol ↓ Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)
5	Gangguan Mobilitas Fisik b.d keterbatasan fisik adanya luka pada ekstremitas d.d : (D.0054) Data Mayor : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Kekutauan otot menurun 3. ROM menurun Data Minor : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak 4. Sendi kaku 5. Gerakan tidak terkoordinasi 6. Gerakan terbatas 7. Fisik lemah	Faktor genetik, virus, obesitas ↓ Kerusakan sel beta ↓ Ketidakseimbangan produksi insulin ↓ Gula darah tidak dapat dibawa ↓ Anabolisme protein ↓ Kerusakan antibody ↓ Kekebalan tubuh menurun ↓ Risiko infeksi ↓ Nekrosis luka ↓ Ulkus ↓ Nyeri ↓ Aktivitas terhambat ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
6	Risiko infeksi b.d Adanya luka pada kulit d.d : (D.0142) Faktor Risiko : 1. Penyakit kronis (mis. Diabetes Mellitus) 2. Efek prosedur Invasif 3. Malnutrisi	Faktor genetik, virus, obesitas ↓ Kerusakan sel beta ↓ Ketidakseimbangan produksi insulin ↓ Gula darah tidak dapat dibawa ↓	Risiko infeksi (D.0142)

		Anabolisme protein ↓ Kerusakan antibody ↓ Kekebalan tubuh menurun ↓ Risiko infeksi	
--	--	---	--

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian kritis tentang respon individu, keluarga kelompok maupun masyarakat terhadap masalah kesehatan baik aktual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya. Dengan demikian asuhan keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan (Sumijatun, 2021). Adapun diagnosa yang mungkin muncul pada klien Ulkus sebagai berikut :

1. Nyeri akut b.d nekrosis luka d.d : (D.0077)

Data Mayor :

- a. Mengeluh nyeri
- b. Tampak meringis
- c. Bersikap protektif
- d. Gelisah
- e. Frek. Nadi meningkat
- f. Sulit tidur

Data Minor :

- a. TD meningkat
- b. Pola napas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Menarik diri
- e. Berfokus pada diri sendiri
- f. Diaforesis

2. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d kurang aliran darah (D.0009)

Data Mayor :

- a. Pengisian Kapiler .3 detik
- b. Nadi perifer menurun atau tidak teraba
- c. Akral teraba dingin
- d. Warna kulit pucat
- e. Turgor kulit menurun

Data Minor :

- a. Parastesia
- b. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)
- c. Edema
- d. Penyembuhan luka lambat
- e. Indeks ankle-brachial <0,90
- f. *Bruit femoral*

3. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d luka pada kulit d.d : (D.0129)

Data Mayor :

- a. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Data Minor :

- a. Nyeri
- b. Perdarahan
- c. Kemerahan
- d. Hematoma

4. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d defisit insulin d.d : (D.0027)

Data Mayor :

- a. Hiperglikemia
- b. Lelah atau lesu
- c. Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi

Data Minor :

- a. Palpitasi
- b. Mengeluh lapar
- c. Gemetar
- d. Kesadaran menurun

5. Gangguan Mobilitas Fisik b.d keterbatasan fisik adanya luka pada ekstremitas d.d : (D.0054)

Data Mayor :

- a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- b. Kekutauan otot menurun
- c. ROM menurun

Data Minor :

- a. Nyeri saat bergerak
 - b. Enggan melakukan pergerakan
 - c. Merasa cemas saat bergerak
 - d. Sendi kaku
 - e. Gerakan tidak terkoordinasi
 - f. Gerakan terbatas
 - g. Fisik lemah
6. Risiko infeksi b.d Adanya luka pada kulit d.d : (D.0142)

Faktor Risiko :

- a. Penyakit kronis (mis. Diabetes Mellitus)
- b. Efek prosedur Invasif
- c. Malnutrisi

2.3.4 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	Nyeri akut b.d nekrosis luka (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Tingkat Nyeri (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frek. Nadi membaik 6. TD membaik 7. Pola napas membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan teknik nonfarmakologis	1. Untuk memahami jenis nyeri yang dialami pasien dan menentukan rencana perawatan yang tepat. 2. Menggunakan skala nyeri membantu dalam mengukur dan memonitor tingkat nyeri pasien sehingga penanganan dapat disesuaikan dengan efektif. 3. Beberapa pasien mungkin tidak dapat mengkomunikasikan nyeri secara verbal, sehingga penting untuk mengidentifikasi tanda-tanda non verbal dari nyeri. 4. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri membantu dalam mengelola nyeri secara lebih efektif. 5. Membantu dalam menyusun pendekatan perawatan yang lebih holistik. 6. Dapat mempengaruhi persepsi dan respon terhadap nyeri, oleh karena itu penting untuk memperhitungkannya dalam manajemen nyeri.

			untuk mengurangi nyeri (misal: get control) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan strategi meredakan nyeri 15. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 16. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri.	7. Membantu dalam mengevaluasi efektivitas strategi pengelolaan nyeri. 8. Mengevaluasi apakah perubahan atau penyesuaian perlu dilakukan dalam rencana perawatan. 9. Guna mengurangi risiko komplikasi dan memastikan keamanan pasien. 10. Teknik nonfarmakologis seperti relaksasi atau distraksi dapat membantu mengurangi nyeri dengan efektif tanpa risiko efek samping obat. 11. Faktor lingkungan seperti suhu, pencahayaan, dan kebisingan dapat mempengaruhi persepsi nyeri, oleh karena itu mengontrol lingkungan dapat membantu mengurangi nyeri. 12. Istirahat dan tidur yang cukup dapat membantu mengurangi sensitivitas terhadap nyeri dan mempercepat proses penyembuhan. 13. Membantu dalam memilih strategi pengelolaan nyeri yang paling efektif 14. Untuk dapat memodifikasi intervensi yang tepat 15. Untuk dapat membantu
--	--	--	---	---

				pasien mengenali nyeri 16. Untuk menurunkan skala nyeri dan tidak mengganggu rasa nyaman
2.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d kurang aliran darah (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : Perfusi Perifer (L.02011) 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucat menurun 5. Nekrosis menurun 6. Pengisian kapiler membaik 7. Akral membaik 8. Turgor kulit membaik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 4. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5. Hindari pengukuran TD pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 7. Lakukan pencegahan infeksi 8. Lakukan perawatan kaki dan kuku 9. Lakukan hidrasi Edukasi	1. Untuk mengenali gangguan perfusi perifer sejak dini 2. Faktor-faktor tsb meningkatkan risiko gangguan perfusi 3. Tanda-tanda inflamasi atau edema menunjukkan gangguan perfusi daerah tersebut 4. Mencegah penurunan aliran darah dan memperburuk kondisi daerah perifer 5. Pengukuran dapat menurunkan aliran lokal dan menyebabkan kerusakan jaringan 6. Untuk mencegah perburukan sirkulasi dan memperlambat penyembuhan luka 7. Infeksi lokal dapat memperburuk perfusi melalui inflamasi dan penyempitan PD 8. Mencegah luka, infeksi, atau iskemia yang sering terjadi pada ekstremitas bawah 9. Cukupnya cairan membantu mempertahankan volume darah dan aliran kapiler 10. Meningkatkan tonus vaskular dan aliran darah perifer

			10. Anjurkan berolahraga rutin 11. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki) 12. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 13. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)	11. Menjaga integritas kulit sebagai pelindung terhadap trauma dan infeksi 12. Menurunkan kolesterol, mencegah aterosklerosis dan meningkatkan perfusi 13. Deteksi dini komplikasi iskemik untuk penanganan cepat
3.	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d luka pada kulit (D.0129)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : Integritas Kulit Dan Jaringan (L.14125) 1. Hidrasi meningkat 2. Perfusi jaringan meningkat 3. Kerusakan jaringan menurun 4. Kerusakan lapisan kulit menurun 5. Nyeri menurun	Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Bersihkan jaringan nekrotik 6. Pasangkan balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat	1. Memantau drainase, warna, ukuran, dan bau luka penting untuk mengetahui perkembangan luka dan mendeteksi kemungkinan infeksi. 2. Mengamati tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau demam dapat membantu dalam deteksi 3. Proses pelepasan yang perlahan dapat mengurangi risiko trauma tambahan pada luka. 4. Bersihkan jaringan nekrotik: Menghilangkan jaringan nekrotik mempromosikan penyembuhan luka yang optimal.

		6. Kemerahan menurun 7. Pigmentasi abnormal menurun 8. Nekrosis menurun 9. Suhu kulit membaik 10. Sensasi membaik	melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Edukasi 9. Anjurkan mengkonsumsi makanan TKTP 10. Ajarkan perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 11. Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu 12. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	5. Agar mempercepat pertumbuhan jaringan baru 6. Jenis balutan yang tepat sesuai dengan karakteristik luka membantu mendukung proses penyembuhan. 7. Menjaga kebersihan dan sterilitas selama perawatan luka dapat mencegah infeksi. 8. Penggantian balutan secara teratur membantu menjaga kebersihan luka dan meminimalkan risiko infeksi. 9. Edukasi tentang pentingnya nutrisi yang adekuat dalam penyembuhan luka membantu pasien untuk mempercepat proses penyembuhan. 10. Memberikan pengetahuan kepada pasien tentang bagaimana melakukan perawatan luka secara mandiri dapat meningkatkan kemandirian dan mengurangi risiko infeksi. 11. Untuk mempercepat penyembuhan luka 12. Antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri
4.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam	Manajemen Hiperglikemia (I.03115)	1. Agar dapat diatasi dari penyebabnya

	defisit insulin (D.0027)	diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) 1. Mengantuk menurun 2. Pusing menurun 3. Lelah/lesu menurun 4. Keluhan lapar menurun 5. Kadar glukosa dalam darah membaik 6. Jumlah urine membaik	Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu Terapeutik 3. Berikan asupan cairan oral 4. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi 5. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dL 6. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 7. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 9. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu	2. Memantau kadar glukosa dalam darah 3. Untuk memperbaiki keseimbangan tubuh 4. Agar dapat segera ditangani 5. Dapat meningkatkan dehidrasi, ketoasidosis dan kesulitan tubuh dalam mengatur insulin 6. Agar pasien dapat memantau kondisinya 7. Agar gula darah stabil 8. Membantu tubuh mengontrol gula dalam darah 9. Memperbaiki keseimbangan tubuh
5.	Risiko infeksi b.d Adanya luka pada kulit (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan risiko infeksi	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi	1. Untuk mengetahui adanya gejala awal dari proses infeksi 2. Untuk mengurangi faktor risiko

		menurun dengan kriteria hasil : Tingkat Infeksi (L.14137) 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Demam menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Bengkak menurun 7. Kadar sel darah putih membaik	lokal Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 7. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	infeksi 3. Agar dapat mengurangi kulit kering 4. Untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial 5. Agar pasien mengetahui gejala infeksi 6. Agar pasien mengetahui cara pencegahan infeksi 7. Agar pasien mengetahui kondisinya 8. Meningkatkan kekebalan tubuh 9. Untuk mencegah terjadinya infeksi
6.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d keterbatasan fisik adanya luka pada ekstremitas (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : Mobilitas Fisik (L.05042) 1. Pergerakan ekstremitas	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor kondisi umum selama	1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 2. Agar mengetahui aktivitas fisik yang pasien mampu 3. Untuk mengetahui kondisi umum pasien 4. Agar membantu pasien dalam

		meningkat 2.Kekuatan otot meningkat 3.ROM meningkat 4.Nyeri menurun 5.Kecemasan menurun 6.Gerakan terbatas menurun 7.Kelemahan fisik menurun	melakukan ambulasi Terapeutik 4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 5. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 7. Anjurkan melakukan ambulasi dini 8. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi	aktivitas 5.Mobilisasi secara bertahap 6.Agar keluarga dapat membantu pasien 7.Ambulasi secara bertahap 8.Mengajarkan pasien untuk ambulasi secara bertahap dari yang ringan
--	--	---	---	---

(Sumber : SDKI, SIKI, SLKI, Edisi 2, 2019)

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan status kesehatannya melalui dukungan, pengobatan, pendidikan, dan pencegahan (Divia Lutviyanri, 2021).

Implementasi keperawatan adalah tahap keempat dari proses keperawatan, yakni pelaksanaan rencana intervensi baik mandiri maupun kolaboratif, untuk membantu klien mencapai kondisi kesehatan yang optimal. Meliputi tindakan kognitif, teknis (psikomotor), dan interpersonal, serta bersifat holistik dan adaptif sesuai kebutuhan klien.

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Suatu proses sistematis dan berkelanjutan pada tahap akhir (dan sepanjang intervensi) proses keperawatan, yang membandingkan kondisi klien/hasil objektif dengan kriteria tujuan perawatan. Tujuannya adalah menilai efektivitas intervensi, mengukur sejauh mana hasil tercapai, serta menentukan apakah rencana dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan—dikategorikan menjadi evaluasi struktur, proses, dan hasil (Meldaputri, 2025).

2.4 Konsep Senam Kaki Diabetik

2.4.1 Pengertian Senam Kaki

Senam kaki diabetik serangkaian latihan fisik ringan yang difokuskan pada otot-otot kaki dan pergelangan kaki untuk meningkatkan sirkulasi darah perifer, menjaga mobilitas sendi, serta mencegah komplikasi kaki seperti luka, ulkus, dan

amputasi pada pasien dengan Diabetes Melitus (DM). Latihan ini penting karena pasien diabetes sering mengalami neuropati perifer (kerusakan saraf tepi) yang mengurangi sensasi di kaki, sehingga rentan terhadap cedera tanpa disadari.

2.4.2 Tujuan Senam Kaki Diabetik

1. Meningkatkan aliran darah ke ekstremitas bawah
2. Mencegah kekakuan sendi dan meningkatkan kekuatan otot kaki
3. Menjaga elastisitas dan fleksibilitas kaki
4. Meningkatkan sensitivitas saraf perifer
5. Menurunkan risiko terjadinya ulkus kaki diabetik dan amputasi

2.4.3 Indikasi Pelaksanaan

1. Pasien dengan diabetes melitus tipe 1 atau 2
2. Pasien dengan risiko neuropati perifer atau sirkulasi darah kaki yang kurang baik
3. Dapat dilakukan oleh lansia dengan bantuan atau pengawasan

2.4.4 Manfaat

1. Meningkatkan Ankle-Brachial Index (ABI)
2. Menurunkan HbA1c secara ringan jika dilakukan rutin
3. Menurunkan risiko ulkus dan infeksi kronis
4. Meningkatkan fungsi saraf tepi dan proprioseptif

2.4.5 SOP Senam Kaki

1. Prosedur senam kaki :

- a. Persiapan alat : Kertas koran 2 lembar, kursi (jika tindakan dilakukan dalam posisi duduk), handscoon
- b. Persiapan klien : Kontrak topik, waktu, tempat dan tujuan dilaksanakan senam kaki.
- c. Persiapan lingkungan : Ciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, jaga privasi pasien.

2. Pelaksanaan :

- a. Duduk dengan baik di atas kursi sambil meletakkan kaki ke lantai



- b. Sambil meletakkan tumit di lantai, jari-jari kedua belah kaki diluruskan ke atas dan dibengkokkan ke bawah sebanyak 10 kali.



- c. Sambil meletakkan tumit di lantai, angkat telapak kaki ke atas. Kemudian, jari-jari kaki diletakkan di lantai sambil tumit kaki diangkat ke atas. Langkah ini diulangi sebanyak 10 kali



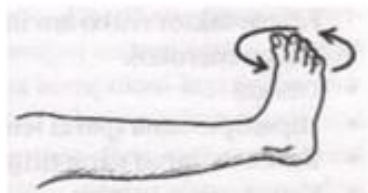
- d. Tumit kaki diletakkan di lantai. Bagian depan kaki diangkat ke atas dan putaran 360 ° dibuat dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali



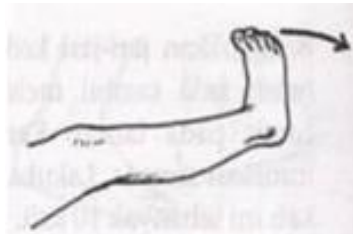
- e. Jari-jari kaki diletakkan dilantai. Tumit diangkat dan putaran 360° dibuat dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali



- f. Kaki diangkat ke atas dengan meluruskan lutut. Putaran 360° dibuat dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali



- g. Lutut diluruskan dan dibengkokkan ke bawah sebanyak 10 kali. Ulangi langkah ini untuk kaki yang sebelah lagi.



- h. Letakkan sehelai kertas koran di lantai. Remas kertas itu menjadi bola dengan kedua kaki. Kemudian, buka bola itu menjadi kertas yang lebar menggunakan kedua belah kaki. Langkah ini dilakukan sekali saja



Durasi latihan : $\pm$ 15-20 menit per sesi, 2-3 kali per minggu.

(Damayanti, 2017)

2.5 Analisi Jurnal/EBP

2.5.1 Hasil

Jurnal yang diperoleh berjumlah 5 jurnal dari google scholar dan PubMed. Hasil penelitian terdapat pada tabel di bawah ini yaitu :

Tabel 2.1 Pemberian Senam Kaki Diabetik Terhadap Peningkatan Perfusi Perifer Pada Pasien Ulkus Pedis Diabetik

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Sampel (N)	Hasil Penelitian
1	Aulia Rahman, Sri Maryuni, Anisa Dwi Rahmadhani (2021)	Pengaruh Latihan Senam Kaki Diabetes Terhadap Sensitivitas Kaki pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II	Desain penelitian menggunakan <i>pre-experimental one group pretest posttest design</i>	21 orang	Hasil uji statistik menunjukkan bahwa rata-rata skor sensitivitas kaki pasien diabetes tipe 2 sebelum perawatan adalah 2,48-1,123 dan setelah 3,38-1,244 dengan selisih rata-rata skor sebelum dan sesudah perawatan adalah 0,905, 50,539; p-value 0,000 ($p < 0,05$) artinya ada pengaruh pemberian senam kaki terhadap sensitivitas kaki pada penderita diabetes mellitus tipe 2.
2	Taufan Arif (2020)	Peningkatan Vaskularisasi Perifer dan Pengontrolan Glukosa Klien Diabetes Mellitus Melalui Senam Kaki	Penelitian menggunakan <i>quasy experimental pre-post test control group design</i>	Populasi berjumlah 30 responden yang terbagi dalam kelompok perlakuan dan kontrol. Teknik sampling menggunakan	Analisis data menggunakan Wilcoxon & mann whitney test digunakan mengukur variabel capillary refill time. Independent & paired t-test digunakan mengukur variabel glukosa. Uji variabel CRT menggunakan Mann-Whitney test menunjukkan nilai $p = 0.022$ yang berarti ada pengaruh senam kaki terhadap capillary refill time. Hasil uji variabel Glukosa darah menggunakan

				purposive sampling.	paired t test menunjukkan $p = 0.004$, dan independent t test menunjukkan $p=0.012$ yang berarti ada pengaruh senam kaki terhadap kadar glukosa darah. Senam kaki terbukti meningkatkan Nitric Oxide Syntesis, vasodilatasi arteri, terjadi pembakaran gula darah yang mengakibatkan turunnya gula darah, afinitas oksigen hemoglobin, dan viskositas darah. Sebaliknya, terjadi peningkatan sirkulasi darah, saturasi oksigen, perfusi jaringan, dan sistem imunitas sehingga dapat mencegah ulkus kaki diabetik. Dalam upaya preventif, sebaiknya dinas kesehatan khususnya puskesmas untuk menyediakan media promosi kesehatan melalui penyediaan booklet senam kaki kaki.
3	Ferdinandus Suban Hoda, Serly Sani Mahoklory, Okto Elferson Lusi (2019)	Pengaruh Terapi Senam Kaki Terhadap Sensitivitas Dan Perfusi Jaringan Perifer Pasien Diabetes Melitus Di Ruang Instalasi Rawat Inap Rsud Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang	Pre Experimental, dengan desain penelitian One Group Pre-Test Post-Test Design	Sampel yang diambil sebanyak 17 orang yang diperoleh dengan teknik accidental sampling	Ada pengaruh yang signifikan antara sensitivitas dan perfusi jaringan perifer sebelum dan setelah diberikan senam kaki di Ruang Instalasi Rawat Inap RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, Hasil uji statistik menggunakan uji wilcoxon juga menunjukkan bahwa nilai p value adalah 0.00 atau p value < 0.05 , hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara sensitivitas sebelum dan setelah dilakukan senam kaki, hasil uji ini menunjukkan bahwa senam kaki ini sangatlah baik untuk dilakukan, dimana

					senam kaki selain memperbaiki sirkulasi darah, juga dapat memperkuat otot-otot kecil kaki dan mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki, meningkatkan kekuatan otot betis, otot paha, dan juga mengatasi pergerakan sendi
4	Rizkah Putri Salsabila, Alfianur, Emulyani, Donny Hendra (2025)	Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Penerapan Senam Kaki terhadap Peningkatan Perfusi Perifer pada Lansia dengan Diabetes Melitus di Kelurahan Tuah Negeri Kecamatan Tenayan Raya	Metode yang digunakan dalam karya ilmiah ini adalah intervensi senam kaki	Sampel padapenelitian ini adalah pasien yang mengalami diabetes melitus 2 orang	Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan terapi senam kaki gula darah menurun, nilai ABI, sensitivitasi kaki, dan CRT berada pada rentang normal. Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien kelolaan I dan II dari tanggal 2 Desember sampai 7 Desember 2024 masalah teratasi intervensi dihentikan, untuk diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (resistensi insulin) antara lain pasien mengatakan sering merasa haus, sering buang air kecil, badan terasa lemah, jarang mengontrol gula darahnya, dan tidak pernah mengonsumsi obat gula. Pada hari ketiga pasien mengatakan masih merasa haus tetapi buang air kecil sudah berkurang saat dilakukan pemeriksaan GDS nilai nya menurun dari sebelumnya. Penerapan senam kaki yang dilakukan dianggap dapat membantu dalam meningkatkan perfusi perifer. Kunjungan awal dimulai dari penjelasan maksud dan tujuan pemberian terapi selain itu

					melakukan pemeriksaan kadar gula darah, CRT, ABI, dan sensitivitas kaki.
5	Barangkau, Yammar, Eka Hardianti Arafah, Ananda Putri Agustin, Eri Wardanengsih, Ruslang (2025)	<i>Diabetic Foot Exercises as Physical Activity Therapy to Prevent Chronic Complications of Type II Diabetes Mellitus</i> Latihan Kaki Diabetik sebagai Terapi Aktivitas Fisik untuk Mencegah Komplikasi Kronis Diabetes Melitus Tipe II	<i>The research design employed is a rigorous pre-experimental design with a one group pre-test and post-test design</i> Desain penelitian yang digunakan adalah desain pra-eksperimental ketat dengan desain pra-tes dan pasca-tes satu kelompok	<i>The study population consisted of 20 type 2 diabetes mellitus patients registered at the Tempe Health Center, Wajo Regency.</i> Populasi penelitian terdiri dari 20 pasien diabetes melitus tipe 2 yang terdaftar di Puskesmas Tempe, Kabupaten Wajo	<i>Diabetic foot exercise therapy is significantly related to changes in ABI values, Diabetic Foot Pain Scale, and GDS in patients with type 2 Diabetes Mellitus before and after therapy. (p-value<0.05). From these findings, researchers concluded that regular diabetic foot exercise holds significant promise. It can effectively increase blood flow to the peripheral parts of the body, control blood glucose levels, and reduce foot pain. This underscores the potential of diabetic foot exercise as a proactive measure to prevent chronic complications of type 2 diabetes mellitus, instilling hope for improved patient outcomes.</i> Terapi senam kaki diabetik berhubungan secara signifikan terhadap perubahan nilai ABI, Skala nyeri kaki diabetik, dan GDS pada pasien Diabetes Melitus tipe 2 sebelum dan sesudah terapi senam kaki diabetik dengan (p-value <0.05). Dari hasil penelitian ini, peneliti menyimpulkan bahwa latihan kaki diabetik secara teratur memiliki potensi yang signifikan. Latihan ini secara efektif dapat meningkatkan aliran darah ke bagian perifer tubuh, mengontrol kadar glukosa darah, dan

					mengurangi nyeri kaki. Hal ini menggarisbawahi potensi latihan senam kaki diabetik sebagai langkah proaktif untuk mencegah komplikasi kronis diabetes melitus tipe 2, sehingga memberikan harapan untuk hasil yang lebih baik bagi pasien.
--	--	--	--	--	--

2.5.2 Pembahasan

Senam kaki diabetik adalah kegiatan latihan jasmani yang melibatkan gerakan untuk menggerakkan sendi dan otot kaki. Latihan ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, memperkuat otot kaki, dan mencegah komplikasi terkait diabetes, khususnya ulkus dan kerusakan saraf pada kaki. Senam kaki diabetes adalah latihan yang dirancang khusus untuk pasien diabetes mellitus dengan tujuan utama meningkatkan sirkulasi darah atau aliran darah ke bagian kaki serta mencegah terjadinya luka dan komplikasi lainnya (Sumarni et al., 2024).

Senam kaki diabetes membantu memperlancar aliran darah yang mendorong ke arah jantung dan tekanan vena akan menurun, mekanisme ini yang dikenal dengan pompa vena sehingga dapat membantu melancarkan peredaran darah dibagian kaki, memperbaiki sirkulasi darah, memperkuat otot-otot kecil, mencegah kelainan bentuk kaki, meningkatkan otot betis dan paha, dan mengatasi keterbatasan gerak sendi. Sehingga dengan dilakukan senam kaki maka dapat merangsang pembuluh darah untuk berdilatasi (melebar) melalui gerakan-gerakan kaki sehingga sensitivitas dapat bertambah (Putri et al., 2023).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Rahman et al., 2021) berdasarkan hasil penelitiannya dapat dijelaskan bahwa pada hasil pengukuran pertama sebelum intervensi latihan senam kaki, penderita diabetes mellitus memiliki gangguan sensitivitas kaki karena dari 6 titik yang dilakukan sentuhan responden hanya merasakan sentuhan antara 0 titik sampai 4 titik. Masalah gangguan sensitivitas kaki atau neuropati perifer pada penderita diabetes mellitus merupakan

penyebab utama terjadinya ulkus kaki sebagai komplikasi dari diabetes mellitus. Oleh karena itu perlu adanya upaya untuk mengatasi gangguan sensitifitas kaki, diantaranya melalui kegiatan senam kaki yang dipercaya mampu melancarkan sirkulasi darah kaki (Rahman et al., 2021).

2.5.3 Kesimpulan dan Saran

Dari 5 jurnal diatas dapat disimpulkan bahwa penerapan Senam Kaki Diabetik dapat meningkatkan perfusi perifer, meningkatkan sensitifitas, menurunkan kesemutan, CRT kembali < 3 detik dan menurunkan kadar glukosa darah. Senam Kaki Diabetik dapat dirasakan manfaatnya karena dapat meningkatkan sirkulasi darah pada kaki dan dapat mencegah ulkus kaki diabetik, area ulkus kaki diabetik menurun lebih banyak pada pasien yang lebih sering melakukan latihan, serta terdapat perbedaan signifikan dalam kekambuhan ulkus.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Rahman et al., 2021), senam kaki terbukti berpengaruh terhadap neuropati perifer dimana sebagian penderita penderita diabetes melitus mengalami peningkatan sensitifitas kaki, hal ini dapat terjadi karena aktivitas fisik khususnya senam kaki dapat membuat rileks dan memperlancar aliran darah. Saat peredaran darah kaki lancar maka akan memungkinkan darah mengantar lebih banyak oksigen dan gizi ke sel-sel tubuh atau dengan kata lain senam kaki akan membantu menstimuli saraf-saraf kaki dalam menerima rangsang sehingga sensitifitas kaki dapat meningkat. Sehingga senam kaki yang dilakukan oleh pasien diabetes melitus dapat mencegah terjadinya luka dan membantu melancarkan peredaran darah bagian kaki.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

Waktu Pengkajian : 10.15 WIB 22 April 2025

A. Identitas

a) Identitas Klien

Nama	: Tn. D
Tanggal Lahir	: Bandung, 10 Juli 1974
Umur	: 50 Tahun
Pendidikan	: SD
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Sunda
Pekerjaan	: Buruh Tani
Alamat	: Kp. Ranca Mekar RT.02/RW.10, Desa Cangkuang, Kecamatan Cangkuang
Tanggal Masuk RS	: Jum'at, 18 April 2025
NO CM	: 010212**
Diagnosa Medis	: Ulkus Pedis

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. E
Tanggal Lahir	: 05 Juli 1976
Umur	: 48 Tahun
Pendidikan	: SD
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Sunda
Pekerjaan	: Menjahit
Alamat	: Kp. Ranca Mekar RT.02/RW.10, Desa Cangkuang, Kecamatan Cangkuang
Hubungan dengan klien	: Istri

B. Keluhan Utama

Klien mengeluh kesemutan pada kaki kiri

C. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat kesehatan saat ini:

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 22 April 2025, klien mengeluh kesemutan pada kaki kiri, kesemutan bertambah ketika kaki tidak digerakan, berkurang setelah diregangkan, terasa seperti banyak semut pada kaki, kesemutan terasa dari pergelangan kaki-telapak kaki, tingkat kesemutan kronis (neuropati, kerusakan saraf perifer), masih bisa ditoleransi, kesemutan terasa tidak tentu waktu.

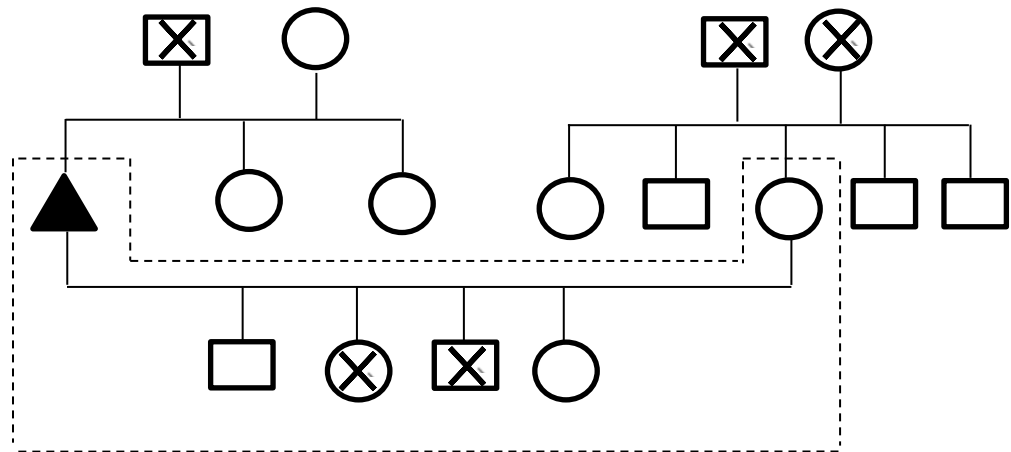
2. Riwayat kesehatan lalu:

Menurut penuturan keluarga, klien mengalami penyakit DM sejak tahun 2020, klien sering kontrol dalam 3 tahun terakhir, namun 1 tahun terakhir klien berhenti berobat. Pada 1 bulan lalu klien mengalami bengkak pada kaki kiri, terasa ngilu, berwarna merah, namun pada telapak kaki berwarna hijau seperti ada nanah. Klien sempat berobat ke klinik 2 minggu, tapi tidak ada perubahan, lalu klien dibawa ke RSUD Al-Ihsan.

3. Riwayat kesehatan keluarga:

Menurut klien dan keluarga, anggota keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit DM dan tidak ada yang memiliki penyakit yang bersifat genetik lainnya seperti Hipertensi, Thalasemia, Asma ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV, Hepatitis.

Genogram



Keterangan :

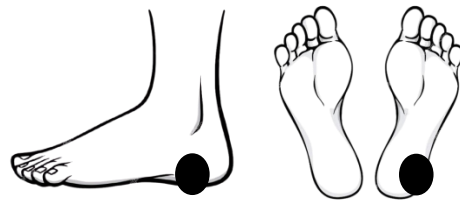
- : Laki – Laki
- : Perempuan
- : Suami
- : Istri
- ▲ : Klien / Pasien
- : Tinggal Serumah
- ┌ : Garis Perkawinan
- └ : Garis Keturunan

D. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Lemas
 Tingkat Kesadaran : $\surd$ Compos Mentis □ Apatis □ Somnolen □ Coma
 GCS : E : 4 M : 6 V : 5 = 15
 TTV
 Tekanan darah : 142/98 mmHg BB awal : 49 Kg
 Nadi : 90x/mnt BB sekarang : 49 Kg
 Suhu : 36,8°C
 RR : 20x/mnt
 SPO2 : 98%

1) Sistem Integumen

Saat dilakukan pengkajian kulit berwarna sawo matang, kulit tampak kering, turgor kulit kembali < 3 detik, kondisi kulit disekitar infus tidak ada hematoma. Rambut berwarna hitam bersih, keadaan kuku tampak bersih, akral teraba dingin. Terdapat ulkus pada kaki kiri, dari pergelangan kaki berwarna merah, telapak kaki tampak pucat, CRT > 3 detik, terdapat nanah, terasa kesemutan, luas luka ± 3 cm.



Lokasi ulkus pedis Tn. D (kaki kiri)

2) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan paratiroid, GDS : 120 mg/dL

3) Sistem Respirasi

Saat di inspeksi hidung simetris, tidak ada lesi, lubang hidung bersih, tidak ada PCH, tidak terdapat pembengkakan sinusitis, bentuk dada tampak datar dan kurus, tidak ada sputum, pergerakan dinding dada seimbang, tidak ada retraksi dinding dada. Saat di palpasi tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada edema. Saat di perkusi terdengar sonor di kedua lapang paru. Suara napas vesikuler dan tidak terdengar suara napas tambahan. Tidak ada penggunaan alat bantu pernapasan.

4) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi dada simetris, tidak terdapat pembengkakan, tidak terdapat lesi, palpasi tidak terdapat benjolan nadi teraba kuat, tidak terdapat nyeri dada, perkusi pada area jantung pekak, auskultasi bunyi jantung S1 (Lup) S2 (Dup) tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, irama jantung reguler.

5) Sistem Persyarafan

a) Fungsi Cerebral

Kesadaran : Compos Mentis, GCS 15 (E4M6V5)

b) Fungsi Kranial

N I : Penciuman baik

N II : Ketajaman penglihatan baik, lapang pandang baik

N III : Tidak terdapat edema pada kelopak mata, ptosis (-), celah mata sempit (-), dan bola mata tidak menonjol

NIV : Pupil isokor, reaksi pupil terhadap cahaya positif, ukuran pupil 4 mm

N V : Wajah simetris, mulut simetris, kontraksi otot pengunyahan baik

N VI : Pasien dapat mengikuti arahan pergerakan bola mata dengan baik

N VII : Tn. D dapat menyebutkan rasa asin

N VIII : Pendengaran baik dan keseimbangan baik

N IX : Terdapat reflek muntah

N X : Reflek menelan baik

N XI : Tn. D tidak mengalami parase

N XII : Pergerakan lidah baik, dan ketika menjuluran lidah tidak terdapat parese.

6) Sistem Pencernaan

BU 10x/mnt, bunyi peristaltic usus normal, perut tampak datar, tidak ada pembesaran hepar, tidak asites, saat di perkusi terdengar timpani, mulut simetris, gigi tampak ompong (tersisa 12), lidah tampak putih, mukosa bibir lembab, terdapat penurunan nafsu makan, , BAB 2x sehari.

7) Sistem Muskuloskeletal

Tidak terdapat kelainan bentuk tulang dan sendi, tidak terdapat kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, tidak terdapat lesi. Ekstremitas atas dapat digerakan ke segala arah hanya saja tangan kiri terpasang infus, ekstremitas bawah terdapat ulkus pada kaki kiri, namun klien masih bisa berjalan dengan menginjitkan kaki kirinya. Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah :

5	5
5	5

8) Sistem Perkemihan

Saat dilakukan pengkajian, tidak terjadi poliuria, BAK warna kuning keruh, klien tidak menggunakan kateter urine, tidak terdapat penegangan kandung kemih, perkusi kandung kemih pekak.

9) Sistem Reproduksi

Saat dilakukan pengkajian, klien berjenis kelamin laki-laki

10) Sistem Penginderaan

Mata	: Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, dirangsang dengan cahaya pupil miosis, lapang pandang baik, ketajaman penglihatan baik, pergerakan bola mata baik.
Hidung	: Hidung simetris, tidak ada lesi, lubang hidung bersih, tidak terdapat kotoran dan lesi, tidak terdapat pembengkakan sinusitis, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat nyeri tekan, dan penciuman baik.
Telinga	: Terilinga simetris kanan dan kiri, tidak terdapat lesi, telinga bersih/tidak terdapat serumen, dan An. L mampu mendengar setiap perkataan pengkaji

E. Aspek Psikologis

1) Status Emosi

Klien tampak tenang, tingkah laku klien yang menonjol yaitu terus tertidur saat tidak ada petugas kesehatan, suasana yang membahagiakan klien ketika sedang sehat, stressing yang membuat perasaan klien tidak nyaman berada di Rumah Sakit, menyadari bahwa klien memiliki penyakit DM karena harus terus menjaga pola hidupnya.

2) Gaya Komunikasi

Klien tampak berhati-hati saat berbicara, pola komunikasi spontan, klien tidak menolak untuk diajak komunikasi, komunikasi klien jelas, klien tidak menggunakan bahasa isyarat.

3) Pola Interaksi

Klien berespon pada pengkaji dan keluarga, orang yang dekat dan dipercaya klien yaitu istrinya, klien tampak aktif saat berinteraksi, tipe kepribadian klien terbuka.

4) Pola Pertahanan

Klien mengatakan ketika ada masalah sering dipendam dan mencari angin keluar rumah, jika sudah merasa berat baru menceritakan kepada istrinya.

5) Dampak di Rawat di Rumah Sakit

Selama di rawat di Rumah Sakit klien hanya terbaring lemas di tempat tidur dan merasa bosan.

F. Aspek Psikososial dan Spiritual

1) Data Psikososial

a. Persepsi klien tentang penyakit

Klien meyakini bahwa penyakit ini merupakan ketetapan Allah SWT. klien hanya mampu berikhtiar dengan berobat dan menjaga pola hidupnya agar cepat pulih kembali.

b. Konsep diri

a) Identitas diri

Klien mengatakan dirinya seorang laki-laki berusia 50 Tahun.

b) Harga diri

Klien mengatakan merasa percaya diri dan berharga meskipun dengan keadaan kakinya saat ini.

c) Peran diri

Klien mengatakan berperan sebagai suami dan ayah juga kakak bagi adik-adiknya , namun saat ini klien belum bisa bekerja karena kondisi seperti ini.

d) Ideal diri

Klien merasa puas dengan kondisi tubuhnya, berharap cepat sehat kembali agar dapat bekerja lagi.

e) Hubungan/komunikasi

Klien mampu berinteraksi dengan baik kepada siapapun dan berkomunikasi dengan koooperatif.

2) Data Spiritual

a. Nilai dan Keyakinan

Klien beragama islam dan meyakini norma-norma yang dianutnya.

b. Kegiatan Ibadah

Sebelum di rawat di Rumah Sakit klien melaksanakan sholat 5 waktu dan melaksanakan kegiatan agama lainnya, namun saat di rawat klien hanya mampu sholat 5 waktu, berdo'a dan berdzikir di tempat tidur.

G. Aktivitas Sehari-hari (sebelum dan selama sakit)

a. Pola Makan dan Minum

Hari : Selasa

Tanggal : 22 April 2025

No	Jenis	Sehat	Sakit
1.	Pola Makan Keb. Kalori Jenis Porsi Frekuensi Diet Khusus Makanan Disukai Kesulitan Menelan Gigi Palsu Nafsu Makan Usaha mengatasi masalah	1.528 Kkal Nasi, sayur, daging, buah 1 porsi 3x1 Tidak ada Singkong Tidak ada Tidak ada Baik Tidak ada masalah	1.528 Kkal Nasi, sayur, daging, buah ½ porsi 3x1 Mengurangi gula Singkong Tidak ada Tidak ada Berkurang Makan sedikit tapi sering
2.	Pola Minum Jenis Frekuensi Jumlah Kebutuhan Cairan Jumlah Tetesan Pantangan Minuman yang disukai Usaha mengatasi masalah	Air putih, kopi 7-8 gelas, 2 gelas 1600 ml, 400 ml 2.080 ml Tidak ada Teh hangat Tidak ada	Air putih, teh hangat 2 gelas, 2 gelas 400 ml, 400 ml 2.080 ,l 20 tpm Minuman terlalu manis Teh hangat Mengurangi minuman manis

$$\text{IMT} = 49 : (1,64)^2 = 18,6 \text{ (Kurus)}$$

#Kebutuhan Kalori :

$$1 \text{ kal} \times 49 \text{ kg} \times 24 \text{ jam} = 1.176 \text{ Kkal}$$

$$\#1,30 \times 1.176 = 1.528 \text{ Kkal}$$

#Kebutuhan Cairan :

$$10 \text{ kg} \times 1 \text{ liter} = 1000 \text{ ml}$$

$$10 \text{ kg} \times 500 \text{ ml} = 500 \text{ ml}$$

$$29 \text{ kg} \times 20 \text{ ml} = 580 \text{ ml}$$

$$= 2.080 \text{ ml}$$

b. Pola Eliminasi

Hari : Selasa

Tanggal : 22 April 2025

No	Jenis	Sebelum dirawat	Selama dirawat
1	BAB Frekuensi Warna Masalah Berat jenis feces Cara mengatasi masalah	2x1 hari Kuning kecoklatan Tidak ada Tidak terkaji Tidak ada masalah	1x2 hari Kuning kecoklatan Tidak ada rasa ingin BAB Tidak terkaji Tidak ada
2	BAK Frekuensi Jumlah output Warna Masalah Cara mengatasi masalah	6x1 hari Tidak terkaji Kuning jernih Tidak ada Tidak ada	6x1 hari Tidak terkaji Kuning pekat Tidak ada Tidak ada

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

Hari : Selasa

Tanggal : 22 April 2025

No	Jenis	Sehat					Selama dirawat				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1.	Mandi	√							√		
2.	Berpakaian	√							√		
3.	Eliminasi	√					√				
4.	Mobilisasi ditempat tidur	√					√				
5.	Berpindah	√					√				
6.	Berjalan	√					√				
7.	Bekerja	√							√		
8.	Makan	√					√				
9.	Naik tangga	√									
10.	Aktivitas lain	√							√		
Total Skor		Sehat : 0					Sakit : 8				

Ket: 0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Dibantu orang lain

3 = Dibantu orang lain-alat

4 = Tergantung/tidak mampu

d. Pola Istirahat Tidur

Hari : Selasa

Tanggal : 22 April 2025

No	Jenis	Sebelum Masuk RS	Selama Dirawat
1.	Tidur Siang Lama Tidur Keluhan Mempermudah tidur Mempermudah bangun	1-2 jam Tidak ada Tidak ada Berisik	3-4 jam Merasa tidak nyaman Tidak ada Berisik
2.	Tidur Malam Lama Tidur Keluhan Mempermudah tidur Mempermudah bangun	7 jam Sering kebangun Tidak ada Tidak ada	6 jam Sering kebangun Tidak ada Tidak ada

H. Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium, Radiologis, dll)

1. Laboratorium

Tanggal: 19 April 2025

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Pemeriksaan Normal	Keterangan
1	HbA1c	13.2 %	< 5.7	Diabetes
2	GDS (11.08 WIB)	231 mg/dL	70-200	Hiperglikemia
3	GDS (13.30 WIB)	145 mg/dL	70-200	Normal
4	GDS (15.46 WIB)	257 mg/dL	70-200	Hiperglikemia
Tanggal : 22 April 2025				
1	GDS (16.40 WIB)	120 mg/dL	70-200	Normal
2	GDS (19.57 WIB)	88 mg/dL	70-200	Normal
Tanggal : 23 April 2025				
1	GDS (06.23 WIB)	149 mg/dL	70-200	Normal
2	GDS (09.36 WIB)	207 mg/dL	70-200	Hiperglikemia
3	GDS (14.24 WIB)	178 mg/dL	70-200	Normal

2. Radiologi

Tanggal : 19 April 2025

Thoraks AP

Foto Asimetris

Kerangka dan jaringan lunak yang tervisualisasi dalam batas normal.

Trakea tengah

Cor tidak membesar

Sinus dan diafragma dalam batas normal

Pulmo :

- Corakan bronkovaskuler normal
- Jauh dalam batas normal
- Tidak tampak infiltrat di kedua lapang paru

Kesan :

- Tidak tampak TBC Paru / bronkopneumonia
- Tidak tampak kardiomegali

Foto kaki sebelah kiri

Keahliannya :

Besar, bentuk & struktur trabekula tulang pembentuk os tarsalia, metatarsal, Phalanges pedis sinistra normal.

Tidak tampak osteofit, sela sendi dan permukaan kiri normal.

Tidak tampak lesi litik dan sklerotik.

Tidak tampak kalsifikasi pada jaringan lunak.

Kesan :

- Pembengkakan jaringan lunak pedis sinistra disertai gas gangren.
- Tidak tampak fraktur, subluksasi serta dislokasi.
- Tidak tampak tanda-tanda osteomielitis.

I. Terapi Medis

No	Nama Obat	Jenis Golongan Obat	Cara Pemberian	Frekuensi Pemberian Waktu (jam)				Dosis Obat	Indikasi	Kontraindikasi
1	RL	Cairan elektrolit	IV	24 jam				500 ml	Mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi	Pembengkakan pada kai, hipernatremia, mulut kering, demam
2	Ceftriaxone	Antibiotik	IV	05		16		2 x 1 gr	Mengobati dan mencegah infeksi bakteri	Bengkak, kemerahan, pusing, mual, muntah
3	Metronidazole	Antibiotik	IV	05	12		20	3 x 500 ml	Mengobati infeksi bakteri dan infeksi parasit	Mual, muntah diare, hilang nafsu makan
4	Ketorolac	OAINS Anti Inflamasi Non Steroid	IV drip	05	12		20	3 x 30	Meredakan peradangan dan nyeri	Kantuk, sakit perut, pusing, mual, konstipasi
5	Omeprazole	PPI Proton Pump Inhibitor	IV	05		16		2 x 1	Menurunkan produksi asam lambung	Diare, mual, pusing, dan sakit kepala
6	Apidra	Insulin analog kerja cepat	Subkutan	05	12	16		3 x 8 unit	Pasien DM, untuk mengendalikan gula darah tinggi	Hipoglikemia
7	Sansulin	Insulin	Subkutan				20	1 x 10 unit	Pasien dengan kadar glukosa tinggi / Hiperglikemia	Hipoglikemia

I. ANALISA DATA

No	Analisa Data	Etiologi	Problem
1	DS : - Klien mengeluh kesemutan pada kaki kiri, kesemutan bertambah ketika kaki tidak digerakkan, berkurang setelah diregangkan, terasa seperti banyak semut pada kaki, kesemutan terasa dari pergelangan kaki-telapak kaki, tingkat kesemutan kronis, masih bisa ditoleransi, kesemutan terasa tidak tentu waktu. DO : - Kaki kiri klien tampak diverban, CRT > 3 detik, pergelangan kaki – punggung kaki tampak merah, dan kering - Terdapat ulkus pada telapak kaki kiri - Telapak kaki tampak pucat - TTV : Tekanan : 142/98 mmHg Nadi : 90x/mnt Suhu : 36,8°C RR : 20x/mnt SPO2 : 98%	Ulkus ↓ Tersumbatnya PD ke ekstremitas bawah ↓ Penurunan nadi perifer ↓ Parastesia ↓ Mati rasa ↓ Perfusi Perifer Tidak Efektif	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)
2	DS : - Klien mengeluh lemas dan pusing DO : - Kadar glukosa mencapai 513 mg/dL pada tanggal 20 April - GDS : - Jam 16.40 : 120 mg/dL - Jam 19.57 : 88 mg/dL	Riwayat penyakit DM ↓ Jarang kontrol ke pelayanan kesehatan ↓ Sel beta di pankreas terganggu ↓ Defisit insulin ↓ Hiperglikemi ↓ Tidak terkontrol ↓ Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0022)
3	DS : - Klien mengatakan ada luka pada telapak kaki kiri DO : - Terdapat ulkus pada telapak kaki kiri	Makroangiopati pembuluh darah ↓ Aterosklerosis/penyumbatan PD ↓	Gangguan Integritas Jaringan (D.0129)

	- Ulkus terdapat nanah - Luas luka ± 3 cm - Pergelangan kaki berwarna merah, telapak kaki tampak pucat - CRT > 3 detik	Sirkulasi jaringan menurun ↓ Iskemik ↓ Nekrosis jaringan ↓ Ulkus diabetikum ↓ Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	
4	DS : - DO : - Terdapat ulkus pada telapak kaki kiri - Ulkus terdapat nanah - Luas luka ± 3 cm - Pergelangan kaki berwarna merah, telapak kaki tampak pucat - CRT > 3 detik	Makroangiopati pembuluh darah ↓ Aterosklerosis/penyumbatan PD ↓ Sirkulasi jaringan menurun ↓ Iskemik ↓ Nekrosis jaringan ↓ Ulkus diabetikum ↓ Gangguan Integritas Kulit/Jaringan ↓ Risiko infeksi	Infeksi

II. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Perfusi Perifer b.d penurunan sensitifitas (D.0009)

DS :

- Klien mengeluh kesemutan pada kaki kiri, kesemutan bertambah ketika kaki tidak digerakkan, berkurang setelah diregangkan, terasa seperti banyak semut pada kaki, kesemutan terasa dari pergelangan kaki-telapak kaki, tingkat kesemutan kronis, masih bisa ditoleransi, kesemutan terasa tidak tentu waktu.

DO :

- Kaki kiri klien tampak diverban, CRT > 3 detik, pergelangan kaki – punggung kaki tampak merah, dan kering
- Terdapat ulkus pada telapak kaki kiri
- Telapak kaki tampak pucat

2. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d defisit insulin (D.0022)

DS :

- Klien mengeluh lemas dan pusing

DO :

- Kadar glukosa mencapai 513 mg/dL pada tanggal 20 April
- GDS :
- Jam 16.40 : 120 mg/dL
- Jam 19.57 : 88 mg/dL

3. Gangguan Integritas Jaringan b.d kerusakan antibody (D.0129)

DS :

- Klien mengatakan ada luka pada telapak kaki kiri

DO :

- Terdapat ulkus pada telapak kaki kiri
- Ulkus terdapat nanah
- Luas luka ± 3 cm
- Pergelangan kaki berwarna merah, telapak kaki tampak pucat
- CRT > 3 detik

4. Infeksi b.d luka terbuka

DS : -

DO :

- Terdapat ulkus pada telapak kaki kiri
- Ulkus terdapat nanah
- Luas luka ± 3 cm
- Pergelangan kaki berwarna merah, telapak kaki tampak pucat
- CRT > 3 detik

III. PERENCANAAN (TUJUAN DAN KRITERIA HASIL, INTERVENSI, RASIONAL)

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : Perfusi Perifer (L.02011) 1. Penyembuhan luka meningkat 2. Sensasi meningkat 3. Warna kulit pucat menurun 4. Nekrosis menurun 5. Pengisian kapiler membaik 6. Turgor kulit membaik 7. Ankle Brachial Index cukup membaik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor risiko (3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 4. Monitor nilai ABI Terapeutik 5. Berikan teknik non-farmakologis untuk meningkatkan sirkulasi & sensasi (senam kaki) 6. Lakukan pencegahan infeksi 7. Lakukan perawatan kaki dan kuku 8. Lakukan hidrasi Edukasi 9. Anjurkan berolahraga rutin (senam kaki) 10. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki) 11. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi 12. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. luka tidak sembuh, hilangnya rasa)	1. Untuk mengenali gangguan perfusi perifer sejak dini 2. Faktor-faktor tsb meningkatkan risiko gangguan perfusi 3. Tanda-tanda inflamasi atau edema menunjukkan gangguan perfusi daerah tersebut 4. Mencegah penurunan aliran darah dan memperburuk kondisi daerah perifer 5. Infeksi lokal dapat memperburuk perfusi melalui inflamasi dan penyempitan PD 6. Mencegah luka, infeksi, atau iskemia yang sering terjadi pada ekstremitas bawah 7. Cukupnya cairan membantu mempertahankan volume darah dan aliran kapiler 8. Meningkatkan tonus vaskular dan aliran darah perifer 9. Menjaga integritas kulit sebagai pelindung terhadap trauma dan infeksi 10. Menurunkan kolesterol, mencegah aterosklerosis dan meningkatkan perfusi 11. Deteksi dini komplikasi iskemik untuk penanganan cepat

2	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) 1. Mengantuk menurun 2. Pusing menurun 3. Lelah/lesu menurun 4. Keluhan lapar menurun 5. Kadar glukosa dalam darah membaik 6. Jumlah urine membaik	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu Terapeutik 3. Berikan asupan cairan oral Edukasi 4. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dL 5. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 6. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 8. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu	1. Agar dapat diatasi dari penyebabnya 2. Memantau kadar glukosa dalam darah 3. Untuk memperbaiki keseimbangan tubuh 4. Dapat meningkatkan dehidrasi, ketoasidosis dan kesulitan tubuh dalam mengatur insulin 5. Agar pasien dapat memantau kondisinya 6. Agar gula darah stabil 7. Membantu tubuh mengontrol gula dalam darah 8. Memperbaiki keseimbangan tubuh
3	Gangguan Integritas Jaringan (D.0129)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : Integritas Kulit Dan Jaringan (L.14125) 1. Hidrasi meningkat 2. Perfusi jaringan meningkat 3. Kerusakan jaringan menurun 4. Kerusakan lapisan kulit menurun 5. Pigmentasi abnormal menurun 6. Nekrosis menurun 7. Suhu kulit membaik	Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Bersihkan jaringan nekrotik 6. Pasangkan balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat	1. Memantau drainase, warna, ukuran, dan bau luka penting untuk mengetahui perkembangan luka dan mendeteksi kemungkinan infeksi. 2. Mengamati tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau demam dapat membantu dalam deteksi 3. Proses pelepasan yang perlahan dapat mengurangi risiko trauma tambahan pada luka. 4. Bersihkan jaringan nekrotik: Menghilangkan jaringan nekrotik mempromosikan penyembuhan luka

		8. Sensasi membaik	melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Edukasi 9. Anjurkan mengkonsumsi makanan TKTP 10. Ajarkan perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 11. Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu 12. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	yang optimal. 5. Agar mempercepat pertumbuhan jaringan baru 6. Jenis balutan yang tepat sesuai dengan karakteristik luka membantu mendukung proses penyembuhan. 7. Menjaga kebersihan dan sterilitas selama perawatan luka dapat mencegah infeksi. 8. Penggantian balutan secara teratur membantu menjaga kebersihan luka dan meminimalkan risiko infeksi. 9. Edukasi tentang pentingnya nutrisi yang adekuat dalam penyembuhan luka membantu pasien untuk mempercepat proses penyembuhan. 10. Memberikan pengetahuan kepada pasien tentang bagaimana melakukan perawatan luka secara mandiri dapat meningkatkan kemandirian dan mengurangi risiko infeksi. 11. Untuk mempercepat penyembuhan luka 12. Antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri
4	Risiko Infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil : Tingkat Infeksi (L.14137) 1. Kebersihan tangan meningkat	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area	1. Untuk mengetahui adanya gejala awal dari proses infeksi 2. Untuk mengurangi faktor risiko infeksi 3. Agar dapat mengurangi kulit kering 4. Untuk mencegah terjadinya infeksi

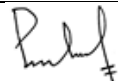
		2. Kebersihan badan meningkat 3. Bengkak menurun 4. Kadar sel darah putih membaik	edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 7. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	nosokomial 5. Agar pasien mengetahui gejala infeksi 6. Agar pasien mengetahui cara pencegahan infeksi 7. Agar pasien mengetahui kondisinya 8. Meningkatkan kekebalan tubuh 9. Untuk mencegah terjadinya infeksi
--	--	---	--	--

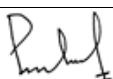
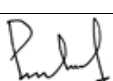
IV. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

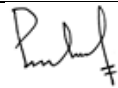
Dx Kep	Hari/ Tanggal	Jam	Implementasi Hasil/Respon	Evaluasi Harian	Paraf
I	Selasa, 22 April 2025	9.00	1. Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) H : Klien mengeluh kesemutan pada kaki kiri, kesemutan bertambah ketika kaki tidak digerakkan, berkurang setelah diregangkan, terasa seperti banyak semut pada kaki, kesemutan terasa dari pergelangan kaki-telapak kaki, tingkat rasa kesemutan sedang, masih bisa ditoleransi, kesemutan terasa tidak tentu waktu. Nadi perifer kaki teraba lemah, terdapat edema pada pergelangan kaki kiri-punggung kaki, CRT > 3 detik, warna kulit pucat, akral traba dingin.	Jam : 13.00 WIB S : Klien mengatakan kaki masih kesemutan, sensasi kaki masih belum terasa O : - CRT > 3 detik - Akral dingin - Kulit pucat - Kaki kiri masih tampak bengkak A : Gangguan Perfusi Perifer Tidak Efektif belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi	 Puput
		9.05	2. Mengidentifikasi faktor risiko (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) R : Klien mengatakan riwayat DM sejak 5 tahun lalu, perokok aktif		
		9.10	3. Memberikan teknik non-farmakologis untuk meningkatkan sirkulasi & sensasi (senam kaki) R : Klien mampu melakukan gerakan senam kaki		
		9.25	4. Menganjurkan berolahraga rutin (senam kaki) R : Klien & keluarga mengerti		
		9.30	5. Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) R : Klien mengerti		
II	Selasa, 22 April 2025	9.33	1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia H : Keluarga klien mengatakan 5 tahun lalu klien berbadan besar	Jam : 13.05 WIB S : Klien mengatakan kantuk dan lemas O : - GDS dalam batas normal (120 mg/dL) - Klien tampak lemah terbaring ditempat tidur	 Puput
		9.35	2. Memonitor kadar glukosa darah H : GDS : 120 mg/dL		
		9.40	3. Memberikan asupan cairan oral R : Klien minum air putih hangat 1 gelas		

		9.43	4. Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dL R : Klien mengerti	A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian	
		9.45	5. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga R : Klien mengerti	P : Lanjutkan intervensi	
		12.00	6. Memberikan insulin - Apidra 8 unit jam 12.00		
		24 jam	7. Memberikan cairan IV R : Klien diberikan cairan infus RL 500 ml		
III	Selasa, 22 April 2025	9.47	1. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) H : Luka $\pm$ 3 cm, terdapat nanah, berwarna putih sedikit merah	Jam : 13.10 WIB S : Klien mengatakan tidak terasa nyeri pada luka	 Puput
		9.50	2. Memonitor tanda-tanda infeksi H : terdapat nanah pada luka, jaringan baru terlihat sedikit dipinggir luka	O : - Terdapat nanah pada luka - Sudah tampak rembesan pada kassa	
		9.50 s.d	3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan R : Prosedur dilakukan	A : Masalah gangguan integritas jaringan teratasi sebagian	
			4. Mebersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan R : Prosedur dilakukan	P : Lanjutkan Intervensi	
			5. Membersihkan jaringan nekrotik R : Prosedur dilakukan		
			6. Memasangkan balutan sesuai jenis luka R : Prosedur dilakukan		
		10.05	7. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R : Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan, teliti dalam membersihkan luka dengan mempertahankan teknik stereril		
			8. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase R : Prosedur dilakukan		
		10.06	9. Menganjurkan mengkonsumsi makanan TKTP R : Pasien mengerti		
		10.10	10. Mengajarkan perawatan luka secara mandiri R : Klien & keluarga tampak memperhatikan saat perawatan luka		

		12.00	11. Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu H : Rencana debridement jam 13.30 12. Memberikan antibiotik - Ceftiaxone 2 x 1 gr - Metronidazole 3 x 500 ml		
IV	Selasa, 22 April 2025	10.12 10.03 10.04 10.05 10.10 10.15 10.17	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal H : Luka tampak ada nanah, bengkak pada sekitar luka berwarna merah 2. Membatasi jumlah pengunjung R : Klien hanya ditemani istri 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien R : Sudah dilakukan 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi R : Keluarga & klien tampak mendengarkan, mengerti 5. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar R : Keluarga & klien mengerti dapat melakukan cuci tangan dengan benar 6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi R : Keluarga & klien mengerti 7. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan R : Klien mengangguk mengerti	Jam : 13.15 WIB S : Klien dan keluarga sudah mengerti tentang tanda bahaya infeksi O : - Masih terdapat tanda infeksi seperti kaki bengkak dan merah pada sekitar luka - Tampak rembesan pada kassa - Keluarga sudah mampu mencuci tangan dengan benar A : Masalah Risiko Infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi	 Puput
I	Rabu, 23 April 2025	14.00 14.05 14.15	1. Memeriksa sirkulasi perifer H : Klien mengatakan kesemutan berkurang pada kaki kiri, edema berkurang pada pergelangan kaki kiri-punggung kaki, CRT < 3 detik, warna kulit pucat, akral teraba dingin, sensasi sudah mulai terasa 2. Memberikan teknik non-farmakologis untuk meningkatkan sirkulasi & sensasi (senam kaki) R : Klien mampu melakukan gerakan senam kaki 3. Mengajukan berolahraga rutin (senam kaki) R : Klien & keluarga mengerti	Jam : 20.30 WIB S : Klien mengatakan kesemutan berkurang dan dapat merasakan sentuhan kaki O : - Akral teraba hangat - CRT < 3 detik - Kulit tampak berwarna merah - Nadi perifer teraba kuat A : Masalah Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi	 Puput

II	Rabu, 23 April 2025	14.20	1. Memonitor kadar glukosa darah H : GDS (6.23 WIB) : 149 mg/dL GDS (9.36 WIB) : 207 mg/dL GDS (14.24 WIB) : 178 mg/dL	Jam : 20.35 WIB S : Klien mengatakan tidak lemas dan tidak pusing	 Puput
		14.25 14.28 16.00 20.00 24 jam	2. Memberikan asupan cairan oral R : Klien minum air putih hangat 3. Mengingatkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga R : Klien mengangguk mengerti 4. Memberikan insulin - Apidra 8 unit jam 16.00 - Sansulin 10 unit jam 20.00 8. Memberikan cairan IV R : Klien diberikan cairan infus RL 500 ml	O : - GDS klien dalam batas normal - Klien tampak segar A : Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi	
III	Rabu, 23 April 2025	14.30	1. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) H : Luka $\pm$ 3 cm, terdapat nanah, berwarna putih sedikit merah	Jam 20.40 WIB S : Klien mengatakan tidak nyeri, luka rembes	 Puput
		14.35 17.00 17.00 14.40 16.00 20.00	2. Memonitor tanda-tanda infeksi H : nanah pada luka hanya sedikit, jaringan baru terlihat sedikit dipinggir luka 3. Melakukan perawatan luka R : perawatan luka sesuai prosedur 4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R : Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan, teliti dalam membersihkan luka dengan mempertahankan teknik streril 5. Menganjurkan mengkonsumsi makanan TKTP R : Pasien mengerti 6. Memberikan antibiotik - Ceftriaxone 2 x 1 gr - Metronidazole 3 x 500 ml	O : - Luka basah berkurang - Jaringan baru nampak terlihat - Nanah berkurang A : Masalah Gangguan integritas jaringan teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi	
IV	Rabu, 23 April 2025	17.05 17.05	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal H : Luka tampak ada nanah, bengkak pada sekitar luka berwarna merah 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan	Jam 20.45 WIB S : Klien mengatakan tidak ada nyeri pada kaki kiri	

		17.15	lingkungan pasien R : Mencuci tangan dilakukan 3. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan R : Klien mengangguk mengerti	O : - Kaki tampak tidak bengkak - Nanah pada luka berkurang - Tampak jaringan baru	Puput
I	Kamis, 24 April 2025	8.00 8.05 8.15	1. Memeriksa sirkulasi perifer H : Klien mengatakan sudah tidak merasakan kesemutan pada kaki kiri, kaki kiri tidak tampak edema, CRT < 3 detik, warna kulit merah muda, akral teraba hangat, sensasi sudah terasa 2. Memberikan teknik non-farmakologis untuk meningkatkan sirkulasi & sensasi (senam kaki) R : Klien mampu melakukan gerakan senam kaki 3. Mengajukan berolahraga rutin (senam kaki) R : Klien & keluarga mengerti	Jam 13.30 WIB S : Klien mengatakan kaki kiri sudah tidak terasa kesemutan O : - Kaki klien tampak tidak kaku, CRT < 3 detik, kulit berwarna merah muda, nadi perifer teraba kuat A : Masalah Perfusi Perifer Teratasi P : Pertahankan Intervensi	 Puput
II	Kamis, 24 April 2025	6.15 8.17 8.20 7.00 24 jam	1. Memonitor kadar glukosa darah H : GDS (6.15 WIB) : 150 mg/dL 2. Memberikan asupan cairan oral R : Klien minum air putih hangat 3. Mengingatkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga R : Klien mengangguk mengerti 4. Memberikan insulin - Apidra 8 unit jam 7.00 5. Memberikan cairan IV R : Klien diberikan cairan infus RL 500 ml	Jam : 13.35 WIB S : Klien mengatakan tidak pusing O : - GDS : 150 mg/dL - Klien tampak segar A : Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi P : Pertahankan Intervensi	 Puput
III	Kamis, 24 April 2025	8.25 8.28	1. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) H : Luka ± 3 cm, terdapat nanah, berwarna putih sedikit merah 2. Memonitor tanda-tanda infeksi H : nanah pada luka hanya sedikit, jaringan baru terlihat sedikit dipinggir luka	Jam 13.40 WIB S : Klien mengatakan tidak nyeri pada luka O : - Ulkus tampak merah pada sisi luka	 Puput

		8.30	3. Melakukan perawatan luka R : perawatan luka sesuai prosedur	- Terdapat nanah ditengah ulkus A : Masalah Gangguan integritas jaringan teratasi	
		8.35	4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R : Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan, teliti dalam membersihkan luka dengan mempertahankan teknik stereril	P : Pertahankan Intervensi	
		8.40	5. Menganjurkan mengkonsumsi makanan TKTP R : Pasien mengerti		
		12.00	6. Memberikan antibiotik - Metronidazole 3 x 500 ml		
IV	Kamis, 24 April 2025	8.30	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal H : Luka tampak ada nanah, bengkak pada sekitar luka berwarna merah	Jam : 13.45 WIB S : -	 Puput
		8.40	2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien R : Mencuci tangan dilakukan	O : - Nanah pada ulkus tampak berkurang - Tidak ada edema	
		8.45	3. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan R : Klien mengangguk mengerti	- Kulit berwarna merah muda - Jaringan baru tampak pada sisi ulkus	

V. CATATAN PERKEMBANGAN

No.	Hari/Tanggal	DX	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Kamis, 24 April 2025	I	14.30	S : Klien mengatakan kesemutan tidak terasa lagi, jari kaki dapat digerakan O : - Klien tampak tenang - Nadi perifer teraba kuat - CRT < 3 detik - Sensitifitas kaki kiri meningkat - TTV : TD : 130/85 mmHg - N : 102x/mnt - R : 20 x/mnt - S : 36,6° C A : Masalah Perfusi Perifer Teratasi dengan kriteria hasil tercapai : - Penyembuhan luka meningkat - Sensasi meningkat - Warna kulit pucat menurun - CRT membaik - Turgor kulit membaik - Nilai ABI cukup meningkat P : Hentikan Intervensi Pasien pulang, dengan advice dokter	 Puput
2	Kamis, 24 April 2025	II	14.35	S : Klien mengatakan tidak pusing dan tidak lemas O : - GDS : 150 mg/dL - Klien tampak rileks - Kulit masih teraba kering A : Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil tercapai : - Mengantuk menurun - Pusing menurun - Lelah menurun - Kadar glukosa dalam darah membaik P : Hentikan Intervensi	 Puput
3	Kamis, 24 April 2025	III	14.40	S : klien mengatakan tidak terasa nyeri pada luka, hanya terasa ngilu O : - Ulkus tampak membaik - Tampak merah pada ulkus - Nanah tampak berkurang - Terdapat jaringan baru pada sekitar ulkus A : Masalah Gangguan integritas jaringan teratasi dengan kriteria hasil tercapai : - Hidrasi meningkat	 Puput

				- Perfusion jaringan meningkat - Kerusakan jaringan menurun - Nekrosis menurun - Suhu kulit membaik - Sensasi membaik P : Hentikan Intervensi	
4	Kamis, 24 April 2025	IV	14.45	S : - O : - Nanah tampak berkurang - Tidak ada bengkak pada kaki kiri A : Masalah Risiko Infeksi teratasi dengan kriteria hasil tercapai : - Kebersihan tangan meningkat - Bengkak menurun - Suhu tubuh dalam batas normal P : Hentikan Intervensi	 Puput

3.2 Pembahasan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. D di ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat selama 3 hari dari tanggal 22-24 April 2025. Kemudian melakukan perbandingan antara teori, jurnal yang didapat, dengan kenyataan di lapangan yang berhubungan dengan kasus Ulkus Pedis Diabetik. Penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kenyataan serta menemukan beberapa faktor pendukung dan penghambat selama pemberian asuhan keperawatan pasien Ulkus Pedis Diabetik.

Selama dilapangan penulis tidak kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn. D karena klien dan keluarga kooperatif kepada perawat. Penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan diantaranya sebagai berikut :

3.2.1 Pengkajian Data dan Analisa Data

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama proses keperawatan yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 April 2025, pengkajian dilakukan dengan cara *alloanamnesa* dan *autoanamnesa*, dimulai dari biodata klien, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik persistem, aspek psikologis, Activity Daily Living, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan rasiologi dan terapi pengobatan (Putri et al., 2023).

Pengkajian dilakukan pada Tn. D pada tanggal 22 April 2025 di ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, klien berusia 50 tahun. Saat

dilakukan pengkajian klien mengeluh kesemutan pada kaki kiri, kesemutan bertambah ketika kaki tidak digerakan, berkurang setelah diregangkan, terasa seperti banyak semut pada kaki, kesemutan terasa dari pergelangan kaki-telapak kaki, tingkat kesemutan kronis, masih bisa ditoleransi, kesemutan terasa tidak tentu waktu. TTV klien sebagai berikut : TD : 142/98 mmHg, N : 90x/mnt, S : 36,8°C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 98%.

Penelitian yang dilakukan oleh (Ayu, 2024), terdapatnya neuropati perifer pada penyakit DM dapat menurunkan atau menghilangkan sensasi nyeri pada kaki, oleh karena itu kaki mengalami mati rasa sehingga menimbulkan adanya ulkus pada kaki. Penurunan sensitivitas atau hilangnya sensasi pada kaki termasuk faktor utama risiko ulkus. Permasalahan pada pasien diabetes di antaranya yaitu tidak efektifnya perfusi perifer.

3.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (SDKI, 2017). Diagnosa keperawatan memberikan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat (Disetujui oleh anggota *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), (Polopadang & Hidayah, 2019). Dalam menegakkan diagnosis atau masalah klien harus berdasarkan pada pendekatan asuhan keperawatan yang didukung dan ditunjang oleh beberapa data, baik data subjektif dan data objektif.

Menentukan prioritas masalah keperawatan adalah kegiatan untuk menentukan masalah yang menjadi skala prioritas untuk diselesaikan atau diatasi dahulu. Prioritas pertama pada kasus Tn. D yaitu Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan sensitifitas ditandai dengan kesemutan, CRT >3 detik, pergelangan kaki-punggung kaki tampak merah, kulit kaki kering, terdapat ulkus pada kaki kiri, telapak kaki tampak pucat.

Diagnosis kedua adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan defisit insulin dibuktikan dengan : klien mengeluh lemas, pusing, GDS mencapai 513 mg/dL pada tanggal 20 April, GDS 120 mg/dL jam 16.40 WIB, GDS : 88 mg/dL jam 19.57 WIB.

Diagnosis ketiga adalah gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kerusakan antibody ditandai dengan luka pada telapak kaki kiri, luas luka ± 3 cm, pergelangan kaki berwarna merah dan telapak kaki tampak pucat.

Diagnosis keempat adalah risiko infeksi berhubungan dengan luka terbuka ditandai dengan luka pada telapak kaki kiri, luas luka ± 3 cm, pergelangan kaki berwarna merah dan telapak kaki tampak pucat.

3.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah intervensi atau perencanaan keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharap dari klien, dan atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan (Deswani, 2020).

Merumuskan rencana tindakan keperawatan adalah kegiatan spesifik untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan dan kriteria hasil, ada tipe rencana

tindakan keperawatan yaitu observasi, terapeutik dan nursing treatment, penyuluhan atau Pendidikan Kesehatan, rujukan atau kolaborasi (Rohmah, 2019). Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan sensitifitas

Rencana tindakan keperawatan untuk masalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan sensitifitas ditandai dengan kesemutan, CRT >3 detik, pergelangan kaki-punggung kaki tampak merah, kulit kaki kering, terdapat ulkus pada kaki kiri, telapak kaki tampak pucat. Maka tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu intervensi utama dalam klasifikasi intervensi perfusi perifer tidak efektif (SIKI, 2018). Tindakan keperawatan yang diberikan adalah memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), melakukan teknik non-farmakologis dengan senam kaki diabetes dan cegah terjadinya cedera selama senam kaki dilakukan.

2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan defisit insulin

Rencana tindakan keperawatan untuk masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan defisit insulin dibuktikan dengan : klien mengeluh lemas, pusing, GDS mencapai 513 mg/dL pada tanggal 20 April, GDS 120 mg/dL jam 16.40 WIB, GDS : 88 mg/dL jam 19.57 WIB. Intervensi yang akan dilakukan lebih berfokus pada monitor kadar glukosa darah dan kolaborasi pemberian insulin.

3. Masalah gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kerusakan antibody

Rencana tindakan keperawatan untuk masalah gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kerusakan antibody ditandai dengan luka pada telapak kaki kiri, luas luka ± 3 cm, pergelangan kaki berwarna merah dan telapak kaki tampak pucat. Diberikan intervensi perawatan luka.

4. Risiko infeksi berhubungan dengan luka terbuka

Intervensi untuk masalah risiko infeksi berhubungan dengan luka terbuka ditandai dengan luka pada telapak kaki kiri, luas luka ± 3 cm, pergelangan kaki berwarna merah dan telapak kaki tampak pucat. Akan diberikan

intervensi monitor tanda infeksi dengan mempertahankan prinsip steril pada luka Tn. D.

Berikut diagnosis keperawatan DM tipe 2 yang tidak ditemukan pada kasus Tn. D yaitu :

1. Nyeri Akut

Masalah ini tidak penulis angkat karena saat pengkajian penulis tidak menemukan data pasien mengeluh nyeri pada bagian tubuh manapun termasuk luka pada kaki pasien, tidak ada gelisah, sikap protektif dan sulit tidur.

2. Gangguan Mobilitas Fisik

Masalah ini tidak penulis angkat karena saat pengkajian tidak menemukan data sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, ROM menurun, nyeri bergerak, enggan melakukan pergerakan, sendi kaku, dan gerakan terbatas.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan bagian aktif dalam asuhan keperawatan, yaitu perawat melakukan tindakan sesuai rencana. Tindakan ini bersifat intelektual, teknis, dan interpersonal berupa berbagai upaya memenuhi kebutuhan dasar klien. Tindakan keperawatan meliputi tindakan keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan kesehatan/keperawatan, dan tindakan medis yang dilakukan perawat (Saifudin, 2020). Pada tanggal 22-24 April 2025 dilakukan tindakan yang sebelumnya sudah kontrak waktu pada saat pengkajian.

1. Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan sensitifitas

Penulis melaksanakan implementasi memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), mengidentifikasi faktor risiko (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi), memberikan teknik non-farmakologis untuk meningkatkan sirkulasi & sensasi (senam kaki selama 10-15 menit / hari), menganjurkan berolahraga rutin (senam kaki), menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan defisit insulin

Penulis melakukan mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, memberikan asupan cairan oral, menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dL, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, memberikan insulin Apidra 8 unit jam 12.00, memberikan cairan infus RL 500 ml.

3. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kerusakan antibody

Implementasi yang dilakukan adalah Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau), memonitor tanda-tanda infeksi, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, membersihkan jaringan nekrotik, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, menganjurkan mengkonsumsi makanan TKTP, mengajarkan

perawatan luka secara mandiri, Kolaborasi prosedur debridement jam 13.30, memberikan antibiotik Ceftiaxone 2 x 1 gr, Metronidazole 3 x 500 ml.

4. Risiko infeksi berhubungan dengan luka terbuka

Implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal, membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan yang benar, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. Dalam implementasi pencegahan infeksi, penulis bertujuan untuk mengetahui dan mengukur tingkat keberhasilan dan ketepatan dalam perawatan luka. Tentu indikator yang diperlukan dari perawatan luka bukan hanya keadaan jaringan yang mengalami perlekatan, tetapi 5 tanda infeksi harus diwaspadai.

3.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah catatan mengenai perkembangan klien yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya, dengan menggunakan metode SOAP (Wahid, 2021).

Evaluasi disusun menggunakan format SOAP yaitu diantaranya:

S: Berupa perasaan ungkapan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif

A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis

Evaluasi hasil dari diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan sensitifitas setelah dilakukan implementasi selama 3 hari pada hari kamis tanggal 24 April 2025 pada pukul 14.30 WIB didapatkan hasil data subjektif yaitu klien mengatakan kesemutan tidak terasa lagi, jari kaki dapat digerakan dengan data objektif klien tampak tenang, nadi perifer teraba kuat, CRT < 3 detik, sensitifitas kaki meningkat, TD : 130/85 mmHg, N : 102x/mnt, R: 20 x/mnt, S : 36,6° C.

Evaluasi dari diagnosa Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d defisit insulin setelah dilakukan implementasi selama 3 hari didapatkan hasil subjektif klien mengatakan tidak pusing dan tidak lemas data objektif didapatkan hasil GDS 150 mg/dL, klien tampak rileks, kulit masih teraba kering.

Evaluasi dari diagnosa ketiga yaitu Gangguan integritas jaringan b.d kerusakan antibody setelah 3 hari dilakukan implementasi didapatkan data subjektif klien mengatakan tidak merasakan nyeri pada luka, hanya terasa ngilu, data objektif yang didapatkan yaitu ulkus tampak membaik dengan kriteria luka tampak merah, nanah tampak berkurang, terdapat jaringan baru disekitar ulkus.

Evaluasi untuk diagnosa terakhir yaitu risiko infeksi setelah 3 hari dilakukan implementasi didapatkan data objektif nanah pada luka berkurang, tidak ada bengkak pada kaki kiri.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan Ulkus Pedis Diabetik dari tanggal 22-24 April 2025 maka penulis dapat mengambil kesimpulan :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. D dengan Ulkus Pedis Diabetik di ruang Khalid Bin Walid RSUD al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Tn. D yaitu klien mengeluh kesemutan pada kaki kirinya.
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada Tn. D di ruang Khalid Bin Walid RSUD al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, adapun diagnosa yang muncul pada Tn. D yaitu sebanyak 4 diagnosa keperawatan :
 - a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan sensitifitas
 - b. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d defisit insulin
 - c. Gangguan Integritas Jaringan b.d kerusakan antibody
 - d. Risiko Infeksi b.d luka terbuka
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Tn. D di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta klien dalam menyusun rencana

tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. D Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga klien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Tn. D di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, dengan melihat perkembangan klien dengan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
6. Penulis mampu menganalisa *Evidence Based Practice* tentang salah satu diagnosa keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif dengan senam kaki diabetik dapat menarik kesimpulan senam kaki diabetik dapat berpengaruh meningkatkan perfusi perifer pada pasien dengan diagnosa medis ulkus pedis diabetikum , yang ditandai dengan kesemutan, kurangnya sensasi, CRT >3 detik, kulit kaki pucat menjadi adanya peningkatan sensitifitas, kesemutan berkurang dan akral teraba hangat.

4.2 Saran

4.2.1 Institusi Pendidikan

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang Ulkus di institusi pendidikan dan dapat menerapkan praktik lab.

4.2.2 Rumah Sakit

Diharapkan Rumah Sakit khususnya RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada klien lebih optimal dalam pemenuhan asuhan keperawatan dengan klien yang mengalami penyakit khususnya Ulkus Pedis.

4.2.3 Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa mampu menerapkan ilmu yang telah didapatkan selama belajar di kampus sehingga mahasiswa mampu mempraktikkan asuhan keperawatan secara optimal dan komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, S. (2019). *Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia*. PB Perkeni, 133.
- Adli, F. K. (2021). *Diabetes Melitus Gestasional* : Diagnosis dan Faktor Risiko. Jurnal Medika Utama, 03(01), 1545–1551.
- Agustin, S. (2022, September 24). Luka diabetes, kenali penyebab dan gejala yang mungkin muncul. Dipetik Juni 20, 2025, dari Alodokter: <https://www.alodokter.com/luka-diabetes-kenali-penyebab-dan-gejala-yang-mungkin-muncul>
- Ahani. (2022, Juni 27). Mengenal apa itu ulkus diabetikum? Dipetik November 18, 2022, dari Hermina Hospitals: <http://www.herminahospitals.com/id/articels/mengenal-apa-ituulkus-diabetikum.html>
- American Diabetes Association. (2023). *Peripheral Neuropathy in Diabetes Care*. ADA Guidelines 2023.
- Ayu, G. (2024). *IMPLEMENTASI PEMBERIAN SENAM KAKI PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DENGAN PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF DI RUANG CEMPAKA 2 RSUD TABANAN TAHUN 2024*.
- Bella, A. (2022, Agustus 18). Ulkus diabetikum. Diambil kembali dari Alodokter: <https://www.alodokter.com/ulkus-diabetikum-luka-pada-kaki-yang-perlu-segera-diobati>
- Damayanti, S. (2017). *Diabetes Mellitus & Penatalaksanaan Keperawatan* (Pertama). Nuha Medika.
- Dinkes Provinsi Jawa Barat. (2023). *Profil Kesehatan Jawa Barat 2023*. In *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat*.
- Dinata, I. (2022). *Gambaran Pemberian Terapi Senam Kaki Diabetes Pada Lansia Dengan Diabetes Mellitus Tipe Ii Di Desa Banjar Anyar Kecamatan Kediri Kabupaten Tabanan* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan 2022).
- Erna. (2022). *Asuhan Keperawatan Perawatan Integritas Kulit Pada Penyandang Diabetes Melitus Di Ruang Melati RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu*. Bengkulu : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu 2022.
- Fitriani, A., & Santoso, D. (2022). *Pengaruh Senam Kaki Diabetes terhadap Sirkulasi Darah Perifer pada Pasien DM*. Jurnal Keperawatan Medikal Bedah, 10(1), 55–62.
- Febrinasari, R. P., Sholikah, T. A., & Dyonisa Nasirochmi Pakha, dan S. E. . (2020). *Buku Saku Diabetes Melitus untuk Awam*. Surakarta : UNS Press. *Penerbitan Dan Pencetakan UNS (UNS Press)*, 1, 79.
- Hardianto, D. (2021). *Telaah Komprehensif Diabetes Melitus: Klasifikasi, Gejala, Diagnosis, Pencegahan, Dan Pengobatan*. Jurnal Bioteknologi & Biosains Indonesia (JBBI), 7(2), 304–317. <https://doi.org/10.29122/jbbi.v7i2.4209>

- Hutagalung, M. B. Z., Eljatin, D. S., Awalita, Sarie, V. P., Gaby, Sianturi, D. A., & Santika, G. F. (2019). *Diabetic Foot Infection (Infeksi Kaki Diabetik)*. Jurnal CDK, 46(6), 414–418.
- IDF Diabetes Atlas. (2025). *Diabetes Atlas* (P. S. Dianna J. Magliano, Edward J. Boyko, Irini Genitsaridi, Lorenzo Piemonte, Phill Riley (Ed.); 11th ed.).
- Kemenkes `RI. (2020). Infodatin 2020 Diabetes Mellitus Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI
- Kemenkes RI. (2021). *Pedoman Pencegahan Kaki Diabetik*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
- Kemenkes. (2020). Tetap produktif, cegah dan atasi diabetes melitus. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lutfiyanti, D. (ca. 2021). *Implementasi Keperawatan* [Presentasi Slide]. Scribd.
- Muttaqin, A. (2020). *Tahapan Pengkajian dalam Proses Keperawatan* [PDF]. OSF. Diakses dari osf.io/jd8m5
- Mattar, M., et al. (2024). *Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: A Recent Update on Pathophysiology and Treatment*. Life, 14(8), 991. doi:10.3390/life14080991
- Meldaputri, A. (2025). *Tahap Evaluasi Keperawatan Baru* [Presentasi]. Scribd.
- Nature Review (2025). *Diabetic neuropathy: cutting-edge research and future directions. Signal Transduction and Targeted Therapy*
- Putri, R., Alfianur, Emulyani, & Hendra, D. (2023). *Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Penerapan Senam Kaki terhadap Peningkatan Perfusi Perifer pada Lansia dengan Diabetes Melitus di Kelurahan Tuah Negeri Kecamatan Tenayan Raya*. 1.
- Polopadang, V., & Hidayah, N. (2019). *Proses Keperawatan Pendekatan Teori dan Praktik* (Fitriani (ed.); Pertama).
- Rahman, A., Maryuni, S., & Dwi, A. (2021). *Pengaruh Latihan Senam Kaki Diabetes Terhadap Sensitivitas Kaki pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II*. 2.
- Rahmawati, E., & Lestari, I. (2023). *Senam Kaki sebagai Upaya Preventif Ulkus Diabetik*. Jurnal Ilmiah Kesehatan, 18(2), 89–96.
- Rohmah, A. I. (2019). *Kualitas Hidup Lanjut Usia*. Malang: Jurnal Keperawatan
- Susilo, & Wulandari. (2017). *Panduan Hidup Sehat Mencegah dan Mengobati Diabetes Mellitus*.
- Sumarni, N., Rosidin, U., Shalahuddin, I., & Witdiawati. (2024). *Senam Kaki Diabetes Dalam Upaya Mencegah Ulkus Diabetik Pada Lansia DI RW 19 Kelurahan Kota Wetan Garut*.
- Strand, N., et al. (2024). *Diabetic Neuropathy: Pathophysiology Review. Current Pain and Headache Reports*, 28(6), 481–487. doi:10.1007/s11916-024-01243-5
- Sumijatun, I. (2021). *Analisis Data dalam Asuhan Keperawatan* [Presentasi]. Scribd. Diakses dari <https://id.scribd.com/presentation/445798451/ANALISA-DATA>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Edisi 1, Cetakan 3. Jakarta Selatan : DPP PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Edisi 1, Cetakan 2. Jakarta Selatan : DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Edisi 1, Cetakan 2. Jakarta Selatan : DPP PPNI
- Wahid. (2021). *Dokumentasi Proses Keperawatan*. Nuha Medika.

LAMPIRAN

Lampiran I

Standar Operasional Prosedur (SOP)

1. Prosedur senam kaki :
 - a. Persiapan alat : Kertas koran 2 lembar, kursi (jika tindakan dilakukan dalam posisi duduk), handscoon
 - b. Persiapan klien : Kontrak topik, waktu, tempat dan tujuan dilaksanakan senam kaki.
 - c. Persiapan lingkungan : Ciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, jaga privasi pasien.
2. Pelaksanaan :
 - a. Duduk dengan baik di atas kursi sambil meletakkan kaki ke lantai



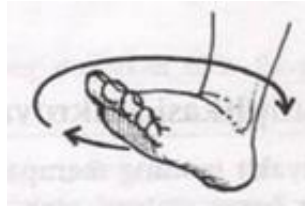
- b. Sambil meletakkan tumit di lantai, jari-jari kedua belah kaki diluruskan ke atas dan dibengkokkan ke bawah sebanyak 10 kali.



- c. Sambil meletakkan tumit di lantai, angkat telapak kaki ke atas. Kemudian, jari-jari kaki diletakkan di lantai sambil tumit kaki diangkat ke atas. Langkah ini diulangi sebanyak 10 kali



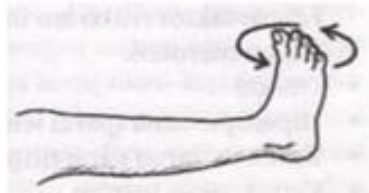
- d. Tumit kaki diletakkan di lantai. Bagian depan kaki diangkat ke atas dan putaran 360 ° dibuat dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali



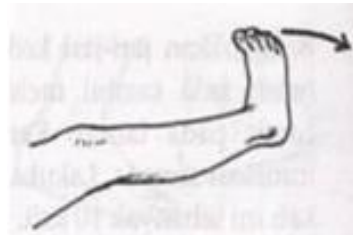
- e. Jari-jari kaki diletakkan dilantai. Tumit diangkat dan putaran 360° dibuat dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali



- f. Kaki diangkat ke atas dengan meluruskan lutut. Putaran 360° dibuat dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali



- g. Lutut diluruskan dan dibengkokkan ke bawah sebanyak 10 kali. Ulangi langkah ini untuk kaki yang sebelah lagi.



- h. Letakkan sehelai kertas koran di lantai. Remas kertas itu menjadi bola dengan kedua kaki. Kemudian, buka bola itu menjadi kertas yang lebar menggunakan kedua belah kaki. Langkah ini dilakukan sekali saja



Durasi latihan : ± 15-20 menit per sesi, 2-3 kali per minggu.
(Damayanti, 2017)

Lampiran II

Dokumentasi Intervensi



Lampiran III

Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

NAMA : Puput Sri Rahayu

NIM : KHGD24021

PEMBIMBING : Eldessa Vava Rilla, S.Kep.,Ners.,M.Kep

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan pada Tn.D Dengan Penerapan Senam kaki Untuk Meningkatkan Perfusion Perifer pada Pasien Ulkus Pedis Diabetikum Di Ruang Isolasi Bin walid RSUD Al-Husni

NO	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Ttd
	Masuk	keluar			
1	28/2015 April		Judul	ACC	<i>Eldessa</i>
2	20/25 Juni		Bab I	Revisi Bab I Suhu Bab II	<i>Eldessa</i>
3	21/2015 Juni		Bab I, II	Revisi, lanjut suntik, obat	<i>Eldessa</i>
4	10/2015 Juli		BAB I & II	Tambahkan Profil RS Al-Husni di BAB I, lengkapi BAB II, lanjut BAB III	<i>Eldessa</i>
5	20/2015 Juli		BAB I	Penulisan awal & kalimat	<i>Eldessa</i>
6	23/2015 Juli		BAB II & BAB III	Lengkapi BAB III	<i>Eldessa</i>

LEMBAR BIMBINGAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

NAMA : Puput Sri Rahayu

NIM : KHGD24021

PEMBIMBING : Eldessa Vava Rilla, S.Kep.,Ners.,M.Kep

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Penerapan Senam Kaki Untuk Meningkatkan Perfusi Perifer Pada Pasien Ulkus Pedis Diabetikum Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat

NO	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Ttd
	Masuk	keluar			
7	31/2025 Juli		BAB I, ii & iii	Kalimat Sambung pada BAB I	<i>Eldessa</i>
8.	01/2025 Agustus		BAB I, ii & iii	Lengkapi dopus	<i>Eldessa</i>
9.	01/2025 08		BAB I & BAB iii	Tambolukan data di BAB iii	<i>Eldessa</i>
10.	07/2025 08		Draft	Lengkapi lampiran	<i>Eldessa</i>
11.	13/2025 08		Draft		<i>Eldessa</i>
12	14/2025 08		Draft	Acc Sidang KIAN.	<i>Eldessa</i>