

BAB III ASUHAN KEPERAWATAN

3.1 Pengkajian

1. Biodata

Nama : TN. Y

JenisKelamin : Laki-laki

Umur : 43 Tahun

Status Perkawinan : Kawin

Pekerjaan : Wiraswasta

Agama : Islam

Pendidikan Terakhir : SMA

Alamat : Desa Mirok Lam Reudeup, Kec. Baitussalam, Kab. Aceh Besar

Tanggal Pengkajian : 24 Agustus 2025

2. Riwayat Kesehatan

- Keluhan Utama:

Pasien mengeluh badan terasa lemas, kakinya sering kebas-kebas tidak berasa, Sering buang air kecil, dan mengalami Penurunan berat badan, aktivitas terbatas, Tampak luka di bagian jempol kaki sebelah kiri, dan terlihat KGD : 350mg/dl.

- Riwayat Penyakit Sekarang :

Pasien didiagnosa mengalami Diabetes Melitus Tipe II sejak dua bulan yang lalu.

- Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

Pasien mengatakan tidak pernah sakit sebelumnya, dan beliau mengetahui penyakitnya pada awal tahun 2025.

- Riwayat Kesehatan Keluarga :

Tidak ada Anggota keluarga yang mengalami penyakit Diabetes Melitus Tipe II

3. Pola Aktivitas Sehari-Hari

Pola Tidur/Istirahat :

Waktu tidur : Pasien mengatakan tidur malam jam 23:00

Waktu Bangun : Pasien mengatakan bangun pagi pada jam 06:00

Masalah tidur : pasien mengatakan sering terbangun malam hari

Hal-hal yang mempermudah tidur : Pasien biasanya akan mudah tidur jika capek Hal-hal yang mempermudah Klien terbangun : Pasien biasanya akan terbangun jika ada suara yang didengar

4. Pola Eliminasi :

BAB : 1 x /hari

BAK : 6-7x /hari

Kesulitan BAB/BAK : tidak ada

5. Pola Makan Dan Minum :

Jumlah dan jenis makanan : pasien memakan nasi 2x/hari

Jumlah dan Jenis Cairan : Pasien meminum air kurang dari 2 liter/hari

Pantangan : pasien tidak bisa memakan makanan yang manis

Masalah Makan dan Minum : Tidak ada

Kesulitan mengunyah : Tidak ada

Kesulitan menelan : Tidak ada

Mual dan Muntah : Tidak ada

Tidak dapat makan sendiri : Tidak ada

6. Kebersihan Diri/Personal Hygiene

Pemeliharaan Badan : Pasien mandi 2x/hari

Pemeliharaan Gigi dan Mulut : Pasien sikat gigi 2x/hari

Pemeliharaan Kuku : pasien memotong kuku seminggu 1x

7. Pola Kegiatan/Aktivitas Lain

Pasien tidak pernah melakukan aktivitas olahraga

- Data Psikososial

Pola Komunikasi : Pasien memiliki pola komunikasi yang baik

Orang yang paling dekat dengan Klien : orang yang dekat dengan pasien adalah keluarganya

- Rekreasi :

Hobby : Pasien mengatakan hobby nya adalah membersihkan lingkungan rumah setiap hari

Penggunaan waktu senggang : Pasien menghabiskan waktu senggang dengan liburan bersama keluarga

Hubungan dengan orang lain : Pasien memiliki hubungan yang baik dengan lingkungan sekitar

Keluarga yang dihubungi bila diperlukan : bila memerlukan pasien menghubungi anak nya

- Data Spiritual

Ketaatan Beribadah : pasien selalu menjalankan kewajiban nya seperti shalat 5 waktu/hari

Keyakinan terhadap sehat / sakit : Pasien mengatakan bahwa sakit nya adalah hal yang wajar karena sudah tua

Keyakinan terhadap penyembuhan : Pasien meyakini bahwa penyakitnya akan sembuh walaupun tidak sempurna

- Pemeriksaan Fisik

Kesan Umum / Keadaan Umum : keadaan umum pasien baik

Tinggi badan : 164 cm

Berat Badan : 60 kg

- Tanda-tanda Vital

Suhu Tubuh : 36°C

Nadi : 76 x/ Menit

Tekanan darah : 130/80mmHg

Respirasi : 20x/menit

Pemeriksaan Kepala dan Leher : kepala dan leher simetris, tidak ada benjolan, tidak ada bekas luka

Bentuk Kepala : simetris

Ubun-ubun : simetris

Kulit kepala : kulit kepala bersih tidak ada benjolan

Rambut : Bersih

Bau : Normal

Warna : rambut berwarna hitam dan bercampur putih

Wajah : simetris

Warna kulit : Hitam

Struktur Wajah : simetris

M a t a

Kelengkapan dan Kesimetrisan : lengkap, simetris

Kelopak Mata (Palpebra) : normal

Konjunktiva dan sclera : tidak anemi

P u p i l : normal

Kornea dan Iris : normal

Ketajaman Penglihatan / Visus : Normal

Tekanan Bola Mata : Tidak ada

H i d u n g

Tulang Hidung dan Posisi Septum Nasi : Normal

Lubang Hidung : Simetris

Cuping Hidung : Normal

Telinga

Bentuk Telinga : simetris

Ukuran Telinga :Normal

Ketegangan telinga : Normal

Lubang Telinga : Normal

Ketajaman pendengaran : Normal

Mulut dan Faring

Keadaan Bibir : Normal/Simetris

Keadaan Gusi dan Gigi : Normal/Simetris

Keadaan Lidah : Normal/Simetris

L e h e r

Posisi Trakhea : Normal/Simetris

Vena Jugularis : Normal

Denyut Nadi Coratis : Normal 67x/m

Pemeriksaan Integumen (Kulit)

Kebersihan : Bersih

Kehangatan : hangat

Warna : Hitam

Turgor : Baik

Tekstur : Kering

Kelembapan : Baik

Kelainan pada kulit : Tidak ada

Pemeriksaan Payudara dan Ketiak

Ukuran dan bentuk payudara :Normal, tidak ada kelaainan pada payudara

Warna payudara dan Areola : Normal

Kelainan-kelainan Payudara dan Puting : tidak ada kelaainan pada payudara
Axila : Normal

Pemeriksaan Thorak / Dada

Bentuk Thorak : Simetris

Pernafasan

Frekuensi : 20x/menit

Irama : eupnea

Tanda-tanda kesulitan bernafas :tidak ada
Pemeriksaan Paru

Palpasi getaran suara (vokal Fremitus) : getaran suara yang dirasakan simetris dan sedang
di kedua sisi dada

Auskultasi

Suara nafas : suara halus dan lembut yang terdengar saat bernapas, sering disebut suara
vesikular

Suara Ucapan : suara vesikular yang halus dan lembut, dengan inspirasi yang lebih lama dari
ekspirasi.

Suara Tambahan : Tdak ada

Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi

Bentuk Abdomen : Normal

Benjolan/massa : Tidak ada

Auskultasi

Peristaltik Usus : Normal

Palpasi

Tanda nyeri tekan : Tidak ada

Benjolan /massa : Tidak ada

Tanda-tanda Ascites : Tidak ada

Hepar : Normal

Pemeriksaan Muskuloskeletal (Ekstrimis)

Kesimestrisan otot : Simetris

Pemeriksaan Oedema : Tidak Oedema

Kekuatan otot : Normal (5)

Kelainan-kelainan pada ekstremitas dan kuku : Tidak ada

CRT : Normal

Pemeriksaan Neorologi

Tanda-tanda rangsangan Otak (Meningeal Sign) : Tidak ada

Tingkat kesadaran (secara kuantitatif)/ GCS : Compos mentis

Fungsi Motorik : Normal

Fungsi Sensorik : Normal

Refleks

a) Refleks Fisiologis : Normal

a) Refleks Patologis : Normal Pemeriksaan

Status Mental

Kondisi emosi/Perasaan : Normal

Orientasi : Normal

Proses berfikir (ingatan, atensi, keputusan, perhitungan) : Normal

Motifikasi (kemampuan) : Normal

Persepsi : Normal

Bahasa : Normal

Pemeriksaan Penunjang

Diagnosa Medis : DM TIPE II Pemeriksaan

Diagnostik/Penunjang Medis :

Laboratorium :

KGD : 350 Mg/dl

Kolesterol :160 mg/dl

Asam Urat : 7,1mg/dl

HB : 12,4 mg/dl

Penatalaksanaan Dan Terapi

Glibenclamide,metformine, ranitidin, paracetamol,vitamin b complek

A. Analisa Data Tabel 3.1

Analisa Data

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS: Pasien mengeluh haus dan sering buang air kecil DO: Pasien tampak lemas KGD: 350 mg/dl	Resistensi Insulin	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah
2	Ds:	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri akut

	Pasien mengatakan nyeri di bagian luka jempol sebelah kiri Do: Tampak luka pada kaki sebelah kiri, tingkat nyeri 3		
3	Ds: Pasien mengatakan luka pada jempol kaki kiri Do: Tampak luka pada jempol kaki sebelah kiri Merah dan nyeri	Neuropati perifer	Gangguan integritas kulit/jaringan

Diagnosa Keperawatan

- 1) Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin
- 2) Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis
- 3) Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer

3.2 Intervensi keperawatan Tabel 3.2

intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin	Kestabilan Kadar Glukosa Darah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah meningkat dengan kriteria hasil: • Pusing menurun • Lelah/lesu menurun • Gemetar menurun • Berkeringat menurun • Mulut kering menurun • Rasa haus menurun • Kadar glukosa dalam darah membaik • Kadar glukosa dalam urine	Manajemen Hiperglikemia Observasi • Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia • Monitor kadar glukosa darah • Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). • Monitor intake dan output cairan • Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi teurapetik : konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi • Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL

			• Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • Anjurkan • kepatuhan terhadap diet dan olahraga
--	--	--	---

			• Anjurkan pengelolaan diabetes • Ajarkan pasien senam <i>uerger Allen Exercise</i> (Latihan Buerger Allen) untuk Meningkatkan sirkulasi darah perife
2	Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 × 24 jam diharapkan menurun dengan kriteria hasil: • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri Observasi : • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas • Identifikasi skala nyeri • Terapeutik : • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan	Perawatan Luka Observasi : ☐ Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukiuran, bau)

		meningkat dengan kriteria hasil: • Perfusi jaringan meningkat • Kerusakan jaringan menurun • Kerusakan lapisan kulit menurun • Nekrosis menurun	☐ Monitor tanda-tanda infeksi ☐ Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih ☐ Bersihkan jaringan nekrotik Pasang balutan sesuai jenis luka ☐ Pertahankan terknik steril saat melakukan perawatan luka. ☐ Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
--	--	---	--

3.3 Implementasi keperawatan Tabel 3.3

Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa	Implementasi
1	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin	Memanaajemen Hiperglikemia Observasi • mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia • Memoonitor kadar glukosa darah • Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). • Memonitor intake dan output cairan • Memonitor keton urin, kadaranalisa gas darah, elektrolit,tekanan darah ortostatik danfrekuensi nadi Edukasi • menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL

		• menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • menganjurkan • kepatuhan terhadap diet dan olahraga • menganjurkan pengelolaan diabetes • mengajarkan pasien senam <i>buerger Allen Exercise</i> (Latihan Buerger Allen) untuk Meningkatkan sirkulasi darah perife
2	Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	Manajemen nyeri Observasi : • mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas • mengidentifikasi skala nyeri Terapeutik : • memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • memfasilitasi istirahat dan tidur • menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer	Melakukan Perawatan Luka Observasi : • Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukiuran, bau) • Memonitor tanda-tanda infeksi • membersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih • membersihkan jaringan nekrotik • memasang balutan sesuai jenis luka • mempertahankan terknik steril saat melakukan perawatan luka. • Menganjurkan pasien unutupuk mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

3.4 Evaluasi keperawatan

Tabel 3.4 Evaluasi keperawatan

No	Diagnosa	Evaluasi
1	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin	S: Pasien mengeluh haus dan sering buang air kecil O: Pasien tampak lemas KGD: 350 mg/dl A: Masalah Belum Teratasi P :Intervensi dilanjutkan • Monitor kadar glukosa darah • Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). • Monitor intake dan output cairan • Monitor keton urin, kadaranalisa gas darah, elektrolit,tekanan darah ortostatik danfrekuensi nadi Edukasi • Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL • Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • Anjurkan kepatuhan terhadap senam <i>uerger Allen Exercise</i> (Latihan Buerger Allen) untuk Meningkatkan sirkulasi darah perife
2	Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	S: Pasien mengatakan luka pada jempol kaki sebelah kiri O : Tampak luka pada kaki sebelah kiri, tingkat nyeri 3 A: Masalah belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan Manajemen nyeri Observasi : □ mengidentifikasi skala nyeri Terapeutik :

		• memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • memfasilitasi istirahat dan tidur Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer	S: Pasien mengatakan luka pada jempol kaki kiri O: Tampak luka pada jempol kaki sebelah kiri Merah dan nyeri A: Masalah Belum Terasa P :Intervensi dilanjutkan • Monitor tanda-tanda infeksi • Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih • Bersihkan jaringan nekrotik • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

A. Analisa Data Tabel

3.1 Analisa Data

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS: Pasien mengeluh haus dan sering buang air kecil DO: Pasien tampak lemas KGD: 350 mg/dl	Resistensi Insulin	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah
2	Ds: Pasien mengatakan nyeri di bagian luka jempol sebelah kiri Do: Tampak luka pada kaki sebelah kiri, tingkat nyeri 3	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri akut

3	Ds: Pasien mengatakan luka pada jempol kaki kiri Do: Tampak luka pada jempol kaki sebelah kiri Merah dan nyeri	Neuropati perifer	Gangguan integritas kulit/jaringan
---	---	-------------------	------------------------------------

Diagnosa Keperawatan

- 4) Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin
- 5) Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis
- 6) Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer

3.2 Intervensi keperawatan Tabel 3.2
intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin	Kestabilan Kadar Glukosa Darah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah meningkat dengan kriteria hasil: • Pusing menurun • Lelah/lesu menurun • Gemetar menurun • Berkeringat menurun • Mulut kering menurun • Rasa haus menurun • Kadar glukosa dalam darah membaik • Kadar glukosa dalam urine	Manajemen Hiperglikemia Observasi • Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia • Monitor kadar glukosa darah • Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). • Monitor intake dan output cairan • Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi teurapetik : konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi • Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL

			• Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • Anjurkan • kepatuhan terhadap diet dan olahraga
--	--	--	---

			• Anjurkan pengelolaan diabetes • Ajarkan pasien senam <i>uerger Allen Exercise</i> (Latihan Buerger Allen) untuk Meningkatkan sirkulasi darah perife
2	Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 × 24 jam diharapkan menurun dengan kriteria hasil: • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri Observasi : • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,intensitas • Identifikasi skala nyeri • Terapeutik : • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan	Perawatan Luka Observasi : ☐ Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukiuran, bau)

		meningkat dengan kriteria hasil: • Perfusi jaringan meningkat • Kerusakan jaringan menurun • Kerusakan lapisan kulit menurun • Nekrosis menurun	☐ Monitor tanda-tanda infeksi ☐ Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih ☐ Bersihkan jaringan nekrotik Pasang balutan sesuai jenis luka ☐ Pertahankan terknik steril saat melakukan perawatan luka. ☐ Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
--	--	---	--

3.3 Implementasi keperawatan Tabel 3.3

Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa	Implementasi
1	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin	Memanaajemen Hiperglikemia Observasi • mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia • Memoonitor kadar glukosa darah • Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). • Memonitor intake dan output cairan • Memonitor keton urin, kadaranalisa gas darah, elektrolit,tekanan darah ortostatik danfrekuensi nadi Edukasi • menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL

		• menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • menganjurkan • kepatuhan terhadap diet dan olahraga • menganjurkan pengelolaan diabetes • mengajarkan pasien senam <i>buerger Allen Exercise</i> (Latihan Buerger Allen) untuk Meningkatkan sirkulasi darah perife
2	Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	Manajemen nyeri Observasi : • mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas • mengidentifikasi skala nyeri Terapeutik : • memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • memfasilitasi istirahat dan tidur • menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer	Melakukan Perawatan Luka Observasi : • Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukiuran, bau) • Memonitor tanda-tanda infeksi • membersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih • membersihkan jaringan nekrotik • memasang balutan sesuai jenis luka • mempertahankan terknik steril saat melakukan perawatan luka. • Menganjurkan pasien unutupuk mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

3.4 Evaluasi keperawatan

Tabel 3.4 Evaluasi keperawatan

No	Diagnosa	Evaluasi
1	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin	S: Pasien mengeluh haus dan sering buang air kecil Pasien mengeluh kakinya kebas dan kesemutan saat bangun tidur O: Pasien tampak lemas KGD: 350 mg/dl Kulit kaki pasien tampak kering dan terasa dingin A: Masalah Belum Teratasi P :Intervensi dilanjtkan • Monitor kadar glukosa darah • Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). • Monitor intake dan output cairan • Monitor keton urin, kadaranalisa gas darah, elektrolit,tekanan darah ortostatik danfrekuensi nadi Edukasi • Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL • Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • Anjurkan kepatuhan terhadap senam <i>uerger Allen Exercise</i> (Latihan Buerger Allen) untuk Meningkatkan sirkulasi darah perife

2	Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	S: Pasien mengatakan luka pada jempol kaki sebelah kiri O : Tampak luka pada kaki sebelah kiri, tingkat nyeri 3 A: Masalah belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan Manajemen nyeri Observasi : □ mengidentifikasi skala nyeri Terapeutik :
		• memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • memfasilitasi istirahat dan tidur Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer	S: Pasien mengatakan luka pada jempol kaki kiri O: Tampak luka pada jempol kaki sebelah kiri Merah dan nyeri A: Masalah Belum Teratasi P :Intervensi dilanjutkan • Monitor tanda-tanda infeksi • Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih • Bersihkan jaringan nekrotik • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin	Kestabilan Kadar Glukosa Darah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah meningkat dengan kriteria hasil: • Pusing menurun • Lelah/lesu menurun • Gemetar menurun • Berkeringat menurun • Mulut kering menurun • Rasa haus menurun • Kadar glukosa dalam darah membaik • Kadar glukosa dalam urine	Manajemen Hiperglikemia Observasi • Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia • Monitor kadar glukosa darah • Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). • Monitor intake dan output cairan • Monitor keton urin, kadaranalisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi teurapetik : konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi • Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL • Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • Anjurkan

			• kepatuhan terhadap diet dan olahraga
--	--	--	--

			• Anjurkan pengelolaan diabetes • Ajarkan pasien senam <i>uerger Allen Exercise</i> (Latihan Buerger Allen) untuk Meningkatkan sirkulasi darah perife
2	Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 × 24 jam diharapkan menurun dengan kriteria hasil: • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri Observasi : • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,intensitas • Identifikasi skala nyeri • Terapeutik : • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan	Perawatan Luka Observasi : ☐ Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukiuran, bau)

		meningkat dengan kriteria hasil: • Perfusi jaringan meningkat • Kerusakan jaringan menurun • Kerusakan lapisan kulit menurun • Nekrosis menurun	☐ Monitor tanda-tanda infeksi ☐ Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih ☐ Bersihkan jaringan nekrotik Pasang balutan sesuai jenis luka ☐ Pertahankan terknik steril saat melakukan perawatan luka. ☐ Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
--	--	---	--

No	Diagnosa	Implementasi
1	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin	Memanaajemen Hiperglikemia Observasi • mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia • Memoonitor kadar glukosa darah • Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). • Memonitor intake dan output cairan • Memonitor keton urin, kadaranalisa gas darah, elektrolit,tekanan darah ortostatik danfrekuensi nadi Edukasi • menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL

		• menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • menganjurkan • kepatuhan terhadap diet dan olahraga • menganjurkan pengelolaan diabetes • mengajarkan pasien senam <i>buerger Allen Exercise</i> (Latihan Buerger Allen) untuk Meningkatkan sirkulasi darah perife
2	Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	Manajemen nyeri Observasi : • mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas • mengidentifikasi skala nyeri Terapeutik : • memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • memfasilitasi istirahat dan tidur • menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer	Melakukan Perawatan Luka Observasi : • Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukiuran, bau) • Memonitor tanda-tanda infeksi • membersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih • membersihkan jaringan nekrotik • memasang balutan sesuai jenis luka • mempertahankan terknik steril saat melakukan perawatan luka. • Menganjurkan pasien unutup mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

No	Diagnosa	Evaluasi
1	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin	S: Pasien masih mengeluh kakinya kebas dan kesemutan saat bangun tidur O: Pasien masih tampak lemas KGD: 300 mg/dl Kulit kaki pasien tampak kering dan terasa dingin A: Masalah Belum Teratasi P :Intervensi dilanjtkan • Monitor kadar glukosa darah • Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). • Monitor intake dan output cairan • Monitor keton urin, kadaranalisa gas darah, elektrolit,tekanan darah ortostatik danfrekuensi nadi Edukasi • Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL • Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • Anjurkan kepatuhan terhadap senam <i>uerger Allen Exercise</i> (Latihan Buerger Allen) untuk Meningkatkan sirkulasi darah perife
2	Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	S: Pasien mengatakan luka pada jempol kaki sebelah kiri O : Tampak luka pada kaki sebelah kiri, tingkat nyeri 3 A: Masalah belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan Manajemen nyeri Observasi : □ mengidentifikasi skala nyeri Terapeutik :

		• memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • memfasilitasi istirahat dan tidur Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer	S: Pasien mengatakan luka pada jempol kaki kiri O: Tampak luka pada jempol kaki sebelah kiri Merah dan nyeri A: Masalah Belum Terasa P :Intervensi dilanjutkan • Monitor tanda-tanda infeksi • Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih • Bersihkan jaringan nekrotik • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

1	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin	Kestabilan Kadar Glukosa Darah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah meningkat dengan kriteria hasil: • Pusing menurun • Lelah/lesu menurun • Gemetar menurun • Berkeringat menurun • Mulut kering menurun • Rasa haus menurun • Kadar glukosa dalam darah membaik • Kadar glukosa dalam urine	Manajemen Hiperglikemia Observasi • Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia • Monitor kadar glukosa darah • Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). • Monitor intake dan output cairan • Monitor keton urin, kadaranalisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi teurapetik : konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi • Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL • Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • Anjurkan
---	---	--	--

			• kepatuhan terhadap diet dan olahraga
--	--	--	--

			• Anjurkan pengelolaan diabetes • Ajarkan pasien senam <i>uerger Allen Exercise</i> (Latihan Buerger Allen) untuk Meningkatkan sirkulasi darah perife
2	Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 × 24 jam diharapkan menurun dengan kriteria hasil: • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri Observasi : • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,intensitas • Identifikasi skala nyeri • Terapeutik : • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan	Perawatan Luka Observasi : ☐ Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukiuran, bau)

		meningkat dengan kriteria hasil: • Perfusi jaringan meningkat • Kerusakan jaringan menurun • Kerusakan lapisan kulit menurun • Nekrosis menurun	☐ Monitor tanda-tanda infeksi ☐ Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih ☐ Bersihkan jaringan nekrotik Pasang balutan sesuai jenis luka ☐ Pertahankan terknik steril saat melakukan perawatan luka. ☐ Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
--	--	---	--

No	Diagnosa	Implementasi
1	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin	Memanaajemen Hiperglikemia Observasi • mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia • Memoonitor kadar glukosa darah • Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). • Memonitor intake dan output cairan • Memonitor keton urin, kadaranalisa gas darah, elektrolit,tekanan darah ortostatik danfrekuensi nadi Edukasi • menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL

		• menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • menganjurkan • kepatuhan terhadap diet dan olahraga • menganjurkan pengelolaan diabetes • mengajarkan pasien senam <i>buerger Allen Exercise</i> (Latihan Buerger Allen) untuk Meningkatkan sirkulasi darah perife
2	Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	Manajemen nyeri Observasi : • mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas • mengidentifikasi skala nyeri Terapeutik : • memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • memfasilitasi istirahat dan tidur • menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer	Melakukan Perawatan Luka Observasi : • Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukiuran, bau) • Memonitor tanda-tanda infeksi • membersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih • membersihkan jaringan nekrotik • memasang balutan sesuai jenis luka • mempertahankan terknik steril saat melakukan perawatan luka. • Menganjurkan pasien unutup mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

No	Diagnosa	Evaluasi
1	Ketidak stabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Gangguan Resistensi Insulin	S: Pasien sudah tidak mengeluh haus dan tidak sering buang air kecil Pasien tidak mengeluh kakinya kebas dan kesemutan saat bangun tidur dan tidak kesemutan O: Pasien tampak lebih segar KGD: 280 mg/dl Kulit kaki pasien masih tampak kering dan terasa dingin A: Masalah Teratasi sebagian P :Intervensi dilanjutkan • Monitor kadar glukosa darah • Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). • Monitor intake dan output cairan • Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi Edukasi • Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL • Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • Anjurkan kepatuhan terhadap senam <i>uerger Allen Exercise</i> (Latihan Buerger Allen) untuk Meningkatkan sirkulasi darah perife

2	Nyeri Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	S: Pasien mengatakan luka pada jempol kaki sebelah kiri O : Tampak luka pada kaki sebelah kiri, tingkat nyeri 3 A: Masalah belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan Manajemen nyeri Observasi : □ mengidentifikasi skala nyeri Terapeutik :
		• memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • memfasilitasi istirahat dan tidur Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Gangguan integritas kulit/jaringan Berhubungan dengan Neuropati perifer	S: Pasien mengatakan luka pada jempol kaki kiri O: Tampak luka pada jempol kaki sebelah kiri Merah dan nyeri A: Masalah Belum Teratasi P :Intervensi dilanjutkan • Monitor tanda-tanda infeksi • Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih • Bersihkan jaringan nekrotik • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

Tabel 3.5 ANALISA JURNAL MENGGUNAKAN METODE PICOT

JUDUL JURNAL EFEKTIFITAS BUERGER ALLEN EXERCISE TERHADAP SENSITIVITAS KAKI PASIEN DM TIPE II

1	P : Problem	Problem atau masalah dalam penelitian ini adalah efektifitas buerger allen exercise terhadap sensitivitas kaki pasien dm tipe II. Populasi pada penelitian ini adalah 2 pasien dengan Diabetes Tipe II
2	I : Intervention	Intervensi pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas buerger allen exercise terhadap sensitivitas kaki pasien DM tipe II. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, menggunakan metode quasi experiment dengan pre- dan post-test two group design. Populasi penelitian adalah 2 orang pasien DM Tipe II dengan Tindakan buerger allen exercise (2 kelompok). Dalam proses penelitian ini kedua pasien melakukan intervensi dengan baik.
3	C : Comparisson / Control	Terdapat dua kelompok dalam penelitian ini yaitu kelompok intervensi yang mendapatkan perlakuan buerger allen exercise pada pasien penderita DM tipe II, dan kelompok control sebagai pembanding..analisa data menggunakan uji t berpasangan dan menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan dari kegiatan buerger allen exercise dibanding kelompok yang tidak diberikan perlakuan yaitu nilai $p < 0,005$. Maka dapat disimpulkan buerger allen exercise efektif mempengaruhi sensitivitas kaki pasien DM Tipe II
4	O : Outcome	Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan rerata pada sensitivitas kaki kiri dan kanan sebelum dan setelah pemberian intervensi buerger allen exercise efektif mempengaruhi sensitivitas kaki pasien DM Tipe II ($p\text{-value} = 0.005$) dan. Kegiatan olahraga yang baik, benar, teratur dan terukur dapat

		dipertimbangkan untuk menstabilkan kadar gula darah (KGD) pasien diabetes mellitus type II.
5	T : Time	Penelitian ini dilakukan pada 24 Agustus sampai dengan 26 Agustus 2025 di Gampong Mireuk Lamreudeup Kabupaten Aceh Besar

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian 24 Agustus 2025 didapatkan Tn. Y berusia 43 tahun, berjenis kelamin laki-laki merupakan salah satu pasien di gampong mireuk lamreudeup, klien sudah menikah dan memiliki 2 orang anak, klien lulusan SMA bekerja sebagai pekerja swasta. Tn. Y mengatakan keluhan utamanya adalah Sesak. Tn. Y mengatakan sudah memiliki riwayat diabetes mellitus sejak $\pm$ 6 tahun lalu sejak tahun 2019, rutin kontrol gula darah di rumah dan konsultasi ke dokter, rutin meminum obat resep dari dokter untuk riwayat DM dan jarang melakukan olahraga. Tn. Y mengatakan bahwa sering merasakan kebas di kakinya dan sering mengalami kesemutan pada kaki saat bangun tidur setiap harinya, kulit kaki kering dan kadang terasa dingin. Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan, pernah dirawat di RS Meuraxa untuk operasi BPH, tidak memiliki riwayat penyakit kronik kecuali prediabetes sebelumnya, dan tidak ada riwayat alergi makanan ataupun obat, serta Tn.Y tidak merokok ataupun minum alkohol.

Pengkajian riwayat keluarga yang dilakukan, klien mengatakan kakeknya memiliki riwayat penyakit diabetes, yang kemudian diturunkan ke tantenya dan ayahnya. Pada pemeriksaan fisik Tn. Y didapat hasil kesadaran composmentis dengan GCS = E:4, V:5, M:6 (Total : 15), pemeriksaan tanda- tanda vital = TD: 112/73 mmHg, N : 78x/mnt, S : 36,9°C, RR : 20x/mnt. Pada pemeriksaan B1 didapatkan tidak ada sianosis baik sentral maupun perifer, penggunaan otot bantu nafas, pergerakan dada simetris, tidak ada massa dan jejas, tidak ada krepitasi, auskultasi paru vesikuler dan perkusi sonor. Pada pemeriksaan B2 CRT > 2 detik baik di ekstermitas atas dan bawah, akral dingin dan kering, tidak ada edema ekstermitas atas dan bawah, auskultasi suara jantung S1 dan S2 tunggal. Pada pemeriksaan B3 didapatkan tidak ada penurunan kesadaran, tidak ada kelumpuhan di dan tidak ada