BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis akan membahas kesenjangan antara BAB II dan III pada Asuhan Keperawatan pada NY. S dengan Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Panti Rahayu Yakkum Purwodadi dengan tahapan keperawatan yaitu Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Rencana Keperawatan, Catatan Keperawatan serta Catatan Perkembangan. Hal ini dilakukan pada tanggal 28-31 Maret 2026 akan penulis bahas lengkap dibawah ini:

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan catatan hasil pengkajian dengan beberapa pertanyaan guna mengumpulkan informasi dari pasien untuk membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data penkajian sebagai dasar untuk merumuskan diagnosa keperawatan (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Setelah dilakukan pengkajian berdasarkan pernyataan pasien serta kondisi pasien dapat ditegakkan diagnosa sebagai berikut

1. Ketidakstabilan kadar gula darah

   Tanda dan gejala dari ketidakstabilan kadar glukosa darah berdasarkan SDKI (PPNI, 2017) meliputi tanda mayor yaitu kadar glukosa darah meningkat atau menurun dari rentang normal, serta tanda minor berupa keluhan lelah atau lesu, mulut kering, rasa haus meningkat, jumlah urine meningkat, dan gejala

lain yang berkaitan dengan perubahan kadar glukosa darah. Berdasarkan analisa data hasil pengkajian hari Sabtu, 28 maret 2026 ditemukan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah, didapatkan data pada pasien yaitu hasil pemeriksaan GDS 228 mg/dL, pasien mengatakan sering merasa haus, sering buang air kecil dimalam hari, mudah lelah, mengeluhkan pandangan kabur (blur), serta kaki terasa kebas.

Berdasarkan tanda dan gejala tersebut didapatkan hasil yang sesuai saat pengkajian yaitu adanya peningkatan kadar glukosa darah, rasa haus meningkat, peningkatan frekuensi buang air kecil, mudah lelah, pandangan kabur, dan kaki kebas. Dengan ditemukannya tanda dan gejala tersebut, diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah dapat ditegakkan karena telah memenuhi karakteristik mayor dan minor diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI.

(PPNI, 2016).

2. Nyeri akut

Tanda dan gejala nyeri akut berdasarkan SDKI (PPNI, 2016) meliputi tanda mayor subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri, sedangkan tanda mayor objektif meliputi tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, dan fokus menyempit. Tanda dan gejala minor dapat berupa perubahan tekanan darah, frekuensi napas meningkat, nafsu makan menurun, serta perubahan pola aktivitas. Berdasarkan analisis data hasil pengkajian ditemukan masalah keperawatan nyeri akut. Data yang diperoleh yaitu pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri, nyeri terasa seperti ditusuk-

tusuk, berskala 5, bersifat hilang timbul terutama saat berdiam dalam waktu lama, serta pasien tampak meringis dan gelisah.

Data tersebut menunjukkan adanya respons nyeri akut yang memengaruhi kenyamanan pasien. Sesuai tanda dan gejala di atas, didapatkan hasil yang sesuai saat pengkajian yaitu pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri, tampak meringis, dan gelisah. Dengan ditemukannya tanda dan gejala tersebut, diagnosa sudah bisa di tegakkan karena ≥ 80% dari tanda dan gejala mayor (PPNI, 2016).

3. Perfusi perifer tidak efektif.

Tanda dan gejala dari perfusi perifer tidak efektif berdasarkan SDKI (PPNI, 2017) meliputi tanda mayor yaitu pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, serta adanya perubahan karakteristik kulit. Tanda dan gejala minor meliputi edema, penyembuhan luka yang lambat, indeks ankle-brachial <0,90, parestesia, dan nyeri ekstremitas.

Berdasarkan analisa data hasil pengkajian hari Sabtu 28 Maret 2026 ditemukan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif, didapatkan data pada pasien yaitu kulit tampak pucat, turgor kulit kembali dalam waktu 4 detik, serta capillary refill time (CRT) 4 detik. Data tersebut menunjukkan adanya gangguan sirkulasi perifer yang ditandai dengan keterlambatan pengisian kapiler dan penurunan elastisitas kulit.

Sesuai tanda dan gejala di atas didapatkan hasil yang sesuai saat pengkajian yaitu warna kulit pucat dan waktu pengisian kapiler lebih dari 3 detik. Dengan

ditemukannya tanda dan gejala tersebut, diagnosis perfusi perifer tidak efektif dapat ditegakkan karena telah memenuhi karakteristik mayor diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI.(PPNI, 2016).

4. Gangguan mobilitas fisik

Tanda dan gejala dari gangguan mobilitas fisik berdasarkan SDKI (PPNI, 2017) meliputi tanda mayor yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, dan rentang gerak (ROM) menurun. Tanda dan gejala minor meliputi nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

Berdasarkan analisa data hasil pengkajian hari Sabtu, 28 Maret 2026 ditemukan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, didapatkan data pada pasien yaitu pasien sulit menggerakkan kaki kiri, mengeluh otot kaki kiri melemah, serta hasil pemeriksaan kekuatan otot kaki kiri yaitu 4. Data tersebut menunjukkan adanya penurunan kekuatan otot yang menyebabkan keterbatasan pasien dalam menggerakkan ekstremitas bawah sebelah kiri. Sesuai tanda dan gejala di atas didapatkan hasil yang sesuai saat pengkajian yaitu pasien mengeluh sulit menggerakkan kaki kiri, mengeluh otot kaki kiri melemah, serta didapatkan kekuatan otot kaki kiri 4.

Dengan ditemukannya tanda dan gejala tersebut, diagnosis gangguan mobilitas fisik dapat ditegakkan karena telah memenuhi karakteristik mayor diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI (PPNI, 2017).

B. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian pada Ny. S penulis telah mendapatkan beberapa data yang sudah di kaji serta dianalisa sehingga penulis dapat menegakkan 3 diagnose yaitu sebagai berikut:

1. Ketidakstabilan kadar gula darah b.d (hiperglikemi) , (D.0027)

   Ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan salah satu masalah yang sering dialami pasien dengan diabetes melitus. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016), ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah variasi kadar glukosa darah naik atau turun dari rentang normal yang dapat mengganggu status kesehatan. Kondisi ini dapat disebabkan oleh gangguan produksi atau kerja insulin, ketidakpatuhan terhadap terapi, pola makan yang tidak sesuai, kurangnya aktivitas fisik, maupun respons stres akibat penyakit. Manifestasi klinis yang dapat muncul meliputi peningkatan kadar glukosa darah, pandangan kabur, kesemutan atau kebas pada ekstremitas, mudah lelah, poliuria, polidipsia, dan polifagia.

   Faktor yang mendukung penegakan diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu pada saat pengkajian hari Sabtu 28 Maret 2026, didapatkan hasil pemeriksaan glukosa darah sewaktu (GDS) sebesar 228 mg/dL, pasien mengeluhkan pandangan kabur (blur) serta kaki terasa kebas. Data tersebut menunjukkan adanya hiperglikemia. Kondisi ini ditandai dengan keluhan kebas, kesemutan, atau penurunan sensasi pada ekstremitas, terutama kaki. Selain itu, hiperglikemia juga menyebabkan pandangan kabur. Oleh karena itu, pengendalian kadar glukosa darah sangat penting untuk mencegah terjadinya komplikasi akut maupun kronis

Penulis mengangkat ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagai diagnosis pertama karena merupakan masalah yang termasuk dalam kebutuhan fisiologis menurut hierarki kebutuhan Maslow (1943), sehingga harus diprioritaskan. Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol dapat menyebabkan berbagai komplikasi, seperti hiperglikemia berat, ketoasidosis diabetik, hiperosmolar hiperglikemik, neuropati diabetik, retinopati diabetik, nefropati, serta penyakit kardiovaskular. Pada pasien ini, kadar glukosa darah sewaktu sebesar 250 mg/dL yang disertai keluhan pandangan kabur dan kaki kebas menunjukkan perlunya intervensi keperawatan yang berfokus pada pemantauan kadar glukosa darah, edukasi pengendalian diabetes, kepatuhan terapi, serta modifikasi gaya hidup dan olahraga,seperti terapi kaki diabetes untuk menurunkan kadar gula darah serta mencegah perburukan kondisi dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

2. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia) (D. 0077)

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan, atau menyerupai yang berkaitan dengan, kerusakan jaringan aktual maupun potensial (IASP, 2020). Dalam Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) No. HK.01.07/MENKES/425 disebutkan bahwa permasalahan nyeri dibagi menjadi dua, yaitu diagnosis nyeri akut dan nyeri kronis (Kemenkes RI, 2020). Menurut PPNI, nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat, berintensitas ringan hingga berat, dan berlangsung kurang dari tiga

bulan (PPNI, 2016). Faktor pendukung diagnosis nyeri akut yaitu pada saat pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, dengan skala nyeri 5, bersifat hilang timbul, terutama saat berdiam dalam waktu lama tampak meringis dan mengeluh nyeri serta proteksi terhadap nyeri.

Nyeri pada pasien diabetes melitus dapat terjadi akibat gangguan sirkulasi perifer dan neuropati diabetik yang disebabkan oleh hiperglikemia berkepanjangan. Kondisi tersebut mengakibatkan kerusakan pembuluh darah dan saraf perifer sehingga menimbulkan nyeri, kesemutan, atau rasa kebas, terutama pada ekstremitas bawah. Gangguan perfusi juga menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan sehingga dapat memicu munculnya nyeri pada kaki.

Penulis menetapkan nyeri akut sebagai diagnosis keperawatan kedua karena berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman. Menurut hierarki Maslow (1943), kebutuhan fisiologis merupakan prioritas utama, diikuti oleh kebutuhan rasa aman dan nyaman. Nyeri akut dapat mengganggu rasa aman dan kenyamanan pasien, sehingga penanganannya menjadi prioritas setelah kebutuhan fisiologis terpenuhi.

3. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d hiperglikemi (D.0009).

Perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada tingkat perifer yang dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada

tingkat kapiler yang dapat mengganggu metabolisme jaringan (PPNI, 2017).Faktor pendukung diagnosis perfusi perifer tidak efektif yaitu pada saat pengkajian hari Sabtu, 28 Maret 2026, didapatkan kulit pasien tampak pucat**,** turgor kulit kembali dalam waktu 4 detik**,** serta capillary refill time (CRT) 4 detik**.**

Data tersebut menunjukkan adanya penurunan perfusiaringan perifer yang ditandai dengan keterlambatan pengisian kapiler dan penurunan elastisitas kulit.Perfusi perifer yang tidak efektif pada pasien diabetes melitus umumnya disebabkan oleh hiperglikemia kronis yang mengakibatkan kerusakan pembuluh darah (angiopati diabetik) dan disfungsi endotel. Kondisi tersebut menyebabkan penyempitan lumen pembuluh darah, penurunan elastisitas pembuluh darah, serta berkurangnya aliran darah ke jaringan perifer. Akibatnya, suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan menjadi tidak adekuat sehingga muncul tanda-tanda seperti kulit pucat, pengisian kapiler memanjang (4 detik), penurunan elastisitas kulit, ekstremitas terasa dingin. Apabila kondisi ini tidak segera ditangani, pasien berisiko mengalami komplikasi berupa ulkus diabetik, infeksi, hingga gangren.

Penulis mengangkat diagnosis perfusi perifer tidak efektif sebagai prioritas ketiga karena gangguan perfusi perifer dapat menyebabkan penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan yang berpotensi menimbulkan kerusakan jaringan apabila tidak segera ditangani. Menurut hierarki Maslow (1943), pemenuhan kebutuhan fisiologis menjadi prioritas

utama dalam asuhan keperawatan. Setelah masalah utama seperti ketidakstabilan kadar glukosa darah dan nyeri ditangani, peningkatan perfusi perifer menjadi fokus berikutnya untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Diagnosis perfusi perifer tidak efektif pada pasien ini didukung oleh ditemukannya kulit pucat, turgor kulit kembali dalam 4 detik, dan capillary refill time (CRT) 4 detik, yang menunjukkan adanya gangguan sirkulasi darah pada jaringan perifer sehingga memerlukan intervensi keperawatan yang tepat.

4. Gangguan mobilitas fisik

Tanda dan gejala dari gangguan mobilitas fisik berdasarkan SDKI (PPNI, 2017) meliputi tanda dan gejala mayor yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, dan rentang gerak (ROM) menurun. Tanda dan gejala minor meliputi nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah. Berdasarkan analisa data hasil pengkajian hari Sabtu, 28 Maret 2026, ditemukan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Pada pasien didapatkan data berupa penurunan kekuatan otot pada ekstremitas bawah, khususnya kaki kiri dengan nilai kekuatan otot 4. Kondisi tersebut menunjukkan adanya keterbatasan kemampuan pasien dalam menggerakkan ekstremitas kiri secara aktif sehingga dapat menghambat aktivitas dan mobilisasi pasien. Sesuai dengan tanda dan gejala di atas, didapatkan hasil yang sesuai saat pengkajian yaitu kekuatan otot kaki kiri menurun dengan nilai 4. Nilai kekuatan otot 4

menunjukkan bahwa pasien hanya mampu melakukan gerakan pada ekstremitas tanpa melawan gravitasi. Dengan ditemukannya penurunan kekuatan otot tersebut, diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat ditegakkan karena telah memenuhi karakteristik mayor diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI (PPNI, 2017).

Terdapat 4 diagnosa keperawatan yang tidak muncul pada pasien yaitu:

1. Defisit nutrisi

   Defisit nutrisi tidak ditegakkan karena pasien dalam penurunan berat badan tidak mencapai 10%, meskipun pasien mengalami penurunan berat badan dan mempunyai faktor risiko defisit nutrisi. diagnosis tersebut tidak menjadi fokus utama dalam penyusunan diagnosis keperawatan. karena kriteria pada pasien tidak mencukupi atau kurang dari 80% (PPNI, 2016)

2. Risiko ketidakseimbangan elektrolit

   Pada pasien tidak ada Risiko ketidakseimbangan elektrolit tidak diangkat sebagai diagnosis utama karena pada hasil pengkajian tidak ditemukan data yang menunjukkan adanya gangguan keseimbangan elektrolit, baik dari tanda dan gejala serta hasil pemeriksaan penunjang. Kondisi pasien lebih didominasi oleh masalah kesehatan memerlukan penanganan segera dan memiliki prioritas lebih tinggi, sehingga diagnosis tersebut tidak menjadi fokus utama dalam penyusunan diagnosis keperawatan.

3. Risiko infeksi

   Diagnosis keperawatan risiko infeksi tidak ditegakkan sebagai diagnosis utama meskipun pasien menderita Diabetes Melitus yang secara

umum dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi. Berdasarkan hasil pengkajian, tidak ditemukan data yang menunjukkan adanya tanda infeksi maupun faktor risiko yang lebih dominan Sehingga diagnosis risiko infeksi tidak menjadi fokus utama dalam penyusunan diagnosis keperawatan..(PPNI, 2016).

4. Gangguan integritas jaringan

Diagnosis keperawatan gangguan integritas jaringan tidak ditegakkan sebagai diagnosis utama karena berdasarkan hasil pengkajian tidak ditemukan kerusakan pada jaringan, seperti ulkus, atau kerusakan jaringan lain yang memenuhi kriteria penegakan diagnosis. Meskipun pasien menderita Diabetes Melitus yang berisiko mengalami gangguan integritas jaringan, kondisi tersebut belum tampak pada saat pengkajian. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan difokuskan pada masalah yang lebih sesuai dengan kondisi klinis dan memiliki prioritas penanganan yang lebih tinggi sehingga penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena kriteria pada pasien tidak mencukupi atau kurang dari 80% (PPNI, 2016).

C. Intervensi Keperawatan

1. Ketidakstabilan kadar gula darah

Untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (outcome) yang ingin dicapai sebelum menyusun perencanaan keperawatan. Luaran keperawatan terdiri atas luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu

diturunkan). Berdasarkan teori yang ada jumlah intervensi terdiri atas 15, sedangkan pada Bab III hanya 12 yang diterapkan. Perbedaan tersebut disebabkan karena implementasi asuhan keperawatan disesuaikan dengan kondisi klinis, hasil pengkajian, kebutuhan, dan prioritas masalah pasien. Oleh karena itu, tidak semua intervensi teori dilakukan

Luaran yang diharapkan pada pasien dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah meningkatnya kestabilan kadar glukosa darah dengan kriteria hasil kadar glukosa darah membaik, rasa haus menurun, frekuensi buang air kecil membaik, rasa lelah menurun, pandangan kabur menurun, serta keluhan kebas pada ekstremitas menurun (PPNI, 2019). Pada kasus ini, penulis menetapkan luaran berupa meningkatnya kestabilan kadar glukosa darah dengan kriteria hasil kadar glukosa darah membaik, rasa haus menurun, frekuensi buang air kecil menurun, serta keluhan pandangan kabur dan kaki kebas berkurang.

Kriteria tersebut dipilih karena sesuai dengan hasil pengkajian, yaitu GDS 228 mg/dL, pasien sering haus, sering buang air kecil, mudah lelah, pandangan kabur, dan kaki terasa kebas. Kriteria lain tidak dimasukkan karena tidak ditemukan pada saat pengkajian. Waktu pencapaian luaran ditetapkan selama 4×24 jam karena pengendalian kadar glukosa darah memerlukan pemantauan berkala terhadap respons pasien melalui terapi farmakologis, pengaturan pola makan, aktivitas fisik, dan edukasi kesehatan. Salah satu aktivitas fisik yang dapat diterapkan pada pasien diabetes melitus adalah senam kaki diabetes. Latihan ini bertujuan

meningkatkan sirkulasi darah perifer, membantu mengontrol kadar glukosa darah, mempertahankan fungsi otot kaki, serta menurunkan risiko komplikasi diabetes. Intervensi yang direncanakan adalah manajemen hiperglikemia (I.03115).

Intervensi observasi meliputi identifikasi penyebab hiperglikemia, pemantauan kadar glukosa darah, serta pemantauan tanda dan gejala hiperglikemia seperti poliuria, polidipsia, kelemahan, pandangan kabur, dan kebas pada ekstremitas. Tindakan ini bertujuan mengetahui kondisi pasien dan mengevaluasi perkembangan gejala. Intervensi terapeutik meliputi pemberian asupan cairan sesuai kebutuhan, memfasilitasi aktivitas fisik sesuai kemampuan, serta membantu pasien melakukan senam kaki diabetes. Intervensi edukasi dilakukan dengan menjelaskan penyebab, tanda dan gejala hiperglikemia, menganjurkan kepatuhan terhadap diet diabetes dan aktivitas fisik teratur, serta mengajarkan senam kaki diabetes secara mandiri agar pasien mampu mengendalikan kadar glukosa darah setelah perawatan. Intervensi kolaborasi meliputi pemberian insulin atau terapi antidiabetes sesuai program medis serta kolaborasi dengan ahli gizi dalam pengaturan diet pasien.

Kolaborasi ini bertujuan mengoptimalkan pengendalian kadar glukosa darah sesuai kondisi pasien. Intervensi keperawatan yang disusun telah disesuaikan dengan kriteria hasil menggunakan metode SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Realistic, dan Time*). Tujuan yang ditetapkan bersifat spesifik, terukur, realistis, dan dapat dicapai dalam waktu 4×24 jam

melalui pemantauan kadar glukosa darah, edukasi diabetes, pengaturan aktivitas fisik, serta pelaksanaan senam kaki diabetes sehingga diharapkan mampu mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah.

2. Nyeri Akut

Untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (outcome) sebelum menyusun perencanaan keperawatan. Berdasarkan teori Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang terdiri dari 19 intervensi, namun dalam perencanaan intervensi pada bab III terdiri dari 13 intervensi yang. Perbedaan jumlah intervensi tersebut disebabkan karena tindakan keperawatan disesuaikan dengan hasil pengkajian, kondisi klinis, serta prioritas kebutuhan pasien. Tidak semua intervensi teori diterapkan karena beberapa tindakan tidak sesuai dengan kondisi Ny. S Luaran yang diharapkan pada pasien dengan nyeri akut adalah tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis berkurang, sikap protektif menurun, gelisah menurun, serta kemampuan beraktivitas meningkat (PPNI, 2019). Pada kasus ini, penulis menetapkan luaran berupa penurunan tingkat nyeri dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis berkurang, dan gelisah menurun. Kriteria tersebut dipilih sesuai dengan hasil pengkajian, yaitu pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri yang hilang timbul, terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5, serta tampak meringis kesakitan.

Kriteria hasil lainnya tidak dimasukkan karena tidak sesuai dengan kondisi pasien. Waktu pencapaian luaran ditetapkan selama 4×24 jam agar

perubahan tingkat nyeri dapat dipantau dan dievaluasi secara berkala, sehingga diharapkan keluhan nyeri berkurang dan pasien lebih nyaman dalam beraktivitas. Intervensi yang direncanakan adalah manajemen nyeri (I.08238). Intervensi observasi meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri, serta respons nyeri nonverbal seperti meringis dan sikap protektif. Tindakan ini bertujuan mengetahui tingkat keparahan nyeri dan mengevaluasi efektivitas intervensi.

Intervensi terapeutik meliputi pemberian teknik nonfarmakologis, seperti relaksasi napas dalam atau distraksi, pengaturan lingkungan yang nyaman, memfasilitasi istirahat yang cukup, serta membantu pasien memperoleh posisi yang nyaman untuk mengurangi nyeri pada kaki kiri. Pemilihan strategi manajemen nyeri disesuaikan dengan penyebab dan karakteristik nyeri yang dialami pasien. Intervensi edukasi dilakukan dengan menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, serta mengajarkan cara mengurangi nyeri secara mandiri melalui teknik relaksasi nafas dalam dan menghindari aktivitas yang dapat memperberat nyeri.

Intervensi kolaborasi berupa pemberian analgesik sesuai program medis apabila nyeri tidak berkurang atau berada pada tingkat sedang hingga berat. Intervensi keperawatan yang dipilih telah disesuaikan dengan kondisi pasien, fasilitas rumah sakit, dan metode SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Realistic, dan Time*). Tujuan yang ditetapkan adalah menurunkan tingkat nyeri dengan indikator keluhan nyeri, meringis, dan gelisah menurun sehingga diharapkan mampu mengatasi masalah keperawatan nyeri akut

akibat agen pencedera fisiologis.

3. Perfusi Perifer Tidak Efektif

Untuk mengatasi masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (outcome) sebelum menyusun perencanaan keperawatan. Berdasarkan teori pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang terdiri atas 19 tindakan intervensi, sedangkan pada Bab III hanya diambil 15 intervensi yang direncanakan. Perbedaan jumlah intervensi karena perencanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan hasil pengkajian, kondisi, serta kebutuhan pasien. Tidak semua intervensi pada teori direncanakan karena beberapa tindakan tidak sesuai dengan kondisi Ny. S dan bukan merupakan prioritas dalam mengatasi masalah perfusi perifer. Luaran yang diharapkan pada pasien dengan perfusi perifer tidak efektif adalah meningkatnya perfusi perifer dengan kriteria hasil warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik, sensasi perifer membaik, serta nyeri ekstremitas menurun (PPNI, 2019). Pada kasus ini, penulis menetapkan luaran berupa meningkatnya perfusi perifer dengan kriteria hasil warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, dan turgor kulit membaik. Kriteria tersebut dipilih sesuai hasil pengkajian, yaitu kulit tampak pucat, turgor kulit kembali dalam 4 detik, dan capillary refill time (CRT) 4 detik.

Kriteria hasil lainnya tidak dimasukkan karena tidak sesuai dengan kondisi pasien. Waktu pencapaian luaran ditetapkan selama 4×24 jam agar perubahan perfusi perifer dapat dipantau secara berkala, sehingga diharapkan

terjadi perbaikan warna kulit, waktu pengisian kapiler, dan elastisitas kulit. Intervensi yang direncanakan adalah perawatan sirkulasi (I.02079). Intervensi observasi meliputi pemeriksaan sirkulasi perifer seperti warna kulit, suhu kulit, pengisian kapiler, serta pemantauan tanda dan gejala gangguan perfusi perifer. Selain itu, dilakukan identifikasi faktor risiko, seperti diabetes melitus, yang dapat menyebabkan gangguan sirkulasi perifer. Tindakan ini bertujuan guna evaluasi perubahan perfusi setelah intervensi Intervensi terapeutik meliputi perawatan kaki, latihan fisik sesuai kemampuan, serta senam kaki diabetes untuk meningkatkan sirkulasi darah perifer, memperbaiki aliran darah ke ekstremitas bawah, dan mencegah komplikasi seperti neuropati serta ulkus diabetik. Pasien juga dianjurkan menghindari pemasangan infus atau pengukuran tekanan darah pada ekstremitas yang mengalami gangguan sirkulasi apabila diperlukan.

Intervensi edukasi dilakukan dengan menjelaskan tanda dan gejala gangguan perfusi perifer, menganjurkan perawatan kaki secara mandiri, serta aktivitas fisik rutin sesuai kemampuan agar pasien mampu mencegah komplikasi diabetes. Edukasi mengenai pentingnya menjaga kadar glukosa darah tetap terkontrol juga diberikan karena hiperglikemia yang berlangsung lama dapat memperburuk kerusakan pembuluh darah perifer dan meningkatkan risiko terjadinya komplikasi. Intervensi kolaborasi dilakukan sesuai kebutuhan pasien, seperti kolaborasi pemberian terapi antidiabetes sesuai program medis untuk membantu mengendalikan kadar glukosa darah yang menjadi penyebab utama gangguan perfusi perifer. Penulis memilih

intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien, fasilitas rumah sakit, dan kebutuhan pasien, sedangkan tindakan yang tidak relevan, seperti perawatan luka, tidak dimasukkan karena pasien tidak mengalami luka.

Intervensi keperawatan yang disusun telah disesuaikan dengan metode SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Realistic, dan Time*). Tujuan yang ditetapkan adalah meningkatkan perfusi perifer dengan indikator warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, dan turgor kulit membaik melalui pemantauan sirkulasi perifer, perawatan kaki, edukasi kesehatan, serta senam kaki diabetes. Dengan pelaksanaan intervensi secara konsisten selama 4×24 jam, diharapkan perfusi perifer pasien meningkat, sirkulasi darah ke ekstremitas menjadi lebih baik, serta risiko terjadinya komplikasi diabetes melitus dapat diminimalkan.

4. Gangguan mobilitas fisik

Untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (outcome) sebelum menyusun perencanaan keperawatan. Berdasarkan teori Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang terdiri dari beberapa intervensi, namun dalam perencanaan intervensi pada bab III terdiri dari intervensi yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Perbedaan jumlah intervensi tersebut disebabkan karena tindakan keperawatan disesuaikan dengan hasil pengkajian, kondisi klinis, serta prioritas kebutuhan pasien. Tidak semua intervensi teori diterapkan karena beberapa tindakan tidak sesuai dengan kondisi pasien. Luaran yang diharapkan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik adalah

mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kekakuan sendi menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun, kelemahan fisik menurun, serta kemampuan melakukan pergerakan meningkat (PPNI, 2019).

Pada kasus ini, penulis menetapkan luaran berupa peningkatan mobilitas fisik dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, dan kelemahan fisik menurun. Kriteria tersebut dipilih sesuai dengan hasil pengkajian, yaitu pasien sulit menggerakkan kaki kiri, mengeluh otot kaki kiri melemah, serta hasil pemeriksaan kekuatan otot kaki kiri yaitu 4. Kriteria hasil lainnya tidak dimasukkan karena tidak sesuai dengan kondisi pasien. Waktu pencapaian luaran ditetapkan selama 4×24 jam agar perubahan kemampuan mobilitas fisik dapat dipantau dan dievaluasi secara berkala, sehingga diharapkan pergerakan kaki kiri pasien meningkat dan pasien lebih mampu melakukan aktivitas. Intervensi yang direncanakan adalah dukungan mobilisasi (I.05173).

Intervensi observasi meliputi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, serta monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Tindakan ini bertujuan mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan dan mengevaluasi toleransi pasien terhadap aktivitas mobilisasi. Intervensi terapeutik meliputi fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu apabila diperlukan, memfasilitasi pergerakan secara bertahap, membantu pasien

melakukan mobilisasi sesuai kemampuan, serta melibatkan keluarga dalam membantu pasien meningkatkan kemampuan bergerak. Tindakan ini bertujuan meningkatkan kemampuan pergerakan ekstremitas dan mencegah terjadinya keterbatasan mobilitas yang lebih lanjut. Intervensi edukasi dilakukan dengan menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi secara bertahap, serta mengajarkan latihan pergerakan sederhana sesuai kemampuan pasien.

Edukasi diberikan agar pasien mampu berpartisipasi secara aktif dalam meningkatkan mobilitas kaki kiri. Intervensi kolaborasi dilakukan apabila diperlukan. Intervensi keperawatan yang dipilih telah disesuaikan dengan kondisi pasien, fasilitas rumah sakit, dan metode SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, dan Time). Tujuan yang ditetapkan adalah meningkatkan mobilitas fisik dengan indikator pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, dan kelemahan fisik menurun sehingga diharapkan mampu mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan & strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Safitri, 2019).

a. Ketidakstabilan Kadar Gula Darah

Dalam implementasi keperawatan ketidakstabilankadar gula darah penulis menerapkan 9 tindakan dari 12 yang telah direncankan, ntuk mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah. Dari jumlah intervensi yang direncanakan tidak semua dilakukan karena melihat kondisi dan kebutuhan pasien. Penulis melaksanakan implementasi selama 4 × 24 jam, mulai Sabtu, 28 Maret 2026 sampai Selasa, 31 Maret 2026. Intervensi yang diberikan meliputi pemantauan kadar glukosa darah, observasi tanda dan gejala hiperglikemia, identifikasi penyebab hiperglikemia, pemberian terapi sesuai program medis, edukasi mengenai diet dan olahraga, serta latihan senam kaki diabetes.

Pada Sabtu, 28 Maret 2026 pukul 15.50 WIB, dilakukan pemantauan kadar glukosa darah dan tanda-tanda hiperglikemia. Hasil pengkajian menunjukkan pasien mengeluh sering berkemih pada malam hari, badan terasa lemas, dan kaki kesemutan dengan hasil GDS 228 mg/dL. Pada pukul 15.55 WIB dilakukan identifikasi penyebab hiperglikemia, dan pasien mengaku sering mengonsumsi makanan serta minuman manis, makanan berlemak, dan bersantan. Selanjutnya pada pukul 16.05 WIB diberikan terapi sesuai program medis, kemudian pukul 16.15 WIB pasien diberikan edukasi mengenai kepatuhan diet, olahraga, serta diajarkan senam kaki diabetes. Pada pukul 16.20 WIB pasien mulai melakukan latihan senam kaki diabetes dengan baik. Evaluasi dilakukan pada pukul 17.10 WIB, didapatkan pasien mengatakan kaki terasa lebih ringan dengan hasil GDS 220 mg/dL.

Pada Minggu, 29 Maret 2026, implementasi dilanjutkan. Pukul 05.30 WIB dilakukan pemantauan tanda vital dan kadar glukosa darah dengan hasil GDS 247 mg/dL. Pukul 11.30 WIB dilakukan pemantauan kembali tanda dan gejala hiperglikemia, kemudian pukul 15.00 WIB pasien masih mengeluhkan badan lemas dan sering berkemih pada malam hari. Selanjutnya pukul 16.20 WIB kadar glukosa darah diperiksa kembali dengan hasil 260 mg/dL, kemudian pukul 16.25 WIB pasien kembali melakukan latihan senam kaki diabetes. Evaluasi pada pukul 17.05 WIB menunjukkan kadar glukosa darah menurun menjadi 235 mg/dL.

Pada Senin, 30 Maret 2026, pukul 06.00 WIB dilakukan pemantauan kadar glukosa darah dengan hasil 230 mg/dL. Selanjutnya pukul 11.30 WIB pasien masih mengeluhkan lemas dan sering berkemih pada malam hari. Pukul 16.10 WIB dilakukan pemeriksaan ulang kadar glukosa darah dengan hasil 220 mg/dL, kemudian pasien kembali melakukan latihan senam kaki diabetes pada pukul 16.15 WIB. Evaluasi pukul 17.55 WIB menunjukkan kadar glukosa darah menurun menjadi 210 mg/dL.

Pada Selasa, 31 Maret 2026, pukul 05.30 WIB dilakukan pemantauan kadar glukosa darah dengan hasil 240 mg/dL. Selanjutnya pukul 14.10 WIB dilakukan pemeriksaan tanda vital serta pemantauan tanda hiperglikemia. Pada pukul 16.10 WIB kadar glukosa darah diperiksa kembali dengan hasil 220 mg/dL, lalu latihan senam kaki diabetes pada jam 16.13 WIB. Evaluasi pada 17.00 WIB menunjukkan hasil menurun menjadi 180 mg/dL. Senam kaki diabetes ini dilakukan sebanyak 1x dalam sehari dengan durasi 25-40

menit dalam setiap sesi. Dengan terapi yang dilakukan memnunjukkan penurunan kadar gula darah. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indriyani, Ludiana, dan Dewi (2023) di Puskesmas Yosomulyo yang menunjukkan bahwa penerapan senam kaki diabetes dapat menurunkan kadar gula darah pada penderita diabetes melitus. Setelah senam kaki diabetes selama 4 hari dengan durasi 25 menit setiap hari, kadar gula darah subjek 1 mengalami penurunan dari 492 mg/dL menjadi 436 mg/dL, subjek 2 mengalami penurunan dari 266 mg/dL menjadi 130 mg/dL. Peneliti menyimpulkan bahwa penerapan senam kaki diabetes mampu menurunkan kadar gula darah pada penderita DM.

b. Nyeri Akut

Dalam implementasi keperawatan nyeri akut penulis menerapkan 10 tindakan dari 13 intervensi yang telah direncankan, untuk mengatasi masalah nyeri akut. Dari jumlah intervensi yang direncanakan tidak semua dilakukan karena melihat kondisi dan kebutuhan pasien. Implementasi pada diagnosis nyeri akut dilaksanakan selama 4 × 24 jam dengan tujuan mengurangi intensitas nyeri melalui tindakan farmakologis dan nonfarmakologis. Intervensi meliputi pengkajian nyeri, pemberian analgesik sesuai program terapi, latihan napas dalam, teknik relaksasi distraksi, dan kompres hangat.

Pada Sabtu, 28 Maret 2026 pukul 15.57 WIB, dilakukan pengkajian karakteristik nyeri. Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kiri dengan skala 5. Selanjutnya pukul 16.05 WIB diberikan terapi sesuai program medis, kemudian pukul 19.50 WIB pasien diajarkan teknik relaksasi napas dalam.

Pada Minggu, 29 Maret 2026, pukul 11.20 WIB dilakukan pengkajian ulang nyeri dengan skala 4. Pukul 15.20 WIB dilakukan identifikasi kembali respons nyeri, kemudian pukul 15.30 WIB pasien diajarkan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 16.00 WIB diberikan terapi sesuai program medis, sedangkan pukul 19.25 WIB pasien diajarkan teknik distraksi untuk mengurangi nyeri. Pada pukul 20.05 WIB, hasil evaluasi menunjukkan skala nyeri menurun menjadi 3.

Pada Senin, 30 Maret 2026, pukul 10.20 WIB dilakukan kompres hangat pada area nyeri. Pukul 11.20 WIB dilakukan pengkajian ulang dengan skala nyeri 4, kemudian pukul 15.15 WIB pasien kembali diberikan edukasi teknik relaksasi distraksi. Pada pukul 20.25 WIB, hasil evaluasi menunjukkan skala nyeri menurun menjadi 2.

Pada Selasa, 31 Maret 2026, pukul 09.35 WIB dilakukan pengkajian nyeri dengan hasil skala 2. Selanjutnya pukul 11.20 WIB pasien kembali dilatih teknik napas dalam, dan pukul 15.20 WIB evaluasi menunjukkan nyeri menurun menjadi skala 1, pasien tidak tampak meringis maupun menunjukkan perilaku protektif terhadap nyeri.

c. Perfusi Perifer Tidak Efektif

Dalam implementasi keperawatan perfusi perifet tidak efektif penulis menerapkan 8 tindakan dari 15 intervensi yang telah direncankan, untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif. Dari jumlah intervensi yang direncanakan tidak semua dilakukan karena melihat kondisi dan kebutuhan pasien. Implementasi pada diagnosis perfusi perifer tidak efektif

dilaksanakan selama 4 × 24 jam melalui pemantauan sirkulasi perifer, identifikasi faktor risiko, edukasi mengenai diet dan aktivitas fisik, serta pemantauan kondisi ekstremitas.

Pada Sabtu, 28 Maret 2026 pukul 16.10 WIB, dilakukan identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi. Pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan bersantan dan memiliki riwayat kadar asam urat tinggi. Selanjutnya pukul 19.45 WIB pasien diberikan edukasi mengenai olahraga rutin dan kepatuhan minum obat.

Pada Minggu, 29 Maret 2026, pukul 09.30 WIB dilakukan pemantauan kondisi ekstremitas, kemudian pukul 16.05 WIB diperiksa sirkulasi perifer dan didapatkan CRT 4 detik, kulit tampak pucat, serta akral terasa dingin. Pukul 19.40 WIB pasien dan keluarga diberikan edukasi mengenai diet rendah lemak serta tanda bahaya gangguan sirkulasi, kemudian pukul 20.30 WIB pasien dianjurkan melakukan olahraga secara rutin setelah kondisi membaik.

Pada Senin, 30 Maret 2026, pukul 14.30 WIB dilakukan pemantauan kondisi ekstremitas, kemudian pukul 15.20 WIB dilakukan pemeriksaan sirkulasi perifer dengan hasil CRT masih 4 detik dan akral masih terasa dingin. Pada pukul 20.30 WIB dilakukan evaluasi ulang kondisi ekstremitas yang menunjukkan belum terdapat pembengkakan maupun kemerahan.

Pada Selasa, 31 Maret 2026, pukul 09.30 WIB dilakukan pemantauan kembali kondisi ekstremitas dan pukul 16.10 WIB pasien kembali dianjurkan berolahraga secara bertahap. Hasil evaluasi akhir menunjukkan

keluhan nyeri berkurang dan warna kulit membaik, namun waktu pengisian kapiler masih lebih dari tiga detik sehingga masalah perfusi perifer belum sepenuhnya teratasi dan memerlukan tindak lanjut.

6. Evaluasi Keperawatan

a) ketidakstabilan kadar gula darah

Evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Sabtu, 28 Maret 2026 pukul 19.40 WIB. Setelah dilakukan intervensi berupa pemantauan kadar glukosa darah, edukasi diet diabetes, serta terapi senam kaki diabetes, pasien mengatakan badan masih terasa lemas, kaki kesemutan, dan pandangan kabur. Hasil pemeriksaan GDS 245 mg/dL dan pasien masih tampak lemah. Berdasarkan data tersebut dapat dianalisis bahwa luaran yang telah ditetapkan belum tercapai sehingga masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. Evaluasi keperawatan yang kedua dilakukan pada hari Minggu, 29 Maret 2026 pukul 19.20 WIB. Pasien masih mengeluh badan lemas, kaki kesemutan, dan pandangan kabur. Hasil pemeriksaan GDS menurun menjadi 235 mg/dL, namun masih berada di atas batas normal sehingga masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Evaluasi keperawatan yang ketiga dilakukan pada hari

Senin, 30 Maret 2026 pukul 19.30 WIB. Pasien mengatakan badan terasa lebih segar dan kesemutan mulai berkurang, meskipun pandangan masih kabur. Hasil pemeriksaan GDS menurun menjadi 210 mg/dL. Berdasarkan hasil tersebut menunjukkan adanya perbaikan kondisi pasien, namun luaran belum sepenuhnya tercapai sehingga masalah belum teratasi.

Evaluasi keperawatan yang keempat dilakukan pada hari Selasa, 31 Maret 2026 pukul 19.20 WIB. Pasien mengatakan badan terasa lebih segar, kesemutan semakin berkurang, sedangkan pandangan kabur masih dirasakan. Hasil pemeriksaan GDS menjadi 180 mg/dL. Berdasarkan data tersebut dapat dianalisis bahwa kadar glukosa darah menunjukkan perbaikan, namun belum mencapai target sehingga masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi dan intervensi tetap dilanjutkan. Kriteria masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dinyatakan membaik apabila kadar glukosa darah menurun, rasa haus berkurang, frekuensi berkemih membaik, keluhan lelah berkurang, serta pandangan kabur dan kesemutan menurun. Selama empat hari pelaksanaan intervensi terlihat adanya penurunan kadar glukosa darah dari 245 mg/dL menjadi 180 mg/dL, Senam kaki diabetes merupakan salah satu latihan fisik yang dapat meningkatkan sensitivitas insulin, memperbaiki sirkulasi perifer, dan meningkatkan penggunaan glukosa oleh otot sehingga membantu menurunkan kadar glukosa darah. Hasil ini sejalan dengan berbagai penelitian yang menunjukkan bahwa latihan fisik secara rutin disertai pengaturan diet dan terapi farmakologis efektif membantu mengendalikan kadar glukosa darah pada pasien diabetes melitus.

b) Nyeri akut

Evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Sabtu, 28 Maret 2026 pukul 19.50 WIB. Setelah dilakukan intervensi manajemen nyeri selama 24 jam, pasien masih mengeluh nyeri pada kaki kiri saat berdiam terlalu lama, dengan karakter seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5, bersifat

hilang timbul. Pasien masih tampak meringis, gelisah, dan menunjukkan sikap protektif pada kaki kiri. Berdasarkan data tersebut dapat dianalisis bahwa luaran yang telah ditetapkan belum tercapai sehingga masalah nyeri akut belum teratasi. Evaluasi keperawatan yang kedua dilakukan pada hari Minggu, 29 Maret 2026 pukul 20.20 WIB.

Pasien mengatakan nyeri masih dirasakan dengan karakteristik yang sama, namun skala nyeri menurun menjadi 4. Pasien masih tampak meringis dan gelisah sehingga masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Evaluasi keperawatan yang ketiga dilakukan pada hari Senin, 30 Maret 2026 pukul 20.30 WIB. Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri sudah berkurang dengan skala nyeri 2, masih hilang timbul saat berdiam terlalu lama. Pasien sudah tidak tampak gelisah, sikap protektif menurun, dan meringis berkurang. Berdasarkan data tersebut menunjukkan adanya perbaikan, namun luaran belum sepenuhnya tercapai sehingga masalah belum teratasi. Evaluasi keperawatan yang keempat dilakukan pada hari Selasa, 31 Maret 2026 pukul 16.10 WIB.

Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri sudah jauh berkurang dengan skala nyeri 1, hanya sesekali muncul saat berdiam terlalu lama. Pasien tidak tampak meringis maupun gelisah, dan sikap protektif menurun. Berdasarkan data tersebut dapat dianalisis bahwa luaran yang telah ditetapkan telah tercapai sehingga masalah nyeri akut teratasi dan intervensi dihentikan. Kriteria masalah nyeri akut dinyatakan teratasi apabila keluhan nyeri menurun, skala nyeri menurun, meringis berkurang, gelisah menurun, dan

sikap protektif menurun. Selama empat hari intervensi terjadi penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 1, menunjukkan bahwa manajemen nyeri yang diberikan efektif. Pemberian teknik relaksasi napas dalam, distraksi, serta kolaborasi pemberian analgesik membantu menurunkan persepsi nyeri. Teknik relaksasi dapat merangsang pelepasan endorfin sehingga menghambat transmisi impuls nyeri, sedangkan analgesik bekerja menekan proses inflamasi dan persepsi nyeri sehingga keluhan pasien berangsur menurun.

c) Perfusi Perifer Tidak Efektif

Evaluasi keperawatan yang pertama dilakukan pada hari Sabtu, 28 Maret 2026 pukul 19.55 WIB. Setelah dilakukan intervensi perawatan sirkulasi selama 24 jam, pasien mengatakan kaki masih nyeri, tangan dan kaki terasa dingin serta kebas. Pasien tampak lemas, CRT 4 detik, dan kulit tampak pucat. Berdasarkan data tersebut dapat dianalisis bahwa luaran yang telah ditetapkan belum tercapai sehingga masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. Evaluasi keperawatan yang kedua dilakukan pada hari Minggu, 29 Maret 2026 pukul 20.40 WIB**.** Hasil pemeriksaan menunjukkan CRT masih 4 detik dan kulit masih tampak pucat. Berdasarkan data tersebut masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan.

Evaluasi ketiga dilakukan pada hari Senin, 30 Maret 2026 pukul 20.40 WIB. Pasien masih mengeluhkan nyeri dan kebas pada ekstremitas, tampak lemas, CRT masih 4 detik, dan kulit masih tampak pucat. Berdasarkan data tersebut menunjukkan belum adanya perbaikan yang optimal sehingga

masalah belum teratasi. Evaluasi keperawatan yang keempat dilakukan pada hari Selasa, 31 Maret 2026 pukul 20.40 WIB. Pasien masih mengatakan nyeri pada kaki serta tangan dan kaki terasa dingin dan kebas. Hasil observasi menunjukkan CRT masih 4 detik**,** namun warna kulit sudah tidak tampak pucat. Berdasarkan data tersebut dapat dianalisis bahwa telah terjadi perbaikan pada warna kulit, tetapi perfusi perifer belum optimal sehingga masalah belum teratasi.

Kriteria masalah perfusi perifer tidak efektif dinyatakan membaik apabila warna kulit membaik, pengisian kapiler kembali normal, akral hangat, turgor kulit membaik, dan keluhan kebas berkurang. Selama empat hari pelaksanaan intervensi tampak adanya perbaikan pada warna kulit, namun CRT masih lebih dari 4 detik sehingga luaran belum sepenuhnya tercapai. Perawatan kaki, senam kaki diabetes, edukasi perawatan kaki, serta pengendalian kadar glukosa darah merupakan intervensi yang dapat membantu memperbaiki sirkulasi perifer. Latihan fisik secara teratur meningkatkan aliran darah ke ekstremitas bawah, mempertahankan fungsi pembuluh darah, membantu mencegah komplikasi diabetes seperti ulkus diabetik. Dengan pelaksanaan yang berkelanjutan diharapkan perfusi perifer pasien semakin membaik.