

BAB III

LAPORAN KASUS

Dalam laporan kasus ini diuraikan hasil penerapan asuhan keperawatan pada pasien. Uraian tersebut mencakup hasil pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi keperawatan yang telah dilakukan. Dalam laporan kasus ini disajikan pembahasan terhadap hasil laporan kasus yang telah diperoleh.

A. Hasil Laporan Kasus

1. Kondisi lokasi laporan kasus

Pengambilan kasus pada laporan ini yaitu dilakukan di Ruang Jumpai Gedung Ayodia Rumah Sakit Umum Daerah Klungkung yang berlokasi di Jl. Flamboyan No.40, Semarapura Kauh, Kecamatan Klungkung, Kabupaten Klungkung, Bali. Ruang Jumpai memiliki 13 kamar dan memiliki 17 bed. Ruangan ini memiliki fasilitas yang memadai dan sesuai dengan standar dari rumah sakit. Pasien yang digunakan pada laporan kasus ini berada di kamar nomor 5 di bed 1.

2. Karakteristik subyek laporan kasus

Pada laporan kasus ini, pasien adalah seorang perempuan dengan inisial Ny. A berusia 50 tahun yang sudah menikah. Pendidikan terakhirnya adalah SMA dan saat ini bekerja sebagai karyawan swasta. Ny. A beragama Hindu serta berasal dari suku Bali.

3. Hasil laporan kasus

Hasil laporan kasus yang diperoleh berdasarkan proses keperawatan adalah sebagai berikut :

a. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Februari 2026 pukul 10.00 WITA di Ruang Jumpai RSUD Klungkung. Pengkajian dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan data penunjang. Data yang dikumpulkan meliputi identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan dan pola kebutuhan yaitu sebagai berikut:

1) Identitas

a) Identitas pasien

Data identitas pasien dalam laporan ini adalah Ny. A, seorang perempuan berusia 50 tahun. Pasien memiliki nomor rekam medis 283***, lahir pada tanggal 6 Januari 19** dengan pendidikan terakhir SMA. Pasien sudah menikah, beragama Hindu, suku Bali, bekerja sebagai karyawan swasta, dan bertempat tinggal di Desa Telengan, Kec. Manggis, Kab. Karangasem.

b) Identitas penanggung jawab

Data identitas penanggung jawab pasien adalah Tn. E, seorang laki-laki berusia 58 tahun yang merupakan suami pasien. Tn. E beragama Hindu, suku Bali, dan bertempat tinggal di Desa Telengan, Kec. Manggis, Kab. Karangasem.

2) Keluhan utama

Pasien mengeluh tubuh terasa lemas dan pusing, serta sering mengalami kesemutan pada kedua kakinya. Warna kulit pasien tampak pucat, akral pasien teraba dingin.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien datang ke UGD RSUD Klungkung pada tanggal 11 Februari 2026 pukul 12.30 Wita, karena pasien merasakan lemas dan pusing sejak dua hari sebelumnya dan memberat sejak pagi tadi. Untuk mengurangi rasa pusing pasien sempat minum obat parasetamol, karena lemas dan pusing tidak kunjung hilang kemudian pasien dibawa ke UGD RSUD Klungkung untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

Pada saat di UGD dilakukan pemeriksaan tingkat kesadaran pasien kompos mentis, pasien mengeluh lemas, pusing, pasien mengeluh kesemutan pada kakinya, pasien mengatakan lukanya tidak sembuh dan merasa nyeri pada kakinya. Hasil pemeriksaan TTV dan gula darah pasien yaitu TD : 154/91 mmHg, N: 89 x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,8⁰C, SpO₂: 99 % dan hasil gula darah pasien 358 mg/dL. Dari data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan, dokter memberikan diagnosa medis Diabetes melitus dependen insulin. Sesuai arahan yang diberikan oleh dokter maka pasien diberikan terapi obat apidra solostra dengan dosis 3x6 iu sc, lantus solostra pen dengan dosis 10 iu sc dan pemasangan infus RL 500 ml dengan dosis 20 tpm. Pasien dipindahkan ke ruang Jumpai pada hari Rabu, 11 Februari 2026, pukul 18.00 Wita untuk mendapatkan perawatan. Hasil pemeriksaan TTV di ruangan Jumpai yaitu TD : 130/80 mmHg, nadi 84 x/menit, respirasi 16 x/menit, suhu 36,5⁰C, SpO₂ 98% dan gula darah 250 mg/dL.

Saat pasien sudah berada di ruangan terapi yang didapatkan di UGD tetap dilanjutkan dari pukul 18.00 Wita sampai dengan 10.00 Wita yaitu terapi obat apidra solostra dengan dosis 3x6 iu sc, lantus solostra pen dengan dosis 10 iu sc dan

pemasangan infus RL 500 ml dengan dosis 20 tpm. Pada hari Kamis, 12 Februari 2026 pada pukul 10.00 WITA dilakukan pengkajian yang dimana hasil pengkajian kesadaran pasien composmentis, selama melakukan pengkajian pasien masih merasakan lemas, pusing, kesemutan pada kakinya, lukanya tidak sembuh dan merasa nyeri pada kakinya dan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu yaitu 275 mg/dL.

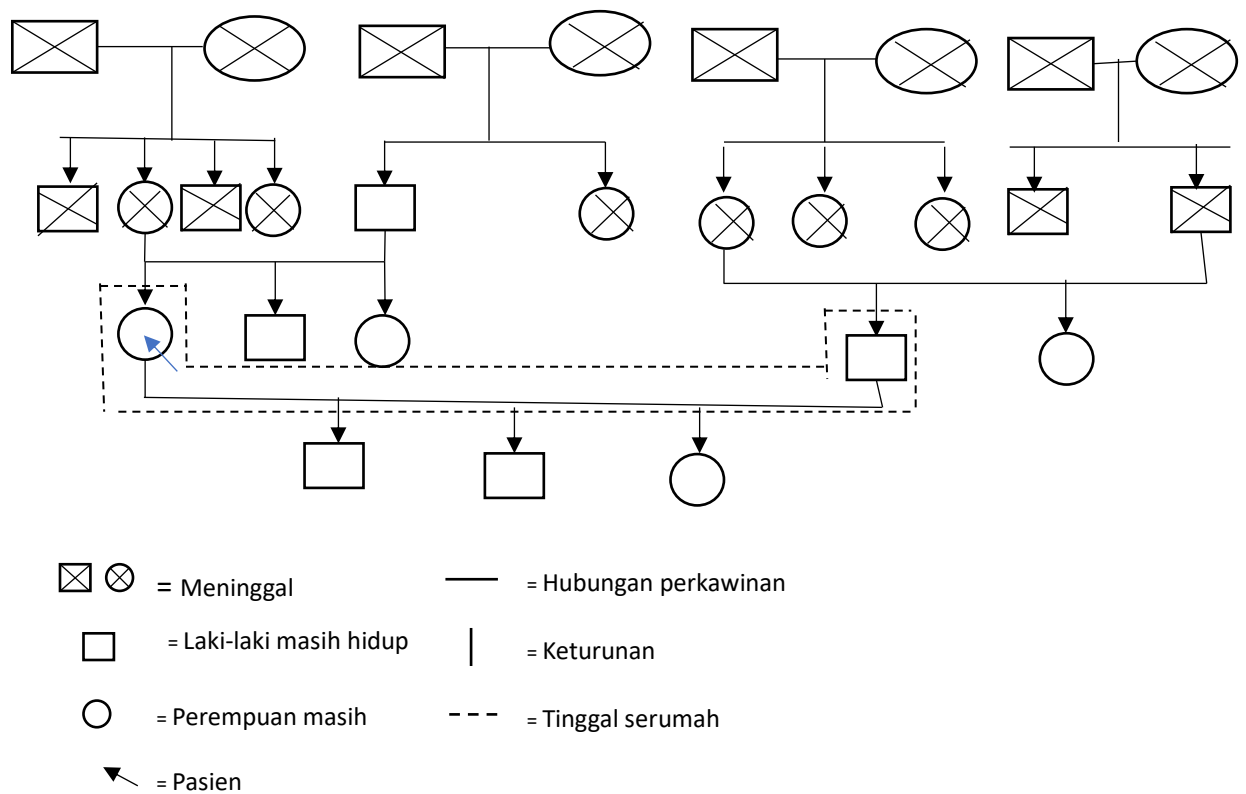
b) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya karena mengalami lemas, mual, dan muntah. Pasien dirawat selama satu minggu. Pasien mengatakan memiliki riwayat DM tipe 2 sejak tiga tahun yang lalu, pasien mendapatkan terapi obat lantus dengan dosis 1x18 iu dan apidra dengan dosis 3x10 iu. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu, pasien mengonsumsi obat amlodipine 1x5 mg. Pasien mengatakan tidak ada riwayat operasi, alergi obat-obatan dan kelainan bawaan.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan memiliki riwayat diabetes melitus dari orang tuanya yaitu bapak pasien.

d) Genogram



Gambar. 2 Genogram keluarga Ny. A dengan masalah Perfusi Perifer Tidak Efektif akibat Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang Jumpai RSUD Klungkung Tahun 2026

4) Pola Kebutuhan

Sirkulasi

- Pengisian kapiler pada pasien memerlukan waktu empat detik
- Nadi perifer pada ekstremitas bawah pasien teraba lemah
- Akral pasien teraba dingin
- Warna kulit kaki pasien tampak pucat
- Turgor kulit pasien tampak menurun memerlukan waktu lebih dari dua detik untuk kembali

- f. Pasien mengeluh sering merasakan kesemutan pada kedua kaki yang dimana kesemutan dirasakan pada saat malam hari
 - g. Pasien mengatakan nyeri pada kaki
 - h. Pasien tampak tidak ada edema
 - i. Pasien mengeluh luka sehabis jatuh di bagian kakinya tidak kunjung kering dan terasa nyeri sejak 3 hari yang lalu
 - j. *Indeks ankle-brachial* tidak dapat dilakukan
 - k. Tidak ada suara bruit femoral
- b. Diagnosis keperawatan
- 1) Analisis data

Tabel. 3
Analisis Data pada Ny. A dengan Masalah Perfusi Perifer Tidak Efektif
akibat Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang Jumpai RSUD Klungkung Tahun
2026

Data Fokus	Data Normal	Masalah
DS :	1. Pasien tidak mengeluh kesemutan	Perfusi Perifer
1. Pasien mengeluh sering merasa kesemutan pada kedua kakinya	2. Luka pasien sudah membaik dan nyeri berkurang	Tidak Efektif
2. Pasien mengeluhkan adanya luka pada kaki yang belum mengering dan disertai nyeri sejak 3 hari terakhir	3. Pasien tidak mengeluh lemas dan pusing	
3. Pasien mengeluh lemas dan pusing	4. Pengisian kapiler < 3 detik	
DO :		
1. Pengisian kapiler pada pasien memerlukan waktu empat detik	5. Nadi perifer teraba kuat dan jelas	
2. Nadi perifer pada ekstremitas bawah pasien teraba	6. Akral pasien teraba hangat	

3. Akral pasien teraba dingin	7. Warna kulit kaki pasien
4. Warna kulit kaki pasien tampak pucat	tampak tidak pucat dan tidak kebiruan (sianosis)
5. Turgor kulit pasien teraba menurun memerlukan waktu lebih dari dua detik untuk kembal	8. Turgor kulit baik (elastis), kembali < 2 detik
6. <i>Indeks ankle-brachial</i> tidak dapat dilakukan	9. <i>Indeks ankle-brachial</i> > 90
7. Tak terdengar suara <i>bruit femoral</i>	10. Tidak terdengar suara <i>bruit femoral</i>

2) Identifikasi masalah

Tabel. 4
Identifikasi Masalah pada Ny. A dengan Masalah Perfusi Perifer Tidak Efektif akibat Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang Jumpai RSUD Klungkung Tahun 2026

Masalah	Analisis Masalaah	Dx. Keperawatan
Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	Penyakit Kronis ↓ Diabetes Melitus ↓ Hiperglikemia ↓ Penyempitan arteri perifer ↓ Penyembuhan luka lambat ↓ Nyeri Ekstermitas ↓ Perfusi Perifer Tidak Efektif	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia dibuktikan dengan pengisian kapiler > 3 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, parestesia, nyeri ekstremitas, penyembuhan luka lambat, <i>Ankle-Brachial Indek</i> tidak dapat dilakukan.

3) Perumusan diagnosis keperawatan

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia dibuktikan dengan pengisian kapiler > 3 detik, akral terasa dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, parestesia, nyeri ekstremitas, penyembuhan luka lambat, *Ankle-Brachial Indeks* tidak dapat dilakukan.

c. Perencanaan keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia diawali dengan penetapan luaran, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai. Tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : kekuatan nadi perifer meningkat (5), penyembuhan luka meningkat (5), warna kulit pucat menurun (5), edema perifer menurun (5), nyeri ekstremitas menurun (5), parastesia menurun (5), kelemahan otot menurun (5), kram otot menurun (5), *bruit femoralis* menurun (5), pengisian kapiler membaik (5), akral membaik (5), turgor kulit membaik (5), tekanan darah sistolik membaik (5), tekanan darah diastolik membaik (5), tekanan arteri rata-rata membaik (5), *indeks ankle-brakial* membaik (5). Intervensi keperawatan yang diterapkan terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung yaitu sebagai berikut :

1) Intervensi utama perawatan sirkulasi (I.02079)

Observasi

- a) Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, *ankle brachial index*)

- b) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)
- c) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

Terapeutik

- a) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- b) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
- c) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
- d) Lakukan pencegahan infeksi
- e) Lakukan perawatan kaki dan kuku
- f) Lakukan hidrasi

Edukasi

- a) Anjurkan berhenti merokok
- b) Anjurkan berolahraga rutin
- c) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
- d) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu
- e) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
- f) Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
- g) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki)
- h) Anjurkan program rehabilitasi vaskular
- i) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)

- j) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat Istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)

2) Intervensi utama manajemen sensasi perifer (I.06195)

Observasi

- a) Identifikasi penyebab perubahan sensasi
- b) Identifikasi penggunaan alat pengikat, prostesis, sepatu, dan pakaian
- c) Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul
- d) Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin
- e) Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda
- f) Monitor terjadinya parestesia, jika perlu
- g) Monitor perubahan kulit
- h) Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena

Terapeutik

- a) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)

Edukasi

- a) Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air
- b) Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak
- c) Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu
- b) Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu

3) Intervensi pendukung pengaturan posisi (I.01019)

Observasi

- a) Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi
- b) Monitor alat traksi agar selalu tepat

Terapeutik

- a) Tempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat
- b) Tempatkan pada posisi terapeutik
- c) Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan
- d) Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan
- e) Sediakan matras yang kokoh/padat
- f) Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi Atur posisi untuk mengurangi sesak (*mis. semi-Fowler*)
- g) Atur posisi yang meningkatkan *drainage*
- h) Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat
- i) Imobilisasi dan topang bagian tubuh yang cedera dengan tepat.
- j) Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat
- k) Tinggikan anggota gerak 20° atau lebih di atas level jantung
- l) Tinggikan tempat tidur bagian kepala
- m) Berikan bantal yang tepat pada leher
- n) Berikan topangan pada area edema (*mis. bantal dibawah lengan dan skrotum*)
- o) Posisikan untuk mempermudah ventilasi/perfusi (*mis. tengkurap/good lung down*)
- p) Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif
- q) Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan

- r) Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri
- s) Hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi
- t) Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka
- u) Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi
- v) Ubah posisi setiap 2 jam
- w) Ubah posisi dengan teknik log roll
- x) Pertahankan posisi dan integritas traksi
- y) Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi

Edukasi

- a) Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi
- b) Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu

d. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan implementasi keperawatan pada Ny. A dilakukan berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan, selama 3x24 jam, dimulai dari tanggal 12 Februari 2026 sampai dengan 15 Februari 2026 yang dilaksanakan di RSUD Klungkung. Tindakan dilakukan mengacu pada rencana keperawatan yang disusun. Implementasi yang dilaksanakan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif pada Ny. A yaitu :

- 1) Implementasi pertama dilaksanakan pada hari Kamis, 12 Februari 2026 dimulai dari pukul 10.00 Wita yang meliputi

- a) Pemeriksaan sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, *ankle brachial indeks*)
- b) Baringkan pasien pada kasur dengan posisi terapeutik
- c) Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan
- d) Ubah posisi pasien setiap 2 jam
- e) Informasikan saat akan melakukan perubahan posisi
- f) Pemeriksaan gula darah pasien
- g) Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
- h) Pasien diberikan makanan dari rumah sakit
- i) Memberikan terapi obat apidra solostra 3x6 iu
- j) Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada area ekstremitas
- k) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah pada area keterbatasan perfusi
- l) Memonitor saturasi pasien sebelum mengubah posisi
- m) Atur posisi pasien semi-fowler
- n) Pemeriksaan TTV pasien
- o) Tempatkan lampu atau bel panggilan dalam jangkauan
- p) Mengatur posisi tidur pasien yang disukainya
- q) Lakukan pencegahan infeksi
- r) Melakukan perawatan kuku dan kaki
- s) Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat
- t) Melakukan pemeriksaan gula darah pasien
- u) Pasien diberikan makan dari rumah sakit

- v) Memberikan terapi obat apidra solostra 3x6 iu
 - w) Melakukan pemeriksaan perbedaan sensasi panas dan dingin
 - x) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
 - y) Anjurkan meminum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
 - z) Memberikan terapi obat Lantus solostra dengan dosis 10 iu
 - aa) Anjurkan melakukan perawatan kulit (mis. melembabkan kulit kering pada kaki)
- 2) Implementasi hari kedua dilaksanakan pada hari Jumat, 13 Februari 2026 dimulai dari pukul 06.00 Wita yang meliputi :
- a) Pemeriksaan TTV pasien
 - b) Pemeriksaan gula darah pasien
 - c) Pasien diberikan makanan dari rumah sakit
 - d) Memberikan terapi obat apidra solostra 3x6 iu
 - e) Mengidentifikasi penggunaan alat pengikat, sepatu dan pakaian
 - f) Menganjurkan menggunakan sepatu yang lembut dan bertumit rendah
 - g) Menghindari penggunaan benda-benda yang berlebihan suhunya (mis. terlalu dingin atau panas)
 - h) Memonitor terjadinya kesemutan
 - i) Periksa sensasi tajam atau tumpul
 - j) Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda
 - k) Pemeriksaan gula darah pasien
 - l) Pasien diberikan makanan dari rumah sakit yaitu bubur
 - m) Memberikan terapi obat apidra solostra 3x6 iu
 - n) Tinggikan anggota gerak 20° atau lebih diatas level jantung

- o) Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif
 - p) Motivasi terlibat untuk perubahan posisi, sesuai kebutuhan
 - q) Melakukan pemeriksaan TTV
 - r) Tinggikan tempat tidur di bagian kepala
 - s) Berikan bantal yang tepat pada area leher pasien
 - t) Meminimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi
 - u) Pemeriksaan gula darah pasien
 - v) Pasien diberikan makan dari rumah sakit
 - w) Memberikan terapi obat apidra solostra 3x6 iu
 - x) Posisikan untuk mempermudah ventilasi /perfusi (mis. telungkup)
 - y) Memberikan terapi obat Lantus solostra dengan dosis 10 iu
- 3) Implementasi hari ketiga dilaksanakan pada hari Sabtu 14 Februari 2026
dimulai dari pukul 06.00 Wita yang meliputi :
- a) Pemeriksaan TTV pasien
 - b) Melakukan pemeriksaan gula darah pasien
 - c) Pasien diberikan makan dari rumah sakit
 - d) Memberikan terapi obat apidra solostra 3x6 iu
 - e) Anjurkan untuk berolahraga secara rutin
 - f) Anjurkan untuk berjalan kaki
 - g) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3)
 - h) Pemeriksaan gula darah pasien
 - i) Pasien diberikan makanan dari rumah sakit
 - j) Memberikan terapi obat apidra solostra 3x6 iu

- k) Posisikan pasien semi-fowler
 - l) Pemeriksaan TTV pasien
 - m) Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif
 - n) Melakukan pemeriksaan gula darah pasien
 - o) Pasien diberikan makanan dari rumah sakit
 - p) Pemberian terapi obat apidra solostra 3x6 iu
 - q) Hindari penekanan pada area keterbatasan perfusi
 - r) Pemberian terapi lantus solostra dengan dosis 10 iu
- 4) Implementasi hari keempat dilaksanakan pada hari Minggu, 15 Februari 2026 dimulai dari pukul 06.00 Wita yang meliputi :
- a) Melakukan pemeriksaan TTV
 - b) Monitor gula darah pasien
 - c) Pasien mendapatkan makanan dari rumah sakit
 - d) Memberikan terapi obat apidra solostra 3x6 iu
 - e) Pemeriksaan sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, *ankle brachial index*)
 - f) Memonitor CRT, akral, turgor kulit
 - g) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka sulit sembuh, dan hilangnya rasa)
- e. Evaluasi keperawatan

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, terhitung sejak tanggal 12 Februari 2026 sampai dengan 15 Februari 2026, selanjutnya dilakukan evaluasi keperawatan pada hari Minggu, 15 Februari 2026 pukul 10.00 WITA dengan menggunakan metode SOAP yaitu sebagai berikut:

- 1) S : Pasien mengatakan kaki yang kesemutan sudah membaik, sudah tidak merasakan lemas dan pusing, sudah tidak merasakan nyeri pada ekstremitas
- 2) O : Penyembuhan luka meningkat, warna kulit pucat menurun (tidak pucat atau tidak kebiruan), pengisian kapiler membaik (kembali < 3 detik), akral teraba hangat, turgor kulit membaik (kembali < 2 detik), *indeks ankle-brakial* tidak dapat dilakukan
- 3) A : Masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif teratasi
- 4) P : Anjurkan pasien untuk kontrol kesehatan secara rutin

B. Pembahasan Laporan Kasus

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Februari 2026 pukul 10.00 Wita di ruang Jumpai RSUD Klungkung. Berdasarkan hasil pengkajian, diperoleh data objektif yang ditemukan yaitu pengisian kapiler empat detik, akral pasien teraba dingin, warna kulit kaki dan tangan pasien tampak pucat, turgor kulit pasien tampak menurun, *indeks ankle-brachial* tidak dapat dilakukan, adapun data subjektif yang ditemukan yaitu pasien mengeluh sering merasakan kesemutan pada kedua kakinya, nyeri pada kaki, pasien mengeluh luka sulit sembuh. Berdasarkan kriteria yang ditetapkan oleh standar diagnosis keperawatan Indonesia PPNI (2017), tanda dan gejala mayor pada Ny. A telah terpenuhi 72,7%.

Selama pelaksanaan pengkajian, terdapat beberapa data yang tidak dapat diperoleh. Nadi perifer pada ekstremitas pasien masih teraba, sehingga belum memenuhi salah satu kriteria penegakan diagnosis sesuai SDKI, yaitu adanya penurunan atau tidak terabanya nadi perifer. Tidak ditemukan adanya edema pada

pasien. Pemeriksaan indeks ankle-brachial tidak dapat dilakukan karena keterbatasan alat di rumah sakit. Selain itu, pemeriksaan bruit femoral juga tidak dilakukan karena tidak tersedianya fasilitas pemeriksaan tersebut di rumah sakit.

Gejala yang dialami pasien sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sijabat et al. (2024) dalam jurnal manajemen keperawatan perfusi perifer tidak efektif pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Rumah Sakit Umum Sari Mutiara Lubuk Pakam. Dari hasil wawancara, ditemukan hasil yang serupa yaitu pasien mengeluh tubuhnya terasa lemas, kaki terasa kesemutan, warna kulit pucat, pengisian kapiler lebih dari 2 detik, akral teraba dingin, serta turgor kulit tampak menurun.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan dalam penelitian ini ditetapkan berdasarkan hasil pengkajian keperawatan yang telah dilakukan, kemudian dianalisis hingga dirumuskan menjadi diagnosis keperawatan yang tepat pada pasien Ny. A. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan yaitu perfusi perifer tidak efektif sebagai masalah (*problem*), dengan penyebab (etiologi) hiperglikemia, tanda dan gejala (*sign and symptom*) yang ditemukan meliputi pengisian kapiler pada pasien memerlukan waktu empat detik, nadi perifer pada ekstremitas bawah pasien teraba lemah, akral pasien teraba dingin, warna kulit kaki dan tangan pasien tampak pucat, turgor kulit pasien tampak menurun, *indeks ankle-brachial* tidak dapat dilakukan, pasien mengeluh sering merasakan kesemutan pada kedua kakinya, pasien mengeluh luka sulit sembuh dan merasakan nyeri pada kakinya.

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia PPNI (2017), penegakan diagnosis keperawatan memerlukan pemenuhan sekitar 80-100 % tanda

dan gejala. Pada kasus Ny. A dengan diabetes melitus, ditemukan bahwa seluruh tanda dan gejala mayor belum terpenuhi (100%) dimana hanya 72,7% tanda dan gejala mayor yang dapat ditemukan sehingga belum memenuhi ketentuan minimal 80% secara penuh. Hal ini karena tidak semua tanda muncul pada saat pengkajian. Namun, tanda yang ditemukan seperti tindakan yang dapat dilakukan, hal ini di tunjukan oleh pengisian kapiler > 3 detik, akral terba dingin, warna kulit pucat serta turgor kulit menurun sudah sesuai dengan kondisi perfusi perifer tidak efektif, sehingga diagnosis tetap dapat ditegakkan.

Dengan demikian, diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia dibuktikan dengan pengisian kapiler > 3 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, parestesia, nyeri ekstremitas, penyembuhan luka lambat, *Ankle-Brachial Indeks*.

3. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan dalam penelitian ini berdasarkan pada diagnosis perfusi perifer yang tidak efektif dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yang menetapkan tujuan utama berupa peningkatan perfusi perifer (PPNI, 2019). Tindakan yang diberikan juga mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yang mengutamakan perawatan sirkulasi serta manajemen sensasi perifer sebagai tindakan utama, serta di dukung dengan pengaturan posisi sebagai intervensi tambahan (PPNI, 2018).

Intervensi utama yaitu perawatan sirkulasi dilakukan melalui pemantauan kondisi sirkulasi perifer seperti *capillary refill time*, nadi perifer, warna dan suhu kulit. Hal ini sejalan dengan penelitian Sijabat et al., (2024) dengan judul jurnal

manajemen keperawatan perfusi perifer tidak efektif pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Rumah Sakit Umum Sari Mutiara Lubuk Pakam, yang menyatakan bahwa pemantauan sirkulasi perifer penting untuk menilai efektivitas perfusi jaringan pada pasien diabetes melitus. Tindakan pencegahan seperti menghindari pemasangan infus dan pengambilan darah pada ekstremitas dengan perfusi yang terganggu juga diperlukan untuk mencegah kerusakan jaringan lebih lanjut.

Pemilihan manajemen sensasi perifer sebagai intervensi utama bertujuan untuk mengidentifikasi sekaligus mengelola tidak nyaman sensoris yang dialami pasien diabetes melitus. Temuan dalam penelitian ini membuktikan bahwa pemberian edukasi perawatan kaki memberikan dampak positif terhadap perbaikan sensasi pasien, yang mana hasil tersebut sejalan dengan teori dari Tesfaye & Sloan (2020) mengenai krusialnya identifikasi dini dan manajemen risiko proaktif dalam menghambat kerusakan fungsi saraf. Mengingat hilangnya sensasi protektif akibat neuropati sering kali menjadi pemicu utama cedera yang tidak disadari, maka integrasi antara observasi parastesia dan perlindungan kaki secara fisik menjadi langkah intervensi yang tidak terpisahkan dalam upaya menekan risiko amputasi.

Intervensi pendukung yang dipilih yaitu pengaturan posisi yang dimana pengaturan posisi ini dapat bermanfaat untuk melancarkan aliran darah pasien. Hal ini bisa diterapkan melalui latihan gerak sendi (ROM), meninggikan tempat tidur bagian kepala atau mengubah posisi setiap 2 jam sekali. Tindakan ini didukung oleh teori Melenia, dkk (2025) yang menjelaskan bahwa latihan ROM ini sangat efektif melancarkan peredaran darah di area tubuh yang digerakkan. Latihan gerakan ini berperan penting dalam memperkuat otot, memperbaiki refleks saraf,

serta meningkatkan nilai *ankle brachial index* (ABI) yang menjadi indikator baiknya kesehatan pembuluh darah perifer.

4. Implementasi keperawatan

Pada penelitian ini, implementasi dilakukan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun berdasarkan kebutuhan pasien. Tindakan keperawatan pada Ny. A dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif dilaksanakan selama 3x24 jam, yaitu pada tanggal 12 Februari 2026 sangan dengan 15 Februari 2026 di Ruang Jumpai Rumah Sakit Umum Daerah Klungkung. Intervensi yang direncanakan meliputi perawatan sirkulasi, manajemen sensasi perifer serta pengaturan posisi sebagai intervensi pendukung.

Selama pelaksanaan, sebagian besar intervensi dapat dilaksanakan sesuai rencana, namun selama 3 hari implementasi, tidak semua tindakan dapat terlaksanakan sesuai dengan konsep perawatan sirkulasi, manajemen sensasi perifer dan pengaturan posisi. Hal ini disebabkan oleh adanya ketidaksesuaian antara kondisi pasien pada saat implementasi dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya, sehingga menjadi faktor utama beberapa intervensi tidak dapat dilaksanakan secara optimal.

Pada intervensi perawatan sirkulasi, seluruh tindakan dapat dilaksanakan, yaitu 19 dari 19 tindakan. Hal ini terjadi karena pasien dalam kondisi kooperatif dan mampu diajak untuk bekerja sama selama proses keperawatan

Pada intervensi manajemen sensasi perifer, dari total 14 tindakan, sebanyak 11 tindakan dapat dilaksanakan. Sementara itu, 3 tindakan yang tidak dapat dilakukan, yaitu anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air, anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak, kolaborasi pemberian

kortikosteriod (obat anti peradangan), jika perlu. Tindakan tersebut tidak dilakukan karena keterbatasan alat di rumah sakit, kondisi pasien yang tidak memiliki dan tidak suka memakai sarung tangan termal dirumah saat memasak, serta tidak adanya indikasi medis seperti peradangan atau alergi yang memerlukan obat kortikosteriod (obat anti peradangan).

Pada intervensi pengaturan posisi, yaitu 31 tindakan, hanya sebagian yang dapat dilaksanakan, yaitu 24 tindakan, sedangkan 7 tindakan tidak dilakukan. Tindakan yang tidak dilaksanakan yaitu monitor alat traksi agar selalu tepat, imobilisasi dan topang bagian tubuh yang cedera dengan tepat, berikan topangan pada area edema (mis. bantal dibawah lengan), hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi, ubah posisi dengan teknik *log roll*, pertahankan posisi dan integritas traksi, kolaborasi pemberian paramedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu. Hal ini karena pasien tidak memiliki cedera serius yang mengharuskan menggunakan traksi, pasien tidak menjalani tindakan operasi atau amputasi, serta mampu melakukan perubahan posisi secara mandiri.

5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan pada Ny. A, dengan Diabetes Melitus dan masalah keperawatan Perfusi Perifer Tidak Efektif menunjukkan bahwa tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 12 Februari 2026 hingga 15 Februari 2026, memberikan hasil yang baik bagi pasien. Seluruh intervensi yang meliputi perawatan sirkulasi, manajemen sensasi perifer dan pengaturan posisi telah dilaksanakan dengan baik.

Berdasarkan hasil evaluasi, terdapat perubahan kondisi pasien yang ditunjukkan dari data subjektif dan data objektif. Secara subjektif, pasien

mengatakan parastesia atau kesemutan menurun, mengeluh lemas dan pusing menurun, sedangkan data objektif terdapat perbaikan tanda-tanda perfusi perifer yaitu, penyembuhan luka meningkat, parastesia menurun, nyeri ekstremitas menurun, warna kulit pucat menurun (tidak pucat atau tidak kebiruan), pengisian kapiler membaik (kembali < 2 detik), akral membaik, turgor kulit membaik (kembali < 2 detik), *indeks ankle-brakial* tidak dapat dilakukan. Assessment yaitu masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif teratasi, dan *Planing* selanjutnya anjurkan pasien untuk kontrol kesehatan secara rutin.

C. Kelemahan Laporan Kasus

Terdapat beberapa kelemahan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada kasus Ny. A dengan perfusi perifer tidak efektif akibat diabetes melitus. Kelemahan pertama yaitu tidak dapat dilakukannya pemeriksaan penunjang seperti indeks ankle-brachial (ABI) dan pemeriksaan bruit femoral karena keterbatasan alat di rumah sakit. Hal ini menyebabkan data objektif terkait kondisi sirkulasi perifer belum dapat dikaji secara lengkap. Selain itu, pada pengkajian awal, beberapa kriteria diagnosis SDKI belum terpenuhi secara optimal, seperti nadi perifer yang masih teraba, sehingga pemenuhan tanda dan gejala mayor belum mencapai kondisi ideal.

Kelemahan kedua terdapat pada pelaksanaan intervensi keperawatan, dimana tidak semua tindakan dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan fasilitas, kondisi pasien, serta ketersediaan alat di ruang perawatan. Selain itu, waktu observasi yang hanya dilakukan selama tiga hari juga menjadi keterbatasan, sehingga perubahan kondisi pasien belum dapat tergambarkan secara menyeluruh dalam jangka waktu yang lebih panjang.

Jika kondisi ideal, seharusnya seluruh pemeriksaan penunjang seperti indeks ankle-brachial (ABI) dan pemeriksaan vaskular lainnya dapat dilakukan untuk memperkuat data objektif dalam menegakkan diagnosis. Selain itu, seluruh intervensi keperawatan seharusnya dapat dilaksanakan secara lengkap sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), serta diperlukan waktu observasi yang lebih panjang agar evaluasi hasil asuhan keperawatan dapat menggambarkan kondisi pasien secara lebih komprehensif dan berkesinambungan.