

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambar Lokasi Penelitian

Puskesmas pambotanjara terletak di salah satu desa di kecamatan kota waingapu, kabupaten sumba timur. Gambaran umum desa pambotanjara: Luas wilayah sekitar 28,2 km². Dengan batas-batas silayah sebagai berikut, sebelah utara berbatasan dengan lukukamaru, sebelah selatan berbatasan dengan desa mbatakapidu, sebelah timur berbatasan dengan kelurahan kambajawa dan sebelah timur berbatasan dengan desa matawai latorung. Jumlah penduduk 2.156 orang, laki-laki 1.075 orang, perempuan sebanyak 1.081 dan terbagi atas 4 dusun, 8 RW, 16 RT. Sebagian besar orang yang tinggal di desa pambotanjara adalah orang kriter dan marapu, dan sebagian besar dari mereka bekerja sebagai petani dan peternak.

4.1.2 Data Umum Partisipan

Data umum dalam penelitian ini mencakup informasi mengenai usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan partisipan yang merupakan pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Pambotanjara.

Tabel 4. 1 Data Umum Partisipan

No.	Karakteristik Partisipan				
	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin	Tingkat pendidikan	Jenis pekerjaan	Diagnose medis
1.	60	L	SMP	Petani	Diabetes mellitus tipe 2

Berdasarkan data yang diperoleh, diketahui bahwa partisipan yang diteliti berusia 60 tahun, berjenis kelamin laki-laki. Berdasarkan tingkat pendidikannya, partisipan merupakan lulusan Sekolah Menengah Pertama (SMP), dan memiliki latar belakang pekerjaan sebagai petani. Partisipan tersebut diketahui menderita Diabetes Mellitus Tipe 2.

4.1.3 Data Khusus Partisipan

Data khusus partisipan dalam penelitian ini mencakup informasi yang berkaitan dengan proses asuhan keperawatan, yaitu meliputi diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Data ini difokuskan pada pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 yang memiliki risiko infeksi, dan diperoleh dari wilayah kerja Puskesmas Pambotanjara. Rincian data tersebut disajikan sebagai berikut:

4.2 Pengkajian

A. Identitas Umum

1. Identitas kepala keluarga

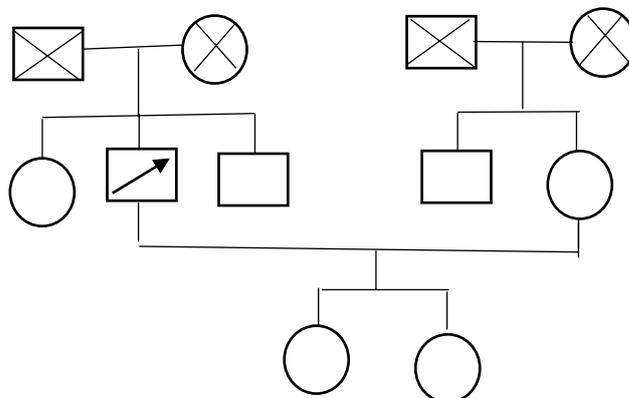
Nama : Tn.N
Pendidikan : SMP
Umur : 60 Tahun
Pekerjaan : Petani
Agama : kristen protestan
Alamat : lola bokul
Suku : Sumba
Nomor telp : -

2. Komposisi Keluarga

Tabel 4. 2 Komposisi Keluarga

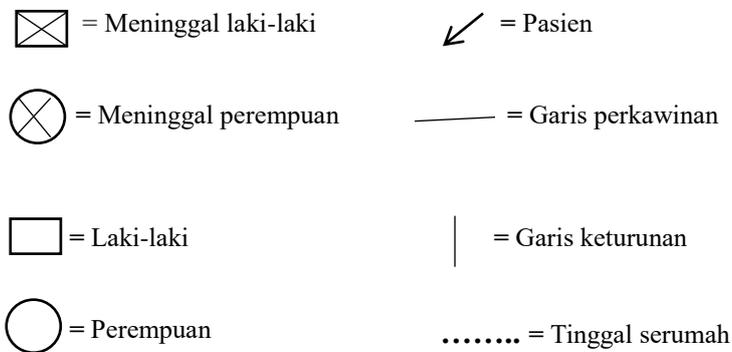
No.	Nama	Jk	Hub dgn kk	Umur	Pend	Imunisasi	KB
1.	Ny.K	P	Istri	56	SMP	Tidak ingat	Implant
2.	An.S	P	Anak	40	SMA	Lengkap	-
3.	An.M	P	Anak	38	SMP	Lengkap	-

3. Genogram



Gambar 4. 1 Genogram Pasien

Keterangan:



4. Tipe Keluarga: keluarga Tn.N adalah keluarga inti terdiri dari ayah (Tn.N) ibu (Ny.k) anak (An.S dan An. M)
5. Agama: Kristen protestan
6. Status social ekonomi keluarga
 1. Anggota keluarga yang mencari nafkah:

Bapak N memiliki latar belakang pekerjaan sebagai petani, sementara Ibu K juga bekerja sebagai petani dan memiliki pengalaman sebagai kader posyandu
 2. Penghasilan:

Jumlah pendapatan setiap bulan kurang dari 1 juta
 3. Kebutuhan yang dikeluarkan setiap bulan:

Pengeluaran bulanan Bapak N tidak memiliki jumlah yang tetap, melainkan berubah-ubah. Secara keseluruhan, pengeluaran keluarga mencakup kebutuhan pokok rumah tangga sehari-hari.

4. Harta benda yang dimiliki (perabot, dan tranpostasi. dll):

Barang-barang yang dimiliki bapak N antara lain: perabot rumah tangga, ayam 10 ekor, babi 2 ekor, 1 ekor kuda.

5. Tabungan khusus kesehatan:

Keluarga Bapak N tidak memiliki tabungan khusus untuk kebutuhan kesehatan. Jika ada anggota keluarga yang sakit, biaya pengobatan biasanya ditanggung melalui bantuan pemerintah, yaitu menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS).

7. Aktivitas rekreasi keluarga:

Keluarga bapak N jarang berekreasi biasaya keluarga bapak N bercerita bersama dan berkebun

B. Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini:

Tahap perkembangan keluarga saat ini berada pada fase di mana kedua anak perempuan mereka, yaitu An.S dan An.M, telah menikah.

2. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga

Tabel 4. 3 Riwayat Kesehatam Masing-Masing Anggota Keluarga

No	Nama	Umur	Keadaan kesehatan	Imunisasi	Masalah kesehatan	Tindakan yang dilakukan
1.	Tn.N	60	Sakit	Tidak ingat	DM	kontrol ke puskesmas
2.	Ny.K	56	Sehat	Tidak ingat	Tidak ada	Posyandu
3.	An.s	40	Sehat	Lengkap	Tidak ada	Posyandu
4.	An.m	36	Sehat	Lengkap	Tidak ada	Posyandu

1. Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan:

Tn. N dan Ny. K menyatakan bahwa jika ada anggota keluarga yang sakit, mereka memanfaatkan layanan kesehatan dengan berobat ke puskesmas.

1. pengkajian lingkungan

1. Karakteristik Rumah

- a. Luas rumah yang di tempati : 5 are
- b. Tipe rumah: jenis rumah yang di tempati adalah rumah permanen
- c. Status Kepemilikan rumah adalah: milik pribadi keluarga Tn.N
- d. Jumlah dan rasio kamar/ruangan: Dikeluarga Tn.n jumlah kamar sebanyak dua kamar
- e. Ventilasi dan jendela tersedia di setiap ruangan yang ada di rumah keluarga Tn. N, sehingga sirkulasi udara dalam rumah cukup baik.
- f. Pemanfaatan ruangan di rumah Tn. N telah disesuaikan dengan fungsi masing-masing ruangan secara optimal.
- g. Septic tank: tersedia
letak: bearada di belakang kamar mandi
- h. Sumber air minum :
Keluarga Tn. N memanfaatkan air bak yang dibeli sebagai sumber untuk keperluan minum, mandi, memasak, dan kegiatan lainnya.

i. Kamar mandi/wc:

Kamar mandi/WC di rumah Tn. N berjumlah satu dan terletak di bagian belakang rumah. Tempat tersebut dibersihkan setiap minggu dan berada dalam kondisi yang cukup bersih

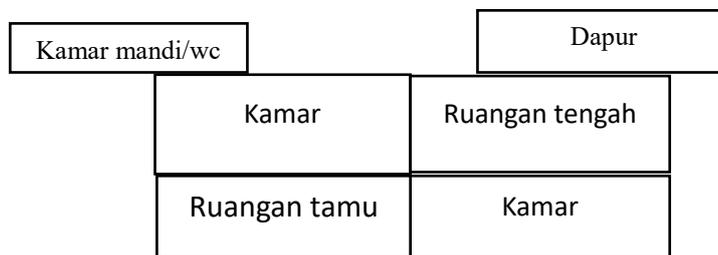
j. Sampah: Sampah biasanya dikumpulkan terlebih dahulu, kemudian dibuang dengan cara dibakar

k. Kebersihan lingkungan:

Lingkungan rumah keluarga Tn. N tergolong cukup bersih dan biasanya dibersihkan oleh Ny. K bersama anak-anak.

l. Denah rumah :

Gambar 4. 2 Denah Rumah



2. Mobilitas geografis keluarga:

Tn. N dan keluarganya merupakan penduduk asli yang telah menetap di wilayah tersebut. Rumah mereka terletak di pinggir jalan raya, dan alat transportasi yang biasa digunakan adalah sepeda motor

3. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat:

a. Waktu untuk berkumpul:

Keluarga Tn. N umumnya berkumpul pada siang dan malam hari. Sementara itu, interaksi dengan masyarakat dan keluarga lainnya

biasanya terjadi saat ada waktu luang, kegiatan desa, atau dalam rangka peringatan hari-hari khusus.

b. Interaksi keluarga dengan masyarakat:

Keluarga Tn. N biasanya berinteraksi dengan seluruh warga di sekitar tempat tinggal mereka, dan interaksi tersebut dilakukan secara rutin setiap hari

4. System pendukung keluarga:

Keluarga Tn. N memiliki sikap terbuka dalam menghadapi masalah. Setiap permasalahan biasanya dibicarakan bersama anggota keluarga untuk mencari solusi atau keputusan secara bersama-sama.

2. struktur keluarga

1. Pola komunikasi keluarga:

Keluarga Tn. N senantiasa menjalin komunikasi satu sama lain dan saling bertukar pendapat apabila ada keluhan atau masalah. Dalam berkomunikasi, mereka menggunakan bahasa Indonesia serta bahasa daerah Sumba Timur.

2. Struktur kekuatan keluarga:

Keluarga Tn. N memiliki sikap saling mendukung antaranggota. Ketika salah satu anggota keluarga menghadapi masalah, mereka selalu berusaha mencari solusi secara bersama-sama.

3. Nilai dan norma keluarga:

Keluarga Tn. N dan Ny. K senantiasa menerapkan nilai-nilai agama dalam kehidupan sehari-hari setiap anggota keluarga. Mereka juga rutin mengingatkan anak-anak mereka (An. S dan An. M) untuk rajin mengikuti kegiatan di gereja

3. fungsi keluarga

1. Fungsi afektif:

- a. Perasaan saling memiliki: Dalam keluarga Tn. N dan Ny. K terjalin hubungan yang erat, ditandai dengan perasaan saling memiliki di antara anggota keluarga.
- b. Dukungan terhadap anggota keluarga: Keluarga Tn. N selalu memberikan dukungan satu sama lain, menciptakan lingkungan yang saling menguatkan antaranggota keluarga.
- c. Kehangatan: Suasana dalam keluarga Tn. N hangat dan terbuka, di mana setiap anggota keluarga terbiasa saling bercerita. Hal yang sama juga terlihat saat menerima tamu, di mana seluruh anggota keluarga bersikap ramah dan menyambut dengan keterbukaan.
- d. Saling menghargai: Dalam keluarga Bapak N dan Ibu K, pernah terjadi pertengkaran, namun hal tersebut hanya sesekali berupa selisih paham dan selalu diselesaikan dengan baik. Selain itu, keluarga ini selalu mengajarkan pentingnya saling menghargai antar anggota keluarga maupun dengan orang lain.

2. Fungsi sosialisasi:

- a. Kerukunan hidup dalam keluarga: Keluarga Bapak N termasuk keluarga yang harmonis dan hampir tidak pernah terjadi pertengkaran.
- b. Interaksi dan hubungan dalam keluarga: Keluarga Bapak N biasanya saling berinteraksi antar anggota keluarga. Interaksi ini sering terjadi sepanjang hari ketika anggota keluarga berkumpul dan saling berbagi cerita.
- c. Anggota keluarga yang dominan dalam pengambilan keputusan adalah Tn. N.
- d. Partisipasi dalam kegiatan sosial: Keluarga Tn. N menyatakan aktif terlibat dalam kegiatan sosial seperti gotong royong serta berpartisipasi dalam berbagai acara kemasyarakatan, termasuk pernikahan, kematian, dan kegiatan lainnya.

3. Fungsi perawatan keluarga:

- a. Pengetahuan dan persepsi keluarga tentang penyakit/masalah kesehatan keluarganya: Keluarga Tn. N menyadari bahwa Bapak N menderita penyakit diabetes mellitus (DM), namun mereka belum memahami secara lengkap tanda, gejala, serta cara merawat Bapak N yang mengalami DM.
- b. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat: Bapak N rutin memeriksakan kesehatannya ke puskesmas

dan selalu menghabiskan obat yang diberikan. Ia melakukan kontrol kesehatan setiap bulan ke puskesmas.

- c. Kemampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit: Bapak N kurang memahami penyebab diabetes mellitus (DM), siapa saja yang berisiko terkena DM, komplikasi yang mungkin timbul, serta cara merawat pasien dengan DM.
- d. Kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat: Lingkungan rumah keluarga Tn. N tergolong cukup bersih. Ibu K mengatakan bahwa ia menugaskan cucu-cucunya untuk menyapu dan membersihkan rumah setiap hari. Selain itu, Ibu K juga rutin mengingatkan cucu-cucunya agar membersihkan dan merapikan tempat tidur, membuka jendela, serta menyapu lantai setiap hari.
- e. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat: Keluarga Tn. N umumnya selalu memanfaatkan layanan puskesmas setiap kali ada anggota keluarga mengalami keluhan atau masalah kesehatan.

4. Fungsi reproduksi:

- a. Perencanaan jumlah anak

Bpk N dan ibu K mengatakan memiliki 2 orang anak

- b. Akseptor: ya

Lamanya: -

Yang di gunakan: tidak ada

Akseptor: belum

Alasannya: -

Keterangan lain: -

5. Fungsi ekonomi:

- a. Upayah pemenuhan sandang pangan :

Bapak N dan Ibu K menyampaikan bahwa pendapatan keluarga mereka setiap bulan sebesar Rp 1.000.000. Uang tersebut digunakan untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga sehari-hari serta kebutuhan lain yang seringkali bersifat tidak terduga

- b. Pemanfaatan sumber di masyarakat:

Keluarga Bapak N dan Ibu K menyatakan bahwa mereka memanfaatkan listrik yang tersedia di rumah

4. Stress Dan Koping Keluarga

1. Stressor jangka pendek:

Stressor jangka pendek bagi keluarga Bapak N adalah bagaimana cara memulihkan penyakit yang sedang diderita.

2. Stressor jangka panjang:

Stressor jangka panjang bagi keluarga Bapak N adalah bagaimana cara merawat Bapak N yang menderita diabetes mellitus (DM) agar terhindar dari komplikasi.

3. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor:

Keluarga Bapak N selalu membawa Bapak N ke puskesmas setiap kali ada keluhan atau ketika obatnya habis.

4. Strategi koping yang digunakan:

Jika menghadapi masalah yang sulit ditemukan solusinya, Bapak N biasanya berdiskusi dengan istri, anak-anak, dan cucu-cucunya. Setelah bertukar pikiran, Bapak N biasanya dapat membuat keputusan yang lebih tepat dan bijaksana.

5. Strategi adaptasi difungsional:

Dalam keluarga Tn. N, tidak terdapat tindakan yang bersifat menyakitkan atau menyinggung saat menghadapi atau memutuskan sesuatu secara cermat dan bijak

5. Pemeriksaan Fisik (setiap individu anggota keluarga)

Tabel 4. 4 Pemeriksaan Fisik

No	Pemeriksaan Fisik	Nama anggota keluarga		
		Nama:Tn.N Umur:60	Nama:Ny.K Umur:40	
1.	Keluhan/riwayat penyakit saat ini	Terdapat luka DM pada kaki kiri, Karakteristik: ukuran 2 cm, warna kemerahan, sedikit nanah,teraba hangat/panas,tampak bengkak.pasien mengatakan nyeri pada area luka P: luka DM Q: seperti tertusuk R: sekitar luka S: 6 T: hilang timbul Pasien mengatakan masih makan makanan berminyak dan manis	Saat ini, tidak ada keluhan maupun riwayat penyakit yang dialami.	
2.	Riwayat penyakit sebelumnya	Menderita DM kurang lebih 6 tahun	Tidak ada	
3.	Penampilan umum	a. Tahap perkembangan	Masuk tahap lansia	Masuk tahap lansia
		b. Jenis kelamin	Laki-laki	Perempuan
		c. Cara berpakaian	Berpakaian atau berpenampilan kurang teratur	Rapih
		d. Kebersihan personal	Pasien tampak bersih, mandi 1-2x/hari,sikat gigi 1-2 kali/hari pada saat mandi,keramas 1-2x/minggu	Pasien tampak bersih, mandi 1-2x/hari,sikat gigi 1-2 kali/hari pada saat mandi,keramas 1-2x/minggu
		e. Postur dan cara berjalan	Pasien dengan postur tubuh tinggi, tampak sedikit membungkuk saat berjalan	Tidak terlalu tinggi dan memiliki cara berjalan yang lurus serta stabil
4.	Status mental dan cara berbicara	f. Status emosi	Pasien menunjukkan suasana hati yang baik, berbicara dengan semangat, serta ekspresi wajah terbuka dan bersahabat	Pasien menunjukkan suasana hati yang baik, berbicara dengan semangat, serta ekspresi wajah terbuka dan bersahabat
		g. Tingkat kecerdasan	Klien mengatakan lulusan SMP	Klien mengatakan lulusan SMP
		h. Orientasi	Berbicara dengan lancar dan mudah dimengerti	Berbicara dengan lancar dan mudah dimengerti
		i. Proses pikir	Tidak ada hambatan dalam proses pikir, dapat menyampaikan kronologi ketika di diagnose DM	Berpikir dengan lancar dan tanpa kendala
		j. Gaya/cara bicara	Berbicara dengan lancar dan mudah dimengerti	Berbicara dengan lancar dan mudah dimengerti

5.	Tanda-tanda vital	a. Tekanan darah	140/90mmhg	120/80 mmhg
		b. Nadi	80x/menit	80x/menit
		c. Suhu	36,7°C	36,6° c
		d. RR	20x/menit	20x/menit
6.	Pemeriksaan kulit	a. Inspeksi	Warna kulit sawo matang dan terdapat luka DM pada kaki kiri Karakteristik: ukuran 2 cm, warna kemerahan, sedikit nanah,teraba hangat/panas,tampak bengkak.	Warna kulit sawo matang
		b. Palpasi	Terdapat nyeri tekan pada kaki kiri yang terdapat luka DM	Tidak ada nyeri tekan dan bengkak
7.	Pemeriksaan kuku	a. Inspeksi	kuku tampak pendek namun kebersihannya kurang terjaga	kuku tampak pendek namun kebersihannya kurang terjaga
		b. Palpasi	CRT < 2detik	CRT < 2detik
8.	Pemeriksaan kepala	a. Inspeksi	Kepala dengan bentuk normal, rambut tumbuh merata dan bersih, tidak ditemukan lesi, kutu rambut, maupun kelainan kulit kepala; terdapat rambut putih (uban)	Kepala dengan bentuk normal, rambut tumbuh merata dan bersih, tidak ditemukan lesi, kutu rambut, maupun kelainan kulit kepala; terdapat rambut putih (uban)
		b. Palpasi	Tidak ditemukan edema maupun rasa nyeri saat ditekan	Tidak ditemukan edema maupun rasa nyeri saat ditekan
9.	Pemeriksaan muka	a. Inspeksi	Tampakan wajah simetris, tanpa kelainan	Tampakan wajah simetris, tanpa kelainan
		b. Palpasi	Tidak ditemukan edema maupun rasa nyeri saat ditekan	Tidak ditemukan edema maupun rasa nyeri saat ditekan
		c. Tes sensasi wajah	Mampu merespons bila ada sentuhan atau rangsangan	Mampu merespons bila ada sentuhan atau rangsangan
10.	Pemeriksaan mata	a. Inspeksi	Sklera jernih, konjungtiva tidak pucat, pupil simetris	Sklera jernih, konjungtiva tidak pucat, pupil simetris
		b. Palpasi	Tidak ditemukan edema maupun rasa nyeri saat ditekan	Tidak ditemukan edema maupun rasa nyeri saat ditekan
		c. Tes ketajaman visual	Kesulitan dalam melihat objek atau tulisan dari kejauhan	Kesulitan dalam melihat objek atau tulisan dari kejauhan
		d. Tes lapang pandang	Bisa memandang ke berbagai arah	Bisa memandang ke berbagai arah
11.	Pemeriksaan telinga	a. Inspeksi	Telinga tampak simetris dan dalam keadaan normal, tidak ditemukan serumen	Telinga tampak simetris dan dalam keadaan normal, tidak ditemukan serumen
		b. Palpasi	Tidak ditemukan edema maupun rasa nyeri saat ditekan	Tidak ditemukan edema maupun rasa nyeri saat ditekan

		c. Tes pendengaran	Indra pendengaran berfungsi dengan baik	Indra pendengaran berfungsi dengan baik
12.	Pemeriksaan hidung dan sinus	a. Inspeksi	Tampak simetris dan dalam kondisi normal, tanpa adanya sekret maupun kelainan	Tampak simetris dan dalam kondisi normal, tanpa adanya sekret maupun kelainan
		b. Palpasi	Tidak ditemukan edema maupun rasa nyeri saat ditekan	Tidak ditemukan edema maupun rasa nyeri saat ditekan
		c. Tes penciuman	Indra penciuman berfungsi dengan baik	Indra penciuman berfungsi dengan baik
13.	Pemeriksaan mulut dan tenggorokan	a. Inspeksi	Mulut dan gigi tampak agak kemerahan akibat konsumsi sirih pinang	Mulut dan gigi tampak agak kemerahan akibat konsumsi sirih pinang
		b. Palpasi	Tidak ditemukan pembengkakan maupun rasa nyeri saat ditekan	Tidak ditemukan pembengkakan maupun rasa nyeri saat ditekan
		c. Tes sensasi rasa	Tidak terdapat gangguan pada fungsi indera perasa	Tidak terdapat gangguan pada fungsi indera perasa
14.	Pemeriksaan leher	a. Inspeksi	Leher tanpa benjolan, tiroid tidak membesar, dan tidak ditemukan distensi vena jugularis	Leher tanpa benjolan, tiroid tidak membesar, dan tidak ditemukan distensi vena jugularis
		b. Palpasi	tidak ditemukan edema maupun nyeri tekan pada area yang diperiksa	tidak ditemukan edema maupun nyeri tekan pada area yang diperiksa
		c. Tes sensasi rasa	mampu merasakan saat diberi rangsangan	mampu merasakan saat diberi rangsangan
		d. Tes ROM	Gerakan ekstensi, fleksi, dan hiperekstensi dapat dilakukan secara penuh tanpa keluhan	Gerakan ekstensi, fleksi, dan hiperekstensi dapat dilakukan secara penuh tanpa keluhan
15.	Pemeriksaan system pernafasan	a. Inspeksi	Simetris, bebas dari kelainan dan lesi kulit	Simetris, bebas dari kelainan dan lesi kulit
		b. Palpasi	Dinding dada bergerak simetris, tidak teraba massa, dan tidak ada nyeri tekan	Dinding dada bergerak simetris, tidak teraba massa, dan tidak ada nyeri tekan
		c. Perkusi	Suara paru vesikuler	Suara paru vesikuler
		d. Auskultasi	Tidak terdengar bunyi napas tambahan	Tidak terdengar bunyi napas tambahan
16.	Pemeriksaan kardiovaskuler	a. Inspeksi	Tidak ditemukan kardiomegali	Tidak ditemukan kardiomegali
		b. Palpasi	Tidak ditemukan edema maupun nyeri tekan pada area yang diperiksa	Tidak ditemukan adanya edema,benjolan dan nyeri tekan
		c. Perkusi	Sonor	Sonor

		d. Auskultasi	Lub-dub	Lub-dub
17.	Pemeriksaan payudara dan aksila	a. Inspeksi	Pemeriksaan tidak dilakukan	Pemeriksaan tidak dilakukan
		b. Palpasi	Pemeriksaan tidak dilakukan	Pemeriksaan tidak dilakukan
18.	Pemeriksaan abdomen	a. Inspeksi	Pemeriksaan tidak dilakukan	Pemeriksaan tidak dilakukan
		b. Palpasi	Pemeriksaan tidak dilakukan	Pemeriksaan tidak dilakukan
		c. Perkusi	Pemeriksaan tidak dilakukan	Pemeriksaan tidak dilakukan
		d. Auskultasi	Pemeriksaan tidak dilakukan	Pemeriksaan tidak dilakukan
19.	Pemeriksaan ekstremitas atas	a. Bahu	Mobilitas baik, pergerakan bebas tanpa keluhan	Mobilitas baik ,pergerakan bebas tanpa keluhan
		b. Siku	Mobilitas baik, pergerakan bebas tanpa keluhan	Mobilitas baik, pergerakan bebas tanpa keluhan
		c. Pergelangan dan telapak tangan	Mobilitas baik, pergerakan bebas tanpa keluhan	Mobilitas baik, pergerakan bebas tanpa keluhan
20.	Pemeriksaan ekstremitas bawah	a. Panggul	Mobilitas baik, pergerakan bebas tanpa keluhan	Mobilitas baik, pergerakan bebas tanpa keluhan
		b. Lutut	Mobilitas baik, pergerakan bebas tanpa keluhan	Mobilitas baik, pergerakan bebas tanpa keluhan
		c. Tungkai dan telapak kaki	Terdapat luka DM pada kaki kiri, Karakteristik: ukuran 2 cm, warna kemerahan, sedikit nanah,teraba hangat/panas,tampak bengkak.pasien mengatakan nyeri pada area luka.	Mobilitas baik, pergerakan bebas tanpa keluhan

1.1.3 Diagnosis Asuhan Keperawatan Keluarga

A. Analisa Data

Tabel 4. 5 Analisa Data

No	Analisa data	Etiologic	Masalah
1.	DS: Tn. N mengatakan masih sering makan makanan berminyak dan manis DO: Gds : 397 mg/dl	Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)
2.	DS: Tn.N mengatakan nyeri di area luka pada kaki kiri P: luka DM Q: seperti tertusuk R: sekitar luka S: 6 T: hilang timbul DO: Tn.N tampak meringis	Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Nyeri akut (D.0007)
3.	DS: Tn.N mengatakan ada luka di kaki kiri, ukuran luka 2 cm sedikit bernanah,teraba panas DO: 1. Tampak kemerahan 2. Tampak bengkak	Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)

B. Perumusan Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan diagna prioritas pada Tn.N dengan kasus diabetes Melitus (DM) tipe 2. Maka di kelompokkan sebagai berikut:

Tabel 4. 6 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnose Keperawatan
1.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
2.	Nyeri akut berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
3.	Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

C. Penilaian (skoring) Diagnosis Keperawatan

1. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan

Tabel 4. 7 Skoring Diagnosa Ketidakstabilan Glukosa Darah

Kriteria	Nilai	Bobot	Skoring	Pembenaran
Sifat masalah: Actual Resiko Potensial	3 2 1	3	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah ketidakstabilan glukosa darah termasuk masalah yang actual karna TN.N masih mengkonsumsi makanan berminyak dan manis
Kemungkinan masalah untuk di ubah: Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2	$2/2 \times 2 = 2$	Kemungkinan masalah untuk di ubah selama pasien tidak mengkonsumsi makanan berminyak dan manis
Potensial masalah untuk di cegah Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Potensial masalah untuk di cegah tinggi karna berkaitan dengan makanan
Menonjolnya masalah Segera diatasi Tidak segera diatasi Tidak dirasakan adanya masalah	2 1 0	2	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga Tn.N menyadari masalah dan ingin segera menangani masalah kesehatan tersebut agar kesehatan tercapai
TOTAL				

2. nyeri akut berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Tabel 4. 8 Skoring Diagnosa Nyeri Akut

Kriteria	Nilai	Bobot	Skoring	Pembenaran
Sifat masalah: Actual Resiko Potensial	3 2 1	3	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah nyeri akut termasuk masalah yang actual
Kemungkinan masalah untuk di ubah: Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2	$2/2 \times 2 = 2$	Kemungkinan masalah untuk di ubah
Potensial masalah untuk di cegah Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	2	$2/3 \times 1 = 2/3$	Potensial masalah untuk di cegah tinggi karna
Menonjolnya masalah Segera diatasi Tidak segera diatasi Tidak dirasakan adanya masalah	2 1 0	2	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga Tn.N menyadari masalah dan ingin segera menangani masalah kesehatan tersebut agar kesehatan tercapai
TOTAL				

3. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Tabel 4. 9 Skoring Diagnosa Gangguan Integritas Kulit Dan Jaringan

Kriteria	Nilai	Bobot	Skoring	Pembenaran
Sifat masalah: Actual Resiko Potensial	3 2 1	3	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah gangguan integritas kulit dan jaringan termasuk masalah yang actual karna ada luka pada kaki kiri
Kemungkinan masalah untuk di ubah: Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2	$2/2 \times 2 = 2$	Kemungkinan masalah untuk di ubah selama pasien terus melakukan perawatan luka
Potensial masalah untuk di cegah Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	3	$2/3 \times 1 = 2/3$	Potensial masalah untuk di cegah tinggi karna berkaitan dengan kulit
Menonjolnya masalah Segera diatasi Tidak segera diatasi Tidak dirasakan adanya masalah	2 1 0	1	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga Tn.N menyadari masalah dan ingin segera menangani masalah kesehatan tersebut agar kesehatan tercapai
TOTAL				

1.1.4 Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 10 Intervensi Keperawatan

No Dx	Tujuan umum	Tujuan khusus	Kriteria	Standar	Intervensi
1.	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 4x kunjungan (1 hari bina hubungan saling percaya dan pengkajian,3 hari implementasi) di harapkan ketidakstabilan glukosa darah membaik	Setelah pertemuan 4x 30 menit keluarga mampu: 1. Mampu memahami materi yang disampaikan	Respon verbal	1. Dapat mengurangi konsumsi makanan berminyak dan manis	<p><u>Eduksai Diet (1.12369)</u></p> <p><u>Observasi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan pola makan 2. Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan <p><u>Terapeutik:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 2. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya <p><u>Edukasi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 2. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
2.	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 4x kunjungan (1 hari bina hubungan saling percaya dan pengkajian,3 hari implementasi) di harapkan	Setelah pertemuan 4x 30 menit keluarga mampu: 1.	Respon verbal	1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	<p><u>MANAJEMEN NYERI (1.14518)</u></p> <p><u>Observasi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri 2. Identifikasi factor yang memperingan dan memperberat nyeri <p><u>Terapeutik:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Control lingkungan yang memperberat nyeri <p><u>Edukasi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan analgetik 2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk

					mengurangi nyeri
3.	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 4x kunjungan (1 hari bina hubungan saling percaya dan pengkajian, 3 hari implementasi) di harapkan	Setelah pertemuan 4x 30 menit keluarga mampu: 1.	Respon verbal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Kemerahan menurun 4. Nanah berkurang 5. Bengkang menurun 6. Teraba panas menurun 	<p style="text-align: center;"><u>Perawatan Luka</u> (1.14564)</p> <p><u>Observasi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p><u>Terapeutik:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan Ncal 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Berikan salap sesuai ke kulit/luka 5. Pasang balutan luka sesuai jenis luka 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Ganti balutan jumlah eksudat dan drainase 8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p><u>Edukasi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

1.1.5 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 11 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Diagnose keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1.	11/02/2025	Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kebiasaan pola makan Melakukan pemeriksaan glukosa darah Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan Memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 	<p>S: pasien mengatakan sering konsumsi makanan berminyak dan manis</p> <p>O: pasien tampak memahami GDS: 379mg/dl</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kebiasaan pola makan Pemeriksaan glukosa darah Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan Informasikan makanan yang di perbolehkan dan di larang
		Nyeri akut berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi factor yang memperingan dan memperberat nyeri Mengidentifikasi pengaruh nyeri dalam kualitas hidup Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Mengontrol 	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada area luka di kaki kiri</p> <p>P: luka DM</p> <p>Q: seperti tertusuk</p> <p>R: sekitar luka</p> <p>S: 6</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>O: pasien tampak meringis</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi factor yang memperingan dan

			lingkungan yang memperberat nyeri	<ul style="list-style-type: none"> 6. Menganjurkan menggunakan analgetik 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi pengaruh nyeri dalam kualitas hidup 4. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 6. Anjurkan menggunakan analgetik
		Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	<ul style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Membersihkan dengan cairan Ncal 5. Memersihkan jaringan nekrotik 6. Memeriksa salap sesuai ke kulit/ luka 7. Memasang balutan luka sesuai jenis luka 8. Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 9. Menganti balutan jumlah eksudat dan drainase 10. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 11. Mejelaskan tanda dan gejala infeksi 12. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein 13. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri 	<p>S: pasien mengatakan ada luka di kaki kiri dengan ukuran 2 cm sedikit bernanah dan terasa panas</p> <p>O: tampak kemerahan, tampak bengkak</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan Ncal 5. Bersihkan jaringan nekrotik 6. Berikan salap sesuai ke kulit/ luka 7. Pasang balutan luka sesuai jenis luka 8. Pahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 9. Ganti balutan jumlah eksudat dan drainase 10. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 	
2.	17/02/2025	Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan pola makan 	<p>S: pasien mengatakan sudah berkurang makan makanan berminyak dan manis</p>	

	ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 2. Melakukan pemeriksaan glukosa darah 3. Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 4. Memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 5. Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 6. Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 	<p>O: pasien tampak memahami GDS: 228 mg/d</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan pola makan 2. Melakukan pemeriksaan glukosa darah 3. Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 4. Memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 5. Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 6. Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
	Nyeri akut berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi factor yang memperperberat nyeri 3. Mengidentifikasi pengaruh nyeri dalam kualitas hidup 4. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 5. Mengontrol lingkungan yang memperperberat nyeri 6. Menganjurkan menggunakan analgetik 	<p>S: pasien mengatakan nyeri sudah menurun</p> <p>P: luka DM</p> <p>Q: seperti tertusuk</p> <p>R: sekitar luka</p> <p>S: 4</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>O: pasien tampak meringis berkurang</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi factor yang memperperberat nyeri 3. Mengidentifikasi pengaruh nyeri dalam kualitas hidup 4. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 5. Mengontrol lingkungan yang memperperberat nyeri

				6. Mengajukan menggunakan analgetik
		Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda infeksi 2. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Membersihkan dengan cairan Ncal 4. Memersihkan jaringan nekrotik 5. Memeriksa salap sesuai ke kulit/ luka 6. Memasang balutan luka sesuai jenis luka 7. Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Menganti balutan jumlah eksudat dan drainase 9. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Mejelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Mengajukan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein 12. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri 	<p>S: pasien mengatakan ada luka di kaki kiri dengan ukuran 2 cm</p> <p>O: kemerahan berkurang, nana berkurang, bengkak berkurang</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda infeksi 2. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Membersihkan dengan cairan Ncal 4. Memersihkan jaringan nekrotik 5. Memeriksa salap sesuai ke kulit/ luka 6. Memasang balutan luka sesuai jenis luka 7. Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Menganti balutan jumlah eksudat dan drainase 9. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Mejelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Mengajukan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein 12. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
3.	24/02/2025	Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan pola makan 2. Melakukan pemeriksaan glukosa darah 3. Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak makan makanan berminyak dan manis</p> <p>O: GDS: 128 mg/dl</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi di hentikan</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 5. Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 6. Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 	
		Nyeri akut berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi factor yang memperingan dan memperberat nyeri 3. Mengidentifikasi pengaruh nyeri dalam kualitas hidup 4. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 5. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri 6. Mengajukan menggunakan analgetik 	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak nyeri lagi di kaki</p> <p>O:</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi di hentikan</p>
		Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda infeksi 2. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Membersihkan dengan cairan Ncal 4. Memersihkan jaringan nekrotik 5. Memeriksa salap sesuai ke kulit/luka 6. Memasang balutan luka sesuai jenis luka 7. Memertahankan teknik steril saat melakukan 	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak ada luka pada kaki kiri</p> <p>O:</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi di hentikan</p>

			perawatan luka 8. Menganti balutan jumlah eksudat dan drainase 9. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Mejelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Meganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein 12. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	
--	--	--	---	--

4.3 Pembahasan

Penulis akan menguraikan hasil kasus yang sudah dilakukan tentang Edukasi diet, manajemen nyeri dan perawatan luka pada pasien DM tipe 2 dengan masalah gangguan integritas kulit dan jaringan antara teori dengan kasus nyata asuhan keperawatan pada Tn.N dengan diagnose medis DM tipe 2 di wilayah kerja puskesmas pambotanjara. Berdasarkan pengkajian pada Tn.N tanggal 10 Februari 2025, penulis mengangkat 3(tiga) diagnose keperawatan berdasarkan data-data pendukung yang ditemukan penulis. Dalam pembahasan ini, proses keperawatan dibagi menjadi lima langkah, yaitu: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi.

Pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan yang meliputi pengumpulan data secara teratur dari berbagai sumber dengan tujuan untuk menilai dan mengenali kondisi kesehatan klien (Ummah, 2019).

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Februari 2024 dengan hasil sebagai berikut: pasien atas nama Tn. N, usia 60 tahun, pendidikan terakhir SMP, dan bekerja sebagai petani. Pada saat pengkajian, ditemukan bahwa pasien masih sering mengonsumsi makanan berminyak dan manis. Diketahui adanya luka pada kaki kiri dengan nyeri yang dirasakan. Nyeri luka diabetes mellitus (DM) tersebut memiliki karakteristik sebagai berikut: lokasi di sekitar luka, kualitas nyeri seperti tertusuk, intensitas nyeri 6, bersifat hilang timbul, serta luka tampak bengkak, kemerahan, sedikit nanah, dengan ukuran sekitar 2 cm dan terasa panas saat diraba.

Hal tersebut sesuai teori yang ditemukan oleh (Pokhrel, 2024) yang menjelaskan bahwa gejala diabetes tipe 2 yaitu kelelahan, rasa lelah dapat muncul karena kadar gula tinggi dalam darah tidak dapat masuk optimal kedalam sel fungsi insulin menurun. Riwayat penyakit dahulu pasien menderita DM sejak 6 tahun yang lalu. Saat pengkajian, ditemukan bahwa keluarga belum mampu menjalankan perannya dengan baik dalam merawat dan mengenali masalah kesehatan yang dialami pasien

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pasien mempunyai atau kebiasaan yang dapat mengganggu kestabilan kadar glukosa darah, pasien sering makan makanan berminyak dan manis, pasien tidak menjaga pola makan dan menganggapnya hal yang biasa dan sudah bosan.

Menurut (Kanda & Tanggo, 2022) setelah didapatkan data dari pengkajian yang dilakukan secara menyeluruh, maka dibuatlah analisa data dan membuat kesimpulan diagnose keperawatan. Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul

pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dengan menggunakan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (PPNI,2017) adalah: ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan/kelebihan volume cairan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn.N dan sesuai dengan ketebatasan karakteristik dibuktikan pengangkatan diagnose pada buku SDKI(2018) maka penulis mengangkat 3 (tiga) diagnosa keperawatan yaitu: ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, hal ini di dukung oleh hasil pengkajian pada data subjektif didapatkan pasien mengatakan bahwa dirinya masih sering makan makanan berminyak dan manis, dan data objektif hasil GDS:397mg/dl.

Diagnosa kedua yaitu yang di dapatkan nyeri akut berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ,hal ini di dukung oleh hasil pengkajian dengan data subjektif di dapatkan pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri di area luka. objektif pasien tampak meringis.

Diagnose ketiga yaitu yang didapatkan Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, hal ini di dukung oleh hasil pengkajian dengan data subjektif didapatkan pasien mengatakan ada luka pada kaki kiri dengan beukuran 2 cm dengan warna kemerahan, dan data objektif tampak bengkak, bernanah dan teraba panas.

Pada Subjek penelitian yang diamati oleh penulis terlibat dalam pelaksanaan tindakan keperawatan Edukasi diet, manajemen nyeri dan perawatan luka selama 3 minggu dengan 4 kali kunjungan rumah 1 kali pengkajian dan 3 kali implementasi, karna ketidakstabilan glukosa darah, nyeri akut dan gangguan integritas kulit dan jaringan perlu di tangani dengan baik untuk menunjang kestabilan kadar gula darah pasien, penyembuhan integritas kulit/jaringan dan pencegahan terjadinya infeksi pada luka DM.

Menurut PPNI (2017), dalam pelaksanaan intervensi, dilakukan observasi untuk menilai kesiapan serta kemampuan klien dalam menerima informasi. Langkah ini bertujuan untuk memastikan pendekatan yang komprehensif sehingga kondisi klien benar-benar siap dalam menerima informasi yang diberikan. Selanjutnya, penyediaan materi dan media edukasi kesehatan dilakukan untuk meningkatkan pemahaman klien terhadap informasi yang disampaikan serta mempermudah proses edukasi kesehatan. Mengatur jadwal penyuluhan kesehatan berdasarkan kesepakatan bersama juga dinilai dapat meningkatkan kesiapan klien dalam menerima informasi serta membantu mereka lebih fokus saat mengikuti penyuluhan. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengajukan pertanyaan menjadi langkah penting dalam mengidentifikasi bagian materi yang belum dipahami terkait penyakit diabetes melitus (DM).

Implementasi intervensi keperawatan dilakukan guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara spesifik. Tahapan pelaksanaan dimulai setelah rencana

intervensi disusun, dan ditujukan untuk membantu klien dalam mencapai hasil yang diharapkan.

Berdasarkan hasil studi kasus di lakukan tanggal 11 februari 2025 yaitu edukasi diet dan pada saat edukasi diet kesehatan pasien mengatakan akan menjaga pola makanya dan keluarga pasien mengatakan akan lebih sering mengingatkan kepada pasien untuk tidak mengkonsumsi makanan yang tidak boleh di konsumsi, pada saat edukasi kesehatan pasien dan keluarga tampak menyimak dan mengerti pokok bahasa yang telah di berikan dan Saat diberikan pertanyaan, pasien dan keluarganya mampu memberikan jawaban. Setelah peneliti malakukan edukasi diet peneliti melakukan pemeriksaan GDS dan hasilnya 397 mg/dl. Sedangkan manajem nyeri pasien mengatan masih nyeri dan tampak meringis. Dan saat perawatan luka peneliti menjelakan pentingnya perawatan luka dan peneliti juga melakukan perawatan luka sebelum melakukan perawatan luka sebelumnya peneliti sudah menyiapkan alat dan bahan bahkan persiapan diri, peneliti malakukan perawatan luka selama 3 menit. tampak luka di kaki kiri berukuran 2 cm dan berwarna kemerhan sedikit bernanah, tampak bengkak dan teraba panas.

Pada hari kedua dilakukan implementasi pada tanggal 17 februari 2025 peneliti kembali melakukan edukasi diet DM dan keluarga dan pasien sudah menjaga pola makan dan di dapatkan juga bahwa GDS pasien tampak turun(GDS 228 mg/dl) dibandingkan dengan pertemuan pertama.

Sedangkan pada manajemen nyeri pasien mengatakan nyeri sudah munurun. Dan pada perawatan luka peneliti mengobservasi keadaan luka kemudian peneliti

malakukan perawatan luka. Pasien mengatakan ukuran luka 2 cm, kemerahan menurun, bengkak menurun, bernanah berkurang dan terabuh hangat.

Pada hari ketiga implemetasi di lakukan pada tanggal 24 februari 2025 peneliti juga kembali melakukan edukasi diet DM keluarga dan pasien mengatakan sudah menjaga pola makan dan di dapatkan juga peeriksaan GDS 128 mg/dl. Sedangkan pada manajemen nyeri pasien mangatakan sudah tidak nyeri lagi. Kemudian di lanjutkan dengan perawatan luka.

Evaluasi hari pertama 11 februari 2025 hasil yang didapatkan untuk diagnose pertama pasien mengatakan akan menjaga pola makan, keluarga juga mengingatkan pasien untuk menjaga makannya, pasien dan keluarga pasien tampak mengerti pokok bahasa yang telah di berikan dan Saat diberikan pertanyaan, pasien dan keluarganya mampu memberikan jawaban. Dan dikakuan pemeriksaan GDS dan hasil 397 mg/dl. Evaluasi untuk diagnose kedua pasien mengatakan nyeri pada area luka pada kaki kiri. Evaluasi untuk diagnose ketiga pasien mengatakan ada luka pada kaki kiri berukuran 2 cm berwarna kemerahan, sedikit bernanah, tampak bengkak dan teraba panas. Untuk diagnose pertama, kedua dan diagnose ke ketiga belum teratasi dan melanjutkan intervensi.

Evaluasi hari kedua 17 februari 2025 hasil yang didapatkan untuk diagnosa pertama pasien mengatakan sudah menjaga pola makan dan mengingatkan pasien untuk minum obat, GDS pasien tampak turun hasil pemeriksaan 228 mg/dl. Evaluasi untuk diagnose kedua pasien mengatakan nyeri berkurang. Dan untuk evaluasi diagnose ketiga pasien mengatakan ada luka pada kaki kiri dengan ukuran

2 cm, berwarna kemerahan menurun, bernanah berkurang, bengkak berkurang dan teraba hangat.

Untuk diagnose pertama, diagnose kedua dan ketiga intervensi teratasi sebagian dan di lanjutkan intervensi.

Evaluasi hari ketiga 24 februari 2025 hasil yang didapatkan untuk diagnose ketidakstabilan glukosa darah sudah sudah tidak merasa kelesan dan sudah tidak akan makanan berminyak dan manis. di lakukan kembali GDS dan di dapatkan hasil 128mg/dl. Diagnosa nyeri akut pasien mengatakan sudah tidak nyeri lagi. Diagnose gangguan integritas kulit dan jaringan pasien mengatakan sudah tidak ada luka, tidak bengkak, tidak bernanah, tidak ada kemerahan.

Untuk diagnose ketidakstabilan glukosa darah, diagnosa nyeri akut dan diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan masalah teratasi intervensi di hentikan.