

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **1.1 Hasil penelitian**

##### **4.1.1 Gambar lokasi penelitian**

Desa Pambotanjara adalah salah satu Desa Di Kecamatan Waingapu kabupaten Sumba Timur yang merupakan Wilayah Kerja Puskesmas Pambotanjara. Dengan jumlah penduduk sebanyak 2318 orang jiwa. Laki-laki sebanyak 1.190 dan Perempuan sebanyak 2.128 orang, serta jumlah Kepala Keluarga sebanyak 485 KK. Terbagi atas 4 Dusun, 8 RW, 16 RT, 1 Puskesmas, serta 4 Posyandu. Penduduk wilayah Desa Pambotanjara merupakan penduduk asli Sumba ialah suku Sumba. Sementara itu bahasa yang di gunakan di kawasan ini selain bahasa Indonesia, penduduk local memakai bahasa sumba.

Pelayanan Kesehatan yang dilakukan oleh puskesmas Pambotanjara terdiri dari 2 pelayanan yaitu pelayanan didalam Gedung dan pelayanan yang dilakukan diluar Gedung oleh semua Bidang Pelayanan.

##### **4.1.2 Data Umum Partisipan**

Data umum dalam penelitian ini mencakup usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan partisipan yang merupakan pasien Diabetis Melitus tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Pambotanjara. Rincian mengenai data tersebut akan dijelaskan sebagai berikut.

**Tabel 4.1.2 Data Umum Partisipan**

**Karakteristik Partisipan**

No	Karakteristik partisipan				
	Umur (tahun )	Jenis (kelamin )	Tingkat (pendidikan )	Jenis (pekerjaan )	Diagnos ( medis )
1.	70	Laki- laki	SD	Petani	Diabeters Melitus tipe II

Berdasarkan data yang diperoleh, dapat disimpulkan bahwa pasien yang diteliti berusia 70 tahun. Berdasarkan jenis kelamin, terdapat satu orang laki-laki. Berdasarkan tingkat pendidikan, pasien memiliki latar belakang pendidikan Sekolah Dasar (SD). Sementara itu, berdasarkan jenis pekerjaan, pasien bekerja sebagai petani.

**4.1.3 Data Khusus Pasien**

Data khusus mengenai partisipan dalam penelitian ini mencakup informasi berdasarkan pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, serta evaluasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan bagi pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas kamaniru . Rincian lebih lanjut dijelaskan sebagai berikut.

1. Riwayat Kesehatan

**Table 4.1.3 Riwayat Kesehatan**

Pengkajian	Pasien Tn.M
<b>Keluhan utama</b>	Pasien mengatakan luka padakasi sudah 2 minggu tidak sembuh-sembuh
<b>Riwayat pengobatan</b>	Pasien mengkonsumsi obat hipertensi
<b>Riwayat Kesehatan Sekarang</b>	Pasien mengatakan luka pada mata kaki kanan susah sembuh sudah 2 minggu, bau, dan bernanah
<b>Riwayat Kesehatan Dahulu</b>	Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit yang sebelumnya ketika luka susah sembunya

## **4.2 Pembahasan**

Pada pembahasan kasus ini penulis akan hasil studi kasus pada saat melakukan penelitian di puskesmas Pambotanjara kesejangan yang ditemukan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus nyata yang dilaksanakan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada 1 pasien Diabetes Melitus di dipuskesmas Pambotanjara Kabupaten Sumba Timur dengan diagnosa Diabetes Melitus tipe 2 yang dialami pasien sejak tahun 2020 hingga pada pada hari senin 17 Desember 2024, sehingga dapat diketahui, sejauh mana keberhasilan proses asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan. Adapun pembahasan ini penulis akan menguraikan hasil studi kasus yang dilasanakan pada tanggal 17-20 Desember. Dimana penulis mengkaji dengan 1 pasien Diabetes Melitus tipe 2 di puskesmas Pambotanjara.

Adapun pembahasan yang penulis pergunakan berdasarkan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

### **1.2.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Desember 2024, pasien atas nama Tn.M. Berusia 70 tahun, jenis kelamin laki-laki Pasien dibawa oleh keluarganya pada tanggal 17 desember 2024 ke Puskesmas Pambotanjara dengan keluhan luka pada kaki kanan sejak 2 minggu yang lalu, bau, bernanah. Keadaan Umum: sedang, tampak pada saat pengkajian pasien tampak lemas, tampak luka di kaki bagian kanan. kesadaran : composmentis, GCS : E4 V5 M6 total 15, TTV : TD: 160//90 mmHg, nadi : 90x/menit, RR:

22X/menit, suhu: 36,5<sup>0</sup> C, SpO2 : 99%. Hb: 15.3 g/dl, BB: 64 Kg, TB: 156 CM, IMT: 28,44 (yang artinya IMT pasien gemuk)

Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang di lakukan oleh (Sefti Anjani, 2023) bahwa pada pemeriksaan fisik didapatkan masalah gangguan integritas kulit, Pasien tampak lemas dan mukosa bibir pucat, pasien mengatakan kebas dan kesemutan pada bagian kaki kanan karena terdapat ganggren dan ulkus diabetikum pada bagian di punggung kaki kanan berukuran panjang 11 cm, lebar 7 cm, kedalaman 2 cm. Dan pada bagian tumit kaki dengan ukuran panjang 7 cm, lebar 6 cm, kedalaman 1 cm, pasien mengatakan mual dan muntah.

Berdasarkan data yang didapat, peneliti berasumsi bahwa hasil penelitian sekarang, penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sefti Anjani tahun 2023, terdapat kesamaan hasil penelitian bahwa pasien dengan diabetes melitus tipe 2 dengan masalah gangguan integritas kulit terdapat hasil pengkajian yaitu : luka sulit sembuh, bau, bernanah.

#### **4.2.2 Diagnosa**

Dari hasil Analisa data pengkajian pada Tn.M penderita DM tipe II di wilayah Puskesmas Pamotanjara, diagnosa yang dapat ditegakkan menurut SDKI (2017) adalah Gangguan integritas kulit/ jaringan b.d diabetes melitus( D.0129)

a) Gangguan integritas kulit/ jaringan b.d diabetes melitus( D.0129)

Hal ini didukung oleh pengkajian yang didapatkan data subjektif “pasien mengatakan kaki kanannya (calcaneus) luka sejak 2 minggu yang lalu, dan

bernanah berwarna hijau kekuningan, Mati Rasa dan Kusam (Tanda Kerusakan Saraf) susah melakukan aktivitas seperti kerja kebun karena adanya luka. Data objektif “mengalami kerusakan jaringan atau lapisan kulit, tampak keluar nanah berwarna hijau kekuningan. Hal ini sejalan dengan PPNI 2016 bahwa tanda dan gejala mayor objektif gangguan integritas kulit adalah kerusakan jaringan/lapisan kulit, serta tanda dan gejala minor objektif gangguan integritas kulit adalah nyeri, kemerahan, perdarahan, hematoma.

Hal ini sejalan dengan teori dari Padila (2019) terdapat 6 diagnosa yang mungkin timbul pada diabetes melitus yaitu :

1. Perfusi Perifer Tidak Efektif Berhubungan Dengan Neuropati perifer
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah Berhubungan dengan Resistensi Insulin
3. Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme
4. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang
5. Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Kelemahan
6. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan Dengan Perubahan Sirkulasi

Penelitian sebelumnya mengangkat diagnosa Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan Dengan Perubahan Sirkulasi, Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme, dan

Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Kerusakan integritas, diagnosa tersebut di angkat berdasarkan hasil pengkajian dan data-data pendukung yng didapatkan saat melakukan pengkajian.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya, teori Padila (2019) dan penelitian sekarang pada kasus diabetes melitus, penulis menyimpulkan bahwa ada kesamaan diagnosa yang di angkat berdasarkan data-data yang didapatkan dan data pendukung diagnosa pada pasien dengan masalah kesehatan diabetes melitus tersebut yaitu Gangguan integritas kulit/ jaringan b.d diabetes melitus. Terdapat 6 diagnosa, yang dapat diangkat dari 6 diagnosa diabetes melitus, 1 diagnosa. 4 diagnosa lainnya tidak dapat penulis angkat karena tidak ada data-data yang cukup untuk menunjang penegakkan diagnosa tersebut.

#### **4.2.3 Intervensi keperawatan**

Intervensi keperawatan yaitu perencanaan perawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan (PPNI, 2018).

##### **1) Gangguan integritas kulit jaringan b.d diabetes melitus**

Berdasarkan hasil pengkajian, intervensi pada diagnosa 1 untuk 1 pasien yaitu perawatan luka menggunakan ciran NaCl 0,9% yang memiliki tujuan utama perawatan luka adalah menjaga luka tetap bersih, mencegah infeksi, mempercepat penyembuhan, dan mengurangi risiko komplikasi. Intervensi ini diangkat berdasarkan pada kondisi yang ditemukan pada pasien yaitu

terdapat kerusakan jaringan/lapisan kulit, adanya nanah keluar dari malleolus bagian kanan pasien.

Tujuan utama pemberian intervensi perawatan luka adalah menjaga luka tetap bersih, mencegah infeksi, mempercepat penyembuhan, dan mengurangi risiko komplikasi, Menunjang pertumbuhan jaringan baru dan meminimalkan bekas luka.

Intervensi tersebut diterapkan selama 3 hari maka tingkat integritas kulit meningkat. Rencana tindakan dalam diagnosa gangguan integritas kulit adalah Perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0,9% ,yaitu :Observasi :monitor karakteristik luka(mis.drainase,wrna, ukuran dan bau),monitor tanda dan gejala infeksi.Terapeutik : lepaskan balutan dan plester secara perlahan,bersihkan dengan cairan NaCl 0,9%, sesuai kebutuhan.Bersihkan jaringan nekrotik, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien. Edukasi : jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, ajarkan teknik perawatan luka secara mandiri.Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik.

Penelitian ini sejalan dengan teori menurut Handayani (2016) perawatan luka diabetes melitus adalah meningkatkan kualitas hidup. mengontrol infeksi, mempertahankan status kesehatan, meminimalkan biaya pengobatan dan perawatan serta mencegah terjadinya amputasi. Perawatan ulkus diabetikum meliputi 3 komponen yaitu debridement, off loading dan kontrol infeksi. Oleh karena itu untuk mencegah terjadinya

infeksi adalah melakukan teknik perawatan luka seperti penggunaan cairan NaCl 0,9% untuk kompres pada luka untuk mencegah infeksi, mempercepat proses penyembuhan pada luka pasien.

Dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sefti Anjani dan teori Handayani 2016 memiliki kesamaan bahwa intervensi untuk masalah kesehatan ulkus diabetikus adalah perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0,9%, demikian juga intervensi yang dilakukan oleh penulis.

#### **4.2.4 Implementasi keperawatan**

Pelaksanaan tindakan implementasi keperawatan pada pasien dilaksanakan pada tanggal 17-19 desember 2024. Implementasi dilakukan selama 3 hari, sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien. Implementasi pada pasien adalah sebagai berikut:

a) Gangguan integritas kulit jaringan b.d diabetes melitus

Implementasi dilakukan pada pasien hari pertama yang diterapkan pasien yaitu berdasarkan dengan intervensi yang telah dibuat dengan memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran dan bau), memonitor tanda dan gejala infeksi, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl 0,9% sesuai kebutuhan, membersihkan jaringan nekrotik, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, mengatur jadwal perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein,

mengajarkan teknik perawatan luka secara mandiri, melakukan Kolaborasi pemberian analgetik.

Implementasi pada pasien di hari kedua masih menerapkan implementasi yang dilakukan di hari pertama dengan memonitor karakteristik luka(mis.drainase,warna, ukuran dan bau), memonitor tanda dan gejala infeksi, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl 0,9%, sesuai kebutuhan, membersihkan jaringan nekrotik, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, mengatur jadwal perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, mengajarkan teknik perawatan luka secara mandiri, melakukan Kolaborasi pemberian analgetik.

Implementasi hari ketiga tindakan yang dilakukan yaitu melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl 0,9% sesuai kebutuhan, membersihkan jaringan nekrotik, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, mengatur jadwal perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, mengajarkan teknik perawatan luka secara mandiri, melakukan Kolaborasi pemberian analgetik.

Sesuai dengan teori dari SIKI (2016), implementasi yang diberikan dilapangan sama dengan di teori. Dalam pelaksanaan implementasi

keperawatan tindakan berjalan sesuai dengan yang telah direncanakan faktor pendukungnya adalah pasien dan keluarga yang selalu kooperatif dalam menerima tindakan dan arahan yang diberikan. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya melakukan penerapan perawatan luka menggunakan kompres Metronidazole dan NaCl 0,9% untuk penyembuhan luka, membersihkan luka dan mengeringkan luka. Implementasi ini juga yang dilakukan oleh penulis yaitu perawatan luka pada pasien diabetes melitus menggunakan cairan NaCl 0,9% dan metronidazole.

Penulis dapat menyimpulkan bahwa dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sefti Anjani tahun 2023 dan SIKI 2016 memiliki kesamaan dalam melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan kasus gangguan integritas kulit adalah dengan merawat luka menggunakan cairan NaCl 0,9%

#### **1.2.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah proses sistematis dan berkelanjutan yang membandingkan kondisi pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, melibatkan pasien serta tenaga kesehatan. Tujuan evaluasi ini adalah mengukur keberhasilan rencana tindakan keperawatan dan menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan..

Evaluasi terhadap kondisi pasien dilakukan mengacu pada kriteria hasil yang diterapkan. Evaluasi dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 17-19 Desember 2024

1. Gangguan integritas kulit jaringan b.d diabetes melitus

Berdasarkan dari hasil implementasi perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0,9% selama 3 hari pada Tn.M mengatakan lukanya sudah sedikit membaik, baunya sudah berkurang, nanah yang keluar juga sudah berkurang dan setelah di observasi didapatkan hasil warna luka merah segar, puss nya berkurang, baunya juga berkurang dan pasien tampak tenang. Berdasarkan dari tujuan dan kriteria hasil didapatkan evaluasi hasil yaitu kerusakan jaringan, kerusakan lapisan kulit, nyeri, pendarahan kemerahan menurun. Hal ini menunjukkan bahwa tujuan dan kriteria hasil pada diagnosa gangguan integritas kulit dan jaringan tercapai sebagian.

Berdasarkan hasil penelitian, baik dari peneliti terdahulu maupun teori Maka dapat disimpulkan bahwa perawatan luka menggunakan NaCl 0,9% dapat terbukti efektif untuk mengeringkan luka, menyembuhkan luka.



**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH (PASIEN  
DEWASA – MEDICAL SURGICAL)**

Nama Mahasiswa : Irmawati Yaku Danga  
N I M : PO5303203221312  
Ruangan : Puskesmas Pambotanjara  
Tanggal Pengkajian : 17 Desember 2024  
Jam : 15.10

**A. Pengkajian****IDENTITAS PASIEN**

Nama (Inisial) : Tn.M No. Reg/ RM. : 010xxx  
Umur (Tahun) : 70 tahun Tgl. MRS : 17/12/2024  
Jenis Kelamin : L Diagnosa Medik :DM  
MRS : 17 Desember 2024  
Suku/Bangsa : Sumba/Indonesia  
Agama : Kepercayaan marapu  
Pekerjaan : Petani Pendidikan :SD Alamat : Pambotanjara  
Penanggung : Askes/Astek/Jamsostek/JPS/Sendiri

**IDENTITAS PENANGGUNGJAWAB PASIEN**

Nama (Inisial) : Tn.T  
Umur (Tahun) : 43 tahun  
Jenis Kelamin : L  
Suku/Bangsa : Sumba/Indonesia  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : Kepala Desa  
Pendidikan : S1

Alamat : Pambotanjara

Hubungan dengan pasien: Bapak kandung

**a) Riwayat Kesehatan**

**1. Keluhan Utama**

Pasien mengatakan luka di kaki bagian kanan, bau, bernanah

**2. Riwayat Kesehatan Penyakit Sekarang**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Desember 2024, pasien atas nama Tn.M. Berusia 70 tahun, jenis kelamin laki-laki Pasien dibawa oleh keluarganya pada tanggal 17 desember 2024 menggunakan kendaraan pribadi ke Puskesmas Pambotanjara dengan keluhan luka pada kaki kanan sejak 2 minggu yang lalu, bau, bernanah. Keadaan Umum: sedang, tampak pada saat pengkajian pasien tampak lemas, tampak luka di kaki bagian kanan. kesadaran : composmentis, GCS : E4 V5 M6 total 15, TTV : TD: 160//90 mmHg, nadi : 90x/menit, RR: 22X/menit, suhu: 36,5<sup>0</sup> C, SpO2 : 99%. Hb: 15.3 g/dl, BB: 64 Kg, TB: 156 CM, IMT: 28,44 (yang artinya IMT pasien gemuk)

**3. Riwayat Kesehatan (Penyakit) Dahulu**

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi diabetes melitus. Pernah dirawat puskesmas dengan penyakit/diagnosa hipertensi dan dm, pasien juga mengatakan bahwa orang tuanya sebelumny tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien.

#### 4. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan ataupun obat-obatan.

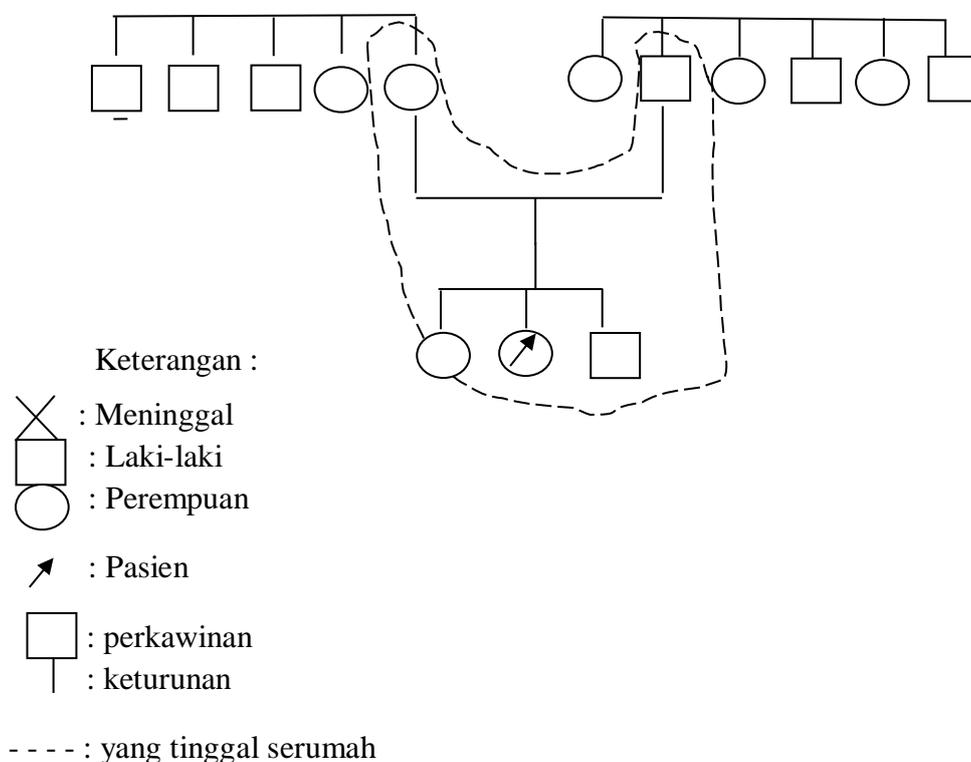
#### 5. Riwayat Kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama sebelumnya. Tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, penyakit diabetes melitus dan penyakit tropik seperti malaria, tb paru, filariasis, DBD.

#### 6. Riwayat penyakit Tropik

Pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit malaria, DBD, TBC, filariasis, cacingan ataupun penyakit paru lainnya.

#### 7. Genogram



#### 8. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Di samping rumah pasien terdapat kebun dan di sekitaran rumah terdapat beberapa pohon dan juga pasien tidak memakai kelambu. Halaman rumah bersih

**b) Riwayat Kesehatan Lainnya**

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu lain seperti kaca mata/gigi palsu.

**c) Riwayat Psikososial dan Spritual Sosial/Interaksi dan Spiritual**

Tampak dukungan keluarga dan masyarakat aktif dilihat dari kunjungan yang dilakukan oleh anggota keluarga pasien maupun tetangga pasien. Saat dilakukan pengkajian pasien tampak kooperatif dan tidak terjadi konflik. Pasien percaya bahwa penguasa kehidupan dan sumber kekuatan saat ini adalah Katuada (nenek moyang). Ritual keagamaan yang diharapkan saat ini adalah hamayang, orang yang diperlukan untuk melaksanakan ritual agama yaitu semua keluarga hamayang. Pasien mengatakan tidak ada upaya kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan agama dan pasien percaya bahwa nenek moyang akan menolong dalam menghadapi situasi saat ini. Pasien mengatakan bahwa penyebab penyakit saat ini adalah karena sistem kekebalan tubuh pasien yang mengalami penurunan sehingga pasien mudah terserang penyakit. Pasien menjelaskan bahwa pada masa muda sering mengkonsumsi alkohol dan merokok secara berlebihan.

#### **d) Pola Fungsi Kesehatan**

##### **1) Pola Kognitif-Persepsi**

Sebelum sakit pasien menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai kepala keluarga yang bekerja untuk memenuhi keperluan rumah tangga.. Setelah sakit pasien tidak dapat menjalankan tugas dan tanggung jawab tersebut dengan maksimal.

##### **2) Pola Nutrisi-Metabolik**

###### **1) Antropometri**

Sebelum sakit berat badan pasien 66 kg, tinggi badan 156 cm dan IMT 28,44 (berat badan gemuk). Setelah sakit berat pasien tidak berkurang.

###### **2) Clinical**

Sebelum sakit tanda-tanda klinis rambut pasien beruban, tipis dan tampak bersih, turgor kulit kembali < 2 detik (lengan bawah), mukosa bibir lembab berwarna merah muda, warna lidah merah muda serta terdapat lapisan putih di atas permukaan lidah dan konjungtiva tidak anemis. Setelah sakit rambut pasien tampak beruban, tipis dan tampak kotor, turgor kulit kembali < 2 detik (lengan bawah), mukosa bibir tampak lembab, tidak pucat, warna lidah merah muda serta terdapat lapisan putih di permukaan lidah dan konjungtiva tidak anemis

##### **3) Diet (makan dan minum)**

Sebelum sakit pasien mengatakan nafsu makan baik, jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur putih, telur ayam terbatas. Pasien menyukai semua jenis makanan, pantangan atau alergi tidak ada, frekuensi makan 3x/hari (porasi

makan dihabiskan) dan pasien menjalani diet rendah gula,rendah lemak,rendah garam. Setelah sakit nafsu makan menurun karena makanan dan minuman yang di konsumsi tidak memiliki rasa, jenis makanan yang di konsumsi nasi, sayur dan ikan. frekuensi makan 3x/hari (porsi makan dihabiskan) dan pasien tetap menjalani diet pasien rendah gula,rendah lemak,rendah garam.

#### **4) Pola Peran Hubungan**

Sebelum sakit pasien mengatakan dapat menjalankan tugas sebagai kepala rumah tangga dengan cara membersihkan kebun. Setelah sakit pasien tidak dapat menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai kepala rumah tangga.

#### **5) Pola Koping Toleransi Stres**

Sebelum sakit, pasien menjalankan tugas dan tanggung jawabnya sebagai kepala rumah tangga dengan bekerja mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarganya. Setelah sakit, pasien merasa cemas sehubungan dengan keadaan saat ini dan tidak dapat menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai orang tua, pasien mempercayakan pengobatan kepada tenaga kesehatan dan mendapatkan dukungan bagus dari teman dan semua keluarga.

#### **6) Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan**

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien sering mengonsumsi alkohol, merokok dan bergadang. Pasien mengatakan sebelum dan sesudah sakit, pasien mengatakan minum air sebanyak 11-15x/hari, 200 ml (dalam sekali minum) dan jenis minuman air putih biasa.

e) **Pola Eliminasi (BAK dan BAB)**

Pasien mengatakan sebelum sakit buang air kecil kurang lebih 10x/hari, warna kuning bening, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan alat bantu.

**7) Pola Personal Hygiene**

Pasien mengatakan sebelum sakit mandi 2x/hari, sikat gigi 2x/hari, cuci rambut 2x/hari di sesuaikan dengan jadwal mandi, mengganti pakaian 2x/hari dan penampilan umum pasien bersih dan rapi. Setelah sakit pasien mandi 1x/hari, ganti baju 1x/hari dan penampilan umum pasien tampak bersih.

**8) Pola Aktivitas dan Latihan**

Pasien mengatakan sebelum dan sesudah sakit pasien melakukan kegiatan dan *personal hygiene* secara mandiri dan tidak di bantu oleh orang lain.

**9) Pola Istirahat dan Tidur**

Pasien mengatakan sebelum sakit tidur malam 7-8 jam, frekuensi tidur 1x/hari, ritual/kebiasaan tidur adalah hamayang dan tidak memiliki keluhan. Setelah sakit pasien tidur malam 5-6 jam, tidur siang 30 menit-1 jam, frekuensi tidur 1x/hari, ritual/kebiasaan tidur adalah hamayang.

**10) Pola Peran Hubungan**

Sebelum sakit pasien mengatakan dapat menjalankan tugas sebagai kepala rumah tangga dengan membersihkan kebun, piara ternak . Setelah sakit pasien tidak dapat menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai kepala rumah tangga.

**f) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi, Olfaksi)**

**Keadaan umum:** sedang, tampak pada saat pengkajian pasien tampak lemas, tampak luka di kaki bagian kanan. kesadaran : composmentis, GCS : E4 V5 M6 total 15, TTV : TD: 160//90 mmHg, nadi : 90x/menit, RR: 22X/menit, suhu: 36,5<sup>0</sup> C, SpO2 : 99%. BB: 64 Kg, TB: 156 CM, IMT: 28,44 (yang artinya IMT pasien gemuk)

**Body Systems :**

**1. Pernapasan (B1 : Breathing)**

Saat dilakukan pemeriksaan pada sistem pernapasan tidak terdapat perdarahan di hidung pasien, tidak terdapat deviasi trachea, tidak terdengar suara napas tambahan, irama napas teratur, frekuensi napas 22x/menit, bentuk dada normal chest.

**2. Kardiovaskuler (B2 : Bleeding)**

Pasien mengatakan tidak terasa nyeri dada, palpitasi, tidak terlihat clubbing finger dan pasien mengatakan sakit kepala. Saat di auskultasi terdengar suara jantung S1 dan S2 tunggal, tidak terdapat kelainan dan tidak terlihat ictus cordis.

**3. Persyarafan (B3 : Brain)**

Pasien dengan tingkat kesadaran Composmentis (CM) dengan nilai GCS 15 (E4V5M6)

**Kepala dan Wajah**

Tidak terdapat lesi di kepala dan wajah serta tidak terdapat edema. Mata tampak simetris, sklera putih bersih, conjungtiva ananemis, pupil isokor,

pada leher tidak terdapat pembengkakan kelenjar tiroid dan tidak terdapat jejas.

**g) Presepsi Sensori**

Pendengaran pasien baik telinga kiri dan kanan. Telinga kiri dan kanan tampak bersih, simetris dan tidak terdapat cairan.

**1. Perkemihan-Eliminasi Uri (B4: *Bladder*)**

Pasien mengatakan dalam sehari pasien BAK sebanyak kurang lebih 10 x/hari, warna kuning pekat, bau amoniak dan tidak terdapat gangguan eliminasi urin seperti poliuri, dysuri dan nyeri serta pasien tidak terpasang kateter.

**2. Pencernaan-Eliminasi Alvi (B5: *Bowel*)**

Mulut pasien tampak bersih dan tidak tercium napas tidak sedap. Saat dilakukan pemeriksaan pada abdomen tidak terdapat benjolan atau acites, terdengar bising usus 8x/menit, tidak terasa nyeri tekan, terdengar suara timpani. Pasien mengatakan dalam sehari pasien BAB sebanyak 2-3x dengan konsistensi padat serta mudah dikeluarkan, warna kecoklatan dan tidak terdapat gangguan eliminasi seperti konstipasi dan diare.

**h. Tulang-Otot-Integumen (B6: *Bone*)**

Pasien mengatakan pergerakan sendi bebas dan kekuatan otot penuh, tidak ada fraktur, adanya luka pada mat kaki, pasien tidak mengalami gangguan seperti paralise (kelumpuhan). Jari kaki dan tangan lengkap (terdapat 5 jari yang terdiri dari ibu jari, jari telunjuk, jari tengah, jari manis dan kelingking) dan tidak terdapat kelainan pada ekstremitas atas dan bawah. Kulit pasien tampak berwarna sawo matang, tidak terlihat ikterik

**b) Sistem Reproduksi**

Pasien merupakan anak ketiga dari dua bersaudara. Pasien sudah menikah dan memiliki tiga orang anak yang terdiri dari anak pertama dan kedua perempuan dan anak ketiga yaitu anak laki-laki. Pasien merupakan anak ke 4 dari 7 bersaudara. Pasien sudah menikah dan memiliki 6 orang anak. Pasien mengatakan tidak melakukan hubungan seksual karena faktor usia dan penyakit

**c) Pemeriksaan penunjang**

Subyek Puskesmas Pambotanjara pada bulan Desember 2024.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada 1 orang subyek di Puskesmas Pambotanjara di bulan Desember 2024.

NO	Hari/tanggal/jam	Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	satuan	Nilai rujuk
1.	Selasa, 17/12/2024	Gula darah sewaktu	398	Mg/dl	<110
2.	Rabu, 18/12/2024	Gula darah sewaktu	367	Mg/dl	<110
3.	Kamis, 19/12/1024	Gula darah sewaktu	320	Mg/dl	<110

## Klasifikasi Data

---

**DS** Pasien mengatakan luka pada kaki kanan sejak 2 minggu yang lalu, luka bernanah, bau dan tampak merah.

---

**DO** Keadaan Umum: sedang, tampak pada saat pengkajian pasien tampak lemas, tampak luka di kaki bagian kanan, luka bau, kemerahan, ukuran luka 5-6 cm bernanah, tampak jaringan nekrosis. kesadaran : composmentis, GCS : E4 V5 M6 total 15, TTV : TD: 160/90 mmHg, nadi : 90x/menit, RR: 22X/menit, suhu: 36,5<sup>0</sup> C, SpO2 : 99%. BB: 64 Kg, TB: 156 CM, IMT: 28,44 (yang artinya IMT pasien gemuk)

---

## Analisa data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	DS: Pasien mengatakan luka di pada kaki bagian kanan, bau dan tampak kemerahan sejak 2 minggu yang lalu	Diabetes melitus	Gangguan integritas kulit/ jaringan
	DO: Keadaan Umum: tampak sedang, pada saat pengkajian pasien tampak lemas, tampak luka di kaki bagian kanan., ukuran luka 5-6 cm, bau, tampak nekrosis, dan bernanah Kesadaran : composmentis, GCS : E4 V5 M6 total 15 TTV TD: 160/90 mmHg, nadi : 90x/menit RR: 22X/menit Suhu: 36,5 <sup>0</sup> C SpO2 : 99% BB: 64 Kg, TB: 156 CM, IMT: 28,44 (yang artinya IMT pasien gemuk)		

---

## B. Diagnosa keperawatan

- a. Gangguan integritas kulit/ jaringan b.d diabetes melitus ( D.0129)

### C. Intervensi Keperawatan

Nama pasien : Tn. M

NO RM :

Ruangan : Puskesmas Pambotanjara

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan KH	Intervensi Keperawatan	Rasional
<p>Gangguan Integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer (D.0129)</p> <p>Gangguan dan tanda mayor :</p> <p>Subjektif: ( Tidak tersedia) Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri</li> <li>2. Perdarahan</li> <li>3. Kemerahan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> </ol>	<p><b>Perawatan luka (I.14564)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka</li> <li>2. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>3. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih Nontoksik</li> <li>4. Bersihkan salep yang sesuai</li> <li>5. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kondisi luka pasien saat ini secara berkala</li> <li>2. Mengetahui ada tidaknya infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membersihkan luka secara berkala untuk mencegah infeksi</li> <li>2. Mencegah regenerasi jaringan</li> <li>3. Membantu mencegah dan mengobati infeksi yang terjadi</li> <li>4. Menghindari jenis balutan yang memperparah kondisi luka</li> <li>5. Mencegah masuknya bakteri penyebab infeksi</li> <li>6. Menjaga kondisi luka tetap bersih</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>Pasien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi</p> <p>Pasien dan keluarga mengetahui makanan yang baik untuk proses penyembuhan luka</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>Menghilangkan sebagian jaringan mati agar proses regenerasi lebih baik</p> <p>Membantu mencegah dan mengobati infeksi</p>

### D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan yang diterapkan pada 1 Partisipan Penderita DM di Wilayah Kerja Puskesmas Pambotanjara hari ke-1 di jelaskan dalam tabel sebagai berikut:

Nama pasien : Tn. M

NO RM :0105xx

Ruangan : Puskesmas Pambotanjara

No	Diagnosa	Hari / tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi keperawatan
	Gangguan Integritas kulit/ jaringan b.d diabetes melitus (D.0129)	17 desember 2024	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Memonitor karakteristik luka -Adanya luka, bau, ukuran 5-6 cm dan bernanah</li><li>2. Memonitor tanda-tanda infeksi -Adanya nanah dan bau</li></ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan -Luka tampak kotor</li><li>2. Membersihkan dengan NaCl 0,9% -luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl</li><li>3. Memasang balutan sesuai jenis luka -kasa berukuran sesuai luka</li></ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi -menjelaskan bahwa kaki pasien telah infeksi</li><li>2. mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li></ol> <p>Kolaborasi Melakukan Kolaborasi pemberian antibiotik - memberikan amoxilin</p>	<p>S. Pasien mengatakan luka di mata kaki sejak 1 minggu yang lalu</p> <p>O. Tampak luka di bagian mata kaki, bau, luas luka 5-6 cm, bernanah, tampak nekrosis hitam</p> <p>A. Masala keperawatan gangguan integritas kuli belum teratasi</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitor karakteristik luka</li><li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li><li>3. Monitor karakteristik luka</li><li>4. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li><li>5. Bersihkan dengan NaCl 0,9%</li><li>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</li><li>7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li><li>8. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li><li>9. Lakukan kolaborasi pemberian antibiotik</li></ol>

### E. Implementasi dan evaluasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan yang diterapkan pada 1 Partisipan Penderita DM di Wilayah Kerja Puskesmas Pambotanjara hari ke-2 di jelaskan dalam tabel sebagai berikut:

Nama pasien : Tn. M

NO RM :0105xx

Ruangan : Puskesmas Pambotanjara

No	Diagnosa	Hari / tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi keperawatan
	Gangguan Integritas kulit/ jaringan b.d diabetes melitus (D.0129)	17 desember 2024	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Memonitor karakteristik luka -Adanya luka, bau, ukuran 4-5 cm dan bernanah</li><li>2. Memonitor tanda-tanda infeksi -Adanya nanah dan bau</li></ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan -Luka tampak kotor</li><li>4. Membersihkan dengan NaCl 0,9% -luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl</li><li>5. Memasang balutan sesuai jenis luka -kasa berukuran sesuai luka</li></ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>6. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi -menjelaskan bahwa kaki pasien telah infeksi</li><li>7. mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li></ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Melakukan Kolaborasi</li></ol>	<p>S. Pasien mengatakan luka di mata kaki sejak 2 minggu yang lalu</p> <p>O. Tampak luka di bagian mata kaki, bau, luas luka 5-6 cm, bernanah, tampak nekrosis hitam</p> <p>A. Masalah keperawatan gangguan integritas kuli belum teratasi</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitor karakteristik luka</li><li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li><li>3. Monitor karakteristik luka</li><li>4. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li><li>5. Bersihkan dengan NaCl 0,9%</li><li>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</li><li>7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li><li>8. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li><li>9. Lakukan kolaborasi</li></ol>

---

pemberian antibiotik  
- memberikan amoxilin

---

pemberian  
antibiotik

## Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan yang diterapkan pada 1 Partisipan Penderita DM di Wilayah Kerja Puskesmas Pambotanjara hari ke-3 di jelaskan dalam tabel sebagai berikut:

Nama pasien : Tn. M  
NO RM :0105xx  
Ruangan : Puskesmas Pambotanjara

No	Diagnosa	Hari / tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi keperawatan
	Gangguan Integritas kulit/ jaringan b.d diabetes melitus (D.0129)	17 desember 2024	Perawatan luka (I.14564) Observasi: 1. Memonitor karakteristik luka -Adanya luka, bau, ukuran 3-4 cm dan bernanah 2. Memonitor tanda-tanda infeksi -Adanya nanah dan bau Terapeutik: 8. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan -Luka tampak kotor 9. Membersihkan dengan NaCl 0,9% -luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl 10. Memasang balutan sesuai jenis luka -kasa berukuran sesuai luka Edukasi: 11. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi -menjelaskan bahwa kaki pasien telah infeksi 12. mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	S. Pasien mengatakan luka di mata kaki sudah tampak kering O. Tampak luka di bagian mata kaki mengering, tidak bau, luas luka 3-4 cm A. Masala keperawatan gangguan integritas kulit teratasi sebagian P. Intervensi dihentikan
Kolaborasi				

---

8. Melakukan Kolaborasi  
pemberian antibiotik  
- memberikan amoxilin

---