

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Puskesmas pambotandjara adalah pusat antara sarana kesehatan bagi masyarakat di Desa Pambotandjara. Puskesmas Pambotandjara terletak di Kelurahan Pambotandjara, Kecamatan Kota Waingapu dengan luas 73,8 km. Puskesmas Pambotandjara memiliki 2 wilayah kerja yaitu : Desa Pambotandjara, dan Desa Lukukamaru.

Puskesmas pambotandjara terletak di kelurahan pambotandjara dengan beberapa jenis pelayanan kesehatan yang di bagi dalam bentuk klaster diantaranya:

a. Klaster 1: Manajemen:

Berfokus pada pengelolaan Puskesmas, perencanaan, monitoring, dan evaluasi, serta memastikan kualitas pelayanan.

b. Klaster 2 : Ibu dan anak

Menyediakan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil, ibu bersalin, bayi, balita, anak, dan remaja, seperti imunisasi, KB, dan pemeriksaan kesehatan anak.

c. Klaster 3: Usia dewasa dan lanjut usia

Memberikan pelayanan kesehatan untuk orang dewasa dan lansia, seperti skrining penyakit, pemeriksaan kesehatan, dan pelayanan rehabilitasi.

d. Klaster 4: Penanggulangan Penyakit Menular:

Berfokus pada pencegahan dan penanggulangan penyakit menular, seperti surveilans penyakit, vaksinasi, dan edukasi kesehatan.

e. Lintas Klaster:

Pelayanan yang mendukung berbagai klaster, seperti laboratorium, farmasi, rawat inap, dan unit gawat darurat.

4.2 Desa Pambotadjara

Desa Pambotandjara adalah salah satu wilayah kerja Puskesmas Pambotandjara, Kecamatan Kota Waingapu, Kabupaten Sumba Timur, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Gambaran umum Desa Pambotandjara dengan luas wilayah sekitar 17,90 km² atau 1790 hektar. .dengan jumlah penduduk 2.156 jiwa pada tahun 2025, dengan jumlah laki-laki 1.075 jiwa, dan jumlah perempuan 1.081 jiwa, dengan sebagian besar penduduk bekerja sebagai petan/ pekebun. Desa Pambotandjara juga terdiri atas 4 dusun, 8 RW dan 16 RT.

4.3 Data Asuhan Keperawatan

4.3.1 PENGKAJIAN

1. Idenitas Umum

Data umum dari penelitian ini adalah terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan partisipan pasien hipertensi yang ada di Desa Pambotandjara, Puskesmas Pambotandjara akan di jelaskan sebagai berikut :

tabel 4 1 identitas umum

Data umum pasien	Pasien 1
Nama	Tn. U
Pendidikan	SD
Umur	70 Tahun
Pekerjaan	Petani
Agama	Katolik
Alamat	Pambotadjara
Suku	Sumba

Berdasarkan data tersebut di simpulkan bahwa 1 orang yang di teliti berumur 70 tahun, bejenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan yaitu SD, dan menurut pekerjaan partisipan bekerja sebagai kepala keluarga.

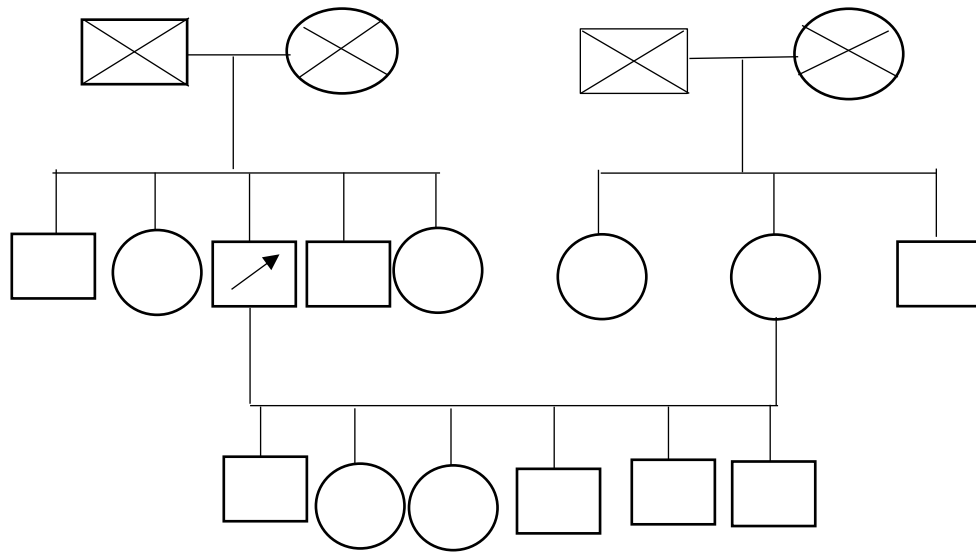
2. Komposisi Keluarga

tabel 4 2 komposisi keluarga

No	Nama	Jk	Hubungan dengan KK	Umur	Pendidikan	Imunisasi	KB
1.	Tn. U	L	Suami	70 tahun	SD	Tidak ingat	-
2.	Ny. M	P	Istri	63 tahun	SD	Tidak ingat	-
3.	Tn. S	L	Anak	42 tahun	SI	Lengkap	-
4.	Ny. K	P	Anak	31 tahun	SI	Lengkap	-
5.	Ny. Y	P	Anak	27 tahun	SAM	Lengkap	-
6.	Tn. B	L	Anak	24 tahun	SMA	Lengkap	-
7.	Tn. P	L	Anak	22 tahun	SAM	Lengkap	-
8.	Tn. D	L	Anak	19 tahun	SMA	Lengkap	-

3. Genogram (di gambar)

Gambar 4.1



Keterangan :



: Laki-laki

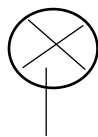


: Perempuan



: Laki-laki meninggal

: Perempuan meninggal



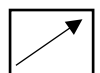
: Garis keturunan



: Garis pernikahan



: Tinggal serumah



: Pasien perempuan

Gambar 4 1 genogram

4. Tipe keluarga :

- a) Tipe keluarga : keluarga termasuk tipe keluarga Nuclear Family adalah keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak tinggal satu rumah.

5. Suku bangsa :

- a) Tn.U : Sumba/indonesia

6. Agama :

- a) Tn. U : Katolik

7. Status sosial ekonomi :- Tn. U bekerja sebagai petani

8. Aktivitas rekreasi :

- a) Keluarga Tn. U sering berkreasi biasanya berkumpul bersama dan duduk bercerita.

4.3.2 RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tn. U : Keluarga memiliki 6 orang anak.

2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tn. U : mengatakan keenam anaknya sudah berkeluarga dan mereka memenuhi kebutuhan mereka masing-masing.

4.3.3. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA INTI

1. Riwayat keluarga sebelumnya : Tn. U mengatakan bahwa sebelumnya tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengannya.
2. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga
3. Keluhan utama : Pasien mengatakan luka di kaki kanan yang tidak sembuh-sembuh, sering buang keci, rasa lapar, sering merasa haus.

tabel 4 3 riwayat kesehatan keluarga inti

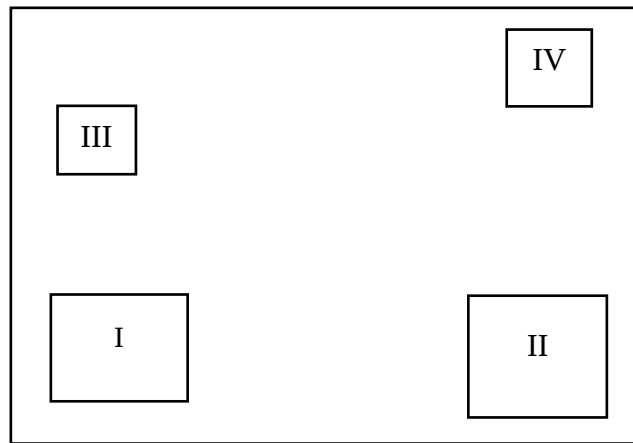
No	Nama	Hubungan dengan KK	Umur	Keadaan kesehatan	Masalah kesehatan	Tindakan yang dilakukan
1.	Tn. U	Suami	70 tahun	Sakit	Diabetes melitus	Perawatan luka
2.	Ny. M	Istri	63 tahun	Sehat	Tidak ada	-
3.	Tn. S	Anak	42 tahun	Sehat	Tidak ada	-
4.	Ny. K	Anak	31 tahun	Sehat	Tidak ada	-
5.	Ny Y	Anak	27 tahun	Sehat	Tidak ada	-
6.	Tn. B	Anak	24 tahun	Sehat	Tidak ada	-
7.	Tn. P	Anak	22 tahun	Sehat	Tidak ada	-
8.	TN. D	Anak	19 tahun	Sehat	Tidak ada	-

3. Sumber pelayanan kesehatan yang di manfaatkan : Puskesmas

4.3.4 PENGKAJIAN LINGKUNGAN

1. Karakteristik Rumah
 - a) Gambar tipe tempat tinggal : rumah panggung

b) Denah rumah : (DI GAMBAR)



Keterangan :

I : Kamar

II: Ruang Tamu

III: Dapur

IV: Kamar Mandi

Gambar 4 2 dena rumah

c) Gambaran kondisi rumah : dapur kayu

d) Kamar mandi : 1 buah

e) Mengkaji pengaturan tempat tidur di dalam rumah : terdapat 1 kamar tidur

- f) Mengkaji keadaan umum kebersihan dan sanitasi rumah : rumah tampak bersih
- g) Mengkaji perasaan-perasaan subjektif keluarga terhadap rumah : keluarga Tn. U merasa nyaman tinggal di rumah tersebut
- h) Evaluasi edukasi pembuangan sampah : belum ada tempat sampah khusus
- i) Penataan/pengaturan rumah : Tn. U mengatakan Ny. M menjadi orang yang paling didengar dalam keluarga dan masi menjadi orang yang berperan penting dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga.

4.3.5 STRUKTUR KELUARGA

1. Pola komunikasi keluarga :

tabel 4 4 pola komunikasi keluarga

Pola struktur	Pasien U
Peran dalam keluarga	Seorang suami
Pekerjaan	Petani
Pola komunikasi	Keluarga saling terbuka apabila ada masalah
Nilai dan norma	Keluarga menerapkan nilai-nilai agama

4.3.6 FUNGSI KELUARGA

tabel 4 5 fungsi keluarga

Fungsi	Pasien U
Efektif	Keluarga pasien U ada rasa saling memiliki memberi dukungan satu sama lain dan menerapkan hidup saling menghargai.
Sosialisasi	Keluarga pasien U merupakan keluarga yang hidup rukun dan saling berinteraksi satu sama yang lain dan mereka selalu silahturami ke tetangga
Perawatan kesehatan	keluarga pasien U mengatakan bahwa mereka sudah mengetahui bahwa pasien U mengalami masalah kesehatan diabete melitus, tetapi belum tau tentang apa itu diabetets melitus
Reproduksi	Sudah memiliki 6 orang anak
Ekonomi	Keluarga pasien U bekerja sebagai petani dan keoala keluarga

4.3.7 STRES DAN KOPING KELUARGA

tabel 4 6 sters dan koping keluarga

Stres jangka pendek dan panjang	Yang menjadi stresor jangka pendek keluarga Tn.U bagaimana cara memulihkan kondisi Tn. U, stresor jangka panjang adalah bagaimana cara merawat Tn. U yang menderita diabetes melitus sehingga tidak terjadi komplikasi.
Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/ stresor	Respon keluarga Tn. U yaitu keluarga sudah membawa Tn. U beroabt ke Puskesmas setiap ada keluhan atau obat habis.
Strategi koping yang digunakan	Apabila tidak ada jalan keluar dalam menghadapi suatu masalah Tn. U akan bertukar pikiran dengan istri dan anak-anaknya. Biasanya setelah

	bertuakr pikiran Tn.U dapat mengambil keputusan dengan baik.
Strategi adaptasi disfungsional	Di keluarga Tn. U tidak di temukan adanya tindakan yang menyimpang untuk menanggapi masalah atau menyelesaikan masalah.

4.3.8 PEMERIKSAAN FISIK (setiap individu anggota keluarga)

tabel 4 7 pemeriksaan fisik

No	Pemeriksaan fisik	Nama : Tn. U Umur : 70 tahun	Nama : Ny. M Umur : 63 Tahun	Nama : Tn. D Umur : 19 tahun
1.	Keluhan/riwayat penyakit saat ini	Pasien mengatakan luka di kaki kanan yang tidak sembuh-sembuh, sering buang keci, rasa lapar, sering merasa haus.	Padan saat pengkajian Ny. M tidak memiliki keluhan / riwayat penyakit sekarang	Pada saat pengkajian Tn. D tidak memiliki keluhan / riwayat penyakit sekarang.
2.	Riwayat penyakit sebelumnya	Tn. U mengatakan pada tahun 2024 pernah masuk Rumah Sakit Umum Umu Rara Meha karan penyakit yang diserita (diabetes melitus)	Ny M mengatakan tidak pernah mengalami sakit yang sama, jika sakit iya hanya mengalami batuk, pilek, dan sakit badan.	Tn. D mengatakan tidak pernah mengalami sakit yang sama, jika sakit iya hanya mengalami batuk, pilek, dan sakit badan akibat kelelahan bekerja di ladang.
3.	Penampilan umum	Tipe keluarga ini berada pada tipe keluarga inti dengan Tn. U sebagai kepala keluarga dan Ny.M sebagai istri, serta An. D yang selalu menemani kedua orang tuanya semua saudara tertua.	Tipe keluarga ini berada pada tipe keluarga inti dengan Tn.U sebagai kepala keluarga dan Ny. M sebagai istri, serta An. D yang selalu menemani kedua orang tuanya,semua saudara tertua sudah berkeluarga.	Tipe keluarga ini berada pada tipr keluarga inti dengan Tn. B sebagai kepala keluarga dan Ny. Y sebagai istri, serta An. D yang selalu menemani kedua orang tuanya, semua saudara tertua sudah berkeluarga.
	a) Tahap perkembangan			
	b) Jenis kelamin	- Laki-laki - Rapi	- Perempuan - Rapi	- Laki-laki - Rapi

	c) Cara berpakaian	- Bersih	- Bersih	Bersih
	d) Kebersihan personal			
4.	Status mental dan cara berbicara	Pada saat pengkajian Tn. U dapat mengontrol dirinya dan dapat mengontrol perkataannya.	Pada saat pengkajian Ny. M dapat mengontrol dirinya dan dapat mengontrol perkataannya.	Pada saat pengkajian Tn. D dapat mengontrol dirinya dan dapat mengontrol perkataannya
	a) Status emosi			
	b) Tingkat kecerdasan	Pada saat pengkajian Tn.U dapat menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang di tanyakan.	Pada saat pengkajian Ny. M dapat menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang di tanyakan	Pada saat pengkajian Tn. D dapat menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang di tanyakan
	c) Orientasi	Beroreintasi baik, pandangan mata baik.	Beroreintasi baik, pandangan mata baik.	Beroreintasi baik, pandangan mata baik.
	d) Proses berpikir	Dapat menjawab pertanyaan kritis	Dapat menjawab pertanyaan kritis	Dapat menjawab pertanyaan kritis
	e) Gaya berbicara	Normal	Normal	Normal
5.	Tanda-tanda vital	TD :120/70 mmHg N : 74x/menit S : 36,3 RR : 20x/menit Kedalaman luka : 2cm	TD: 115/60 mmHg N: 78x/m S: 36,2 RR: 20x/m	TD: 120/60 mmHg N: 75x/m S: 36,8 RR: 20x/m
6.	Pemeriksaan kulit	Inspeksi : tampak keriput dan luka Palpasi : kulit teraba kering.	Inspeksi : tampak keriput ada kemerahan di bagian lutut tidak ada bintik-bintik tidak mengalami sakit kulit Palpasi : kulit teraba kering	Inspeksi : kulit tampak kencang tidak ada kemerahan atau bintik-bintik tidak mengalami sakit kulit Palpasi : kulit teraba lembab

7.	Pemeriksaan kuku	Kuku tampak kotor panjang dan tampak kurang terawat	Kuku tampak kotor panjang dan tampak kurang terawat	Kuku tampak pendek dan bersih
8.	Pemeriksaan kepala	Rambut tampak bersih tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri kepala	Rambut tampak bersih, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri kepala	Rambut tampak bersih, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri kepala
9.	Pemeriksaan muka	Wajah simetris kanan-kiri, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan syaraf sensasi wajah	Wajah simetris kanan-kiri, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan syaraf sensasi wajah	Wajah simetris kanan-kiri, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan syaraf sensasi wajah
10.	Pemeriksaan mata	Simetris kanan kiri, pandangan tampak kabur	Simetris kanan kiri, pandangan tampak kabur	Simetris kanan kiri, tidak ada gangguan pada mata
11.	Pemeriksaan telinga	Simetris kanan kiri, terdapat serumen dan telinga jarang di bersihkan	Simetris kanan kiri, terdapat serumen, dan telinga jarang di bersihkan	Simetris kanan kiri, dan bersih
12.	Pemeriksaan hidung	Kedua lubang hidung tidak ada kelainan, tidak ada sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung	Kedua lubang hidung tidak ada kelainan, tidak ada sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung	Kedua lubang hidung tidak ada kelainan, tidak ada sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung
13.	Pemeriksaan mulut dan rongga tenggorokan	Mulut tampak kotor, lidah tampak kotor, tidak ada kelainan bentuk	Mulut tampak kotor, lidah tampak kotor, tidak ada kelainan bentuk	Mulut tampak bersih, lidah tampak bersih, tidak ada kelainan bentuk
14.	Pemeriksaan leher	Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan menelan.	Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan menelan.	Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan menelan.
15.	Pemeriksaan sistem pernapasan	Tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak menggunakan otot	Tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak menggunakan otot bantu	Tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak ada

		bantu nafas, tidak ada kedalaman upaya nafas	nafas, tidak ada kedalaman upaya nafas	kedalaman upaya nafas
16.	Sistem kardiovaskuler	Tidak ada gangguan pada jantung	Tidak ada gangguan pada jantung	Tidak ada gangguan pada jantung
17.	Payudara dan aksila	Tidak melakukan pemeriksaan	Tidak melakukan pemeriksaan	Tidak melakukan pemeriksaan
18.	Ekstremitas atas	Normal dapat bergerak dengan bebas	Normal dapat bergerak dengan baik	Normal dapat bergerak dengan bebas
	Ekstremitas bawah	Terdapat luka di kaki bagian kanan	Normal dapat bergerak dengan bebas	Normal dapat bergerak dengan bebas

4.3.9 BALITA STUNTING : tidak ada

4.3.10 HARAPAN KELUARGA :

1. Terhadap masalah kesehatan : keluarga pasien mengatakan agar selalu terhindar dari segala macam penyakit yang ada .
2. Terhadap petugas kesehatan yang ada : agar sering-sering melakukan pemeriksaan kepada masyarakat terlebih khusus untuk masyarakat yang jauh dari akses layanan kesehatan.

4.3.11 PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tidak dilakukan pemeriksaan.

4.3.12 ANALISA DATA

tabel 4 8 analisa data

No	Data DS dan DO	Masalah	Penyebab
1.	Data subjektif	Ketidakmampuan koping keluarga	Ketidakmampuan koping keluarga
	- Pasien mengatakan luka di kaki kanan yang tidak sembuh-sembuh, sering		b.d ketidak mampuan keluarga dalam

buang kecil, rasa lapar, sering merasa haus.	merawat anggota keluarga yang sakit
Data objektif	
- Tampak luka pada kaki bagian kanan pasien	
- TD : 120/70 mmHg	
N : 74x/menit	
S : 36,3	
RR : 20x/menit	
- Kedalaman luka : kurang lebih 1cm	
- Lebar luka : kurang lebih 1cm	

4.3.13 PERUMUSAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

tabel 4 9 perumusan diagnosa

No	Diagnosa keperawatan
1.	Ketidakmampuan koping keluarga b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
	Data subjektif :
	- Pasien mengatakan luka di kaki kanan yang tidak sembuh-sembuh, sering buang kecil, rasa lapar, sering merasa haus.
	Data objektif :
	- Tampak luka pada kaki bagian kanan pasien
	- TD : 120/70 mmHg
	N : 74x/menit
	S : 36,3
	RR : 20x/menit
	- Kedalaman luka : kurang lebih 1cm
	- Lebar luka : kurang lebih 1cm

4.3.14 PENILAIAN (SKORING) DIAGNOSA KEPERAWATAN

tabel 4 10 penilain (skoring) diagnosa keperawatan

No	Kriteri hasil	bobot	skoring	Pembenaran
1.	Sifat masalah - Aktual : 3 - Resiko : 2 - Potensial : 1	3	3/3x1=1	Masalah gangguan integritas kulit pada pasien Tn. U terjadi karena adanya luka DM
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah - Mudah : 2 - Sebagian : 1 - Sulit : 0	2	2/2x1=1	Masalah muda di ubah di karenakan pasien dapat melakukan perawatan luka.
3.	Potensi masalah untuk dicegah - Tinggi : 3 - Sedang : 2 - Rendah : 1	3	3/3x1=1	Keinginan keluarga Tn. U sangat tinggi karena dapat di cegah dengan cara mengecek kesehatan ke puskesmas
4.	Menonjolnya masalah - masalah di rasakan harus segera di tangani : 2 - masalah di rasakan tidak perlu segera ditangani : 1 - masalah tidak di rasakan : 0	2	2/2x1=1	Keluarga Tn. U menyadari masalah yang di rasakan harus segera di atasi
5.	Total skor		4	

4.3.14 PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

tabel 4 11 prioritas diagnosa

No	Diagnosa keperawatan
1.	Ketidakmampuan koping keluarga b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

4.3.15 INTERVENSI KEPERAWATAN

tabel 4 12 intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujun umum	Tujuan khusus	Kriteria	Standar intervensi	Intervensi
----	----------------------	------------	---------------	----------	--------------------	------------

1.	Ketidakmampuan koping keluarga b.d ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit (D.0093)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama tiga hari diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.	Setelah diberikan tindakan keperawatan sepanjang 3x20 menit di harapkan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	Respon verbal	1. kekhawatiran tentang anggota keluarga menurun 2. Perilaku mengabaikan anggota keluarga menurun 3. Kemampuan memenuhi kebutuhan anggota keluarga meningkat	Dukungan koping keluarga (I.09260) Definisi : Memfasilitasi peningkatan nilai-nilai, minat dan tujuan dalam keluarga Obsevasi 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini Terapeutik 1. Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan keluarga 2. Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antara anggota keluarga 3. Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan 4. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan 5. Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga Edukasi
----	---	--	--	---------------	--	--

-
1. Informasikan kemajuan pasien secara berkala
-

4.3.16 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

tabel 4 13 implementasi keperawatan

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi pada Tn. U
1.	Senin, 19 Mei 2025 Ketidakmampuan koping keluarga b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit	16.00	1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien 2. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital TD : 114/60 mmHg N : 74x/menit S : 36,3 RR : 20x/menit 3. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini a. Pasien mampu mengontrol emosi 4. Dengarkan masalah, perasaan dan pernyataan keluarga a. Keluarga mampu menyampaikan masalah 5. Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antara anggota keluarga a. Perasaan pasien dan keluarga baik 6. Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan a. Pasien merasa tenang dengan adanya pengganti keluarga 7. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan a. Untuk memecahkan masalah 8. Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga

			a. Pasien dan keluarga merasa senang dengan adanya kunjungan
		9.	Informasikan kemajuan pasien berkala b. Pasien ada kemajuan
		10.	Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya rabu 21 mei2025 a. Pasien bersedia
2.	Rabu, 21 Mei 2025	16.00	Ketidakmampuan koping keluarga b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
		1.	Melakukan penyuluhan tentang diabetes melitus a. Pasien memahami apa itu diabetes melitus
		2.	Melakukan penyuluhan tentang perawatan luka diabetes melitus a. Pasien memahami perawatan luka diabetes melitus
		3.	Memberikan waktu pasien serta keluarga bertanya a. Peneliti memberikan waktu kepada pasien untuk bertanya
		4.	Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya jumat 23 mei 2025 a. Pasien bersedia
3.	Rabu, 21 Mei 2025	16.00	Ketidakmampuan koping keluarga b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
		1.	Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien
		2.	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital TD : 117/70 mmHg N : 76x/m S : 36,4 RR : 20x/m
		3.	Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini a. Pasien mampu mengontrol emosi

			4. Dengarkan masalah, perasaan dan pernyataan keluarga a. Keluarga mampu menyelesaikan masalah 5. Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antara anggota keluarga a. Perasaan pasien dan keluarga baik 6. Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan a. Pasien merasa tenang dengan danya pengganti keluarga 7. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan a. Untuk memecahkan masalah 8. Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga a. Pasien dan keluarga merasa senang dengan adanya kunjungan 9. Informasikan kemajuan psien berkala a. Pasien ada kemajuan 10. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya jumat 23 mei 2025 a. Pasien bersedia
4.	Jumat, 23 Mei 2025	16.00	1. Menanyakan kembali tentang diabetes melitus a. Pasien mampu menjelaskan kembali 2. Menanyakan cara perawatan luka diabetes melitus a. Pasien mampu menjelaskan kembali
5.	Jumat, 23 Mei 2025	16.00	1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien 2. Melakukan pengukuran tanda vital

keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit	a. TD : 120/70mmHg
	N : 79x/m
	S : 36,5
	RR :20x/m
	3. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini
	a. Pasien mAampu mengontrol emosi
	4. Dengarkan masalah, perasaan dan pernyataan keluarga
	a. Keluarga mampu menyelesaikan masalah
	5. Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antara anggota keluarga
	a. Perasaan pasien dan keluarga baik
	6. Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan
	a. Pasien merasa tenang dengan adanya pengganti keluarga
	7. Hargai dan dukung mekanisme coping adaptif yang digunakan
	a. Untuk memecahkan masalah
	8. Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga
	a. Pasien dn keluarga merasa senang dengan adanya kunjungan
	9. Informasikan kemajuan psien berkala
	a. Pasien ada kemajuan

4.3.17 EVALUASI

tabel 4 14 evaluasi

No	Hari/tanggal	Diagnosa	Evaluasi Tn. U
----	--------------	----------	----------------

1.	Senin, 19 Mei 2023	Ketidakmampuan koping keluarga b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit	S : Pasien mengatakan luka di kaki kanan yang tidak sembuh-sembuh, sering buang keci, rasa lapar, sering merasa haus. O : Pasien tampak luka pada kaki sebelah kanan warna luka merah, lebar luka kurang lebih 1cm, kedalaman luka kurang lebih 1cm. A : Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor karakteristik luka (mis. Warna, ukuran, bau) 2. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Membersihkan dengan cairan NaCl 4. Membersihkan jaringan nekrotik 5. Memberikan salep 6. Memasang balutan sesuai jenis luka 7. Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka
2.	Rabu, 23 Mei 2025	Ketidakmampuan koping keluarga b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit	S : Pasien mengatakan luka di kaki kanan yang tidak sembuh-sembuh, sering buang keci, rasa lapar, sering merasa haus. O :

		pasien tampak luka pada kaki sebelah kanan warna luka merah, lebar luka kurang lebih 1cm, kedalaman luka kurang lebih 1cm. A : Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
3.	Jumat, 25 Mei 2025	Ketidakmampuan koping keluarga b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit S : Pasien mengatakan luka di kaki kanan yang tidak sembuh-sembuh, sering buang keci, rasa lapar, sering merasa haus. O : pasien tampak luka pada kaki sebelah kanan warna luka merah, lebar luka kurang lebih 1cm, kedalaman luka kurang lebih 1cm. A : Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Arahkan pasien ke puskesmas

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini, penulis akan mengkaji kesenjangan data berdasarkan pengalaman nyata studi kasus pasien Tn.U dan keluarga yang berada di Wilayah Kerja Puskesmas Pambotadjara. Analisis akan dilakukan dengan membandingkan dasar teori yang ada dengan temuan di lapangan, mencakup aspek pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, serta evaluasi, yang akan dijelaskan secara rinci dalam uraian berikut.

1. Pengkajian

Pengkajian terhadap pasien dilakukan pada tanggal 19 Mei 2025. Keluarga pasien, yaitu Tn. U bersedia berkomunikasi dan menyetujui pelaksanaan asuhan keperawatan. Selain itu keluarga juga terbuka dalam memberikan informasi terkait kondisi dan permasalahan yang dialami, sehingga membantu mahasiswa dalam proses pengkajian.

Pasien Tn. U mengatakan luka di kaki sebelah kanan yang tidak sembuh-sembuh, sering buang air kecil, rasa lapar, sering merasa haus, hasil pengukuran tanda-tanda vital didapatkan TD : 114/60 mmHg, Nadi : 74x/menit, Suhu : 36,3, RR : 20x/menit.

Salah satu faktor yang dapat menyebabkan gangguan integritas kulit adalah kerusakan pada pembuluh darah diseluruh tubuh yang disebut juga dengan angiopati diabetik. Penyakit ini bisa menjadi kronis dan dibagi menjadi gangguan pembuluh darah besar (makrovaskuler) disebut dengan

makroangiopati, dan pada pembuluh darah kecil (mikrovaskuler) disebut juga dengan mikroangiopati yang berefek terhadap saraf perifer dan suplay vaskuler gangguan pada pembuluh darah kecil dapat mengakibatkan neuropati, dan terhambatnya suplay oksigen dan sari-sari makanan ke jaringan, sehingga bisa mengakibatkan timbulnya ulkus diabetikum, neuropati sensori perifer memungkinkan terjadinya trauma sehingga mengakibatkan terjadinya gangguan integritas kulit.

2. Diagnosa keperawatan

Hasil data dari kasus pasien Tn. U peneliti dapat menemukan diagnosa utama Gangguan Integritas Kulit. Hal ini di dukung oleh pasien Tn. U terdapat luka diabetes melitus warna luka merah, lebar luka kurang lebih 1cm, kedalaman luka kurang lebih 1cm. Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), gangguan integritas kulit.

Peneliti fokus pada penentuan diagnosa gangguan integritas kulit b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit terdapat jaringan nekrotik serta munculnya abses serta menggambarkan respon terhadap pasien kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Dengan demikian hasil penelitian sesuai dengan teori atau tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien Tn. U adalah Monitor karakteristik luka (mis. Warna, ukuran, bau). Monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.

SIKI intervensi keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan masalah keperawatan gangguan integritas kulit melibatkan pemantauan kondisi luka pasien untuk memastikan kondisi pasien tetap terkendali dan mengidentifikasi yang mungkin terjadi. Beberapa tindakan yang bisa dilakukan yaitu memonitor karakteristik luka

4. Implementasi keperawatan

Implementasi hari pertama penulis melakukan pengkajian untuk mengetahui masalah yang dialami dan penulis mendapatkan data bahwa Tn. U mengatakan luka di kaki sebelah kanan tidak sembuh-sembuh, sering buang air kecil, rasa lapar, sering merasa haus. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 114/60 mmhg, S : 36,3, N : 74x/m, RR:20x/m,. Setelah melakukan pengkajian pada Tn. U dan keluarga, penulis lalu melanjutkan dengan melakukan intervensi perawatan luka. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya untuk melanjutkan intervensi dan melakukan penyuluhan kesehatan.

Hari pertama tanggal, 19 Mei 2025 yaitu: Diagnosa keperawatan 1: Ketidakmampuan coping keluarga b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Implementasi: senin 19 Mei 2025 (jam 16.00), membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien, memonitor tekanan darah pasien: hasil yang di temukan TD : 114/60 mmHg, Nadi : 74x/menit, Suhu : 36,3, RR 20x/menit.

10. Hari kedua tanggal 21 Mei 2025 yaitu : Diagnosa keperawatan, Ketidakmampuan coping keluarga b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit Implementasi : rabu 21 Mei 2025 (jam 16.00) memonitor tekanan darah pasien : hasil yang di temukan TD : 117/70 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,4, RR : 20x/menit. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini

11. Hari ketiga tanggal 25 Mei 2025 yaitu : Diagnosa keperawatan Ketidakmampuan coping keluarga b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit Implementasi : Jumat 25 Mei 2025 (jam 16.00) : memonitor tekanan darah pasien : hasil yang di temukan TD : 120/70 mmHg, Nadi : 79x/menit, Suhu : 36,5, RR : 20x/menit. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini

Selama taha implementasi, perawat bertanggung jawab untuk melaksanakan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Instruksi dan intervensi keperawatan yang tercantum dalam rencana akan diimplementasikan untuk membantu klien. Dalam mencapai tujuan

keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi rencana asuhan keperawatan melibatkan berbagai rencana tindakan oleh perawat, baik mandiri atau berkolaborasi dengan tim medis.

5. Evaluasi keperawatan

Berdasarkan pendapat (Astarini et al., 2025), evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang dilakukan untuk menentukan pncapaian tujuan. Evaluasi proses dilakukan untuk menilai keberhasilan tindakan yang dilakukan perawat, dan evaluasi hasil adalah catatan kemajuan umum dan tindakan yang diambil dalam perencanaan asuhan keperawatan.

Evaluasi dilakukan selama tiga hari. Pada hari pertama, setelah melakukan perawatan luka, tanda-tanda vital Tn. U mencatat TD : 114/60 mmHg, Nadi : 74x/m, Suhu 36,3, dan RR : 20 x/m, S : Pasien mengatakan luka di kaki kanan yang tidak sembuh-sembuh, sering buang keci, rasa lapar, sering merasa haus, O : Pasien tampak luka pada kaki sebelah kanan warna luka merah, lebar luka kurang lebih 1cm, kedalaman luka kurang lebih 1cm, A : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi, P : lanjutkan intervensi.

Pada hari kedua, setelah dilakukan perawatan luka kepada Tn. U TD : 117/80 mmHg, Nadi 76x/m, Suhu 36,4, dan RR 20x/m. S : Pasien mengatakan luka di kaki kanan yang tidak sembuh-sembuh, sering buang keci, rasa lapar, sering merasa haus, O : pasien tampak luka pada kaki sebelah kanan warna

luka merah, lebar luka kurang lebih 1cm, kedalaman luka kurang lebih 1cm,

A : Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi, P : lanjutkan intervensi.

Pada hari ketiga setelah dilakukan perawatan luka kepada Tn. U TD :
120/70, Nadi 79x/m, Suhu 36,5 dan RR 20 x/m. S : Pasien mengatakan luka di kaki kanan yang tidak sembuh-sembuh, sering buang keci, rasa lapar, sering merasa haus, O : pasien tampak luka pada kaki sebelah kanan warna luka merah, lebar luka kurang lebih 1cm, kedalaman luka kurang lebih 1cm, A : Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian, P : Lanjutkan intervensi dan arahkan pasien ke puskesmas.