

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

Pada BAB ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang Edukasi Perawatan Luka pada pasien Ny.R di wilayah kerja Puskesmas Waingapu.

#### **4.1 Gambaran lokasi Penelitian**

Puskesmas Waingapu adalah salah satu pusat layanan kesehatan masyarakat yang berada di Provinsi Nusa Tenggara Timur, tepatnya di Kabupaten Sumba Timur, dengan alamat di JL. Cut Nyak Dien, Kecamatan Kota Waingapu. Puskesmas Waingapu berfungsi sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Puskesmas ini termasuk tipe non-rawat inap, yang artinya memberikan pelayanan kesehatan tanpa memerlukan pasien untuk dirawat inap.

Studi kasus yang diterapkan dalam penelitian ini adalah kunjungan kepada pasien dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan, yang dianalisis terkait peningkatan status pengetahuan dan kesehatan pasien dengan Perawatan luka. Pada bab ini, penulis menyajikan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan melalui lima tahap proses keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi terhadap pasien Ny. R

#### **4.2 Hasil dan asuhan keperawatan**

Dalam studi kasus ini dipilih satu penderita diabetes melitus dalam keperawatan keluarga sebagai pasien studi kasus. Pasien sudah sesuai dengan kriteria yang diberikan melalui lima proses keperawatan yaitu: pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi pada pasien.

#### 4.2.1 Identitas umum

Tabel 4.1 Identitas Kepala Keluarga

Nama	Ny.R
Umur	61 tahun
Jenis kelamin	Perempuan
Alamat	Kamalaputi
Suku	Sumba/indonesia
Agama	Ny.R beragama katolik dan ibadah pada hari sabtu dan minggu di gereja, Ny.R tidak memiliki kepercayaan khusus yang mempengaruhi
Pekerjaan	Petani
Tipe keluarga	Keluarga Ny.R adalah keluarga inti atau nucleafamily terdiri dari ayah(Tn. L), ibu R, anak S, anak H.
Aktivitas rekreasi keluarga	Ny.R mengatakan keluarganya jarang seluruh anggota keluarga hanya berkumpul ketika tidak bekerja

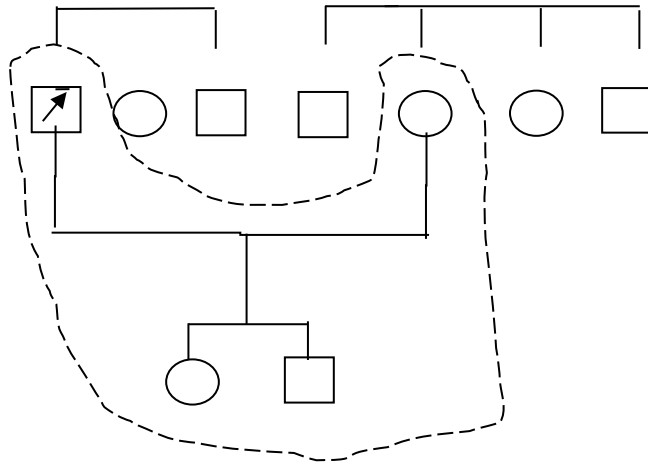
#### 4.2.2 Identitas keluarga

Tabel 4.2 Identitas Keluarga Pasien

No	Nama	JK	Hubungan	Umur (Tahun)	Pendidikan	Imunisasi	KB
1	Ny.R	P	Ibu	61	SMP	Tidak ingat	Tidak menggunakan KB
2	tn.M	L	Suami	64	SD	Tida kingat	-
3	An.K	P	Anak	19	SMA	Imunisasi lengkap	-
4	An. R	L	Anak	24	SMA	Imunisasi Lengkap	-

##### a. Genogram





Keterangan :

- ✕ : Meninggal
- : Laki-laki
- : Perempuan
- ↗ : Pasien
- : perkawinan
- | : keturunan
- : yang tinggal serumah

Gambar 4.1 Genogram Keluarga Pasien Ny.E

- b. Status sosial ekonomi keluarga : pasien mengatakan bekerja sebagai petani dan Ny. R sebagai ibu rumah tangga, total penghasilan yang didapatkan keluarga Tn.e setiap bulan kurang lebih 1juta, Tn.M mengatakan tidak ada upaya lain yang dilakukan oleh keluarga Ny.R untuk menambah penghasilan. Ny.R mengatakan pengeluaran keluarga Tn.M setiap bulannya tidak menentu. Pengeluaran keluarga meliputi kebutuhan rumah tangga sehari-hari dan biaya sekolah anak, serta kebutuhan adat-istiadat. barang yang dimiliki oleh keluarga Tn.M antara lain: 1 buah TV, 2 buah

kendaraan berupa motor, 1 buah kulkas dan 1 buah HP. Keluarga Ny. R tidak memiliki tabungan khusus untuk Kesehatan, apabila ada anggota keluarga yang sakit biaya untuk berobat biasanya diambil dari pendapatan Tn.m atau Ny.e setiap bulan dan memakai bantuan pemerintah yaitu BPJS (Nur Azizah, Devin Mahendika, Ni Made Raningsih et al., 2017).

#### 4.2.3 Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tabel 4.3 Tahap Perkembangan Keluarga Dengan Tuberkulosis

Riwayat keluarga perkembangan	Pasien Ny.R
Tahap perkembangan keluarga saat ini	Tahap perkembangan keluarga Ny.R saat ini adalah keluarga dengan anak usia remaja dari usia 19 sampai dengan 24 tahun.
Tugas perkembangan keluarga saat ini	Tugas perkembangan Keluarga pada tahap ini yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab Ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri, memfokuskan hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dengan anak-anak.
Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi	Keluarga Tn.L Belum memenuhi tahap Perkembangan keluarga karena anaknya masih sekolah.
Riwayat keluarga inti	Tn.m dan Ny.R menikah selama 26 tahun. Perkawinan mereka direstui oleh kedua orang tua masing-masing. Ny.e adalah pilihan Tn.m dan bukan karena dijodohkan.

#### 4.2.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

Tabel 4.4 Riwayat Kesehatan Keluarga Inti Pasien

Riwayat Kesehatan keluarga inti	Pasien Ny.R
Riwayat Kesehatan keluarga sebelumnya	Ny.R mengatakan tidak memiliki Riwayat sakit apapun sebelumnya, tn.m tidak memiliki Riwayat sakit sebelumnya dan anaknya juga tidak memiliki Riwayat sakit sebelumnya.
Riwayat Kesehatan keluarga saat ini	Pada saat dilakukan pengkajian pada 28 Juni 2023 pukul 09.30 WIB Klien tampak lemas dan mukosa bibir pucat, klien mengeluh lemas dan tidak nafsu makan, klien mengatakan gatal, pegal serta kebas dan kesemutan pada bagian kaki kanan karena terdapat ganggren dan ulkus diabetikum pada bagian di punggung kaki 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. Dan klien kurang nafsu makan sejak 1 minggu yang lalu, klien menghabiskan sedikit makan dalam setiap porsi makan
Riwayat Kesehatan keluarga saat ini	Ny.R mengatakan sumber pelayanan Kesehatan adalah puskesmas

#### 4.2.5 Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga

Tabel 4.5 Riwayat Kesehatan Masing-Masing Anggota Keluarga Pasien

No	Nama	BB/TB	Keadaan kesehatan	Imunisasi (BCG/Polio/DP T/HB/Campak)	Masalah kesehatan	Tindakan yang telah dilakukan
1	NY.R	57 kg 163cm	Sakit	Tidak ingat	Diabetes militus	Kontrol perawatan luka
2	tn.M	49 kg 152cm	Sehat	Tidak ingat	Tidak ada	Tidak ada
3	An.S	50 kg 153cm	Sehat	Lengkap	Tidak ada	Tidak ada
4	An.H	57 kg 160cm	Sehat	Lengkap	Tidak ada	Tidak ada

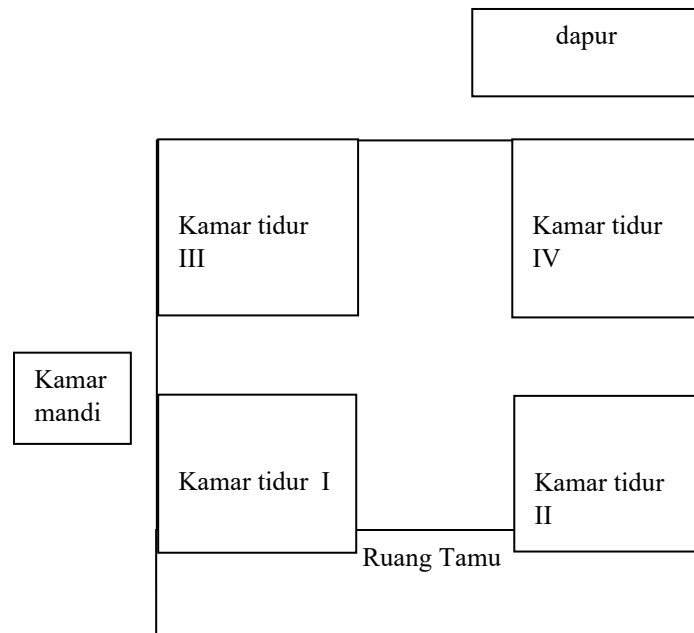
### c. Pengkajian Lingkungan

#### 1) Karakteristik rumah

##### a) Gambaran tipe rumah tempat tinggal

Rumah pasien berada di RT. 012/RW.005 kamalapati. rumah yang ditempati pasien adalah rumah milik pribadi yaitu rumah tembok dengan luas rumah 8x14 m<sup>2</sup>. Peralatan rumah tertata rapi, ventilasi rumah baik, pencahayaan dalam rumah baik, keluarga memiliki 1 kamar mandi dan jamban, 1 dapur yang berada terpisah dari rumah utama. air yang digunakan keluarga adalah air leding, air tidak berbau dan bersih. Keluarga memiliki 4 kamar tidur.

## b. Denah rumah



## c. Mobilitas geografis keluarga

Keluarga pasien sudah lama tinggal dirumah tersebut dan tidak berpindah-pindah tempat.

- a) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat:
  - b) Pasien sekarang tidakaktif mengikuti kegiatan kemasyarakatan tetapi memiliki hubungan baik dengan masyarakat
  - c) Sistem pendukung keluarga:
  - d) Pasien memiliki BPJS apabila pergi melakukan konsultasi ke fasilitas kesehatan anak pasien siap mengantarkan.
- d. Struktur Keluarga

Tabel 4.6 Stuktur Keluarga Pasien

Struktur keluarga	Pasien Ny R
Pola komuni kasi keluarga	Keluarga Ny.R menggunakan Bahasa Indonesia untuk berkomunikasi dalam keluarga biasanya dilakukan ketika tidak sedang bekerja. Pola komunikasi terbuka antara anak dan orang tua

Struktur peran keluarga	Ny.R sebagai ibu rumah tangga dan bekerja sebagai petani dan tn.m sebagai kepala keluarga .Anak S sedang sekolah dan Anak H sedangbekerja.
Struktur kekuatan keluarga	Setiap anggota keluarga Ny.R saling menghormati jika dalam mengambil keputusan terbaik , ketika ada masalah mereka sering membicarakan bersama dengan baik.
Nilai dan norma keluarga	Keluarga Ny.R beragama katolik, keluarga mempunyai nilai dan norma yaitu menghormati yang lebih tua, menghargai serta sopan santun dalam bertutur kata.

#### 4.2.6 Fungsi keluarga

Tabel 4.7 Fungsi Keluarga Pasien

Fungsi keluarga	Pasien Ny.R
Fungsi afektif	Perasaan saling memiliki : antara keluarga Ny.R terjalin rasa memiliki. Antara anggota keluarga biasanya memberi dukungan terhadap setiap anggota keluarga khususnya yang sedang memiliki masalah. Suasana terbuka dan hangat dalam keluarga Ny.R setiap anggota keluarga biasanya berkomunikasi dan bercanda satu sama lain. begitu juga saat menerima tamu, anggota keluarga Ny.R bersikap ramah dan terbuka.
Fungsi sosial	Kerukunan hidup dalam keluarga Ny.R termasuk keluarga yang rukun dan tidak pernah terjadi pertengkaran, walaupun terjadi hanya selisih paham yang akan segera diselesaikan dengan baik. interaksi dan hubungan dalam keluarga Ny.R biasanya saling berinteraksi antara anggota keluarga. Interaksi sering dilakukan waktu makan pada malam hari saat seluruh anggota keluarga berkumpul. Partisipasi dalam kegiatan sosial keluarga Ny.R mengatakan aktif dalam kegiatan sosial seperti gotong royong di lingkungan sekitar, turut serta dalam kegiatan kemasyarakatan, pernikahan dan cara lainnya.
Fungsi perawatan kesehatan	Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga Ny.R mengatakan kurang mengetahui apa Penyebabnya pada luka di kaki atau diabetes militus, siapa saja yang berisiko terkena diabetes militus, komplikasi diabetes militus, serta cara perawatan pasien diabetes militus. Namun keluarga Ny.R kemampuan keluarga memlihara lingkungan rumah yang sehat : lingkungan rumah Ny.R cukup bersih. Ny.R mengatakan anaknya selalu membersihkan rumah setiaphari, merapikan tempat tidur, membuka jendela dan menyapu halaman setiap hari kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan dimasyarakat: keluarga Ny.R biasanya selalu berobat kepuskesmas setiap ada keluhan kesehatan.
Fungsi reproduksi	Selama sakit pasien sudah tidak melakukan hubungan seksual bersama Suaminya.
Fungsi ekonomi	Tn.L mengatakan penghasilan keluarganya setiap bulan kurang lebih 1 juta. Uang tersebut digunakan untuk kebutuhan rumah tangga sehari-hari, dan bayar listrik lainnya.

#### 4.2.7 Stres dan koping keluarga

Tabel 4.8 Stres Dan Koping Keluarga Pasien

Stres dan koping keluarga	Pasien Ny.R
Stressor jangka pendek dan jangka panjang	Keluarga Tn.M mengatakan khawatir dengan kondisi pasien serta cara merawat Ny.R yang mengalami Diabetes militus sehingga tidak terjadi komplikasi
Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stresor	Respon keluarga terhadap stresor : keluarga sudah membawa Ny.R berobat kepuskesmas.
Strategi koping yang digunakan	Bila keluarga ada masalah maka akan diselesaikan berdiskusi bersama anggota keluarga untuk dicarikan solusi dalam mengambil keputusan
Strategi adaptasi Disfungsional	Pada saat pengakjian tidak ditemukan adanya tanda maladaptif pada perilaku Ny.R

#### 4.2.8 Pemeriksaan fisik

Tabel 4.9 pemeriksaan fisik

No	Komponen	AnggotaKeluarga			
		Ny.R	Ibu.M	An.K	An.R
1	<b>Vital Sign</b>	TD: 155/59mmHg S:36°C RR: 29 x/menit Nadi: 95x/menit	TD: 120/80 mmHg suhu 37 °C RR: 22 x/menit Nadi: 97 x/menit	TD: 110/70 mmHg S: 36,5°C, Nadi: 88x/menit, RR:20x/menit,	S:37,5 °C Nadi:99 x/menit, RR:24x/menit
2	<b>BB/TB</b>	57kg 163 cm	50kg 155 cm	53 kg 156 cm	49 kg 160 cm
3	<b>Kepala</b>	Tampak bundar, tampak bersih, rambut tampak lurus, beruban, Saat palpasi tidak ada benjolan	Tampak bundar, tampak bersih, rambut tampak lurus, sedikit beruban. Saat palpasi tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri tekan	Tampak bundar, tampak bersih, rambut tampak lurus, hitam Saat Palpasi tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri tekan	Tampak bundar, tampak bersih, rambut tampak lurus, hitam. saat Palpasi tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri tekan

4 <b>Mata</b>	Saat inspeksi Mata tampak Simetris kanan dan kiri, Konjungtiva tampak pucat, Dan saat palpasi, Tidak ada nyeri tekan didaerah Sekitar mata.	Saat inspeksi Mata tampak Simetris kanan dan kiri, saat palpasi Tidak ada nyeri tekan didaerah Sekitar mata.	Saat inspeksi Mata tampak Simetris kanan dan kiri, saat palpasi Tidak ada nyeri tekan didaerah sekitar mata.	Saat inspeksi Mata tampak simetris kanan dan kiri, saat palpasi tidak ada nyeri tekan didaerah sekitar mata.
5 <b>Telinga</b>	Saati nspeksi Telinga tampak simetris, tidak Ada serumen, Saat palpasi Tidak ada luka	Saat inspeksi telinga tampak simetris, tampak Tidak ada serumen saat palpasi	Saati nspeksi telinga tampak simetris, tampak tidak ada luka, dan tidak ada nyeri tekan	Saat inspeksi telinga tampak simetris, tampak ada serumen, tidak ada luka saat di palpasi dan Tn.H mengatakan tidak ada nyeri tekan
6 <b>Hidung</b>	Tampak simetris, tidak ada pendarahan,	Tampak bentuk simetris, tidak ada pendarahan	Tampak bentuk simetris, tidak ada pendarahan	Tampak bentuk simetris, tidak ada pendarahan
7 <b>Mulut</b>	Inspeksi mulut Tampak batuk Terus menerus, Tampak batuk Tidak efektif, Tampak mukosa Bibir pucat	Inspeksi mulut: tampak mukosa lembab	Inspeksi mulut: tampak mukosa lembab	Inspeksi mulut: tampak mukosa lembab
8 <b>Leher dan Tenggorok</b>	Inspeksileher : tampak tidak Ada pembesaran Kelenjar tiroid, Tidak ada distensi vena jugularis, dan tidak ada jejas.	Inspeksi leher : tampak tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada distensi vena jugularis, dan tidak ada jejas.	Inspeksileher : tampak tidakada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada distensi vena jugularis, tampak tidak Ada jejas.	Inspeksi leher : tampak tidak Ada pembesaran Kelenjar tiroid, tidak ada distensi vena jugularis.
9 <b>Dada dan Paru</b>	Tampak simetris, tampak tidak ada retraksi dada, tampak tidak ada jejas. Perkusi thoraks : saat perkusi terdengar suara sonor, tidak ada nyeri tekan auskultasi terdengar suara napas tambahan rochi.	Inspeksithoraks : tampak simetris, tampak tidak ada retraksi dada, tidak ada jejas. Perkusi thoraks : saat perkusi terdengar suara sonor, dan saat palpasi tidak ada nyeri tekan	Inspeksi thoraks : tampak simetris Tidak ada retraksi dada, tidak ada Jejas perkusi thoraks perkusi terdengar suara sonor, saat palpasi tidak ada nyeri tekan.	Inspeksi thoraks: tampak simetris, tampak tidak ada Retraksi dada, tampak tidak ada jejas. Perkusi thoraks : perkusi terdengar suara sonor, saat palpasi tidak ada nyeri tekan.

10	<b>Abdomen</b>	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran pada hepar	Tidak adanya Nyeri tekan, tidak ada pembesaran pada hepar	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran pada hepar
11	<b>Ekstermitas</b>	Terdapat ulkus diabetikum ganggren pada bagian kaki kanan, luka pada punggung kaki berukuran panjang 11 cm, lebar 7 cm, kedalaman 2 cm dan bagian di tumit kaki panjang 7 cm, lebar 6 cm, kedalaman 1 cm	Inspeksi ekstremitas : tampak tidak ada deformitas, tidak ada luka, tampak jari kaki Dan tangan Lengkap	Inspeksi ekstremitas : tampak tidak ada deformitas, tidak ada luka, tampak jari Kaki dan tangan Lengkap	Inspeksi ekstremitas : tampak tidak ada deformitas, tidak ada luka, tampak jari kaki dan tangan lengkap
12	<b>Kulit</b>	Warna bkulit putih, turgor kulit baik	Warna kulit Kuning langsung, turgor kulit baik	Warna kulit kuning langsung, turgor kulit Baik	Warna kulit Sedikit gelap, turgor kulit baik
13	<b>Kuku</b>	CRT<2 detik	CRT<2 detik	CRT<2 detik	CRT<2 detik

#### 4.2.9 Analisis Data

Tabel 4.10 Analisa Data

No	Data Subjektif	Data Objektif	Masalah	Penyebab
1.	Ny.R Mengatakan luka di kaki sebelah kanan, dan kunjung tidak sembuh dan juga terasa perih.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ditemukan luka terbuka pada area kaki</li> <li>➤ Luka tampak nekrotik (jarigan mati) Berwarna kekuningan</li> <li>➤ Luka berbau tidak sedap</li> </ul>	Gangguan integritas kulit	Neuropati perifer

Tabel 4.11 Skoring

Kriteria	nilai	bobot	Skoring	Pembenaran
Sifat masalah			$3/3 \times 1 =$	Masalah gangguan integritas kulit termasuk masalah yang actual karna Ny.R Masih belum Melakukan aktivitas seperti biasa
▪ Aktual	3			
▪ Resiko	2	1	1	
▪ Potensial	1			
Kemungkinan masalah untuk di ubah			$2/2 \times 2 =$	Kemungkinan masalah untuk di ubah pada pasien adalah kperawatan luka yang tepat.
▪ Mudah	2	2	2	
▪ Sebagian	1			
▪ Tidak dapat	0			
Potensial Masalah untuk di cegah			$3/3 \times 3 =$	Potensi masalah untuk dicegah tinggi karna berakaitan dengan perawatan luka.
▪ Tinggi	3	3	3	
▪ Cukup	2			
▪ Rendah	1			
Menonjolnya masalah			$2/2 \times 1 =$	Keluarga Ny.R menyadari masalah dan ingin segera menangani masalah Kesehatan tersebut agar Kesehatan tercapai.
▪ Segera diatasi	2			
▪ Tidak segera di atasi	1	1	1	
▪ Tidak dirasakan adanya masalah	0			
<b>TOTAL</b>			<b>5</b>	

#### 4.2.10 Diagnosa keperawatan

Tabel 4.12 Diagnosa keperawatan

No.	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Gangguan integritas kulit Berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan

#### 4.2.11 Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 4.13 Rencana Asuhan Keperawatan

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	Gangguan integritas kulit Berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	<p><b>Perawatan (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>3. Lepaskan balutan dan Plester secara perlahan</li> <li>4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih Nontoksik</li> <li>5. Bersihkan jaringan Nekrotik</li> <li>6. Berikan salep yang Sesuai</li> <li>7. Pasang balutan sesuai Jenis luka</li> <li>8. Jadwalkan perubahan Posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi Pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Jelaskan tanda dan gejala</li> </ol>	<p><b>Obsevasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui karesteristik luka</li> <li>2. Untuk mengetahui tanda – tanda infeksi pada luka</li> <li>3. Untuk mengetahui kenyamanan pasien dan mencegah kerusakan jaringan</li> <li>4. Untuk mengetahui keamanan pasien dan penyembuhan pada luka</li> <li>5. Untuk mempercepat penyembuhan luka dan mencegah komplikasi</li> <li>6. Untuk mempercepat penyembuhan.</li> <li>7. Untuk menjaga kelembapan luka</li> <li>8. Untuk mencegah luka tekan dan meningkatkan sirkulasi darah.</li> </ol>

#### 4.2.12 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 4.14 Implementasi Keperawatan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1.	Senin, 18 /05/2025	Gangguan integritas kulit Berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan Klien .</li> <li>2. Memonitor Karakteristik luka               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Luka tampak merah muda,kehitaman mengeluarkan puss dan berbau luka di telapak kaki sebelah kanan panjang 11cm ,lebar 6 cm,kedalaman 1cm</li> </ul> </li> <li>3. Memonitor tanda- tanda infeksi               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Terdapat kemerahan dan pembesaran luka</li> </ul> </li> <li>4. Melepaskan Balutan dan plaster secara perlahan               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sudah melepaskan, supaya mencegah jaringan dan nyeri tambahan</li> </ul> </li> <li>5. Membersihkan Dengan NaCl atau permbersih nontoksik.</li> <li>6. Membersihkan Jaringan nekrotik               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sudah di bersihkan</li> </ul> </li> <li>7. Memberikan salep yang sesuai               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sudah diberikan kepada pasien</li> </ul> </li> <li>8. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi</li> <li>9. Menjelaskan tanda dan gejala               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sudah memberikan edukasi menggunakan leaflet dan pasien dapat memahami</li> </ul> </li> <li>10. mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ sudah menjelaskan dan mencontohkan cara perawatan luka menggunakan cairan Nacl</li> </ul> </li> </ol>	<p><b>S</b> : Ny.R Mengatakan luka di kaki sebelah kanan, dan kunjung tidak sembuh dan juga terasa perih.</p> <p><b>O</b> : luka tampak merah muda, ada puss, basah dan bau</p> <p><b>A</b> : Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p><b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan Klien .</li> <li>2. Monitor Karakteristik luka</li> <li>3. Lepaskan balutan dan Plester secara perlahan</li> <li>4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih Nontoksik</li> <li>5. Bersihkan jaringan Nekrotik</li> <li>6. Berikan salep yang Sesuai</li> <li>7. Pasang balutan sesuai Jenis luka</li> </ol> <p>Jadwalkan perubahan Posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi Pasien</p>

		kepada pasien dan pasien tampak memahami		
<b>2.</b>	<b>Kamis,25/05/2025</b>	Gangguan integritas kulit Berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.</li> <li>2. Memonitor karakteristik luka               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Luka sudah tampak sedikit basah</li> </ul> </li> <li>3. Melepaskan Balutan dan plaster secara perlahan</li> <li>4. Membersihkan Dengan NaCl atau pembersih nontoksik.</li> <li>5. Memberikan salep yang sesuai</li> <li>6. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi</li> </ol>	<p>S : Ny.R mengatakan masih terasa pegal di area luka  O : klien tampak lemas, cemas  Luka tampak merah muda,baunnya berkurang  A : masalah Gangguan integritas kulit teratasi sebagian  P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.</li> <li>2. Memonitor karakteristik luka</li> <li>3. Melepaskan Balutan dan plaster secara perlahan</li> <li>4. Membersihkan Dengan NaCl atau pembersih nontoksik.</li> <li>5. Memberikan salep yang sesuai</li> <li>6. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi</li> </ol>
<b>3.</b>	<b>Sabtu,</b>	Gangguan integritas kulit Berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.</li> <li>2. Memonitor Karakteristik luka               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Luka pasien sudah tampak sudah tidak basah</li> </ul> </li> <li>3. Melepaskan Balutan dan plaster secara perlahan</li> <li>4. Membersihkan Dengan NaCl atau pembersih nontoksik.</li> <li>5. Memberikan salep yang sesuai</li> <li>6. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi</li> </ol>	<p>S : Ny.R mengatakan sudah terasa berkurang pegal di area luka  O : luka tampak merah segar, bau pada luka sudah Berkurang dan luka sudah mulai kering  A : Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan di rumah.</p>

## **4.3 Pembahasan**

### **4.3.1. Pengkajian**

Pengkajian terhadap Ny.R Ny.R Mengatakan luka di kaki sebelah kanan, dan kunjung tidak sembuh dan juga terasa perih dan Ny. R mengatakan bengkak di area luka kaki sebelah kanan. Pemeriksaan fisik menunjukkan adanya gangren, kadar glukosa darah tidak terkontrol (350 mg/dL), dan mukosa bibir tampak pucat. Keluarga pasien belum memahami sepenuhnya penyebab luka dan tidak melakukan perawatan luka dengan benar.

Dalam teori menurut SDKI (PPNI, 2018), pengkajian merupakan tahap awal yang sangat penting dalam proses keperawatan. Data yang dikumpulkan mencakup data subjektif dan objektif melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik. Pada pasien dengan DM tipe 2, pengkajian luka ulkus diabetikum harus menilai status glikemik, karakteristik luka, serta kemampuan keluarga dalam perawatan.

Dibandingkan dengan teori, hasil pengkajian lapangan sesuai dengan panduan SDKI di mana fokus utama adalah identifikasi kondisi luka, status nutrisi, dan tingkat pengetahuan pasien. Pengumpulan data mendalam ini menjadi dasar dalam penetapan diagnosis dan intervensi keperawatan berikutnya.

### 4.3.2. Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian, ditetapkan dua diagnosa keperawatan utama, yaitu: 1) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer dan Diagnosa ini ditetankan berdasarkan SDKI dan data yang dikumpulkan melalui Analisa data dan pemeriksaan fisik.

Diagnosa pertama didasarkan pada adanya luka terbuka, jaringan nekrotik, bau tidak sedap, dan keterbatasan pengetahuan pasien serta keluarga dalam menangani luka. Diagnosa kedua didasarkan pada adanya tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, luka kotor, serta lingkungan perawatan yang tidak steril.

Diagnosa ini sesuai dengan teori SDKI (PPNI, 2017) yang menyebutkan bahwa gangguan integritas kulit dan risiko infeksi merupakan masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien DM tipe 2. Pemilihan diagnosa didasarkan pada prioritas masalah yang memiliki dampak besar terhadap kondisi pasien.

### 4.3.3. Intervensi

Intervensi pada Ny.R difokuskan pada perawatan luka dan pencegahan infeksi. Intervensi yang dilakukan mencakup observasi karakteristik luka, membersihkan luka menggunakan NaCl 0,9%, mengangkat jaringan nekrotik, memberikan salep sesuai kondisi luka, serta membalut ulang luka secara teratur. Edukasi juga diberikan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya menjaga kebersihan luka dan tanda-tanda infeksi.

Selain perawatan luka, diberikan intervensi edukasi kesehatan kepada keluarga mengenai cara mencuci tangan yang benar, mengganti balutan, serta pentingnya kontrol gula darah secara rutin. Edukasi dilakukan secara verbal dan visual melalui leaflet yang diberikan oleh peneliti.

Intervensi ini sesuai dengan teori SIKI dan praktik berbasis bukti, di mana asuhan keperawatan DM tipe 2 dengan luka ulkus menekankan pada perawatan lokal luka dan manajemen infeksi serta peningkatan keterlibatan keluarga dalam proses penyembuhan (PPNI, 2018).

#### **4.3.4. Implementasi**

Implementasi dilakukan dalam tiga hari berturut-turut sesuai dengan rencana keperawatan. Pada hari pertama, perawat memantau karakteristik luka, mengangkat jaringan nekrotik, dan membalut luka dengan teknik aseptik. Edukasi awal diberikan kepada keluarga terkait penyebab luka dan pencegahannya.

Hari kedua dan ketiga difokuskan pada monitoring luka, edukasi lanjutan, dan penilaian ulang kondisi luka. Luka tampak lebih bersih, bau mulai berkurang, dan tanda-tanda infeksi berangsur membaik. Pasien mulai memahami pentingnya menjaga kebersihan luka dan mengontrol kadar gula darah.

Proses implementasi sesuai dengan prinsip keperawatan yang fokus pada kebutuhan pasien dan partisipasi keluarga. Ini sejalan dengan teori (Ivonne A. V. Gasper, Ns. et al., 2024) bahwa keberhasilan implementasi tergantung pada komunikasi efektif dan keterlibatan aktif keluarga dalam tindakan perawatan.

#### 4.3.5. Evaluasi

Evaluasi menunjukkan adanya perbaikan kondisi luka, ditandai dengan berkurangnya jaringan nekrotik, menurunnya bau luka, serta tidak ditemukan tanda infeksi lanjut. Pasien juga menunjukkan peningkatan pemahaman dalam perawatan luka, dan keluarga mulai terlibat aktif dalam proses perawatan.

Pada hari ketiga, luka tampak lebih kering dan tidak berbau. Nyeri berkurang, dan pasien mulai menunjukkan minat makan yang lebih baik. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi awal dan luaran yang direncanakan sebelumnya.

Hasil evaluasi ini sesuai dengan teori PPNI (2018) bahwa keberhasilan asuhan keperawatan dapat diukur dengan adanya perubahan status kesehatan pasien, pemahaman, dan partisipasi keluarga, serta berkurangnya gejala klinis.