



ANALISIS PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DM TIPE 2 DENGAN INTERVENSI PERAWATAN LUKA TEKNIK MODERN DRESSING TERHADAP TINGKAT KESEMBUHAN LUKA

Hesti Pramudya Wardani Maha¹, Sivitaria br Barus¹, Dian Erlina¹, Gusnaldi Mahendra¹, Helsa Surabina Sembiring¹, Evalatifah Nurhayati^{2*}

¹PUI-PT Palliative Care, Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Prima Indonesia, Jl. Sampul No.3, Sei Putih Barat, Medan Petisah, Medan, Sumatera Utara 20118, Indonesia

²Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Prima Indonesia, Jl. Sampul No.3, Sei Putih Barat, Medan Petisah, Medan, Sumatera Utara 20118, Indonesia

*evalatifahnurhayati@unprimdn.ac.id

ABSTRAK

Diabetes merupakan masalah serius bagi negara-negara berkembang dan negara maju di dunia. Komplikasi yang sering terjadi pada penderita diabetes melitus tipe 2 (DM) ialah ulkus diabetikum, dimana terjadi deformitas jaringan baik itu sebagian (Partial Thickness) atau keseluruhan (Full Thickness). Perlunya perawatan luka pada penderita ulkus, dalam perawatan luka di kenal dua teknik dasar yang sering di terapkan, yaitu teknik steril dan teknik bersih. Penelitian ini memiliki tujuan yaitu untuk analisis penerapan asuhan keperawatan pasien dm tipe-2 dengan intervensi perawatan luka dengan teknik modern dressing terhadap tingkat kesembuhan luka di Puskesmas Teluk Leceh. Penelitian ini adalah Quasi Eksperimen yaitu penelitian yang langsung dilakukan pada pasien DM tipe 2. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang menderita DM tipe 2 yang perawatan luka dengan teknik modern dressing terhadap tingkat kesembuhan luka di Puskesmas Teluk Leceh. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik total sampling sebanyak 170 orang. Metode pengumpulan data melalui perawatan luka dengan teknik modern dressing terhadap tingkat kesembuhan luka di Puskesmas Teluk Leceh yang dilakukan langsung ke pasien DM tipe 2. Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan terhadap hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa hasil yang didapatkan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari mendapatkan hasil yang cukup mengurangi keluhan pasien. Diagnosa pertama dan kedua diperoleh hasil sebagian masalah teratasi.

Kata kunci: asuhan keperawatan; DM tipe 2; kesembuhan luka; perawatan luka teknik modern dressing

ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION OF NURSING CARE FOR TYPE 2 DM PATIENTS WITH MODERN DRESSING TECHNIQUE WOUND CARE INTERVENTION ON THE LEVEL OF WOUND HEALING

ABSTRACT

Diabetes is a serious problem for both developing and developed countries in the world. A common complication in type 2 diabetes mellitus (DM) patients is diabetic ulcers, which cause tissue deformity, either partial (Partial Thickness) or full (Full Thickness). Wound care is necessary for ulcer patients. In wound care, two basic techniques are often applied, namely sterile techniques and clean techniques. This study aims to analyze the application of nursing care for type 2 DM patients with wound care interventions using modern dressing techniques on wound healing rates at Teluk Leceh Community Health Center. This study is a Quasi Experiment, namely research directly conducted on type 2 DM patients. The population in this study were patients suffering from type 2 DM whose wound care with modern dressing techniques on wound healing rates at Teluk Leceh Community Health Center. Sampling in this study used a total sampling technique of 170 people. The data collection method through wound care with modern dressing techniques on the level of wound healing at the Teluk Leceh Health Center which was carried out directly to type 2 DM patients. Based on the results of the analysis and discussion of the research results, it can be concluded that the results obtained after three days of nursing care obtained sufficient results to reduce patient complaints. The first and second diagnoses obtained results that some of the problems were resolved.

Keywords: modern wound dressing techniques; nursing care; type 2 diabetes mellitus; wound healing

PENDAHULUAN

Komplikasi yang sering terjadi pada penderita diabetes melitus tipe 2 (DM) ialah ulkus diabetikum, dimana terjadi deformitas jaringan baik itu sebagian (Partial Thickness) atau keseluruhan (Full Thickness). Deformitas yang terjadi meliputi integumen yang meluas ke jaringan tendon, otot, tulang atau persendian, yang diakibatkan oleh hiperglikemi. Jika tidak ditangani dengan benar dan tepat, dapat terjadi infeksi pada ulkus. Dimana Ulkus kaki, infeksi, neuroarthropati dan penyakit arteri perifer adalah penyebab kejadian gangren dan amputasi ekstremitas pada bagian bawah (Tarwoto, 2022).

Penyebab dari ulkus kaki diabetik ada beberapa komponen yaitu meliputi neuropati sensoris perifer, trauma, deformitas, iskemia, pembentukan kalus, infeksi dan edema. faktor penyebab terjadinya ulkus diabetikum terdiri dari 2 faktor yaitu faktor endogen dan eksogen. Faktor endogen yaitu genetik metabolik, angiopati diabetik, neuropati diabetik sedangkan faktor eksogen yaitu trauma, infeksi, dan obat (Gupta, V., Kakkar, G., Gill, A. S., Gill, C. S., & Gupta, 2018).

Prevalensi diabetes mellitus semua umur di Indonesia pada Riskesdas 2018 sedikit lebih rendah dibandingkan prevalensi DM pada usia ≥ 15 tahun, yaitu sebesar 1,5%. Namun, jika dibandingkan dengan tahun 2013, prevalensi DM berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun hasil Riskesdas 2018 meningkat menjadi 2% (Kemenkes, 2019). Berdasarkan kategori usia, penderita DM terbesar berada pada rentang usia 55-64 tahun dan 65-74 tahun. Selain itu, penderita DM di Indonesia lebih banyak berjenis kelamin perempuan (1,8%) daripada laki-laki (1,2%). Kemudian untuk daerah domisili lebih banyak penderita diabetes melitus yang berada di perkotaan (1,9%) dibandingkan dengan di perdesaan (1,0%) (Kemenkes, 2019).

Komplikasi yang sering terjadi pada penderita diabetes melitus tipe 2 (DM) ialah ulkus diabetikum, dimana terjadi deformitas jaringan baik itu sebagian (Partial Thickness) atau keseluruhan (Full Thickness). Deformitas yang terjadi meliputi integumen yang meluas ke jaringan tendon, otot, tulang atau persendian, yang diakibatkan oleh hiperglikemi. Jika tidak ditangani dengan benar dan tepat, dapat terjadi infeksi pada ulkus. Dimana Ulkus kaki, infeksi, neuroarthropati dan penyakit arteri perifer adalah penyebab kejadian gangren dan amputasi ekstremitas pada bagian bawah (Tarwoto, 2012). Penyebab dari ulkus kaki diabetik ada beberapa komponen yaitu meliputi neuropati sensoris perifer, trauma, deformitas, iskemia, pembentukan kalus, infeksi dan edema. faktor penyebab terjadinya ulkus diabetikum terdiri dari 2 faktor yaitu faktor endogen dan eksogen. Faktor endogen yaitu genetik metabolik, angiopati diabetik, neuropati diabetik sedangkan faktor eksogen yaitu trauma, infeksi, dan obat (Gupta, V., Kakkar, G., Gill, A. S., Gill, C. S., & Gupta, 2018).

Perawatan luka konvensional yang sering dilakukan dengan menggunakan tulle dan kain kasa membutuhkan waktu penyembuhan yang lama, terutama untuk luka kronis dengan komplikasi tertentu. Lama perawatan dan kunjungan yang dilakukan oleh tenaga medis yang perlu lebih sering akan berdampak pada biaya perawatan. Selain itu, dari segi kenyamanan, pasien yang dirawat dengan perban konvensional seringkali mengeluhkan nyeri saat dibalut karena lukanya cenderung menempel dengan balutan (Mahyudin et al., 2020). Metode terbaru dalam mengelola luka pada DM adalah dengan merancang teknik New Wound Care atau sering disebut dengan metode sederhana dengan menggunakan Modern Dressing. Prinsip penggunaan perawatan luka adalah mengelola kondisi luka yang lembab (Liu et al., 2019). Kelembaban luka yang dikelola dengan baik akan mempercepat proses penyembuhan. Area luka akan mudah mengecil dan tidak mudah terinfeksi. Penatalaksanaan masalah luka pada DM dapat dilakukan melalui perawatan menggunakan modern dressing (Delshad et al., 2017). Modern Dressing diketahui juga dapat digunakan untuk mempercepat proses penyembuhan luka (Alfaqih et al., 2019).

Dari berbagai pendapat dan hasil penelitian diatas maka yang menjadi tujuan penulisan ini adalah untuk merapkan teknik perawatan luka dengan metode modern dressing pada pasien DM tipe-2 untuk membandingkan keefektivitas dari ilmu perawatan luka modern dengan ilmu perawatan luka dengan menggunakan metode yang lama. Untuk melihat bagaimana analisis penerapan asuhan keperawatan pasien dm tipe 2 dengan intervensi perawatan luka dengan teknik modern dressing terhadap tingkat kesembuhan luka di Puskesmas Teluk Leceh Tahun 2026.

METODE

Penelitian ini memiliki tujuan yaitu untuk analisis penerapan asuhan keperawatan pasien dm tipe-2 dengan intervensi perawatan luka dengan teknik modern dressing terhadap tingkat kesembuhan luka di Puskesmas Teluk Leceh. Penelitian ini adalah Quasi Eksperimen yaitu penelitian yang langsung dilakukan pada pasien DM tipe 2. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang menderita DM tipe 2 yang perawatan luka dengan teknik modern dressing terhadap tingkat kesembuhan luka di Puskesmas Teluk Leceh. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik total sampling sebanyak 170 orang. Metode pengumpulan data melalui perawatan luka dengan teknik modern dressing terhadap tingkat kesembuhan luka di Puskesmas Teluk Leceh yang dilakukan langsung ke pasien DM tipe 2.

HASIL

Pengkajian Keperawatan

Nama	: Ny. Legiman
No. RM Lama	: 01-0298
Tempat/ Tgl Lahir	: Siantar/ 05-12-1961
Jenis kelamin	: Perempuan
Umur	: 64 tahun, 1 bulan 25 hari
a. Penanggung jawab	
Nama	: Tn. S
Hubungan dengan pasien	: Suami pasien
Pekerjaan	: Pensiunan
Alamat	: Jln Jenderal Sudirman RT 8 RW 4 Kel Sri Tanjung

Keluhan utama

Terdapat luka yang tidak kunjung sembuh pada kaki sebelah kiri.

Riwayat kesehatan sekarang

- b. Provocative/Palliative
 - Apa penyebabnya : Pasien mengalami riwayat penyakit Kadar Gula Darah Tinggi
 - Hal-hal yang memperbaiki keadaan : Minum obat glukopage
- c. Quality/Quality
 - Bagaimana dirasakan : Badan terasa lemah dan pusing
 - Bagaimana dilihat : Pasien tampak lelah/lesu
- d. Region
 - Dimana lokasinya : Dibagian eksterimitas kaki sebelah kiri
 - Apa penyebabnya : Ketidaksatbilan kadar glukosa darah
- e. Severity (Mengganggu aktivitas)
 - Pasien tidak bisa melakukan aktifitasnya
- f. Time (kapan mulai timbul dan bagaimana terjadinya)
 - Timbul ketika konsumsi makanan yang mengandung gula

Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum
 - Pasien tampak lemah dan pucat

b. Tanda-tanda vital

Suhu tubuh : 36,7°C HR : 98 kali permenit
Tekanan darah : 100/90 mmhg RR : 21 kali permenit
Nilai KGD : 357 mg/dl Skala Nyeri : 5 (sedang)

c. Pemeriksaan intergumen : Terdapat luka DM pada ekstremitas pasien

Pemeriksaan Penunjang

Tabel 1.
Hasil Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	
			Pria	Wanita
Hemoglobin	10.8	g/Dl	13.0 – 16.0	12.0 – 14.0
Hematokrit	42	%	45 – 55	40 – 50
Leukosit	7.300	mm ³	5.000	10.000
Trombosit	400.000	Mm	150.000	400.000
Ureum darah	31	mg/dl		
Kreatinin darah	0,8	mg/dl		
GDR	357	mg/dl		200

Tabel 2.
Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1	DS : - DO : • TD : 100/90 • Temp: 36,7°C • HR : 98 x/i • Kerusakan kulit/jaringan • Nyeri • Kemerahan	Suplai O ₂ Tubuh Menurun ↓ Hipoksia sel-sel perifer ↓ Gangguan motorik dan sensori ↓ Sensasi nyeri menurun ↓ Trauma tak rasa ↓ Ulkus diabetik	Gangguan Integritas kulit/jaringan
2	DS : • Nyeri ekstremitas DO : • Nadi perifer menurun/tidk teraba • warna kulit pucat • akral teraba dingin	Suplai O ₂ Tubuh Menurun ↓ Hipoksia sel-sel perifer ↓ Gangguan motorik dan sensori ↓ Sensasi nyeri menurun	Perfusi perifer tidak efektif

Perumusan Diagnosa keperawatan

1. Gangguan Integritas kulit/jaringan b/d ulkus diabetik d/d kerusakan kulit/jaringan, nyeri dan kemerahan
2. Perfusi perifer tidak efektif b/d sensasi nyeri menurun d/d nyeri ekstremitas, nadi perifer menurun/tidk teraba, warna kulit pucat, akral teraba dingin

Tabel 3.
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Gangguan Integritas Kulit/jaringan (D.0192)	Integritas Kulit/Jaringan meningkat (L.14125) Setelah dilakukan intervensi keperawatan	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi • Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi,

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		selama 3 x 24 jam, maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : Ekspektasi = Meningkatkan 1. Perfusi jaringan meningkat 2. Kerusakan jaringan menurun 3. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun 4. Nyeri Menurun 5. Pendarahan menurun Penyembuhan Luka (L.141330) 1. Ekspektasi meningkat 2. Penyatuan kulit meningkat 3. Penyatuan tepi luka meningkat 4. Jaringan granulasi meningkat 5. Edem pada sisi luka menurun 6. Nyeri menurun 7. Bau tidak sedap pada luka menurun	penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas). Perawatan Luka (I.14564) Observasi • Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) • Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik • Lepaskan balutan dan plester secara perlahan • Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Bersihkan jaringan nekrotik • Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase • Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien • Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari • Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi • Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu Edukasi • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein • Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
2	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D0009)	Perfusi Perifer Meningkat (L.02011) Setelah diberikan intervensi keperawatan 3x24 jam, diharapkan perfusi perifer meningkat Kriteria hasil 1. Denyut nadi perifer Meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Nyeri ekstremitas menurun 4. Akral Membaik 5. Turgor kulit membaik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : • Periksa sirkulasi perifer • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi • Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

Tabel 4.
Implementasi Keperawatan

Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	Pukul	Implementasi	Evaluasi
Minggu 14 Maret 2026	Gangguan Integritas kulit/jaringan b/d ulkus diabetik d/d kerusakan kulit/jaringan, nyeri dan kemerahan	14.00.	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi • Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas). Terapeutik • Mengubah posisi pasien.	Minggu, 14 Maret 2026 S : Pasien mengatakan kaki sebelah kiri masih terasa nyeri O : TD : 110/80 HR : 90 Temp : 36.7 C skala nyeri : 4 A : Masalah Belum teratasi
		14.20		

Hari/ tanggal	Diagnosa keperawatan	Pukul	Implementasi	Evaluasi
			• Membersihkan luka dengan air hangat/NaCl. • Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive • Mengindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering	P : Intervensi dilanjutkan
		15.00	Edukasi • Menganjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion) pada luka pasien • Menganjurkan minum air yang cukup • Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur	
		15.30	Perawatan Luka (I.14564) Observasi	
		15.40	• Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) • Memonitor tanda-tanda infeksi Edukasi • Menjelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein • Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi • Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), • Kolaborasi pemberian antibiotik.	

Tabel 4
Catatan Perkembangan dan Evaluasi Keperawatan

Hari/tgl	Diagnosa keperawatan	Pukul	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Minggu 14 Maret 2026	Gangguan Integritas kulit/jaringan b/d ulkus diabetik d/d kerusakan kulit/jaringan, nyeri dan kemerahan	08.00	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi • Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas).	Minggu, 14 Maret 2026 Pukul 13.00 Wib S : Pasien mengatakan kaki sebelah kiri masih terasa nyeri O : TD :110/80 HR : 90 Temp : 36.7 C skala nyeri : 4 A : Masalah Belum teratasi P : intervensi dilanjutkan Perawatan Luka (I.14564) Observasi	
		08.25			

Hari/tgl	Diagnosa keperawatan	Pukul	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		10.00	Terapeutik • Mengubah posisi pasien. • Membersihkan luka dengan air hangat/NaCl. • Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive • Mengindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering	• Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) • Memonitor tanda-tanda infeksi Terapeutik • Melepaskan balutan dan plester secara perlahan • Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Membersihkan jaringan nekrotik • Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi.	
		10.30	Edukasi • Menganjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion) pada luka pasien • Menganjurkan minum air yang cukup • Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur	• Memasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka • Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase • Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi : • Mejelaskan tanda dan gejala infeksi	
	Perawatan Luka (I.14564)		Observasi	• Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	
			• Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) • Memonitor tanda-tanda infeksi Terapeutik • Melepaskan balutan dan plester secara perlahan • Membersihkan dengan cairan NaCl	• Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi • Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), Kolaborasi pemberian antibiotik.	
				I : Minggu, 14 Maret 2026 Pukul 13.00	

Hari/tgl	Diagnosa keperawatan	Pukul	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		11.30	atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Membersihkan jaringan nekrotik • Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi. • Memasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka • Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase • Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi • Mejelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein • Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi • Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), • Kolaborasi pemberian antibiotik.	Perawatan Luka (I.14564) Observasi • Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) • Memonitor tanda-tanda infeksi Terapeutik • Melepaskan balutan dan plester secara perlahan • Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Membersihkan jaringan nekrotik • Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi. • Memasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka • Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase • Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien R : Tidak ada Perubahan Intervensi dihari ketiga Masalah kerusakan intergritas kulit tetap dilanjutkan	

PEMBAHASAN

Pada bagian pembahasana ini, penulis akan membahas serta menguraikan tentang bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada Ny Legimen dengan DM Tipe II terhadap kesembuhan luka dengan menggunakan teknik modern dressing di Puskesmas Teluk Leceh. Adapun bagian yang akan di bahas adalah tetap pada bagian ataupun tahapan asuhan keperawatan yaitu, sebagai berikut:

Pengkajian

Pengkajian adalah langkah atau tahapan penting dalam proses perawatan, mengingat pengkajian sebagai awal interaksi dengan keluarga untuk mengidentifikasi data kesehatan seluruh anggota keluarga. Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan, dan kesehatan klien (Widagdo, 2017). Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny Legimen pada tanggal Minggu 14 Maret 2026 ditemukan bahwa : terdapat luka yang tidak kunjung sembuh pada kaki sebelah kiri. Pasien mengalami riwayat penyakit kadar gula darah tinggi dan pasien DM Tipe 2 serta pasien terlihat tidak bisa melakukan aktifitasnya.

Diagnosa Keperawatan

Tahap ini merupakan kegiatan penting dalam menentukan masalah keperawatan yang akan diselesaikan dalam keluarga. Penetapan diagnosis keperawatan yang tidak tepat akan memengaruhi tahapan berikutnya dalam proses keperawatan. Kemampuan perawat dalam menganalisis data hasil pengkajian sangat diperlukan dalam menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien, yaitu: 1)Gangguan Integritas kulit/jaringan b/d ulkus diabetik d/d kerusakan kulit/jaringan, nyeri dan kemerahan. 2)Perfusi perifer tidak efektif b/d sensasi nyeri menurun d/d nyeri ekstremitas, nadi perifer menurun/tidk teraba, warna kulit pucat, akral teraba dingin 3)Ketidaksatabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemia d/d mengantuk, pusing, lelah/lesu, kadar glukosa dalam darah tinggi, kesadaran menurun, sulit bicara dan berkeringat.

Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan yang dilakukan atau implementasi didasarkan atas intervensi yang disusun sebelumnya, maka tindakan untuk diagnosa 1 tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah: melakukan pengkajian dan menanyakan keluhan pasien, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, melakukan teknik modern dresiing pada pasien DM Tipe 2. Pelaksanaan tindakan yang dilakukan atau implementasi didasarkan atas intervensi yang disusun sebelumnya, untuk diagnosa 2 tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu: mengobservasi keadaan umum pasien, menanyakan keluhan pasien, memberikan makanan ringan tambahan pada pasien sesuai dengan diet DM. Berdasarkan diagnosa dan intervensi diatas, maka tindakan keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa ke 3 adalah melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan menanyakan keluhan pasien, melakukan pemeriksaan kadar gula darah secara teratur pada pasien dan melakukan kotrol die pada pasien dengan mengatur output dan input nutrisi.

Evaluasi Keperawatan

Untuk diagnosa pertama gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial dengan kriteria hasil gula darah dalam batas normal, melakukan perawatan luka modern dressing, sehingga masalah keperawatan teratasi sebagian dan penulis memodifikasi planning yaitu dengan memberikan ruangan dan suasana yang tenang dan nyaman dengan cara membatasi pengunjung, tidak membiarkan semua keluarga untuk menungguhi pasien. Diagnosa kedua gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, kriteria hasil yang penulis harapkan nafsu makan dapat meningkat dan bisa menghabiskan diit menjadi 2/3 porsi, pasien mengatakan nafsu makan sudah bertambah,mampu menghabiskan makanan sebanyak 2/3 porsi, tenggorokan sudah tidak sakit saat menelan, sehingga masalah keperawatan teratasi, penulis menambahkan rencana yaitu dengan menghadirkan makanan selagi hangat dan akan mempertahankan rencana tersebut. Diagnosa ketiga intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik kriteria hasil yang penulis harapkan yaitu pasien dapat memenuhi kebutuhannya secara optimal..Pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari masih dengan bantuan keluarga. Untuk diagnosa ketiga, ditemukan kriteria hasil masalah sebagian teratasi.

SIMPULAN

Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari dan melakukan pengkajian kembali baik secara teoritis maupun secara tinjauan kasus didapatkan kesimpulan bahwa setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari mendapatkan hasil yang cukup mengurangi keluhan pasien. Diagnosa pertama dan kedua diperoleh hasil sebagian masalah teratasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adli (2021). Diabetes Mellitus Gestasional: Diagnosis dan Faktor Risiko. *Jurnal Medika Utama*, 03(01), 1545–1551.
- Ahli Gizi Indonesia, P., & Dietsien Indonesia, A. (2019). *Penuntun Diet Dan Terapi Gizi Edisi 4* (Suharyanti, Budi Hartati, Triyani Kresnawan, & Sunarti (eds.); 4th ed.).
- American Diabetes Association. (2020). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*, 43(January), S14–S31.
- Angger, A. (2020). *Buku Ajar : Diabetes Dan Komplikasinya* (A. Guepedia (ed.)). The First On-Publisher in Indonesia.
- Arikunto, S. (2020). *Dasar - Dasar Evaluasi Pendidikan*. Bumi Aksara.
- Asman, A., Sinthania, D., & Marni, L. (2020). Perawatan Diabetes Mellitus Di Komunitas (Mellitus Diabetes Care in the Community). *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, 11(1), 125. <https://doi.org/10.30633/jkms.v11i1.425>
- Awaliyah, F. N., & Yunita Dyah Puspita Santik. (2020). Kejadian diabetes melitus tipe i pada usia 10-30 tahun. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 1(3), 84–94.
- Chester, K., Zahiruddin, S., Ahmad, A., Khan, W., Paliwal, S., & Ahmad, S. (2017). Bioautography-based Identification of Antioxidant Metabolites of *Solanum nigrum* L. and Exploration Its Hepatoprotective Potential agChester, K. et al. (2017) 'Bioautography-based Identification of Antioxidant Metabolites of *Solanum nigrum* L. and Explorati. *Pharmacognosy Magazine*, 13 (Suppl(62), 179–188.
- Eliza, A., Harmawati, & Gusli, E. (2020). Pengaruh Rebusan Daun Sirih Merah (*Piper Crocatum*) Terhadap Penurunan Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II. *Seminar Nasional Syedza Saintika*, 1–11. <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id/index.php/PSNSYS>
- Erdana Putra, S., Agusti Sholikah, T., & Gunawan, H. (2020). *Buku Saku Diabetes Melitus Untuk Awam Related papers PC-DM*. Fanani, A. (2020). Hubungan Faktor Risiko dengan Kejadian Diabetes Mellitus. *Jurnal Keperawatan*, 12(3), 371–378.
- Febnica Dewi, Anthara, & Dharmayudha, O. (2014). Efektifitas Ekstrak Daun Sirih Merah (*Piper crocatum*). *Buletin Veteriner Udayana*, 6(1). Fitri, G. (2014). *Toga Tanaman Obat Keluarga* (Geulis (ed.)). Padi.