

Lampiran 1 Matricks Kegiatan

[illegible]

Lampiran 2 Surat Pengantar

SURAT PENGANTAR

Kepada Yth.

Calon responden

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama / NIM : Rhisma Dwi Astari / P17250223047

Alamat : Ds. Kembangan RT 02/RW 06, Kec. Sukomoro, Kab. Magetan

Telp : 085812027357

Saya adalah mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Ponorogo Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang sedang melaksanakan penelitian studi kasus dengan judul : **“ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DIABETES MELLITUS DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SLAHUNG KABUPATEN PONOROGO”**.

Tujuan studi kasus ini untuk mengetahui pelaksanaan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan dan upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan akan dijaga. Jika terjadi hal-hal yang memberatkan maka anda diperbolehkan mengundurkan diri dari kegiatan studi kasus ini dengan menghubungi penulis pada nomor yang tercantum diatas.

Apabila anda menyetujui maka saya mohon kesediaannya menandatangani lembar persetujuan. Atas kesediaan dan kerjasamanya dalam karya tulis (studi kasus) ini, saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

Rhisma Dwi Astari

Lampiran 3 Lembar Persetujuan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi bekerjasama dalam karya tulis ilmiah (studi kasus) yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELLITUS DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SLAHUNG KABUPATEN PONOROGO”**.

Setelah membaca dan memahami surat pengantar persetujuan maka saya menyatakan bersedia bekerjasama dalam kegiatan ini. Saya menyadari bahwa data yang dihasilkan merupakan rahasia dan hanya digunakan untuk keperluan karya tulis dan pengembangan ilmu keperawatan. Saya juga memahami bahwa kegiatan ini tidak merugikan dan tidak berdampak pada diri saya, namun saya yakin bahwa kegiatan ini akan memberikan manfaat pada peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

Ponorogo, 24 April 2025

Responden

Lampiran 4 Surat Perizinan Dinkes



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN

Jl. Basuki Rahmad Gedung Terpadu Graha Bhakti Praja Lt. 1 dan 2 Ponorogo, Jawa Timur Kode Pos 63418

Telepon 0352-481438 Faximile 0352-484550

Laman dinkes.ponorogo.go.id, Pos-el dinkes@ponorogo.go.id

Ponorogo, 25 April 2025

Nomor : 400.7/KRP/156/405.09/2025
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian

Yth. Kepala Puskesmas Slahung
 Kabupaten Ponorogo
 Di
 P O N O R O G O

Menindaklanjuti surat dari Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang Nomor: PP.06.02/F.XIII.15.6/371/2025 tanggal 22 April 2025 Perihal Permohonan Ijin Penelitian, maka bersama ini diberikan rekomendasi di wilayah kerja Puskesmas Slahung Kabupaten Ponorogo sebagai tempat penelitian kepada mahasiswa berikut :

Nama : Rhisma Dwi Astari
 NIM : P17250223047
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Gangguan Integritas Kulit Di Wilayah Kerja Puskesmas Slahung Kabupaten Ponorogo
 Pelaksana : 1 (Satu) Bulan (Menyesuaikan Jadwal Puskesmas)

Demikian untuk menjadi perhatian, atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.



Ditandatangani secara elektronik oleh :
 Kepala Dinas Kesehatan

Dyah Ayu Puspitaningarti, SKM,M.Kes
 Pembina Utama Muda (IV/c)
 NIP. 197602062002122012

Tembusan :

1. Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang
2. Arsip

Lampiran 5 Surat Izin Penelitian Puskesmas



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SLAHUNG

Jl. Jawa No. 2, Slahung, Ponorogo, Jawa Timur 63463
Telepon. (0352) 371287

Laman puskesmas.ponorogo.go.id/slahung, Pos-el : puskesmaslahung@gmail.com

Slahung, 26 April 2025

Nomor : 400.7 /KH/ 402 /405.09.08/2025
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Rekomendasi Ijin Penelitian

Kepada

Yth. Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang

Di

Tempat

Menindaklanjuti surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo Nomor 400.7/KRP/156/405.09/2025 tanggal 22 April 2025 perihal rekomendasi ijin penelitian yang dilaksanakan selama 1 (satu) bulan (menyesuaikan jadwal Puskesmas) pada mahasiswa D-III Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang di bawah ini:

NAMA	TEMA / ACARA / RESEARCH / PKL / PENGUMPULAN DATA / MAGANG
RHISMA DWI ASTARI	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Gangguan Integritas Kulit di Wilayah Kerja Puskesmas Slahung Kabupaten Ponorogo

Dengan ini saya menyetujui dan menerima Puskesmas Slahung digunakan untuk kegiatan penelitian dimaksud.

Demikian surat persetujuan ini disampaikan, semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatiannya diucapkan terimakasih.



Kepala Puskesmas Slahung

drg. Sutanti Candra Dewi
Pembina Tk. I
NIP. 19780110 200604 1 023

Lampiran 6 Surat Keterangan Menyelesaikan Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN

PUSKESMAS SLAHUNG

Jl. Jawa No. 2, Slahung, Ponorogo, Jawa Timur 63463

Telepon. (0352) 371287

Laman puskesmas.ponorogo.go.id/slahung, Pos-el : puskesmasslahung@gmail.com

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 400.7/442/405.09.06/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : drg. SUTANTI CANDRA DEWI

NIP : 19780110 200604 2 023

Pangkat / Golongan Ruang : Pembina Tk. I / IV b

Jabatan : Kepala Puskesmas Slahung

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : RHISMA DWI ASTARI

NIM : P17250223047

Pendidikan : DIII-Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes
Malang

Telah menyelesaikan kegiatan penelitian dengan tema Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Gangguan Integritas Kulit di di Wilayah Kerja Puskesmas Slahung Kabupaten Ponorogo di Puskesmas Slahung dari tanggal 26 April 2025 sampai dengan tanggal 1 Mei 2025. Selama penelitian di Puskesmas Slahung mahasiswa yang bersangkutan telah bekerja dengan baik.

Demikian Surat Keterangan Selesai Penelitian ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Slahung, 6 Mei 2025

Kepala Puskesmas Slahung

drg. SUTANTI CANDRA DEWI

Pembina Tk. I

NIP. 19780110 200604 2 023

Lampiran 7 Lembar Observasi Derajat Ulkus Diabetikum

LEMBAR OBSERVASI
DERAJAT ULKUS DIABETIKUM WAGNER MENGGIT

Kondisi Luka	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5	Hari 6	Hari 7
Derajat 0 : Tidak ada luka terbuka, mungkin terdapat deformitas, selulitis atau tidak terdapat kelainan.					✓	✓	✓
Derajat 1 : Ulkus diabetik superfisial (<i>parsial</i> atau <i>full thickness</i>), tetapi belum mengenai jaringan.	✓	✓	✓	✓			
Derajat 2 : Ulkus meluas sampai ligamen, tendon, kapsula sendi atau fascia tanpa abses atau osteomielitis.							
Derajat 3 : Ulkus dalam abses, osteomielitis, atau sepsis sendi.							
Derajat 4 : Gangren yang terbatas pada kaki bagian depan atau tumit.							
Derajat 5 : Gangren yang meluas meliputi seluruh kaki atau sebagian tungkai kaki.							

Keterangan :

Berikan tanda (✓) pada derajat ulkus diabetikum sesuai kondisi luka pasien dalam 7 hari.

Lampiran 8 Lembar Observasi BJWAT

LEMBAR OBSERVASI
PENILAIAN LUKA BATES JENSEN WOUND ASSESMENT TOOL

Items	Pengkajian	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5	Hari 6	Hari 7
Ukuran Luka	1.= P X L < 4 cm 2.= P X L 4 sampai < 16 cm 3.= P X L 16 sampai < 36 cm 4.= P X L 36 sampai < 80 cm 5.= P X L > 80 cm	1	1	1	1	1	1	1
Kedalaman	1 = Sembuh, luka sembuh 2 = <i>Everthema non-balanchele</i> pada kulit utuh 3 = Hilangnya sebagian ketebalan kulit yang melibatkan epidermis &/atau dermis 4 = Kehilangan seluruh ketebalan kulit yang melibatkan kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan, dapat meluas ke bawah tetapi tidak melalui fasia di bawahnya,&/atau campuran sebagian & ketebalan penuh &/atau lapisan jaringan tertutup oleh jaringan granulasi 5 = Tertutup oleh nekrosis 6 = Kehilangan seluruh ketebalan kulit dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan atau kerusakan pada otot, tulang atau struktur pendukung	3	3	2	2	1	1	1
Tepi luka	1 = Samar, tidak jelas terlihat	2	2	2	1	1	1	1

Items	Pengkajian	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5	Hari 6	Hari 7
	2 = Batas tepi terlihat, menyatu dengan dasar luka 3 = Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka 4 = Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka, tebal 5 = Jelas, fibrotic, parut tebal/ hyperkeratonic							
GOA (lubang pada luka di bawah jaringan sehat)	1 = tidak ada 2 = goa < 2 cm di di area manapun 3 = goa 2-4 cm < 50 % pinggir luka 4 = goa 2-4 cm > 50% pinggir luka 5 = goa > 4 cm di area manapun	1	1	1	1	1	1	1
Jaringan nekrosis	1 = Tidak ada yang terlihat 2 = Jaringan putih abu-abu yang tidak dapat hidup & atau lapisan kuning yang tidak melekat 3 = Kulit kuning yang sangat lengket 4 = Lengket, lembut 126a nada jaringan parut palsu berwarna hitam (black eschar). 5 = Lengket berbatas tegas, keras ada black eschar.	2	2	1	1	1	1	1
Jumlah jaringan nekrotik	1 = Tidak tampak 2 = < 25% dari dasar luka 3 = 25% hingga 50% dari dasar luka 4 = > 50% hingga < 75% dari dasar luka 5 = 75% hingga 100% dari dasar luka	2	2	1	1	1	1	1
Jenis eksudat	1 = Tidak ada 2 = Berdarah 3 = Serosanguinous, tipis, berair, merah pucat/merahmuda	1	1	1	1	1	1	1

Items	Pengkajian	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5	Hari 6	Hari 7
	4 = Serosa tipis, berair, jernih 5 = Purulen tipis atau kental, buram, coklat/kuning, dengan atau tanpa bau							
Jumlah eksudat	1 = Tidak ada, luka kering 2 = Sedikit, luka lembab tetapi tidak ada eksudat yang terlibat 3 = Kecil 4 = Sedang 5 = Besar	2	2	2	1	1	1	1
Warna kulit-luka bulat	1 = Pink atau normal untuk etnik 2 = Merah terang & atau pucat saat disentuh 3 = Putih atau abu-abu pucat atau hipopigmentasi 4 = Merah tua atau ungu & atau tidak pucat 5 = Hitam atau hiperpigmentasi	2	2	2	1	1	1	1
Edema jaringan perifer	1 = <i>no swelling</i> atau edema 2 = <i>non pitting edema</i> kurang dari < 4 mm disekitar luka 3 = <i>non pitting edema</i> > 4 mm disekitar luka 4 = <i>pitting edema</i> kurang dari < 4 mm disekitar luka 5 = krepitasi atau pitting < 4mm	1	1	1	1	1	1	1
Pengerasan jaringan tepi luka	1 = Tidak ada 2 = Pengerasan < 2 cm di sebagian kecil sekitar luka 3 = Pengerasan 2-4 cm menyebar < 50% di tepi luka 4 = Pengerasan 2-4 cm menyebar > 50% di tepi luka 5 = Pengerasan > 4 cm di seluruh tepi luka	2	2	1	1	1	1	1

Items	Pengkajian	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5	Hari 6	Hari 7
Jaringan granulasi	1 = Kulit utuh atau sebagian ketebalan luka 2 = Cerah, merah gemuk, 75% hingga 100% luka terisi &/atau jaringan tumbuh berlebihan 3 = Cerah, merah gemuk, < 75% sampai > 25% luka terisi 4 = Merah muda, &/atau kusam, merah kehitaman & atau mengisi < 25% luka 5 = Tidak ada jaringan granulasi	1	1	1	1	1	1	1
Epitelisasi	1 = 100% luka tertutup, permukaan utuh 2 = 75% sampai < 100% luka tertutup &/atau jaringan epitel meluas > 0,5 cm ke dasar luka 3 = 50% sampai < 75% luka tertutup & atau jaringan epitel meluas > 0,5 cm ke dasar luka 4 = 25% hingga < 50% luka tertutup 5 = < 25% luka tertutup	2	2	2	1	1	1	1
Total Skor		22	22	18	14	13	13	13

Keterangan :

Interpretasi *Bates Jensen Wound Assesment Tool*:

1-13 : gangguan integritas kulit ringan 14-27 : gangguan integritas kulit sedang >28 : gangguan integritas kulit berat

Skoring

- a. Ukuran : menggunakan ukuran aspek terpanjang dan terluas dari permukaan luka dalam sentimeter, kalikan panjang x lebar.
- b. Kedalaman : pilih kedalaman, ketebalan, yang paling sesuai dengan luka
 - 0 = Sembuh, luka sembuh
 - 1 = Everthema non-balanchele pada kulit utuh
 - 2 = Hilangnya sebagian ketebalan kulit yang melibatkan epidermis & atau dermis
 - 3 = Kehilangan seluruh ketebalan kulit yang melibatkan kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan, dapat meluas ke bawah tetapi tidak melalui fasia di bawahnya,&/atau campuran sebagian & ketebalan penuh &/atau lapisan jaringan tertutup oleh jaringan granulasi
 - 4 = Tertutup oleh nekrosis
 - 5 = Kehilangan seluruh ketebalan kulit dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan atau kerusakan pada otot, tulang atau struktur pendukung
- c. Tepi luka : skor sebagai = 0 jika luka sembuh/ sembuh.
 - 1 = Samar, tidak jelas terlihat
 - 2 = Batas tepi terlihat, menyatu dengan dasar luka
 - 3 = Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka
 - 4 = Jelas, tidak menyatu dengan dasar luka, tebal
 - 5 = Jelas, fibrotic, parut tebal/ hyperkeratonic
- d. GOA (lubang pada luka di bawah jaringan sehat) : Menilai dengan memasukkan aplikator berujung kapas di bawah tepi luka, maju tanpa menggunakan kekuatan yang tidak semestinya, angkat ujung aplikator sehingga dapat dilihat atau dirasakan di permukaan kulit, tandai permukaan dengan pena , ukur jarak dari tanda pada pemandu dengan lingkaran konsentris yang dibagi menjadi 4 (25%) kuadran berbentuk pai untuk membantu menentukan persentase luka yang terlibat.
- e. Jumlah jaringan nekrosis: gunakan panduan pengukuran metric transparan dengan lingkaran konsentris yang dibagi menjadi 4 (25%)

kuadran berbentuk pai untuk membantu menentukan persentase luka yang terlibat.

- f. Jenis jaringan nekrosis : Jumlah jaringan nekrotik: gunakan panduan pengukuran metric transparan dengan lingkaran konsentris yang dibagi menjadi 4 (25%) kuadran berbentuk pai untuk membantu menentukan persentase luka yang terlibat. Jenis jaringan nekrosis pilih jenis jaringan nekrosis yang dominan pada luka menurut warna, konsistensi dan perlekatannya.

Jaringan non-viable putih/abu-abu: mungkin muncul sebelum luka terbuka, permukaan kulit putih atau abu-abu.

Slough kuning tidak melekat: Lengket melekat, slough kuning tebal, berserabut, gumpalan puing puing, melekat pada jaringan luka.

Perekat, lunak, eschar hitam: jaringan lembek kuat, melekat pada jaringan di tengah atau dasar luka.

Perekat kuat, eschar keras/hitam: jaringan keras, berkerak, melekat kuat pada dasar dan tepi luka (seperti keropeng yang keras).

- g. Jumlah eksudat : gunakan panduan pengukuran metric transparan dengan lingkaran konsentris membagi inti 4 (25%) kuadran berbentuk pie untuk menentukan persentase dressing yang terlibat dengan eksudat.

Tidak ada: jaringan luka kering.

Sedikit: Jaringan luka lembab, tidak ada eksudat yang terukur.

Kecil: Jaringan luka basah, kelembaban merata di luka, drainase melibatkan <25% dressing.

Sedang: Jaringan luka jenuh. drainase mungkin atau mungkin tidak merata pada luka, drainase >25% sampai <75% dressing.

Berat: Jaringan luka terendam dalam cairan drainase diekspresikan secara bebas, mungkin atau mungkin tidak merata dalam luka, drainase: melibatkan >75% dressing.

- h. Jenis eksudat : beberapa balutan berinteraksi dengan drainase luka untuk menghasilkan gel atau cairan perangkap. Sebelum menilai jenis eksudat, bersihkan luka secara perlahan dengan saline normal atau air. Pilih jenis ekadat yang dominan pada luka menurut warna dan konsistensinya.

Berdarah : kurus, merah cerah.

Scrosanguineous : tipis, berair merah pucat sampai merah muda.

Serous : tipis, berair, bening tipis atau tebal, cokelat buram hingga kuning atau hijau mungkin memiliki bau yang menyengat.

Purulen : tipis atau tebal, cokelat buram hingga kuning atau hijau mungkin memiliki bau yang menyengat

- i. Warna kulit : sekitar tuka, menilai jaringan dalam jarak 4 cm dari tepi luka. Orang berkulit gelap menunjukkan warna "merah terang" dan merah tua" sebagai pendalaman warna kulit etnis normal atau rona ungu. Seperti penyembuhan terjadi pada orang berkulit gelap, kulit baru berwarna merah muda dan mungkin tidak pernah menjadi gelap.
- j. Edema & indurasi jaringan perifer : kaji jaringan dengan tepi luka 4 cm. Edema non-pitting tampak seperti kulit semut pemalu yang tegang. Identifikasi pitting edema dengan menekan kuat jari ke dalam jaringan dan menunggu selama 5 detik, dengan tekanan yang sebenarnya, jaringan fat, untuk melanjutkan posisi sebelumnya dan lekukan muncui Indurasi mengakibatkan ketidakmampuan untuk mencubit jaringan. Gunakan panduan pengukuran metrik transparan untuk menentukan seberapa jauh edema atau indurasi melampaui luka.
- k. Jaringan granulasi : jaringan granulasi adalah pertumbuhan pembuluh darah kecil dan jaringan ikat untuk mengisi penuh luka. Jaringan sehat ketika cerah, merah gemuk, mengkilap dan granular dengan penampilan beludru. Pasokan vaskular yang buruk muncul sebagai merah muda pucat atau pucat sampai kusam, warna merah kehitaman.
- l. Epitelisasi : epitelisasi adalah proses pelapisan kembali epidermis dan tampak sebagai kulit merah muda atau merah. Gunakan panduan pengukuran metrik transparan dengan lingkaran konsentris yang dibagi menjadi 4 (25%) kuadran berbentuk pai untuk membantu menentukan persentase luka yang terlibat dan untuk mengukur jarak jaringan epitel terluas dari luka.

Lampiran 9 Standar Operasional Prosedur Perawatan Luka

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PERAWATAN LUKA PADA PASIEN DIABETES MELLITUS	
Definisi	Suatu tindakan merawat luka pada kaki penderita ulkus diabetes dengan menggunakan metode yang mempertahankan lingkungan luka tetap terjaga kelembabannya untuk memfasilitasi penyembuhan luka.
Tujuan	1. Membersihkan luka pada penderita ulkus diabetikum 2. Menutup luka pada penderita ulkus diabetikum 3. Mempercepat terjadinya pembentukan sel aktif 4. Menurunkan resiko infeksi
Persiapan alat dan bahan	6. Bak instrument berisi Pinset anatomi 1 buah dan pinset cirurgis 1 buah steril, Gunting Arteri 1, Kom satu buah, gunting jaringan 7. Bengkok 2 buah 8. Larutan NaCl 0,9 % 9. Sarung tangan /handscoon satu pasang 10. Desinfektan 11. Kassa steril secukupnya 12. Alkohol 70 % 13. Plester 14. Gunting plester 15. Supratulle 16. Perlak dan pengalas
Petugas	Perawat/mahasiswa perawat
Tahap orientasi	1. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien 2. Memperkenalkan diri bila pertemuan pertama kali 3. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan. (selama berkmuikasi gunakan bahasa yang jelas, sistematis serta tidak mengancam) 4. Informed consent apakah pasien setuju dilakukan tindakan atau tidak 5. Pasien diberikan kesempatan kepada pasien atau keluarga jika ada hal yang ingin ditanyakan terkait prosedur tindakan 6. Membuat kontrak waktu dengan pasien
Tahap kerja	1. Perawat mencuci tangan 6 langkah 2. Menjaga privasi pasien 3. Mendekatkan alat-alat yang telah disiapkan ke dekat pasien 4. Memasang sarung tangan bersih 5. Buka balutan luka dan buang ke bengkok 6. Lakukan pengkajian luka yang meliputi: a. Ukuran atau luas luka b. Jaringan nekrotik c. Jumlah jaringan nekrotik

	d. Warna kulit sekitar luka e. Kedalaman luka f. Cairan eksudat yang dikeluarkan g. Jaringan granulasi dan epitelisasi h. Adanya gangrene 7. Lakukan pembersihan luka atau pencucian luka Bisa membersihkan luka dengan menggunakan salah satu teknik atau kombinasi seperti : a. Irigasi : memberikan tekanan atau menyemprotkan cairan Nacl pada luka yang digunakan untuk membersihkan luka b. Perendaman : meredam luka c. Swabbing : mengusap atau ,menggosok secara perlahan 8. Kemudian luka dikeringkan dengan menggunakan kassa steril 9. Sambil membersihkan perhatikan apakah pasien merasakan nyeri pada saat perawatan luka 10. Perhatikan apakah terdapat jaringan nekrotik, jika ada lakukan CSWD (<i>Conservative Sharp Wound Healing</i>) yaitu pengangkatan jaringan nekrotik dengan menggunakan gunting atau pinset hanya pada jaringan mati yang sudah bisa diangkat 11. Selanjutnya ganti sarung tangan dengan handscoon steril 12. Lakukan pembalutan Beri Supratulle sesuai dengan kondisi luka, setelah itu tutup dengan kassa steril. Kemudian tutup luka dengan kassa gulung dan pleseter menggunakan hipafik dengan (luka jangan sampai tampak kelihatan dari luar). Ukur ketebalan kassa atau bahan yang ditempelkan ke luka harus mampu membuat suasana optimal atau <i>moist balance</i>. 13. Rapikan seluruh alat alat dan sampah 14. Rapikan pasien dan atur posisi pasien nyaman mungkin
Tahap terminasi	1. Tanyakan perasaan pasien setelah dilakukan perawatan luka 2. Akhiri kegiatan dengan memberikan reward atau mengucapkan terima kasih kepada pasien 3. Diskusikan kontrak waktu selanjutnya dengan pasien 4. Mengucapkan salam terapeutik 5. Catat hari tanggal waktu dilakukan tindakan, serta identitas pasien dan nama perawat 6. Catat tindakan yang dilakukan serta hasil dan respon pasien pada catatan perkembangan

Sumber	Desmawati, R. (2019). Asuhan keperawatan dalam penatalaksanaan perawatan luka ulkus diabetikum dengan <i>moist wound healing</i> pada Ny M Di Ruang Ambun Suri RSAM Bukittinggi tahun 2019. <i>Universitas Perintis Indonesia</i> .
--------	---

Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP***(CURRICULUM VITAE)***

Nama : Rhisma Dwi Astari
 TTL : Pontianak, 9 Maret 2004
 Alamat : Desa Kembangan RT 02/RW 06
 Kecamatan Sukomoro, Kabupaten Magetan
 Nama Ayah : Wagino
 Nama Ibu : Sutarmi
 No. Telp : 085812027357
 Email : astarirhisma@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita II Kembangan, Lulus Tahun 2010
2. SDN Kembangan 3, Lulus Tahun 2016
3. SMPN 1 Sukomoro, Lulus Tahun 2019
4. SMAN 1 Sukomoro, Lulus Tahun 2022
5. Sedang Menyelesaikan Pendidikan di Poltekkes Kemenkes Malang Program Studi Diploma III Keperawatan Kampus Kab. Ponorogo Tahun 2022-2025

Lampiran 11 Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : *Rhizma Dwi Astari*NIM : *P1720223097*Nama Pembimbing : *Gandur Widya Hendrawati, S.Kep., Ns., M.Kep.*Judul : *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Gangguan Integritas Kulit di Wilayah Kerja Puskesmas Babaden Kabupaten Ponorogo*

NO.	TANGGAL	BAB	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	<i>Senin, 23 Des. 2024</i>		<i>1. Baca Judul</i>	
2.	<i>Senin 27 Des. 2024</i>		<i>1. Mengurus BAB 1</i>	
3.	<i>Selasa, 31 Des 2024</i>		<i>1. Bab 1 bagian solusi tambahkan perawatan luka dan senam kaki secara garis besar 2. Manfaat bagi px dan keluarga di dahulu kan</i>	
4.	<i>Senin, 6 Jan. 2024</i>		<i>3. Tata penulisan dirapikan 1. Revisi BAB 1 2. Lihat Jurnal Ceng 3. Paragraf terakhir terlalu panjang 4. Kata klin diganti pasien 5. Kata tempat penelitian diganti puskesmas 6. Letak 4 kurang 1 kiri 7. Kata yang typo dibenahi 8. Diagnosis ditambahkan 9. Kriteria inklusi eksklusi di benahi 10. Sumber referensi digabungkan</i>	

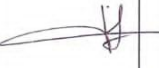
LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : *Rhima Dwi Ariani*NIM : *17150223047*Nama Pembimbing : *Gandir Widya Hendrawati, S.Kep., Ns., M.Kep.*Judul : *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Gangguan Integritas Kulit di Wilayah Kerja Puskesmas Babadan Kabupaten Pangreh.*

NO.	TANGGAL	BAB	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
5.	<i>Rabu, 8 Januari 2024</i>		1. <i>Sederhanakan nama insulasi</i> 2. <i>Tujuan umum & bro dibinakan</i> 3. <i>Menformatkan paragraf dan keluarga</i> 4. <i>Kriteria insulasi & usia 40-60 th</i> 5. <i>Pemilihan pimple.</i>	
6.	<i>Jumat 10 Januari 2024</i>		1. <i>Lengkapi lembar keastrian, lembar pengiraan, dll</i> 2. <i>Lengkapi lampiran dan Daftar pustaka</i>	
7.	<i>Senin, 13 Januari 2024</i>		1. <i>Daftar isi dibinakan</i> 2. <i>Daftar pustaka</i>	
8.			<i>Acc. proposal.</i>	
9.			<i>Kriteri Intensi review</i> <i>lembar observasi diperbaiki</i> <i>Acc review proposal.</i>	
10	<i>24/1/25</i>		<i>Perbaiki label</i> <i>Acc proposal</i>	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Khuma Dwi Ntari
 NIM : 17250223097
 Dosen Pembimbing : Ibu Gauder Widya Hendrawati, S.Tp.Nr., M.Tp.
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus
 Dengan Gangguan Integritas Kulit di wilayah kerja
 Puskesmas Stahung Kabupaten Pangarejo.

NO	TANGGAL	BAB	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
11	6.5.2021	4.5	• Binah kata yang typo • Binah kata dan kalimat di opisi • Binah kata penulisan	
12	7/5 2021	4.5	Binah kata yang masih typo susun lampiran.	
13	9/5 2021		Acc rujan KTI	
14	3/6 2021	4.5	Perbaiki kembali Saran. FTO setelah sah. Acc revisi ulang ulang KTI.	
15	11/6 2021	4.5	perbaiki Abstrak	
16	11/6 2021	4.5	Acc revisi KTI	

Lampiran 12 Asuhan Keperawatan

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DIABETES MELLITUS****POLTEKKES KEMENKES MALANG****PRODI D3 KEPERAWATAN (KAMPUS KAB. PONOROGO)***Jl.Dr.Ciptomangunkusumo No. 82A Ponorogo Jawa Timur***A. PENGKAJIAN****1. Biodata Pasien**

Nama : Tn. Y
 Umur : 69 tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Pekerjaan : Petani
 Status Perkawinan : Kawin
 Alamat : Dsn. S Ds. S Kec. S Kab. P
 Asuransi Kesehatan : BPJS

2. Biodata keluarga

Nama : Ny. N
 Umur : 68 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Pekerjaan : Petani
 Alamat : Dsn. S Ds. S Kec. S Kab. P
 Hubungan dengan pasien : Istri

3. Pengkajian**a. Domain 1: Health Promotion**

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
Factor resiko DM:	
1) Riwayat Konsumsi makanan mengandung Karbohidrat, gula	1) Pasien mengatakan mengkonsumsi nasi dengan porsi 1 centong, kadang-kadang pasien makan nasi jagung, konsumsi gula sudah dikurangi apabila minum teh hanya diberi gula merah sedikit.
2) Riwayat aktifitas fisik	2) Pasien mengatakan setiap hari ke hutan untuk mencari rumput, kadang pasien juga ke sawah
3) Kebiasaan merokok	
4) Kebiasaan minum alkohol	

	3) Pasien mengatakan masih merokok 3-4 batang sehari 4) Pasien mengatakan tidak minum alcohol
Kesehatan Umum 1) Keluhan Utama 2) Tanda-tanda vital (T,N,R,S) 3) GCS 4) Pupil, reflek pupil terhadap cahaya 5) Gangguan motoric 6) Gangguan sensorik 7) Reflek fisiologis	1) Terdapat luka ulkus di kaki kanan tepi kelingking, luka sudah 1 bulan 2) TD : 110/80 mmHg N : 86x/menit RR : 20x/menit S : 36.7 °C 3) E4V5M6 4) Pupil isokor, apabila diberi cahaya pupil mengecil 5) Pasien tidak mengalami gangguan motoric 6) Pasien tidak mengalami gangguan sensorik 7) Reflek fisiologis normal
Riwayat penyakit Sekarang	Pasien DM dengan ulkus diabetikum grade 1 di kaki kanan tepi kelingking. keadaan luka tidak pus, berwarna putih kering terdapat kulit yang menghitam dengan kedalaman kurang dari 1 cm, tidak ada edema, dan tidak ada keluhan nyeri pada luka.
Riwayat penyakit masa lalu	Pasien memiliki riwayat penyakit DM sejak 10 tahun yang lalu
Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit Diabetes Mellitus, Hipertensi. Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit menular seperti HIV, Hepatitis, dan TBC. Serta mengatakan tidak memiliki penyakit menahun seperti penyakit jantung dan gagal ginjal.
Riwayat pengobatan dan pengobatan sekarang	Pasien dan keluarga mengatakan penyakit yang dialami saat tidak dari keturunan sebelumnya, pasien dan keluarga mengatakan sakit yang dialami mungkin karena pola hidup dahulu yang

	tidak sehat seperti merokok, dan sering minum minuman yang manis.
Kemampuan mengontrol kesehatan 1) Kepatuhan diet DM 2) Kepatuhan minum obat DM 3) Rutin olah raga 4) Melakukan aktifitas fisik 5) Rutin cek kesehatan 6) Rutin cek Gula Darah 7) Rutin senam kaki	1) Pasien patuh diet dengan mengurangi konsumsi gula, akan tetapi sesekali pasien lupa dan makan makanan seadanya 2) Pasien mengatakan rutin minum obat, tetapi apabila tubuhnya tidak ada keluhan pasien tidak minum obat 3) Pasien rutin olahraga jalan kaki ke hutan 4) Aktivitas fisik setiap hari pasien mencari rumput untuk pakan ternak 5) Pasien rutin cek kesehatan di puskesmas 6) Pasien rutin cek gula darah 1 bulan sekali di puskesmas 7) Pasien belum pernah melakukan senam kaki karena belum mengetahuinya.
Faktor social ekonomi	Pasien bekerja sebagai petani dan mencari rumput untuk pakan ternak
Genogram	
Masalah Keperawatan	Gangguan integritas kulit

b. Domain 2: Nutrisi

Faktor/Komponen	Uraian/hasil
Antropometri 1) BB 2) TB 3) IMT	1) 62 kg 2) 165 cm 3) 22,8 (normal).
Biochemical 1) Gula Darah Acak 2) Haemoglobin 3) Hemoglobin glikat (HbA1c)	1) 285 mg/dl 2) Tidak terkaji 3) 11,4%
Clinical 1) Keadaan Rambut 2) Turgor kulit 3) Konjungtiva	1) Rambut pasien tampak tipis, beruban, dan tidak mudah rontok. 2) Turgor kulit pasien baik 3) konjungtiva tidak anemis.
Diet 1) Jenis makanan dan minuman 2) Jumlah makanan dan minuman 3) Jadwal makan dan minum	1) Makan dengan nasi putih kadang dengan nasi jagung, sayur dan lauk pauk, minum air putih 2) Porsi sedang 3) Jadwal makan teratur 3x1 pagi, siang, sore
Energi 1) Keluhan mudah lelah 2) Keluhan gemetar	1) Pasien mengatakan akhir-akhir ini mudah lelah 2) Tidak ada
Faktor yang mempengaruhi nutrisi 1) Mual 2) Muntah 3) Keadaan gigi 4) Kemampuan mengunyah 5) Kemampuan menelan 6) Polidipsi 7) Polifagia 8) Stomatitis	1) Tidak ada 2) Tidak ada 3) Komplemen gigi tidak lengkap karena factor usia 4) Kemampuan mengunyah sedikit berkurang karena komplemen gigi yang tidak lengkap 5) Kemampuan menelan baik 6) Pasien terkadang merasa sering haus 7) Pasien terkadang merasa sering lapar 8) Tidak ada
Cairan masuk	

Jenis dan Jumlah cairan masuk	Minum air putih sehari $\pm$ 1800 cc/hari
Cairan keluar Jenis, jumlah cairan yang keluar IWL	Urin : $\pm$ 1100 cc/hari IWL : 15 x kgBB : 15 x 62kg : 930 cc/hari CK = 1100 + 930 = 2030 cc/hari
Balance cairan	Balance cairan : CM - CK = 1800 – 2030 = - 230 (def)
Pemeriksaan Abdomen Inspeksi Auskultasi Palpasi pada 4 kuadran Perkusi	Inspeksi abdomen pasien tampak datar (normal), tidak tampak masa atau benjolan abnormal, tidak tampak ada lesi, tidak terdapat luka bekas operasi, tidak tampak bayangan vena di kulit perut pasien. Pemeriksaan auskultasi terdengar bising usus 14x/menit. Pemeriksaan palpasi didapatkan tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen pasien, tidak ada nyeri tekan pada appendix, turgor kulit pasien baik, tidak teraba benjolan abnormal pada abdomen pasien, tidak teraba pembesaran hepar, tidak teraba getaran cairan/asites bebas di cavum abdomen. Pemeriksaan perkusi didapatkan suara tympani pada abdomen pasien.
Masalah Keperawatan	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

c. **Domain 3: Elimination and change**

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
Pola Eliminasi alvi 1) Frekuensi buang air besar 2) Kebiasaan waktu BAB 3) Karakteristik faeces 4) Inkontinensia alvi 5) Diare 6) Konstipasi	1) Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari 2) Pagi hari 3) Lembek 4) Tidak ada 5) Tidak ada 6) Tidak ada
Pola eliminasi Urine 1) Frekuensi buang air kecil dalam 24 jam 2) Inkontinensia urine 3) Terpasang kateter 4) Karakteristik urine 5) Volume urine dalam 24 jam 6) Distensi kandung kemih 7) Sering kencing malam hari	1) Sehari BAK 7-8 kali 2) Tidak ada 3) Tidak 4) ± 1100 cc/hari 5) Tidak ada 6) Apabila merasa gula darahnya tinggi pasien BAK 10 kali dalam semalam
Integumen 1) Warna kulit 2) Turgor 3) Edema 4) Lesi	1) Tidak ikterik 2) Kembali > 2 detik 3) Tidak ada edema 4) Tidak ada lesi
Masalah Keperawatan	

d. **Domaian 4: Aktiviti/Rest**

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
Istirahat Tidur 1) Jam tidur siang dan malam 2) Insomnia 3) Kegiatan untuk merangsang tidur	1) Pasien tidur siang ± 1 jam, tidur malam mulai pukul 20.00 bangun pukul 04.00 2) Tidak ada 3) Tidak ada
Aktivitas 1) Jenis olah raga	

2) Kesemutan 3) Kulit terasa panas 4) Kulit terasa seperti ditusuk jarum 5) Rasa kebal di kulit 6) Kram 7) Kelelahan 8) Kaki pucat 9) Kekuatan otot 10) Adanya luka yang sulit sembuh 11) Nilai ankle bracial index (ABI). 12) Amputasi kaki akibat DM	1) Pasien olahraga jalan ke hutan sekalian mencari pakan ternak 2) Kadang-kadang 3) Tidak 4) Tidak 5) Tidak 6) Kadang kadang 7) Akhir akhir ini sering kelelahan 8) Tidak 9) 5 5 5 5 10) Ada di kaki kanan tepi kelingking 11) 0,72 12) Tidak ada
1) Pekerjaan 2) ADL a) Toileting b) Kebersihan c) Berpakaian 3) Bantuan ADL 4) Kekuatan otot 5) ROM 6) Resiko untuk cidera	1) Petani 2) a) mandiri, b) mandiri, c) mandiri 3) Tidak ada 4) 5 5 5 5 5) Aktif 6) Tidak ada
Cardiorespons 1) <i>Capillaryrefill</i> 2) <i>Clubbingfinger</i> 3) Akral 4) Edema 5) Irama jantung 6) Nyeri dada 7) Bunyi jantung 8) Palpitasi 9) Perdarahan : 10) Pemeriksaan jantung a) Inspeksi Palpasi b) Perkusi c) Auskultasi d) Palapsi	1) < 2 detik 2) Tidak ada 3) Hangat 4) Tidak ada 5) Regular 6) Tidak ada 7) Lup dup 8) Tidak 9) Tidak 10) Hasil pemeriksaan jantung didapatkan data inspeksi bentuk dada tampak simetris, tidak tampak ictus cordis di midclavikula ICS V. Pada pemeriksaan perkusi terdengar suara redup disetiap ICS I-IV. Pemeriksaan auskultasi terdengar bunyi jantung I (lup) dan bunyi jantung II (dup). Tidak ada suara tambahan gallop dan rhythm ataupun murmur. Hasil

	palpasi teraba ictus cordis pada ICS V.
--	---

d. Domain 4: Activity/Rest

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
Pulmonary respons 1) Penyakit sistem nafas 2) Kemampuan bernafas 3) Pemeriksaan paru-paru a) Inspeksi i. Bentuk dada ii. Tipe pernafasan iii. Irama / pola nafas : Teratur iv. Pernafasan cuping v. Nyeri bernafas saat : Tidak vi. Ekspansi dada vii. Retraksi dada viii. Sesak nafas ix. Batuk : Tidak x. Sputum : Tidak xi. Warna : Tidak xii. Saturasi oksigen b) Palpasi c) Perkusi d) Auskultasi	1) Tidak ada 2) Kemampuan bernafas pasien baik 3) Pemeriksaan paru-paru a. inspeksi i) Bentuk dada normal chest ii) Normal iii) Regular iv) Tidak tampak pernafasan cuping hidung v) Tidak vi) Tidak tampak adanya ekspansi dada vii) Tidak tampak adanya retraksi dada viii) Tidak ix) Tidak x) Tidak ada xi) Tidak ada xii) 99% b. Palpasi : getaran vocal fremitus kanan dan kiri sama c. Suara sonor d. Vesikuler diseluruh lapang paru tidak ada suara tambahan seperti ronchi, wheezing, maupun pleural friction rub
Masalah Keperawatan	

e. Domain 5: Perception / Cognition

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
Orientasi/ kognisi 1) Tingkat pendidikan 2) Pengetahuan tentang DM 3) Orientasi	1) Pasien tidak sekolah 2) Baik 3) Orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang baik
Sensasi / persepsi 1) Riwayat penyakit DM 2) Sakit kepala 3) Penginderaan (gangguan mata akibat DM/retinopati diabetic)	1) Sejak 10 tahun yang lalu 2) Tidak ada 3) Tidak ada
Communication 1) Bahasa yang digunakan 2) Kesulitan komunikasi	1) Bahasa daerah 2) Tidak ada
Masalah Keperawatan	

f. **Domain 6: Self Perception**

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
1) Perubahan fungsi peran 2) Gangguan citra tubuh 3) Persepsi pasien terhadap penyakit DM yang diderita 4) Perasaan penurunan harga diri, tidak berguna 5) Merasakan kecemasan 6) Mudah tersinggung 7) Mudah marah 8) Perasaan putus asa 9) Adanya cacat tubuh 10) Harga diri 11) Gambaran diri 12) Keinginan untuk menciderai	1) Tidak mengalami gangguan fungsi peran 2) Tidak ada 3) Pasien menerima keadaannya sekarang dan menganggap ini adalah ujian dari Allah 4) Tidak ada 5) Tidak 6) Tidak 7) Tidak 8) Tidak 9) Tidak ada 10) Pasien mengatakan keluarganya sangat menyayanginya dan tidak

	merendahnya walaupun sedang sakit 11) Pasien mengatakan dirinya bias sembuh dan terus mengontrol penyakitnya 12) Tidak ada
Masalah Keperawatan	

g. **Domain 7: Role Relationship**

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
Peranan hubungan 1) Status hubungan 2) Orang terdekat 3) Perubahan konflik / peran 4) Interaksi dengan orang lain	1) Pasien berhubungan baik dengan orang lain 2) Istri 3) Tidak ada 4) Pasien berinteraksi dengan baik
Masalah Keperawatan	

h. **Domain 8: Seksualitas**

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
Pria 1) Disfungsi ereksi 2) Penurunan libido	1) Tidak ada 2) Tidak
Wanita 1) Disfungsi seksual 2) Gatal pada vagina 3) Gangguan menstruasi	
Keharmonisan keluarga	Harmonis

Masalah Keperawatan	
---------------------	--

i. **Domain 9: *Coping / Stress Tolerance***

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
<i>Coping respons</i> 1) Rasa sedih / takut / cemas / putus asa / trauma 2) Rasa stress 2) Kemampuan untuk mengatasi (koping) 3) Perilaku yang menampakkan cemas Hasil pengukuran: 1) Depresi, cemas dan stress (DASS) 2) Zung Self-Rating Anxiety Scale	1) Tidak ada 2) Tidak ada 3) Berserah diri kepada Allah 4) Tidak ada 1) Tidak terkaji 2) Tidak terkaji
Masalah Keperawatan	

j. **Domain 10: *Life Principles***

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
Nilai kepercayaan 1) Kegiatan keagamaan yang diikuti 2) Kemampuan untuk berpartisipasi 3) Kegiatan kebudayaan 4) Kemampuan memecahkan masalah	1) Pasien rutin sholat 5 waktu 2) Kemampuan berpartisipasi pasien baik 3) Pasien masih sering mengikuti kegiatan kebudayaan 4) Pasien memecahkan masalah dengan baik diantu support oleh istri
Masalah Keperawatan	

--	--

k. **Domain 11: *Safety/ Protection***

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
1) Riwayat alergi 2) Penyakit autoimun 3) Tanda infeksi 4) Gangguan termoregulasi	1) Tidak ada 2) Tidak ada 3) Tidak ada 4) Tidak ada
Masalah Keperawatan	

l. **Domain 12: *Comfort***

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
1) Rasa nyeri nyeri di punggung kaki 2) Rasa panas di punggung kaki 3) Nyeri pada luka DM	1) Tidak ada 2) Tidak ada 3) Tidak ada keluhan nyeri pada luka
Kenyamanan / nyeri : <i>Provokes</i> (yang menimbulkan nyeri) <i>Quality</i> (bagaimana kualitasnya) <i>Regio</i> (dimana letaknya) <i>Scala</i> (berapa skalanya) <i>Time</i> (waktu) Rasa tidak nyaman lainnya Gejala yang menyertai	Tidak ada keluhan nyeri
Masalah Keperawatan	

m. **Domain 13: *Growth/Development***

Faktor/Komponen	Uraian/Hasil
-----------------	--------------

DM pada usia anak menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan Luka DM menimbulkan kecacatan	Tidak ada Tidak ada
Masalah Keperawatan	

B. PENATALAKSANAAN TERAPI

Tanggal	Nama obat	Cara pemberian	Dosis	Manfaat
	Glibenclamide	Oral	1 x 5 mg	Menurunkan kadar gula darah dengan cara meningkatkan kalsium intraseluler dalam sel beta pankreas sehingga menstimulasi produksi insulin

C. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Etiologi	Diagnosis Keperawatan
1	Ds : pasien mengatakan luka pada kaki kanan sejak 28 Maret 2025, awalnya kakinya pecah-pecah lalu timbul luka, setelah beberapa hari baru dibawa ke puskesmas untuk dilakukan rawat luka, pasien mengatakan lukanya sulit sembuh, pasien mengatakan kedua kakinya sering kram dan kesemutan Do : tampak adanya luka di kaki kanan tepi kelingking pasien, kondisi luka basah, kulit tepi luka bersisik, kedalaman kurang dari 1 cm, tidak berbau, terdapat sedikit jaringan nekrotik dan eksudat, tidak terdapat tanda infeksi dan tidak terdapat pus.	Neuropati perifer	Gangguan integritas kulit
2	Ds : pasien mengatakan terkadang sering BAK pada malam hari, sering merasa haus, sering merasa lapar, terkadang sering merasa mudah lelah, pasien mengatakan mengidap penyakit DM sudah 10 tahun. Do : keadaan umum pasien baik, tekanan darah 110/80mmHg, nadi 86x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,7°C, GDA 285 mg/dl.	Gangguan toleransi glukosa darah (hiperglikemia)	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

D. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Tanggal teratasi	Paraf
1	25 April 2025	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan adanya kerusakan lapisan kulit pada kaki kanan tepi kelingking (D.0129)	1 Mei 2025	
2	25 April 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah (hiperglikemia) dibuktikan dengan hasil GDA 285 mg/dl (D.0027)	1 Mei 2025	

E. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x 24 jam, diharapkan Integritas kulit dan jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil : 1.Nyeri menurun 2. Perdarahan menurun 3. Hematoma menurun 4. Kerusakan lapisan kulit menurun 5. Elastisitas meningkat 6. Hidrasi meningkat	Perawatan luka (I. 14564) Observasi : 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik : 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari 11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi 12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi : 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu

			2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	Kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x jam, diharapkan Kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Mengantuk menurun 2. Pusing menurun 3. Lelah/lesu menurun 4. Keluhan lapar menurun 5. Rasa haus menurun 6. Kadar glukosa dalam darah membaik 7. Kadar glukosa dalam urin membaik	Manajemen hiperglikemia (I.03115) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 3. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik Edukasi 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 4. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, jika perlu 5. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehata Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu

F. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

No Dx	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	25 Mei 2025	1. Memonitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Membersihkan jaringan nekrotik 6. Memasang balutan sesuai jenis luka 7. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jelaskan tanda gejala infeksi 10. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi Kalium (alpukat, kentang,bayam)dan protein (telur, ikan tuna, daging sapi, susu)	S : pasien mengatakan lukanya sulit sembuh, sejak 28 Maret 2025, sudah dirawat luka di puskesmas dan dirawat di rumah dibantu perawat des O : kondisi luka basah, kulit tepi luka bersisik, kedalaman kurang dari 1 cm, tidak berbau, terdapat sedikit jaringan nekrotik dan eksudat, tidak terdapat tanda infeksi dan tidak terdapat pus. Menurut indikator penilaian luka BJWAT luka pada skor 22, dan luka derajat 1 menurut klasifikasi Wagner Meggit. A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1-10
2	25 Mei 2025	1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (penyakit kambuhan) 3. Memonitor kadar glukosa darah 4. Memonitor tanda gejala hiperglikemia 5. Memonitor intake dan output cairan 6. Konsultasi dengan medis jika tanda gejala tetap ada atau memburuk 7. Menganjurkan hindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl	S : pasien mengatakan kadang sering BAK pada malam hari, kadang merasa sering haus dan sering lapar O : kondisi umum pasien baik, , tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 86x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,7°C, GDA 285 mg/dl A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1-10

		8. Mengajukan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 9. Mengajukan kepatuhan terhadap diet dan olah raga 10. Kolaborasi pemberian obat oral yaitu glibenclamide 5 mg 1 x sehari 1 jam sebelum makan	
1	26 April 2025	1. Memonitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Membersihkan jaringan nekrotik 6. Memasang balutan sesuai jenis luka 7. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jelaskan tanda gejala infeksi 10. Mengajukan mengkonsumsi makanan tinggi Kalium (alpukat, kentang,bayam)dan protein (telur, ikan tuna, daging sapi, susu)	S : pasien mengatakan lukanya sudah tidak basah, tidak mengeluarkan cairan O : luka tampak masih ada sedikit eksudat, jaringan nekrotik menurun, tepi luka masih bersisik. Menurut indikator penilaian luka BJWAT luka pada skor 22, dan luka derajat 1 menurut klasifikasi Wagner Meggit. A : masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi 1,2,4,5,7,9,10
2	26 April 2025	1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (penyakit kambuhan) 3. Memonitor kadar glukosa darah 4. Memonitor tanda gejala hiperglikemia 5. Memonitor intake dan output cairan 6. Konsultasi dengan medis jika tanda gejala tetap ada atau memburuk	S : pasien mengatakan masih sering merasa haus, namun tidak sering merasa lapar, semalam BAK 3 kali O : K/U baik, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 88x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,6°C, GDA 270 mg/dl A : Masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi 1,3,4,5,6,7,8,9,10

		7. Menganjurkan hindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl 8. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 9. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olah raga 10. Kolaborasi pemberian obat oral yaitu glibenclamide 5 mg 1 x sehari 1 jam sebelum makan	
1	27 April 2025	1. Memonitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Membersihkan jaringan nekrotik 5. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jelaskan tanda gejala infeksi 7. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi Kalium (alpukat, kentang,bayam)dan protein (telur, ikan tuna, daging sapi, susu)	S : pasien mengatakan tidak ada cairan yang keluar lagi dari luka, pasien mengatakan luka tidak nyeri O : kondisi luka jaringan nekrotik dan eksudat menurun, tepi luka berisisk, luka kering, tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Menurut indikator penilaian luka BJWAT luka pada skor 18, dan luka derajat 1 menurut klasifikasi Wagner Meggit. A : Masalah teratasi Sebagian P : lanjutkan intervensi 1-7
2	27 April 2025	1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memonitor tanda gejala hiperglikemia 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Konsultasi dengan medis jika tanda gejala tetap ada atau memburuk 6. Menganjurkan hindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl 7. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 8. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olah raga	S : pasien mengatakan semalam BAK 4 kali, pasien mengatakan sebelu, sarapan belum minum obat O : K/U baik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 84x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,8°C, GDA 278 mg/dl A : masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1-9

		9. Kolaborasi pemberian obat oral yaitu glibenclamide 5 mg 1 x sehari 1 jam sebelum makan	
1	28 April 2025	1. Memonitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Membersihkan jaringan nekrotik 5. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jelaskan tanda gejala infeksi 7. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi Kalium (alpukat, kentang,bayam)dan protein (telur, ikan tuna, daging sapi, susu)	S : pasien mengatakan lukanya sudah sedikit mengering tapi masih bersisik disekitar luka O : kondisi luka jaringan nekrotik dan eksudat menurun, tepi luka berisik, luka kering, tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Menurut indikator penilaian luka BJWAT luka pada skor 14, dan luka derajat 1 menurut klasifikasi Wagner Meggit. O : masalah teratasi Sebagian P : lanjutkan intervensi 1-7
2	28 April 2025	1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memonitor tanda gejala hiperglikemia 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Konsultasi dengan medis jika tanda gejala tetap ada atau memburuk 6. Menganjurkan hindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl 7. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 8. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olah raga 9. Kolaborasi pemberian obat oral yaitu glibenclamide 5 mg 1 x sehari 1 jam sebelum makan	S : pasien mengatakan tidak merasa sering BAK dan sering haus, pasien mengatakan sudah teratur minum obat sebelum makan O : K/U baik, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 88x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,7°C, GDA 248 mg/dl A : masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi 1-9
1	29 April 2025	1. Memonitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi	S : pasien mengatakan lukanya sudah kering, tidak ada keluhan apapun

		- Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Jelaskan tanda gejala infeksi - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi Kalium (alpukat, kentang, bayam) dan protein (telur, ikan tuna, daging sapi, susu)	O : kondisi luka jaringan nekrotik dan eksudat sudah tidak ada, tepi luka berisik, luka kering, granulasi kulit sudah baik. Menurut indikator penilaian luka BJWAT luka pada skor 13, dan luka derajat 0 menurut klasifikasi Wagner Meggit. A : Masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi 1-6
2	29 April 2025	- Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Memonitor kadar glukosa darah - Memonitor tanda gejala hiperglikemia - Memonitor intake dan output cairan - Konsultasi dengan medis jika tanda gejala tetap ada atau memburuk - Menganjurkan hindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl - Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olah raga - Kolaborasi pemberian obat oral yaitu glibenclamide 5 mg 1 x sehari 1 jam sebelum makan	S : pasien mengatakan semalam BAK 3 kali, merasa lelah O : K/U baik, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 88x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,7°C, GDA 190 mg/dl A : Masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi 1-9
1	30 April 2025	- Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) - Memonitor tanda-tanda infeksi - Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Jelaskan tanda gejala infeksi	S : pasien mengatakan lukanya sudah kering, pasien mengeluh kaki kram dan kesemutan O : kondisi luka jaringan nekrotik dan eksudat sudah tidak ada, tepi luka berisik, luka kering, granulasi kulit sudah baik. Menurut indikator penilaian luka BJWAT luka pada skor 13, dan luka derajat 0 menurut klasifikasi Wagner Meggit. A : masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi 1-6

		6) Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi Kalium (alpukat, kentang, bayam) dan protein (telur, ikan tuna, daging sapi, susu)	
2	30 April 2025	1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memonitor tanda gejala hiperglikemia 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Konsultasi dengan medis jika tanda gejala tetap ada atau memburuk 6. Menganjurkan hindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl 7. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 8. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olah raga 9. Kolaborasi pemberian obat oral yaitu glibenclamide 5 mg 1 x perhari 1 jam sebelum makan	S : pasien mengatakan semalam BAK 5 kali, pasien mengatakan semalam makan makanan dari tetangga yang ada acara jadi merasa gula darahnya naik O : K/U baik, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 88x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,7°C, GDA 214 mg/dl A : masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi 1-9
1	1 Mei 2025	1. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. Jelaskan tanda gejala infeksi 6. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi Kalium (alpukat, kentang, bayam) dan protein (telur, ikan tuna, daging sapi, susu)	S : pasien mengatakan kedua kakinya sudah tidak kesemutan O : kondisi luka jaringan nekrotik dan eksudat sudah tidak ada, tepi luka berisik, luka kering, granulasi kulit sudah baik. Menurut indikator penilaian luka BJWAT luka pada skor 13, dan luka derajat 0 menurut klasifikasi Wagner Meggit. A : masalah tertasi P : intervensi dihentikan
2	1 Mei 2025	1) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2) Memonitor kadar glukosa darah 3) Memonitor tanda gejala hiperglikemia	S : pasien mengatakan semalam BAK hanya 2 kali, tidak ada keluhan sering lapar, haus, dan mudah lelah, pasien mengatakan sudah teratur minum obat

	4) Memonitor intake dan output cairan 5) Konsultasi dengan medis jika tanda gejala tetap ada atau memburuk 6) Menganjurkan hindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl 7) Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 8) Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olah raga 9) Kolaborasi pemberian obat oral yaitu glibenclamide 5 mg 1 x sehari 1 jam sebelum makan	O : K/U baik, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 86x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,7°C, GDA 182 mg/dl A : masalah teratasi Sebagian P : lanjutkan intervensi 1-9
--	---	--