

## LAMPIRAN I

### ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA INDIVIDU

#### A. PENGKAJIAN

1. Identitas
  - a. Nama Lansia (Inisial): Ibu C
  - b. Jenis kelamin : Perempuan
  - c. Agama : Islam
  - d. Usia : 75 Tahun
  - e. Status perkawinan : Kawin
  - f. Pendidikan Terakhir : SD
  - g. Pekerjaan : Tidak ada
  - h. Alamat : Duren Sawit
  - i. Tanggal masuk Panti: 21 April 2017
  
2. Alasan Ke Panti : WBS dibawa oleh ketua RT di duren sawit ke Dinas Sosial PSBI BD I Kedoya atas permintaan WBS karena mengalami kebutaan permanen. WBS mengatakan jika berada di panti lansia, akan ada yang mengurusnya hingga meninggal. Setelah itu dipindahkan ke PSTW Budi Mulia 3 Pondok Indah. WBS mengatakan sudah 6 tahun tinggal di panti ini. Sebelum tinggal di Panti, WBS tinggal di rumah ketua RT di Duren Sawit Jakarta Timur.
  
3. Riwayat kesehatan
  - 1) Riwayat kesehatan yang lalu : WBS mengatakan mengalami gangguan penglihatan sejak tahun 2016. Pada saat ini, WBS mengalami katarak pada mata kanan tetapi WBS tidak memeriksakan ke faskes dan hanya mengobati dengan Insto tetes mata. Beberapa bulan kemudian, mata kiri WBS juga mengalami buram tetapi WBS hanya menggunakan Insto tetes mata. WBS sudah di sarankan oleh ketua RT di Duren Sawit untuk berobat tetapi WBS beralasan tidak memiliki kartu BPJS kesehatan. Pada tahun 2019, ada bakti sosial dari kantor pajak untuk melakukan operasi katarak secara gratis, pada saat itu WBS berpartisipasi dalam Baksos itu. Sebelum dilakukan operasi katarak, WBS di periksakan gula darah dan hasil >300 mg/dL sehingga WBS tidak diperbolehkan untuk operasi katarak. Seiring berjalannya waktu, WBS tidak melakukan kontrol gula darah sehingga WBS mengalami kebutaan permanen. Setelah 1 minggu mengalami buta permanen, WBS meminta kepada ketua RT duren sawit untuk diantarkan ke panti lansia. Hingga saat ini, WBS sudah berada di panti selama 6 tahun. Selain itu WBS mengatakan pada zaman dahulu orangtuanya tidak pernah memeriksakan kesehatan

kerumah sakit dan pelayanan kesehatan karena pelayanan kesehatan masih sangat terbatas.

- 2) Riwayat kesehatan sekarang : WBS mengatakan saat ini mengalami sakit DM dan Kolestrol dan terapi yang didapat dari klinik adalah Metformin 500 mg dan simvastatin 10 mg, kedua tangan dan kaki kadang terasa kesemutan dan terasa kaku.
- 3) Riwayat kesehatan keluarga : WBS mengatakan tidak tahu ada anggota keluarga yang sakit.

#### 4) Kebiasaan Sehari-hari

##### a. Biologis :

- 1) Pola makan : Berdasarkan observasi yang dilakukan, diketahui bahwa WBS makan 3 kali sehari dengan makanan yang disediakan panti. Makanan yang disediakan oleh petugas panti berupa nasi, sayur, lauk pauk, dan buah-buah yang dibagikan setiap pukul 07.00 untuk makan pagi, pukul 12.00 untuk makan siang, dan pukul 16.00 untuk makan sore. Snack 2 kali sehari pada pukul 09.00 dan 16.00. Hasil observasi pada pola makan menunjukkan WBS porsi makanan yang diberikan di habiskan dan makanan tidak ada pantangan. WBS juga mengkonsumsi makanan selingan selain makan berat. Makanan selingan seperti bubur kacang hijau atau roti dan susu diberikan setiap hari Selasa dan Jumat sesuai senam. WBS juga sesekali makan makanan ringan apabila ada tamu yang memberikan kue atau biskuit.
- 2) Pola minum : WBS mengatakan sebelum ke panti ini, WBS sering minum kopi tetapi setelah di panti tidak pernah minum kopi lagi karena di larang oleh dokter. Selama di panti, WBS minum air putih/teh 4-5 gelas sehari
- 3) Pola tidur : WBS mengatakan tidak pernah begadang, tidur malam jam 8 dan bangun pagi jam 6. Istrahat siang pada jam 2 sampai jam 4 sore.
- 4) Pola eliminasi : WBS mengatakan BAB 2 hari sekali, BAK 3-4 kali sehari
- 5) Aktivitas dan istirahat : WBS mengatakan tidak memiliki aktivitas rutin di panti, hanya mengikuti kegiatan senam dan sholat jika di panggil oleh petugas
- 6) Rekreasi : WBS mengatakan selama di panti, tidak dibolehkan kemana-mana, hanya melakukan aktivitas di dalam panti.

##### b. Psikososial dan Budaya :

- 1) Perasaan saat ini dalam menghadapi masalah : WBS mengatakan sangat senang berada dipanti, memiliki banyak teman dan senang jika semakin banyak orang yang mengunjungi ke panti.

- 2) Cara mengatasi perasaan tersebut : WBS mengatakan suka bernyanyi dan berpantun serta sholat sesuai waktunya.
  - 3) Rencana klien setelah masalahnya terselesaikan : WBS mengatakan merasa nyaman tinggal di panti, sholat dan tidur.
  - 4) Pengetahuan klien tentang masalah/ penyakit yang ada : WBS mengatakan sejak beberapa tahun lalu menderita Diabetes Mellitus sehingga dokter melarang WBS makan yang manis, kurangi garam, menghindari makanan yang berminyak agar tetap sehat.
  - 5) Budaya yang diikuti klien adalah budaya Sunda
  - 6) Keberatan/ tidak terhadap budaya yang diikuti? WBS mengatakan sudah menjadi kebiasaan sehingga tidak keberatan terhadap budaya tersebut.
  - 7) Cara mengatasi : Menyesuaikan diri dengan lingkungan saja.
- c. Hubungan sosial
- 1) Aktivitas atau peran di masyarakat : WBS mengatakan tidak terlibat dalam kegiatan yang dilakukan di masyarakat.
  - 2) Kebiasaan di lingkungan yang tidak disukai dan cara mengatasi : WBS mengatakan tidak terlibat dalam kelompok masyarakat sehingga tidak tahu kebiasaan di lingkungan tersebut.
  - 3) Pandangan klien tentang aktivitas sosial di lingkungannya : WBS mengatakan tidak tahu.
  - 4) Hubungan dengan anggota kelompok : WBS mengatakan baik-baik saja dengan lingkungan.
- d. Spiritual/ kultur
- 1) Aktivitas ibadah yang sehari-hari dilakukan : WBS mengatakan sering melakukan ibadah sholat.
  - 2) Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan : WBS mengatakan mengikuti ibadah sholat saja di panti.
  - 3) Perasaan klien akibat tidak dapat melaksanakan ibadah tersebut : WBS mengatakan santai saja.
  - 4) Upaya klien mengatasi perasaan tersebut : WBS mengatakan hanya tidur atau duduk di halaman depan dekat pagar.
  - 5) Apa keyakinan klien tentang peristiwa/masalah kesehatan yang sekarang sedang dialami : WBS mengatakan jika tidak menjaga kesehatan dan pikiran, maka akan ada hal buruk seperti sakit hingga kematian.
- 5) Pemeriksaan fisik
- a. Tingkat kesadaran : Composmentis, E0V5M6
  - b. Tanda vital : TD 115/73 mmHg, N 84 x/m, RR 20 x/m, S 36,3°C, SpO<sub>2</sub> 97%
  - c. Pengukuran BB 55 kg, TB 149 cm

d. Pemeriksaan dan kebersihan perorangan

1) Periksa pandang :

WBS adalah perempuan lanjut usia diperkirakan berusia 75 tahun. Memiliki BB 55 kg, TB 149 cm. kondisi fisik terlihat sehat dan dapat beraktivitas secara mandiri. WBS dapat berorientasi yaitu dapat mengingat semua kejadian yang terjadi hingga saat ini. WBS juga dapat mengendalikan emosinya saat di ganggu oleh klien lain. Proses pikir WBS sederhana, tidak rumit. Interaksi sosial WBS memiliki kemampuan untuk meresponi ajakan interaksi sosial. WBS mengalami kebutaan sejak tahun 2019. Sudah dilakukan pengkajian pada WBS, selama wawancara tampak WBS berbicara dengan baik, komunikasi balik.

2) Hasil dari pemeriksaan : Gangguan pada penglihatan (Impairment of vision)

e. Pemeriksaan fisik

1) Kepala :

a) Mata : WBS mengalami kebutaan permanen, konjungtiva anemis, sklera non ikterik, pupil isokor, katarak (-), buram (-), kacamata (-), nyeri (-)

b) Rambut : pendek, uban, kulit kepala tampak bersih, lesi (-), gatal (-), benjolan (-)

c) Telinga : Bentuk simetris, lesi (-), pendengaran normal, alat bantu dengar (-), bagian dalam telinga tampak kotor, nyeri (-)

d) Hidung : bentuk simetris, lesi (-), polip (-), bagian dalam hidung tampak kotor, mukosa lembab

e) Mulut : gigi bersih, mulut tidak bau, gigi utuh, mukosa lembab, stomatitis (-), lesi (-)

2) Dada :

a) Paru : suara paru vesikuler, pengembangan dinding dada simetris, penggunaan otot pernapasan (-), massa (-), lesi (-)

b) Sistem vaskularisasi/ jantung : bunyi jantung normal, irama teratur, nyeri dada (-), keluhan sesak (-)

3) Abdomen : Supel, edema (-), massa/ benjolan (-), nyeri tekan (-), bising usus 8x/menit

4) Genitalia : Tidak terkaji

5) Ektremitas : Tidak ada edema pada ekstremitas, kadang nyeri pada kedua lutut, kesemutan, tidak dapat berjalan cepat karena buta dan kaki terasa kaku dan sakit.

f. Laboratorium : Pada saat dilakukan pengkajian WBS dalam keadaan puasa dan dilakukan pemeriksaan gula darah puasa dengan nilai 177 mg/dL, asam urat 10,4 mg/dL.

- g. Informasi penunjang : Tidak ada  
 h. Terapi medis : WBS menjalani pengobatan DM dan Kolestrol sejak tahun 2019. Terapi yang didapatkan adalah Metformin 500 mg 2x1 tab (pagi dan sore) dan Simvastatin 10 mg 1x1 tab (malam hari).

## 6) Pengkajian khusus lansia

## 1. Pengkajian Katz Index

NO	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi	V	
	Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya		
2	Berpakaian	V	
	Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing/mengikat pakaian Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		
3	Ke Kamar Kecil	V	
	Mandiri : Masuk Dan Keluar Dari Kamar Kecil Kemudian Membersihkan Genitalia Sendiri Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		
4	Berpindah	V	
	Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan		
5	Kontinen	V	
	Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinesia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)		
6	Makan	V	
	Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri		

	Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)		
--	---	--	--

Beri tanda (✓) pada point yang sesuai kondisi klien

### Analisa Hasil

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut.

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan.

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.

Interpretasi :

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.

## 2. Screening Fall

PENGAJIAN	SKALA	POIN	SKOR
Riwayat jatuh : Apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Ya	25	25
	Tidak	0	0
Diagnosis sekunder ( $\geq$ diagnosis medis) : Apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Ya	15	15
	Tidak	0	
Alat bantu	Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)	30	30
	Alat penopang (Kruk, tongkat, walker)	15	
	Tidak ada / kursi roda / perawat / tirah baring	0	0
Terapi intravena : Apakah saat ini lansia terpasang infus?	Ya	20	
	Tidak	0	0
Gaya Berjalan/ cara berpindah	Terganggu/ tidak normal	20	

	Lemah	10	
	Normal / tirah baring / imobilisasi	0	0
Status mental	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	15	15
	Sadar akan kemampuannya diri sendiri	0	0
		Total	60

Kategori :

Risiko tinggi :  $\geq 45$

Risiko sedang : 25-44

Risiko rendah : 0-24

Interpretasi : Risiko tinggi

### 3. Pengkajian Apgar Score

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang (1)	Tidak Pernah (0)
1	<b>A : Adaptasi</b> Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			0
2	<b>P : Partnership</b> Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya			0
3	<b>G : Growth</b> Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arahan baru			0
4	<b>A : Afek</b> Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai			0
5	<b>R : Resolve</b> Saya puas dengan cara teman-teman saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon		1	
	Jumlah		1	0

**Penilaian**

Nilai : 0-3 : Disfungsi Keluarga Sangat Tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi Keluarga Sedang

Interpretasi : Disfungsi keluarga sangat tinggi

## 4. Pengkajian Status Mental (SPMSQ)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang? Jawab : Sekitar jam 12 siang	V	
2	Tahun berapa sekarang? Jawab : 2023	V	
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab : Tahun 1948	V	
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang? Jawab : 75 tahun	V	
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang? Jawab : PSTW Budi Mulai 3 Pondok Indah Jakarta Selatan	V	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab : Tidak ada (anak tunggal)	V	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab : Tidak ada	V	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia? Jawab : 1945	V	
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang? Jawab : Joko Widodo	V	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1? Jawab : 20, 19, 18, 17, 14, 15, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 8, 7, 9, 7, 8, 6, 5, 4, 3, 2, 1	V	
	Jumlah	10	0

**Analisi Hasil**

Skore salah : 0-2 : Fungsi Intelektual Utuh

Skore salah : 3-4 : Kerusakan Intelektual Ringan

Skore salah : 5-7 : Kerusakan Intelektual Sedang

Skore salah : 8-10 : Kerusakan Intelektual

Interpretasi : Kerusakan Intelektual Utuh



## 5. Penilaian Resiko Dekubitus Skala Norton

ITEM	SKOR
Kondisi Fisik Umum	
• Baik	4
• Lumayan	3
• Buruk	2
• Sangat Buruk	1
Kesadaran	
• Kompos Mentis	4
• Apatis	3
• Konfus/Soporis	2
• Stupor/Koma	1
Aktivitas	
• Dapat Berpindah	4
• Berjalan Dengan Bantuan	3
• Terbatas di Kursi	2
• Terbatas di Tempa Tidur	1
Mobilitas	
• Bergerak Bebas	4
• Sedikit Terbatas	3
• Sangat Terbatas	2
• Tak Bisa Bergerak	1
Inkontinensia	
• Tidak Ngompol	4
• Kadang – Kadang	3
• Sering Inkontinensia Urine	2
• Sering Inkontinensia Alvi dan Urine	1

Keterangan :

Skor < 14 : Resiko tinggi terjadinya ulkus decubitus

Skor < 12 : Peningkatan risiko 50x lebih besar terjadinya ulkus decubitus

Skor 12 – 13 : Resiko Sedang

Skor > 14 : Resiko Kecil

Interpretasi : Risiko Kecil

## Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1	<p><b>DS</b> : WBS mengatakan kadang terasa kaku dan kesemutan pada kaki kiri dan kanan</p> <p><b>DO</b> : Kulit kaki tampak kering, tidak ada luka, WBS memiliki riwayat DM sejak tahun 2019 dan Kolestrol terkontrol dengan terapi Metformin 500 mg dan simvastatin 10 mg.</p> <p>Hasil screening menggunakan MNSI : risiko rendah, monofilament test 10 gram : risiko sedang.</p>	Risiko gangguan integritas kulit	Neuropati perifer
2	<p><b>DS</b> : WBS mengatakan kadang terasa kaku dan kesemutan pada kaki kiri dan kanan</p> <p><b>DO</b> : WBS mengalami gangguan penglihatan sejak tahun 2016, usia WBS 75 tahun, pengkajian screening fall : risiko tinggi</p>	Risiko jatuh	Gangguan penglihatan : Tunanetra

**B. PRIORITAS DIAGNOSIS**

1. Risiko gangguan integritas kulit
2. Risiko jatuh

## C. INTERVENSI

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Risiko gangguan integritas kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali pertemuan selama 10-15 menit, integritas kulit/ jaringan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kulit tampak lembab</li> <li>✓ Rasa kesemutan berkurang</li> <li>✓ Perubahan pigmentasi tidak terjadi</li> <li>✓ Penurunan mobilitasi tidak terjadi</li> <li>✓ Perubahan sirkulasi tidak terjadi</li> <li>✓ Suhu lingkungan tetap terjaga berkisar 21,3 – 29,7 derajat celcius</li> <li>✓ Tidak terjadi penekanan yang lama pada area kaki</li> </ul>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</li> <li>4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</li> <li>5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</li> <li>6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)</li> <li>8. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>10. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> </ol>

			<p>11. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim</p> <p>12. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p> <p>Intervensi Inovatif :</p> <p>Lakukan perawatan kaki : rendam kaki dengan air hangat</p>
2	Risiko jatuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 kali pertemuan selama 10-15 menit, tidak terjadi jatuh.	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</li> <li>2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>4. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Anjurkan memanggil pendamping jika membutuhkan bantuan</li> <li>6. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> </ol> <p>Intervensi inovatif :</p> <p>Edukasi pencegahan jatuh</p>

## LAMPIRAN II

## Instrumen screening Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Skor
1	Apakah kaki anda mati rasa?		√	
2	Apakah anda pernah merasakan nyeri seperti terbakar pada kaki?		√	
3	Apakah kaki anda kurang sensitif terhadap sentuhan?		√	
4	Apakah anda sering merasa kram pada kaki?	√		1
5	Apakah anda pernah merasakan nyeri seperti tertusuk pada kaki atau telapak kaki?	√		1
6	Apakah kulit anda terasa nyeri jika tersentuh kain?		√	
7	Ketika anda mandi, apakah menggunakan air dingin terlebih dahulu kemudian air hangat?		√	
8	Apakah anda pernah mengalami luka terbuka pada kaki?		√	
9	Apakah dokter pernah menyampaikan kalau anda terkena diabetic neuropathy?	√		1
10	Apakah anda merasa lelah setiap saat?		√	
11	Apakah anda merasa kurang baik pada malam hari?		√	
12	Apakah kaki anda sakit saat berjalan?		√	
13	Apakah anda mampu merasakan pijakan kaki anda ketika berjalan?	√		1
14	Apakah kulit kaki anda kering dan pecah-pecah?	√		1
15	Apakah anda pernah amputasi?		√	
Total				5

Keterangan :

Gejala rendah : skor 1-5

Gejala sedang : skor 6-10

Gejala berat : skor 11-15

Interpretasi : Dapat dilakukan perawatan kaki apabila skor dibawah 10.

Pada pengkajian ini, didapatkan hasil pemeriksaan dengan skor 5 (risiko rendah).

LAMPIRAN III

Dokumentasi

Pemeriksaan Monofilament test : Kaki Kanan



Pemeriksaan Monofilament test : Kaki Kiri



Perawatan Kaki : Rendam kaki dengan air hangat dan garam



Keterangan :

**Risiko Rendah** : Mampu merasakan sentuhan atau sensasi pada seluruh bagian telapak kaki dan teraba nadi pada kaki

**Risiko Sedang :** Tidak merasakan sentuhan pada lebih dari 8 titik pemeriksaan, tidak teraba nadi pada kaki dan terdapat faktor risiko lain misalnya; tidak mengontrol gula darah atau penggunaan alas kaki yang berisiko

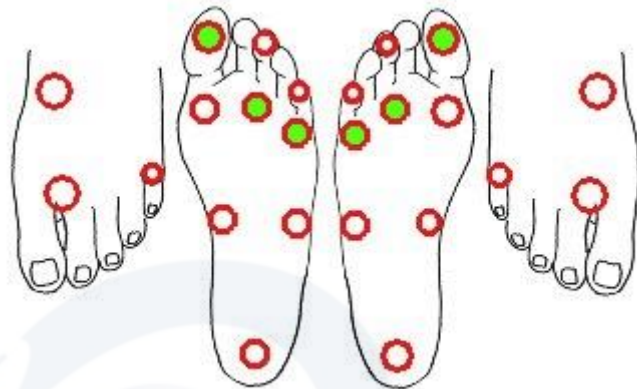
**Risiko Tinggi :** Tidak merasakan sentuhan pada lebih dari 8 titik pemeriksaan, tidak teraba nadi pada kaki dan adanya deformitas pada kaki atau perubahan warna kulit seperti adanya eritema dan kalus.

**Kondisi Kegawatan :** Terdapat luka baru, kaki sudah mengalami bau.

**Interpretasi :** Dalam pengkajian, melakukan pemeriksaan 12 titik pada kaki di dapatkan hasil 5 titik pada kaki dapat merasakan sentuhan dan sensasi, 7 titik dapat merasakan sensasi dan sentuhan tapi kurang. Pada pemeriksaan kaki tersebut di simpulkan skor sedang.

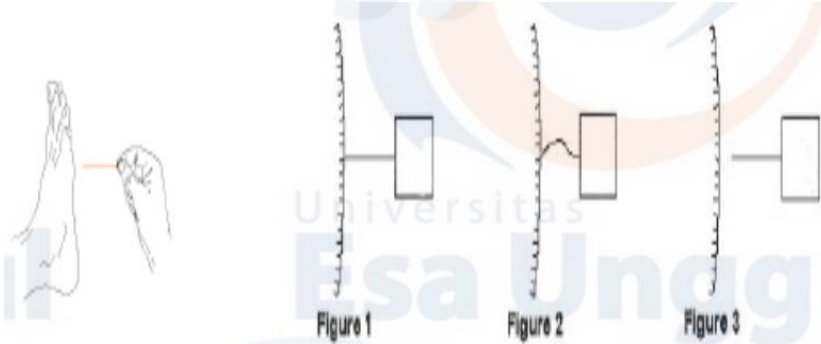
## LAMPIRAN IV

<b>Standar Prosedur Operasional (SPO) Screnning Monofilament Test</b>	
<b>Pengertian</b>	Metode pemeriksaan peripheral neuropathy yang dilakukan dengan cara menusuk titik-titik tertentu pada telapak kaki menggunakan alat monofilament test untuk mendeteksi masalah neuropati.
<b>Tujuan</b>	Membantu penderita untuk mengetahui apakah pada anggota tubuhnya terjadi kerusakan saraf yang diakibatkan oleh Diabetes Mellitus
<b>Prosedur</b>	<p><b>Persiapan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Persiapan Alat : alat monofilament test 10 gram</li> <li>b) Persiapan klien : Kontrak topik, waktu, tempat, dan tujuan dilakukan foot spa, atur posisi klien berbaring dengan telapak kaki datar</li> <li>c) Persiapan lingkungan : Ciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien jaga privacy pasien.</li> </ol> <p><b>Pelaksanaan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Lakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan</li> <li>b) Anjurkan klien dalam kondisi rileks. Saat dilakukan pemeriksaan, anjurkan klien menutup mata</li> <li>c) Instruksikan kepada klien untuk mengatakan “iya” jika merasakan adanya stimulus yang dirasakan. Namun jika stimulus yang dirasakan kurang maka klien perlu menjawab iya namun stimulus kurang</li> <li>d) Lakukan kalibrasi dalam pemeriksaan.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentuhkan monofilament pada bagian dorsal dari ibu jari kaki dan sentuhkan juga pada bagian proksimal kuku kaki</li> </ul> </li> </ol>





- Tekan monofilament test hingga 2 detik sampai menekuk dan angkat secara perlahan. Gunakan gerakan yang lembut saat melakukan pemeriksaan.



- Instruksikan kepada klien untuk mengidentifikasi adanya sensasi setiap sentuhan yang dilakukan
- e) Lakukan secara berulang pada 12 titik kaki kanan dan kaki kiri dengan memposisikan monofilament tegak lurus dengan telapak kaki. Lakukan pemeriksaan ini secara acak
- f) Jangan lakukan pemeriksaan pada daerah yang terdapat luka, kallus, atau jaringan mati.

**Evaluasi :**

- a) Observasi keadaan klien setelah dilakukan pemeriksaan
- b) Simpulkan hasil yang dilakukan dan baca hasil interpretasi pemeriksaan mengikuti panduan pemeriksaan (terlampir)

<http://en.citizendium.org/wiki/Diabeticneuropathy#Screening>

Feng Y, Schlösser FJ, & Sumpio BE (2009). The Semmes Weinstein monofilament examination as a screening tool for diabetic peripheral neuropathy. *Journal of vascular surgery : official publication, the Society for Vascular Surgery [and] International Society for Cardiovascular Surgery, North American Chapter*, 50 (3) PMID: [19595541](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19595541/)

## LAMPIRAN V

<b>Standar Prosedur Operasional (SPO)</b> <b>Foot Spa Diabetic : Rendam Kaki Dengan Air Hangat dan Garam</b>	
<b>Pengertian</b>	Rendam kaki air hangat adalah suatu aktifitas perawatan kaki untuk melunakkan sel kulit mati atau kotoran yang terdapat pada sel-sel kulit serta memperlancar aliran darah akibat dari vasodilatasi pembuluh darah.
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melunakkan sel kulit mati atau kotoran yang terdapat pada sel-sel kulit yang sulit di jangkau dengan sikat atau alat pembersih</li> <li>2. Memperlancar sirkulasi darah karena air hangat dapat membuat vasolidasi pada pembuluh darah.</li> <li>3. Menurunkan tekanan darah secara non farmakologis</li> <li>4. Meningkatkan relaksasi otot</li> <li>5. Menurunkan rasa nyeri dan kesemutan</li> </ol>
<b>Indikasi</b>	Dilakukan pada pasien dengan neuropati perifer
<b>Kontraindikasi</b>	Pasien yang terdapat luka dibagian kaki
<b>Alat dan bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baskom</li> <li>2. Air hangat</li> <li>3. Kain/ handuk</li> <li>4. Garam</li> <li>5. Sikat khusus</li> <li>6. Thermometer</li> </ol>
<b>Prosedur</b>	<p><b>Fase Pra Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyiapkan alat dan bahan</li> </ol> <p><b>Fase Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam dan menyapa klien</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Menjelaskan tujun dan prosedur</li> <li>4. Menanyakan kesiapan klien</li> </ol> <p><b>Fase Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga privasi klien</li> <li>2. Mencuci tangan sebelum Tindakan</li> <li>3. Menanyakan kenyamanan klien</li> <li>4. Menganjurkan klien untuk duduk</li> <li>5. Menuangkan air mendidih ke baskom yang dicampur dengan air dingin sebanyak 2 liter dan ukur suhu air menggunakan thermometer sekitar 37,5°C</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Tambahkan garam 20 mg (2 sendok teh)</li><li>7. Selanjutnya masukan kaki klien kedalam baskom yang sudah terisi air hangat dan biarkan selama 10-15 menit</li><li>8. Setelah itu, kaki diangkat dan diletakkan di atas kursi kecil kemudian bersihkan kulit dengan sabun dan waslap hingga bersih termasuk pada sela-sela jari dan kuku dengan menggunakan sikat khusus</li><li>9. Bilas kedua kaki dengan waslap air bersih kemudian keringkan kedua kaki dengan kain/ handuk kecil.</li><li>10. Merapikan alat yang sudah digunakan</li><li>11. Mencuci tangan setelah tindakan</li></ol> <p><b>Fase Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukan tindakan</li><li>2. Menyampaikan hasil prosedur setelah dilakukan tindakan</li><li>3. Memberikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien</li><li>4. Melakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya</li><li>5. Mengakhiri kegiatan dengan memberikan salam dan berpamitan</li></ol> <p><b>Fase Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dokumentasi hasil kegiatan</li><li>2. Tulis tanggal pelaksanaan</li><li>3. Nama dan tandatangan perawat yang melakukan</li></ol>
--	--

<https://www.studocu.com/id/document/universitas-tanjungpura/program-studi-profesi-ners/sop-rendam-kaki-air-hangat/34119509>