

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Gangguan Integritas Jaringan Pada Diabetes Melitus Tipe 2

1. Pengertian

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) gangguan integritas jaringan merupakan kerusakan jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen) yang terjadi pada pasien DM tipe 2. Diabetes Melitus tipe 2 adalah kelainan metabolik yang ditandai dengan kenaikan gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas (Irianto, 2015). Gangguan integritas jaringan pada pasien diabetes mellitus tipe 2 adalah kerusakan jaringan secara menyeluruh atau sebagian yang diakibatkan karena adanya kelainan metabolik yang ditandai dengan peningkatan pada kadar gula (glukosa) yang tinggi dalam darah.

2. Faktor yang mempengaruhi gangguan integritas jaringan pada diabetes mellitus tipe 2

Faktor-faktor yang memengaruhi integritas jaringan menurut (Tarwoto & Wartonah, 2015) yaitu sebagai berikut :

a. Keadaan sirkulasi darah

Pada kondisi kelemahan fisik, maka bagian tubuh akan tertekan lama. Keadaan ini menyebabkan aliran darah tidak adekuat sehingga terjadinya hipoksia jaringan sampai menjadi iskemia dan nekrosis jaringan.

b. Trauma

Trauma berulang dapat menimbulkan kerusakan pada jaringan kulit, baik trauma yang disengaja seperti pembedahan, maupun trauma yang tidak disengaja seperti trauma tumpul, trauma tajam, luka bakar, terpapar listrik, dan zat kimia.

c. Usia

Semakin bertambahnya usia secara biologi akan memengaruhi proses penyembuhan luka. Menurunnya fungsi makrofag menyebabkan terhambatnya respon inflamasi, terlambatnya sintesis kolagen, dan melambatnya epitalisasi. Biasanya terjadi pada usia di atas 50 tahun (Ekaputra, 2013).

3. Etiologi gangguan integritas jaringan pada diabetes mellitus tipe 2

Faktor utama yang berperan pada timbulnya gangguan integritas jaringan pada DM tipe 2 adalah angiopati dan neuropati (Sugondo, 2013). Adanya neuropati perifer akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya ganggren pada kaki. Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka penderita akan merasa sakit pada tungkainya. Adanya angiopati akan menyebabkan terjadinya penurunan asupan nutrisi, oksigen serta antibiotika sehingga menyebabkan terjadinya luka yang sukar sembuh (Wijaya, 2013).

4. Patofisiologi terjadinya gangguan integritas jaringan pada diabetes mellitus tipe 2

Terjadinya masalah gangguan integritas jaringan diawali adanya hiperglikemia pada pasien DM yang menyebabkan kelainan angiopati

(penyempitan pembuluh darah) dan neuropati. Pembuluh darah besar atau kecil pada pasien DM mudah menyempit dan tersumbat oleh gumpalan darah. Apabila sumbatan terjadi di pembuluh darah, maka tungkai akan mudah mengalami gangren diabetik, yaitu luka pada kaki yang merah kehitaman dan berbau busuk.

Neuropati merupakan kelainan urat saraf akibat DM karena kadar gula dalam darah yang tinggi bisa merusak urat saraf pasien dan menyebabkan hilang atau menurunnya rasa nyeri pada kaki, sehingga apabila pasien trauma kadang-kadang tidak terasa. Gangguan saraf dapat menyebabkan mati rasa dan menurunnya kemampuan merasakan sakit, panas atau dingin. Titik tekanan, seperti akibat pemakaian sepatu yang terlalu sempit menyebabkan gangguan saraf yang dapat mengubah cara jalan pasien. Kaki depan lebih banyak menahan berat badan rentan terhadap luka tekan.

Neuropati, baik neuropati sensorik maupun motorik dan autonomik akan mengakibatkan berbagai perubahan pada kulit dan otot yang kemudian menyebabkan terjadinya perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mempermudah terjadinya luka. Ulkus diabetikum atau luka diabetik terdiri dari kavitas sentral biasanya lebih besar dibanding pintu masuknya, dikelilingi kalus keras dan tebal. Adanya hiperglikemia yang berefek pada saraf perifer, kolagen, keratin, dan suplai vaskuler berkaitan dengan terjadinya proses pembentukan luka pada pasien diabetes. Adanya tekanan mekanik terbentuk keratin keras pada daerah kaki yang mengalami beban terbesar.

Neuropati sensori perifer memungkinkan terjadinya trauma berulang yang mengakibatkan terjadinya gangguan jaringan area kalus. Terjadinya pembentukan kalvitas yang membesar sehingga menyebabkan terjadinya rupture sampai permukaan kulit menimbulkan adanya ulkus atau luka. Jika terdapat skemia dan penyembuhan luka yang abnormal akan menghalangi resolusi. Mikroorganisme yang masuk mengadakan kolonisasi yang menyebabkan infeksi. Akhirnya sebagai system imun yang abnormal, bakteri yang sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya.

Penyakit neuropati dan vaskuler adalah factor utama yang mengkontribusi terjadinya luka. Luka yang timbul pada pasien dengan diabetik terkait dengan adanya pengaruh pada saraf yang terdapat pada kaki dan biasanya dikenal sebagai neuropati perifer. Dengan adanya gangguan pada saraf autonomy mempengaruhi terjadinya perubahan tonus otot yang menyebabkan abnormalnya aliran darah. Sehingga kebutuhan akan asupan nutrisi dan oksigen maupaun pemberian antibiotic tidak mencukupi atau tidak dapat mencapai jaringan perifer, juga tidak memengaruhi kebutuhan metabolisme pada lokasi tersebut. Efek pada autonomi neuropati ini akan menyebabkan kulit menjadi kering, antihidrosis, yang memudahkan kulit menjadi rusak dan mengkontribusi untuk terjadinya gangguan integritas jaringan (gangrene) (Wijaya, A. S., & Putri, 2013).

5. Pemeriksaan penunjang pada pasien gangguan integritas jaringan pada diabetes mellitus tipe 2

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada gangguan integritas jaringan adalah (Wijaya, 2013) :

a. Pemeriksaan vaskuler

Tes Vaskuler Noninvasive: pengukuran oksigen transkutaneus, *ankle brankial index* (ABI), *absolute toe systolic pressure*, ABI: tekanan sistolik betis dengan tekanan sistolik lengan.

b. Pemeriksaan radiologi : gas subkutan, benda asing, osteomyelitis.

c. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah :

- 1) Pemeriksaan darah meliputi : GDS > 200mg/dL, gula darah puasa > 120 mg/dL dan 2 jam post prandial > 200mg/dL.
- 2) Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dengan cara Benedict (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna pada urine: hijau (+), kuning (++) , merah (+++), dan merah bata (++++).
- 3) Kultur pus untuk mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotic yang sesuai dengan jenis kuman.

6. Tanda dan gejala gangguan integritas jaringan pada diabetes mellitus tipe 2

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), tanda dan gejala gangguan integritas jaringan sebagai berikut :

a. Kerusakan jaringan

Kerusakan jaringan adalah kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen).

b. Nyeri

Nyeri adalah keadaan yang subjektif dimana seseorang memperlihatkan rasa tidak nyaman secara verbal maupun non verbal ataupun keduanya. Nyeri dibagi menjadi 2 yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik yang berkaitan dengan gangguan jaringan, dengan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan. Sedangkan nyeri kronis adalah pengalaman sensorik yang berkaitan dengan gangguan jaringan fungsional, berintensitas ringan hingga berat, yang berlangsung lebih dari tiga bulan.

c. Perdarahan

Perdarahan adalah suatu keadaan dimana terjadinya kehilangan darah baik internal maupun eksternal.

d. Kemerahan

Sebuah kondisi kulit yang ditandai dengan kemerahan atau ruam.

e. Hematoma

Kumpulan darah yang terlokalisasi dibawah jaringan. Hematoma menunjukkan pembengkakan, perubahan warna, sensasi, serta kehangatan atau massa yang tampak kebiru-biruan.

7. Dampak gangguan integritas jaringan pada diabetes mellitus tipe 2

Dampak akibat dari adanya gangguan integritas jaringan akan mempengaruhi kehidupan individu dan keluarga baik secara fisik maupun psikologis. Adapun dampak gangguan integritas jaringan menurut (Tarwoto & Wartonah, 2015) meliputi hal sebagai berikut :

a. Amputasi

Amputasi adalah tindakan pembedahan yang melibatkan pemotongan sebagian atau seluruh anggota badan karena trauma akibat perang, kecelakaan kendaraan bermotor (cedera remuk), cedera termal (luka bakar), tumor, infeksi (gangrene, osteomyelitis kronis), penyakit atau indikasi medis lainnya.

b. Gangguan citra tubuh

Adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh akan menyebabkan pasien dengan gangguan integritas ajringan mengalami gangguan pada gambaran dirinya.

8. Penatalaksanaan gangguan integritas jaringan pada diabetes mellitus tipe 2

Penatalaksanaan gangguan integritas jaringan pada pasien diabetes mellitus tipe 2 menurut Wijaya & Putri (2013) adalah sebagai berikut :

a. Pengobatan

Pengobatan dari gangrene diabetik sangat dipengaruhi oleh derajat dan dalamnya ulkus, apabila dijumpai ulkus yang dalam harus dilakukan pemeriksaan yang seksama untuk menentukan kondisi ulkus dan besar kecilnya debridement yang akan dilakukan.

b. Perawatan luka

1) Mencuci luka

Merupakan hal pokok untuk meningkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka serta menghindari terjadinya infeksi.

2) Debridement

Debridement adalah pembuangan jaringan nekrosis atau slough pada luka. Debridemen dilakukan untuk menghindari terjadinya infeksi atau selulitis, karena jaringan nekrosis selalu berhubungan dengan adanya peningkatan jumlah bakteri.

3) Terapi antibiotika

Pemberian antibiotika biasanya diberikan peroral yang bersifat menghambat kuman gram positif dan gram negatif.

4) Nutrisi

Faktor nutrisi merupakan salah satu faktor penting yang berperan dalam penyembuhan luka. Pasien dengan gangrene diabetic biasanya diberikan diet dengan nilai gizi yaitu 60% kalori karbohidrat, 20% kalori lemak, 20% kalori protein.

5) Pemeliharaan jenis balutan

Jenis balutan yang digunakan yaitu absorbent dressing, hidroaktif gel, hidrokoloi. Selain perawatan tersebut perlu dilakukan pemeriksaan Hb dan Albumin minimal satu minggu sekali, karena adanya anemia dan hipoalbumin akan sangat berpengaruh dalam penyembuhan luka.

B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Gangguan Integritas

1. Pengkajian

Pengkajian adalah suatu proses pengumpulan data yang dilakukan secara sistematis guna menentukan status kesehatan pasien. Pengkajian harus

dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social, maupun spiritual pasien. Pengkajian keperawatan dilakukan untuk menentukan tahap selanjutnya dalam proses keperawatan (Asmadi, 2008).

a. Identitas Pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi: nama pasien, umur pasien, agama yang dianut, jenis kelamin, alamat tempat tinggal, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor registrasi, dan diagnosa medis (Muttaqin, 2011).

b. Keluhan Utama

Adanya rasa kesemutan pada kaki atau tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka, adanya kerusakan jaringan atau lapisan kulit, adanya perdarahan pada luka, adanya kemerahan pada luka dan adanya hematoma pada luka.

- 1) Apakah terdapat rasa nyeri, terbakar, kesemutan atau seperti yang ada merayap?
- 2) Apakah terapat kerusakan jaringan atau lapisan kulit?
- 3) Apakah ada perdarahan, kemerahan, dan hematoma pada luka?
- 4) Apakah ada perubahan warna kulit yang terjadi?
- 5) Apakah ada rasa nyeri saat istirahat?

c. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan yang dikaji pada pasien diabetes mellitus dengan gangguan integritas jaringan meliputi tentang :

- 1) Riwayat kesehatan dahulu atau sebelumnya : data yang dikaji meliputi penyakit kronis atau menular dan menurun yang pernah atau dialami oleh

pasien seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

- 2) Riwayat kesehatan sekarang : kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka, serta upaya upaya yang telah dilakukan untuk mengatasinya, adanya gatal pada kulit disertai luka yang tidak sembuh-sembuh, kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, banyak kencing, menurunnya ketajaman mata.
- 3) Riwayat kesehatan keluarga : adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, Diabetes Melitus, hipertensi, TBC, penyakit kelamin, abortus, yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada pasien.
- 4) Riwayat psikososial : data yang dikaji meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan, dan emosi yang dialami pasien sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit pasien. Contohnya: rokok, penyalahgunaan obat, kebiasaan makan, obesitas, malnutrisi, tingkat mobilisasi, dan aktivitas (Tarwoto, 2012).

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah suatu tindakan keperawatan untuk mengkaji bagian tubuh pasien baik secara local atau *head to toe* yang berfungsi untuk memperoleh informasi atau data dari keadaan pasien secara komprehensif. Pemeriksaan fisik menurut Hetharia (2009) meliputi seluruh kulit, kuku, dan rambut. Prosedur utama dalam pemeriksaan fisik integument adalah sebagai berikut :

1) Pemeriksaan Kulit

a) Inspeksi

Inspeksi merupakan suatu cara atau tindakan pemeriksaan yang dilakukan pada pasien dengan cara melihat langsung seluruh tubuh pasien atau hanya bagian tertentu yang diperlukan (misalnya rambut, kuku, kulit). Pasien berada dalam ruangan yang terang dan hangat, pemeriksaan menggunakan penlight untuk menyinari lesi sehingga pemeriksa akan melihat bagaimana keadaan kulit pasien, yang meliputi : warna kulit, kelembaban kulit, tekstur kulit, lesi, vaskularisasi, mobilitas kondisi rambut serta kuku, turgor kukit, edema, warna kebiruan, sianosis (hipoksia seluler) dapat dilihat pada ekstremitas dan dasar kuku, bibir, membrane mukosa, selera membrane mukosa, perubahan vascular (petekie), ekimosis (Hetharia, 2009).

b) Palpasi

Palpasi adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian tubuh menggunakan jari atau tangan. Dalam melakukan tindakan pemeriksaan ini harus menggunakan sarung tangan, guna melindungi dari terpaparnya penyakit yang diderita oleh pasien. Tindakan ini bertujuan untuk memeriksa : turgor kulit, elastisitas kulit, edema, ulkus : kalus tebal dan keras, klusi arteri dingin, pulsasi (-), kulit kering dan pecah-pecah.

2) Pengkajian kuku

a) Inspeksi : warna, neelbed (dasar kuku)/ perubahan pada kuku, penonjolan pada kuku, hipertropi, paronikia (inflamasi kulit disekitar kuku), basil ungiun (pangkal kuku)

b) Palpasi : nyeri tekan pada basil ungiun atau pangkal kuku, eritema

e. Pemeriksaan penunjang

- 1) Glukosa darah : Gula Darah Sewaktu (GDS) > 200mg/dL, gula darah puasa > 120mg/dL
- 2) Urine : adanya glukosa dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dengan cara Benedict (Reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna urine : hijau (+), kuning (++), merah (+++), dan merah bata (++++)
- 3) Kultur Pus : mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotika yang sesuai dengan jenis kuman.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa pada penelitian ini adalah: Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer berhubungan dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan dan hematoma. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia gangguan integritas jaringan termasuk kedalam kategori lingkungan dan subkategori keamanan dan proteksi. Penyebab dari gangguan integritas jaringan adalah perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanis (misalnya : penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energy listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, kurang terpapar

informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan. Adapun tanda dan gejala mayor dan minor pada gangguan integritas jaringan yaitu kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan dan hematoma.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien sesuai kebutuhan berdasarkan diagnosis keperawatan. Perencanaan juga merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan.

Tabel 1

Perencanaan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Gangguan Integritas Jaringan di Ruang Arjuna RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2019

Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan kerusakan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, dan hematoma.	Integritas Jaringan Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Integritas Jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Elastisitas meningkat	1. Perawatan Integritas Kulit Observasi a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan

1	2	3
	2. Hidrasi meningkat	kelembaban, suhu
	3. Perfusi jaringan meningkat	lingkungan ekstrem)
	4. Kerusakan jaringan menurun	b. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
	5. Kerusakan lapisan kulit menurun	Terapeutik
	6. Nyeri menurun	c. Gunakan produk berbahan ringan/alamat dan hipoalergik pada kulit sensitife
	7. Perdarahan menurun	d. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering
	8. Kemerahan menurun	
	9. Hematoma menurun	
	10. Pigmentasi abnormal menurun	e. Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering
	11. Jaringan parut menurun	
	12. Nekrosis menurun	
	13. Abrasi kornea menurun	
	14. Suhu kulit membaik	
	15. Sensasi membaik	Edukasi
	16. Tekstur membaik	a. Anjurkan menggunakan pelembab (misalnya lotion, serum)
	17. Pertumbuhan rambut membaik	b. Anjurkan minum air yang cukup
		c. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> d. Anjurkan meningkatkan buah dan sayur e. Anjurnya menghindari terpapar suhu ekxtrem
		<p>Perawatan Luka</p>
		<p>Observasi</p>
		<ul style="list-style-type: none"> a. Monitor karakteristik luka drainase, warna, ukuran, bau) b. Monitor tanda-tanda infeksi.
		<p>Terapeutik</p>
		<ul style="list-style-type: none"> c. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan d. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan e. Bersihkan jaringan nekrotik f. Pasang balutan sesuai jenis luka g. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka h. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> i. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
		<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
		<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu

*Sumber :Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), 2017
Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), 2018.
(Tim Pokja SLKI DPP PPNI Standar Luaran Keperawatan Indonesia(SLKI), 2018)*

2. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi proses keperawatan merupakan rangkaian aktivitas keperawatan dari hari ke hari yang harus dilakukan dan didokumentasikan dengan cermat. Perawat melakukan pengawasan terhadap efektivitas intervensi yang dilakukan, bersamaan pula dengan menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Pada tahap ini, perawat harus melaksanakan tindakan keperawatan yang ada dalam rencana keperawatan dan langsung mencatatnya dalam format tindakan keperawatan (Dinarti, 2013).

Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Perawat harus yakin bahwa tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi pasien, selalu dievaluasi apakah sudah efektif, dan selalu didokumentasikan menurut urutan waktu (Debora, 2012). Tujuan pendokumentasian tindakan keperawatan adalah sebagai berikut (Abd. Wahid & Imam. S, 2012).

- a. Mengomunikasikan/memberitahukan tindakan keperawatan dan rencana perawatan selanjutnya pada perawat lain.
- b. Memberikan petunjuk yang lengkap dari tindakan perawatan yang perlu dilaksanakan untuk menyelesaikan masalah pasien.
- c. Menjadi bahan bukti yang benar dari tujuan langsung dengan maksud mengenal masalah pasien di atas.
- d. Sebagai dasar untuk mengetahui efektivitas perencanaan jika diperlukan untuk merevisi perencanaan.

3. Evaluasi keperawatan

Menurut Asmadi (2008) evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Format yang dapat digunakan untuk evaluasi keperawatan menurut (Dinarti dan dkk, 2009) yaitu format SOAP yang terdiri dari:

Tabel 2

Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Gangguan Integritas Jaringan di Ruang Arjuna RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2019

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1	Gangguan Integritas Jaringan	<p><i>S</i> : <i>Subjective</i>, yaitu berhubungan dengan neuropati perifer pernyataan atau keluhan berhubungan dengan kerusakan dari pasien. jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, <i>O</i> : <i>Objective</i>, yaitu data perdarahan, kemerahan dan hematoma. yang diobservasi oleh perawat atau keluarga. Pada pasien dengan gangguan integritas jaringan . Indikator evaluasi berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Elastisitas meningkat 2) Hidrasi meningkat 3) Perfusi jaringan meningkat 4) Kerusakan jaringan menurun 5) Kerusakan lapisan kulit menurun

1	2	3
		6) Nyeri menurun
		7) Perdarahan menurun
		8) Kemerahan menurun
		9) Hematoma menurun
		10) Pigmentasi abnormal menurun
		11) Jaringan parut menurun
		12) Nekrosis menurun
		13) Abrasi kornea menurun
		14) Suhu kulit membaik
		15) Sensasi membaik
		16) Tekstur membaik
		17) Pertumbuhan rambut membaik
		A : <i>Analisis</i> , yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif (biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan). Ketika menentukan apakah tujuan telah tercapai, perawat dapat menarik satu

1	2	3
		<p>dari tiga kemungkinan simpulan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dengan hasil yang diharapkan 2) Tujuan tercapai sebagian; yaitu hasil yang diharapkan hanya sebagian yang berhasil dicapai (4 indikator evaluasi tercapai) 3) Tujuan tidak tercapai <p>P : Planning, yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis.</p>

Sumber : *Asmadi.(2018)*