

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Gangguan Integritas Kulit Pada DM Tipe II *Diabetic Foot*

1. Diabetes mellitus tipe II

DM Tipe II adalah sekelompok kelainan heterogen yang ditandai dengan kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Pada diabetes, kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun, atau pankreas dapat menghentikan produksi insulin. DM tipe II paling sering ditemukan pada individu yang berusia lebih dari 30 tahun dan mengalami obesitas. DM Tipe II terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin (Brunner & Suddarth, 2002).

Pada penyandang DM dapat terjadi komplikasi pada semua tingkat sel dan semua tingkatan anatomik. Manifestasi komplikasi kronik dapat terjadi pada tingkat pembuluh darah kecil (mikrovaskular) berupa kelainan pada retina mata, glomerulus ginjal, syaraf dan pada otot jantung (kardiomiopati). Pada pembuluh darah besar, manifestasi komplikasi kronik DM dapat terjadi pada pembuluh darah serebral, jantung, dan pembuluh darah perifer. Komplikasi lain DM dapat berupa kerentanan berlebih terhadap infeksi dengan akibat mudahnya terjadi infeksi saluran kemih, tuberculosis paru dan infeksi kaki yang kemudian dapat berkembang menjadi ulkus/ganggren diabetes (Waspadji, 2010)

Pada DM Tipe II ada dua masalah yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Dalam keadaan normal insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Akibat dari terikatnya insulin

dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa didalam sel. Resistensi insulin pada DM Tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif dalam menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Akibat dari intoleransi glukosa yang berlangsung lambat dan progresif maka awitan DM Tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien gejala tersebut sering bersifat ringan dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, *polyuria*, *polydipsia*, luka yang lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan yang kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi). Penyakit diabetes mellitus membuat gangguan/komplikasi melalui kerusakan pada pembuluh darah halus (mikrovaskular) disebut mikroangiopati (Saferi Wijaya & Mariza Putri, 2013)

2. *Diabetic foot*

Diabetic foot atau kaki diabetes merupakan komplikasi yang ditemukan pada penderita diabetes. Terjadinya masalah kaki pada penderita DM diawali dengan adanya hiperglikemia yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Neuropati, baik neuropati sensorik maupun neuropati 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 ulkus. Adanya kerentanan terhadap infeksi menyebabkan infeksi mudah merebak menjadi infeksi yang luas. Factor aliran darah yang kurang juga akan menambah rumitnya pengelolaan kaki diabetes (Waspadji, 2010)

3. Gangguan integritas kulit pada pasien dm tipe II

Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Salah satu gangguan integritas kulit yang terjadi pada pasien diabetes mellitus adalah ganggren dan ulkus diabetik. Ulkus diabetik adalah kerusakan sebagian atau keseluruhan pada kulit yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit DM, dimana kondisi ini timbul akibat terjadinya peningkatan kadar gula dalam darah (Tarwoto, 2012).

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

a. Neuropati perifer

Keadaan neuropati menyebabkan penurunan sensasi rasa, apabila terjadi trauma maka penderita tidak menyadarinya. Trauma berulang dapat menimbulkan kerusakan pada lapisan kulit, baik trauma yang disengaja seperti pembedahan, maupun trauma yang tidak disengaja seperti trauma tumpul, trauma tajam, luka bakar, terpapar listrik, dan zat kimia.

b. 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 40 tahun (Ekaputra, 2013).

Terjadinya gangguan integritas kulit pada DM diawali masalah kaki dengan adanya hiperglikemia pada penyandang DM yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Neuropati sensorik maupun motorik dan autonomik akan mengakibatkan berbagai perubahan kulit dan otot yang

menyebabkan terjadinya perubahan tekanan pada telapak kaki dan akan mempermudah terjadinya ulkus diabetik. Munculnya ulkus diabetik dan ganggren bisa menimbulkan dampak nyeri kaki, intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur dan penyebaran infeksi. Penyakit neuropati dan vaskuler adalah faktor utama yang menyebabkan terjadinya luka, masalah luka yang terjadi pada pasien dengan diabetik terkait dengan pengaruh pada saraf yang terdapat pada kaki biasanya dikenal sebagai neuropati perifer. (Saferi Wijaya & Mariza Putri, 2013)

Pada pasien diabetik sering sekali mengalami gangguan pada sirkulasi, gangguan sirkulasi ini berhubungan dengan *peripheral vascular diseases*, efek sirkulasi inilah yang menyebabkan kerusakan pada saraf. Adanya gangguan pada saraf autonom berpengaruh terjadi perubahan tonus otot yang menyebabkan abnormal aliran darah dengan demikian autonomi neuropati menyebabkan kulit menjadi kering dan antihidrosis yang menyebabkan kulit mudah menjadi rusak dan menyebabkan terjadinya ganggren. Sehingga munculah masalah keperawatan yaitu gangguan integritas kulit (Saferi Wijaya & Mariza Putri, 2013).

Menurut (Saferi Wijaya & Mariza Putri, 2013) Manajemen penatalaksanaan dari gangguan integritas kulit pada dm tipe II yaitu :

a. Pengobatan

Pengobatan dari ganggren 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 debridemen yang akan dilakukan.

b. Perawatan luka diabetik

1) Mencuci luka

Proses pencucian luka bertujuan untuk membuang jaringan nekrosis, cairan luka yang berlebihan, sisa balutan yang digunakan dan sisa metabolic tubuh pada permukaan luka.

2) *Debridement*

Debridement dilakukan untuk menghindari terjadinya infeksi atau selulitis, karena jaringan nekrosis selalu berhubungan dengan adanya peningkatan jumlah bakteri. Setelah *debridement*, jumlah bakteri akan menurun dengan sendirinya yang diikuti dengan kemampuan tubuh secara efektif melawan infeksi. Secara alami keadaan lembab tubuh akan membuang sendiri jaringan nekrosis atau *slough* yang menempel pada luka (peristiwa autolysis)

3) Terapi antibiotika

Pemberian antibiotika biasanya diberikan peroral yang bersifat menghambat kuman gram positif dan gram negatif. Apabila tidak dijumpai perbaikan pada luka tersebut, maka terapi antibiotika dapat diberikan perparenteral yang sesuai dengan kepekaan kuman

4) Nutrisi

Faktor nutrisi adalah salah satu faktor penting yang berperan dalam penyembuhan luka. Penderita dengan gangrene diabetic biasanya diberikan diet B1 dengan nilai gizi yaitu 60% kalori karbohidrat, 20% kalori lemak, 20% kalori protein

5) Pemilihan jenis balutan

Tujuan pemilihan jenis balutan memilih jenis balutan yang dapat mempertahankan suasana lingkungan luka dalam keadaan lembab, mempercepat proses penyembuhan hingga 50%, absorbs eksudat/cairan luka yang keluar

berlebihan, membuang jaringan nekrosis/slough (*support autolysis*), kontrol terhadap infeksi /terhindar dari kontaminasi, nyaman digunakan dan menurunkan rasa sakit saat mengganti balutan dan menurunkan jumlah biaya dan waktu perawatan.

6) Gunakan sepatu yang pas dan kaos kaki yang bersih setiap saat berjalan dan jangan bertelanjang kaki bila berjalan

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM Tipe II *Diabetic Foot* Dengan Gangguan Integritas Kulit

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada pengkajian semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien (Asmadi, 2008).

Dalam SDKI terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, serta keamanan dan proteksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Dalam hal pengkajian pada pasien Diabetes Melitus Tipe II *diabetic foot* menggunakan pengkajian mengenai gangguan integritas kulit meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat kesehatan dahulu atau sebelumnya, riwayat kesehatan sekarang, dan riwayat kesehatan keluarga. Adapun pengkajian mendalam mengenai gangguan integritas kulit, dengan kategori

lingkungan dan subkategori keamanan dan proteksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Pengkajian pada masalah gangguan integritas kulit adalah sebagai berikut.

- a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subjektif (*tidak tersedia*)
 - 2) Objektif
 - (1) Adanya kerusakan lapisan kulit
- b. Gejala dan tanda minor
 - a) Subjektif (*tidak tersedia*)
 - b) Objektif
 - (1) Adanya nyeri
 - (2) Adanya perdarahan
 - (3) Adanya kemerahan
 - (4) Adanya hematoma

Pengkajian adalah bagian esensial dalam proses perawatan luka. Dalam perawatan luka pengkajian bersifat *ongoing* yakni berjalan secara simultan bersamaan dengan proses perawatan luka itu sendiri. Tujuan utama dalam pengkajian luka adalah memberikan informasi dasar tentang status luka sehingga proses penyembuhan luka dapat dimonitor dan memastikan apakah pemilihan balutan sudah tepat dalam perawatan luka (Yusuf, 2009).

Dalam pengkajian luka yang perlu dikaji adalah sebagai berikut :

- a. Tipe luka

Tipe luka diantaranya luka akut dan luka kronis. Luka akut secara sederhana didefinisikan sebagai luka bedah yang sembuh melalui *primary intention healing* yang dapat berbentuk irisan, abrasi, laserasi, luka bakar atau luka *traumatic* lainnya.

Sedangkan luka kronis terjadi apabila proses penyembuhan luka tidak sesuai dengan jangka waktu yang diharapkan dan sembuh disertai dengan adanya komplikasi.

b. Lokasi luka

Luka pada daerah lipatan cenderung aktif bergerak dan tertarik sehingga memperlambat proses penyembuhan akibat sel-sel yang telah beregenerasi dan bermigrasi trauma. Contohnya luka pada lutut, siku dan telapak kaki. Begitu juga dengan area yang sering tertekan atau daerah penonjolan tulang seperti daerah *sacrum*. Selain itu proses penyembuhan luka sangat bergantung pada baik tidaknya vascularisasi daerah yang terkena.

c. Pengukuran luka

Pengukuran luas luka adalah hal yang penting dari pengkajian luka, pengukuran luka juga sebagai alat evaluasi kemajuan proses penyembuhan. Secara garis besar ada 4 parameter yang digunakan dalam pengukuran luka yaitu panjang, lebar, kedalaman, dan diameter.

d. Exudate

Produksi eksudat dimulai sesaat setelah luka terjadi sebagai akibat adanya vasodilatasi pada fase inflamasi yang difasilitasi oleh mediator inflamasi seperti histamin dan bradikinin.

e. Kulit sekitar luka

Pengkajian kulit sekitar luka merupakan bagian integral dari pengkajian luka. Adapun alat ukur yang digunakan untuk mengkaji kulit sekitar luka adalah warna, tekstur, temperature, integritas, vaskularisasi. Pengkajian tepi luka juga diperhatikan untuk mengetahui epitelisasi dan kontraksi luka. Pengkajian kulit sekitar luka dapat memberikan panduan dalam mengevaluasi penggunaan balutan sebelumnya. Seperti

maserasi pada kulit sekitar luka dapat terjadi sebagai akibat kontakannya kulit sekitar luka dengan eksudat atau akibat dari penggunaan balutan yang terlalu lembab secara tidak tepat.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan yang dialami baik secara aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk dapat mengidentifikasi berbagai respon pasien baik individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berakaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan dan pencegahan. Diagnosis negatif terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pada pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosa positif terdiri dari promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan dalam penelitian ini yaitu diagnosa aktual. Diagnosa aktual terdiri dari tiga komponen yaitu masalah (*problem*), penyebab (etiologi), tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Masalah (*problem*) merupakan label diagnosis yang menggambarkan inti dari respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas deskriptor atau penjelas dan fokus diagnostik. Gangguan merupakan deskriptor,

sedangkan integritas jaringan merupakan fokus diagnostik. Penyebab (*etiologi*) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu fisiologis, biologis atau psikologis, efek terapi/tindakan, situasional (lingkungan atau personal), dan maturasional. Tanda (*sign*) dan gejala (*sign and symptom*). Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda dan gejala dikelompokkan menjadi dua yaitu mayor dan minor. Mayor merupakan tanda/gejala ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosis, sedangkan minor merupakan tanda/gejala yang tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.

Proses penegakan diagnosis (*diagnostic process*) atau mendiagnosis merupakan suatu proses sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis. Analisis data dilakukan dengan membandingkan data dengan nilai normal juga dengan mengelompokkan data yang artinya tanda/gejala yang dianggap bermakna dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar. Selanjutnya adalah identifikasi masalah, setelah data dianalisis, perawat dan pasien bersama-sama mengidentifikasi masalah aktual. Pernyataan masalah kesehatan merujuk ke label diagnosis keperawatan. Terakhir yaitu perumusan diagnosis keperawatan yang disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Metode penulisan pada diagnosis aktual terdiri dari masalah, penyebab, dan tanda/gejala. Masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda/gejala. Frase 'berhubungan dengan' dapat disingkat b.d dan 'dibuktikan dengan' dapat disingkat d.d (Tim Pokja DPP PPNI, 2016).

Masalah keperawatan gangguan integritas kulit adalah kerusakan kulit dermis atau epidermis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Batasan karakteristik masalah tersebut yaitu tanda mayor dan minor. Tanda mayor yaitu kerusakan lapisan kulit. Tanda minor yaitu nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma. Penyebab gangguan integritas kulit adalah perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan atau kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekani (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, dan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan integritas kulit.

Penyebab terjadinya gangguan integritas kulit pada pasien DM tipe II *diabetic foot* yaitu adanya neuropati perifer. Rumusan diagnosa keperawatannya adalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya neuropati perifer ditandai dengan kerusakan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan atau intervensi adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Klasifikasi intervensi keperawatan gangguan integritas kulit termasuk dalam kategori lingkungan yang ditujukan untuk mendukung keamanan lingkungan dan menurunkan risiko gangguan kesehatan dan termasuk subkategori keamanan dan proteksi yang memuat kelompok intervensi yang dalam meningkatkan keamanan dan menurunkan risiko cedera akibat

ancaman dari lingkungan internal maupun eksternal (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama dari diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit adalah perawatan integritas kulit dan perawatan luka. Intervensi pendukung diantaranya dukungan perawatan diri, edukasi perawatan diri, edukasi perawatan kulit, edukasi perilaku upaya kesehatan, edukasi pola perilaku kebersihan, edukasi program pengobatan, konsultasi, latihan rentang gerak, manajemen nyeri, pelaporan status kesehatan, pemberian obat, pemberian obat intradermal, pemberian obat intramuscular, pemberian obat intravena, pemberian obat kulit, pemberian obat topical, penjahitan luka, perawatan area insisi, perawatan imobilisasi, perawatan kuku, perawatan *skin graft*, teknik latihan penguatan otot dan sendi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Adapun komponen luaran keperawatan diantaranya label (nama luaran keperawatan berupa kata-kata lunci informasi luaran), ekspektasi (penilaian terhadap hasil yang diharapkan, meningkat, menurun, atau membaik), kriteria hasil

(karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur, dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi, menggunakan skor 1-3 pada pendokumentasian *computer-based*). Ekspektasi luaran keperawatan terdiri dari ekspektasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Tujuan dan kriteria hasil untuk masalah gangguan integritas kulit mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) menurut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) adalah sebagai berikut :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Kerusakan integritas kulit membaik
- b. Nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 (dari 0-10)
- c. Perdarahan berkurang
- d. Kemerahan berkurang
- e. Hematoma berkurang

Intervensi untuk masalah gangguan integritas kulit mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yang direkomendasikan yaitu perawatan integritas kulit dan perawatan luka adalah sebagai berikut:

- a. Perawatan integritas kulit
 - 1) Observasi

- a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)
- 2) Terapeutik
 - a) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
 - b) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
 - c) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
 - d) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering
- 3) Edukasi
 - a) Anjurkan menggunakan pelembab (misalnya lotion serum)
 - b) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
 - c) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
 - d) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
- f. Perawatan luka
 - 1) Observasi
 - a) Monitor karakteristik luka (misal drainase, warna, ukuran, bau)
 - b) Monitor tanda-tanda infeksi
 - 2) Terapeutik
 - a) Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan
 - b) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
 - c) Bersihkan jaringan nekrotik
 - d) Berikan salep yang sesuai ke kulit / lesi, jika perlu
 - e) Pasang balutan sesuai jenis luka
 - f) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

- g) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
 - h) Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien
- 3) Edukasi
- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - 2) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
4. Pelaksanaan keperawatan

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan rencana atau tindakan asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008).

Tahap pelaksanaan terdiri atas tindakan mandiri dan kolaborasi yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Agar kondisi pasien cepat membaik diharapkan bekerjasama dengan keluarga pasien dalam melakukan pelaksanaan agar tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah dibuat dalam intervensi (Nursalam, 2016)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan meliputi perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008). Evaluasi dapat berupa struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi asuhan keperawatan di

dokumentasikan dalam bentuk SOAP (*subjektif, objektif, assessment, planning*) (Achjar, 2010).

Adapun komponen SOAP yaitu S (*Subjektif*) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (*Objektif*) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) adalah interpretasi dari data subjektif dan data objektif, P (*Planning*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Rohmah Nikmatur & Saiful, 2012). Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah yang pasien hadapi yang telah dibuat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil. Evaluasi yang diharapkan dapat dicapai pada pasien DM Tipe II dengan gangguan integritas kulit adalah :

- a. Kerusakan integritas kulit membaik
- b. Nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 (dari 0-10)
- c. Perdarahan berkurang
- d. Kemerahan berkurang
- e. Hematoma berkurang