

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Gangguan Integritas Jaringan Pada DM Tipe II**

##### **1. Pengertian gangguan integritas jaringan**

Kerusakan integritas jaringan terjadi karena kerusakan sel  $\beta$  yang menyebabkan produksi insulin berkurang dan mengakibatkan terjadinya peningkatan konsentrasi glukosa disekresi mukus, gula darah meningkat, darah menjadi pekat dan mengakibatkan kerusakan sistem vaskuler, terjadi gangguan fungsi imun, penurunan aliran darah menjadikan gangguan penyembuhan luka pada ulkus (J. Corwin, 2009). Gangguan integritas jaringan adalah kerusakan pada jaringan membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligament (SDKI PPNI, 2016)

##### **2. Etiologi**

Gangguan integritas jaringan bisa menjadi manifestasi suatu penyakit atau kondisi lainnya. Menurut SDKI (SDKI PPNI, 2016) banyak factor penyebab yang bisa menyebabkan gangguan integritas kulit, meliputi :

- a. Perubahan sirkulasi.
- b. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan).
- c. Kekurangan atau kelebihan volume cairan.
- d. Penurunan mobilitas.
- e. Bahankimia iritatif.
- f. Suhu lingkungan yang ekstrem.

- g. Factor mekanis misalnya penekanan pada tonkolan tulang, gesekan atau factor elektris misalnya elektrodiatermi, energy listrik bertegangan tinggi.
- h. Efek samping terapi radiasi.
- i. Kelembaban.
- j. Proses penuaan.
- k. Neuropati perifer.
- l. Perubahan pigmentasi.
- m. Perubahan hormonal.
- n. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan.

Adapun beberapa factor lain yang memengaruhi keutuhan jaringan (Tarwoto & Wartonah, 2015), meliputi :

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. Keadaan sirkulasi darah

Pada keadaan kelemahan fisik atau gangguan mobilisasi, maka bagian tubuh akan tertekan lama. Keadaan ini menimbulkan aliran darah tidak adekuat, akibatnya terjadi hipoksia jaringan sampai menjadi iskemia dan nekrosis. Kulit akan menjadi luka yang disebut dengan pressure ulcers atau luka dekubitus.

c. Nutrisi

Kulit membutuhkan nutrisi untuk mempertahankan keutuhannya. Konsumsi vitamin A, B, C, K, niasin, dan riboflavin yang cukup sangat penting untuk mempertahankan perubahan kulit. Tidak adekuatnya protein, kalori kulit mudah kering dan mengelupas.

d. Pola hidup dan kebiasaan

Kebiasaan menjaga kebersihan diri yang baik akan mengurangi risiko infeksi jamur, sehingga integritas kulit terjaga. Kebiasaan orang berkulit putih yang berjemur matahari berisiko terpaparnya radiasi sinar ultraviolet dan kanker kulit.

e. Alergi

Reaksi alergi, seperti makanan atau obat-obatan dapat menimbulkan peradangan atau dermatitis.

f. Infeksi

Infeksi jamur, virus, atau bakteri sering merusak jaringan kulit misalnya pada herpes, dermatitis, stomatitis, dan tinea kapitis.

g. Trauma

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

### **3. Patofisiologis**

Masalah luka pada kaki diawali adanya hiperglikemia pada penyandang DM yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. 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 ulkus. Adanya kerentanan terhadap infeksi menyebabkan infeksi mudah merebak menjadi infeksi yang luas. Faktor aliran darah yang kurang juga akan lebih lanjut menambah rumitnya pengelolaan kaki diabetes (Waspadji, 2010)

Munculnya ulkus diabetik dan ganggren bisa menimbulkan dampak nyeri kaki, intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur, penyebaran infeksi, dan di amputasi. 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. 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 jaringan (Saferi Wijaya & Mariza Putri, 2013)

#### **4. Gejala klinis**

Seseorang dikatakan menderita Diabetes Milletus apabila menderita dua dari tiga gejala yaitu :

- a. Keluhan TRIAS : banyak minum, banyak kencing, dan penurunan berat badan.
- b. Kadar glukosa darah pada waktu puasa lebih dari 120 mg/dl.
- c. Kadar glukosa darah dua jam sesudah makan lebih dari 200 mg/dl.

Keluhan yang sering terjadi pada penderita Diabetes Mellitus adalah polyuria, polidipsi, polifagia, berat badan menurun, lemah, kesemutan, gatal, visus menurun, bisul atau luka, dan keputihan.

## 5. Komplikasi

Komplikasi mikrovaskuler adalah terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah kecil seperti di ginjal yang dapat menyebabkan penderita mengalami gangguan ginjal dan di mata dapat mengakibatkan penderita mengalami gangguan penglihatan bahkan kebutaan. Sedangkan, komplikasi makrovaskuler adalah terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah besar seperti di jantung dan otak yang sering mengakibatkan kematian serta penyumbatan pembuluh darah besar di ekstremitas bawah yang mengakibatkan gangren di kaki sehingga banyak penderita DM yang kehilangan kaki karena harus diamputasi (Yuhelma, Hasneli I, & Annis N, 2015)

Komplikasi yang terjadi pada DM Tipe II + *Diabetic Foot* dengan gangguan integritas jaringan yaitu terjadinya gangren yang terdapat lima grade diabetik foot (Clevo Rendy & TH, 2012), antara lain :

- a. Grade 0 : tidak ada luka.
- b. Grade I : kerusakan hanya di permukaan kulit.
- c. Grade II : kerusakan kulit sampai otot dan tulang.
- d. Grade III : terjadi abses.

- e. Grade IV : ganggren pada kaki bagian distal.
- f. Grade V : ganggren pada seluruh kaki dan tungkai bawah distal.

## **6. Penatalaksanaan**

Jika sudah lama mengidap DM, tujuan pengobatan DM adalah secara konsisten menormalkan kadar glukosa darah. Dengan mempertahankan kadar glukosa darah senormal dan sesering mungkin dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian. Penatalaksanaan yang paling umum di lakukan Diabetes Milletus Tipe II + Diabetic foot dengan gangguan integritas jaringan adalah perawatan luka. Luka yang dimaksud adalah luka yang terinfeksi yang bisa berasal dari luka diabetic atau diabetic foot (Clevo Rendy & TH, 2012) Penanganan di bagi menjadi empat, yaitu :

- a. Mengangkat jaringan mati, upaya ini disebut dengan debridement yang membersihkan luka dari kotoran yang berasal dari luar.
- b. Menghilangkan nanah, membuka serta mengalirkan nanah yang terperangkap di dalam tubuh merupakan cara terbaik untuk mengurangi pembentukan nanah.
- c. Menjaga kelembaban luka
- d. Menunjang masa penyembuhan

## **B. Teori Asuhan Keperawatan DM Tipe II + *Diabetic Foot* Dengan Gangguan Integritas Jaringan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari

berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Budiono & Budi Pertami, 2015)

Pengkajian keperawatan pada Diabetes Milletus Tipe II + *Diabetic Foot* dengan gangguan integritas jaringan meliputi :

- a. Identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnose medis.
- b. Data keluhan utama merupakan keluhan yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta bantuan kesehatan, seperti keluarga pasien mengeluh bahwa pasien sebelumnya mengalami bengkak pada kaki lalu mengalami luka di bagian kaki.
- c. Data riwayat penyakit saat ini merupakan pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari gangguan integritas jaringan.
- d. Data riwayat penyakit dahulu merupakan suatu penyakit yang pernah dialami seperti penyakit neuropati perifer
- e. Data riwayat kesehatan keluarga yang berhubungan dengan Diabetes Milletus, penyakit vaskuler perifer maupun penyakit lainnya.
- f. Pemeriksaan fisik head to toe.
- g. Pemeriksaan penunjang seperti kadar glukosa :
  - 1) Gula darah sewaktu/random >200mg/dL
  - 2) Gula darah puasa/nucther >140mg/dL
- h. Data pasien yang harus dikaji pada pasien Diabetes Milletus Tipe II + *Diabetic Foot* mengenai gangguan integritas jaringan termasuk dalam kategori lingkungan dan subkategori keamanan dan proteksi (SDKI

PPNI, 2016). Gejala dan tanda mayor yang perlu dikaji yaitu adanya kerusakan jaringan. Sedangkan, gejala dan tanda minor yang perlu dikaji yaitu adanya nyeri, adanya perdarahan, adanya kemerahan, dan adanya hematoma.

## **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab (Budiono & Budi Pertami, 2015). Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI PPNI, 2016). Diagnosa keperawatan dibagi menjadi dua yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa pasien dalam suatu kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakkan 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 penegakkan diagnosis ini akan mengarahkan pada pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan



pengecehan. Diagnosa positif terdiri dari promosi kesehatan (SDKI 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*) (SDKI PPNI, 2016). Masalah (*problem*) merupakan label diagnosis yang menggambarkan inti dari respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri dari 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 menghubungkan 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 di analisis, perawat dan pasien bersama-sama mengidentifikasi masalah aktual. Pernyataan masalah kesehatan nerujuk 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 (SDKI PPNI, 2016)

Masalah keperawatan gangguan integritas jaringan adalah kerusakan jaringan membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen (SDKI PPNI, 2016). Batasan karakteristik masalah tersebut yaitu tanda mayor dan minor. Tanda mayor yaitu kerusakan lapisan jaringan. Tanda minor yaitu nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma. Penyebab gangguan integritas jaringan adalah perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan atau kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanik misalnya penekanan pada tonjolan tulang, gesekan atau faktor listrik misalnya 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 jaringan.

### 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 jaringan 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. Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama dari diagnosa keperawatan gangguan integritas jaringan adalah perawatan integritas kulit dan perawatan luka (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. Setelah dilakukan intervensi keperawatan luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis 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) (SLKI DPP PPNI, 2019)

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 (SLKI DPP PPNI, 2019)

Tabel 1  
Perencanaan Keperawatan Gangguan Integritas Jaringan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3
<p>Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan adanya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan atau kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanik atau faktor elektris, energi listrik bertegangan tinggi, efek samping terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, dan kurang terpapar informasi.</p>	<p>Tujuan dan kriteria hasil untuk masalah gangguan integritas jaringan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (SLKI DPP PPNI, 2019) adalah sebagai berikut:</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka integritas jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kerusakan integritas jaringan menurun</li> <li>b. Nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 (dari 0-10)</li> <li>c. Perdarahan menurun</li> <li>d. Kemerahan menurun</li> <li>e. Hematoma menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perawatan integritas jaringan               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Observasi                   <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Identifikasi penyebab gangguan integritas jaringan (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)</li> </ol> </li> <li>2) Terapeutik                   <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>b) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</li> <li>c) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</li> <li>d) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</li> </ol> </li> <li>3) Edukasi                   <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Anjurkan menggunakan pelembab (misalnya lotion serum)</li> <li>b) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> <li>c) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</li> <li>d) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>b. Perawatan luka               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Observasi                   <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Monitor karakteristik luka (misal drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>b) Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> </li> <li>2) Terapeutik</li> </ol> </li> </ol>

1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan</li> <li>b) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>c) Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>d) Berikan salep yang sesuai ke kulit/ lesi, jika perlu</li> <li>e) Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>f) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>g) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase. Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam</li> <li>h) Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien</li> </ul> <p>3) Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>b) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul> <p>4) Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kolaborasi prosedur debridement misalnya enzimatik, biologis, mekanis, autolitik jika perlu</li> <li>b) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ul>

(Sumber : Tim Pokja SIKI DPP 2018, Tim Pokja SLKI DPP 2019, Tim Pokja SDKI DPP 2016)

#### 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 (Budiono & Budi Pertami, 2015).

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 (Asmadi, 2008)

Adapun komponen SOAP yaitu S (*Subjective*) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (*Objective*) 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 (Budiono & Budi Pertami, 2015). 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 + *Diabetic Foot* dengan gangguan integritas jaringan adalah :

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