

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

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

1. Konsep 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 40 tahun dan mengalami obesitas. DM Tipe II terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin (Brunner & Suddarth, 2002). Insulin merupakan hormone yang diproduksi pankreas, mengendalikan kadar glukosa darah dengan mengatur produksi dan penyimpanannya. Pada diabetes kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun, atau pankreas dapat menghentikan produksi insulin. Insulin akan menumpuk dalam aliran darah. Insulin menghambat pemecahan glukosa, protein dan lemak yang disimpan. Selama masa puasa pankreas akan melepaskan secara terus menerus sejumlah kecil insulin bersama dengan hormone pankreas yang disebut glukagon. Insulin dan glukagon secara bersama-sama mempertahankan kadar gula darah dengan menstimulasi pelepasan glukosa dari hati (Smeltzer & Bare, 2013).

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 (Wijaya, 2013).

2. *Diabetic foot*

Diabetic foot atau kaki diabetes merupakan infeksi, ulserasi, atau destruksi jaringan ikat dalam yang berhubungan dengan neuropati dan penyakit vaskuler perifer pada tungkai bawah. Tiga faktor penyebab utama masalah *diabetic foot* adalah neuropati, buruknya sirkulasi dan menurunnya resistensi terhadap infeksi (Maryunani, 2013). 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. Faktor aliran darah yang kurang juga akan menambah rumitnya pengelolaan kaki diabetes.

3. Gangguan integritas kulit pada DM tipe II

a. Pengertian

Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Kerusakan integritas kulit dapat berasal dari luka. Luka dideskripsikan sebagai cedera fisik yang menyebabkan kerusakan kulit atau membran mukosa. Jenis luka yang paling umum adalah luka trauma (tidak disengaja atau dibuat oleh diri sendiri), insisi bedah, dan beberapa jenis ulkus. Ulkus eksternal adalah kerusakan di kulit yang disebabkan oleh peluruhan jaringan inflamasi yang telah mati, ulkus juga dapat terjadi dalam membran mukosa (Corporation, 2019).

b. Penyebab

Penyebab gangguan integritas kulit pada diabetes mellitus tipe II yaitu sebagai berikut (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2016) :

1) Neuropati perifer

Neuropati perifer adalah gangguan saraf akibat penyakit diabetes, yang ditandai dengan kesemutan, nyeri, atau mati rasa. Saraf diseluruh tubuh dapat mengalami kerusakan ketika kadar gula darah tinggi dan berlangsung dalam waktu yang lama (Tarwoto & Wartonah, 2015).

2) Perubahan sirkulasi

Pada pasien diabetes sering mengalami gangguan pada sirkulasi, gangguan sirkulasi ini berhubungan dengan pheripheral vasculal diseases, efek sirkulasi inilah yang menyebabkan kerusakan pada saraf (Tarwoto & Wartonah, 2015).

c. Faktor yang mempengaruhi gangguan integritas kulit pada DM tipe II

Faktor-faktor yang mempengaruhi gangguan integritas kulit menurut (Tarwoto & Wartonah, 2015) yaitu sebagai berikut :

1) Neuropati perifer

Keadaan neuropati menyebabkan penurunan sensasi rasa, apabila terjadi trauma maka penderita tidak menyadarinya. Trauma berulang dapat menyebabkan 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 (Tarwoto & Wartonah, 2015).

2) Usia

Semakin bertambahnya usia secara biologi akan mempengaruhi proses penyembuhan luka. Menurunnya fungsi makrofag akan menyebabkan respon inflamasi, terlambatnya sintesis kolagen, dan melambatnya epitalisasi. Biasanya terjadi pada usia diatas 40 tahun (Ekaputra, 2013).

d. Patofisiologi terjadinya gangguan integritas kulit pada DM tipe II

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 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. Pada pasien diabetik sering 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 (Wijaya, 2013).

e. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala terjadinya gangguan integritas kulit pada pasien diabetes mellitus dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2016) yaitu :

1) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

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

2) Nyeri

Nyeri adalah keadaan yang subjektif dimana seseorang memperlihatkan rasa tidak nyaman secara verbal maupun nonverbal ataupun keduanya. Nyeri dibagi menjadi dua 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.

3) Perdarahan

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

4) Kemerahan

Sebuah kondisi kulit yang ditandai dengan kemerahan atau ruam.

5) Hematoma

Hematoma adalah kumpulan darah yang terlokasi dibawah jaringan. Hematoma menunjukkan pembengkakan, perubahan warna, sensasi serta kehangatan, atau masa yang tampak kebiru-biruan.

f. Dampak gangguan integritas kulit pada DM tipe II

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 (Wijaya, 2013).

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

Menurut (Wijaya, 2013), asuhan keperawatan pada pasien DM tipe II *diabetic foot* dengan gangguan integritas kulit yaitu :

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data dari klien (atau keluarga/kelompok/komunitas) yang akan diolah menjadi informasi, dan kemudian mengatur informasi yang bermakna dalam kategori pengetahuan, yang dikenal sebagai diagnosa keperawatan. Jika beberapa data ditafsirkan abnormal, maka akan dilakukan pengkajian mendalam untuk menentukan diagnosa yang tepat (Nanda, 2018).

Dalam SDKI terdapat 5 kategori yang meliputi fisiologis, psikologis, perilaku, relasional, lingkungan dan terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensory, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi social, serta keamanan dan proteksi (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Dalam hal ini pengkajian pada pasien Diabetes Melitus Tipe II diabetetic foot menggunakan pengkajian mengenai gangguan integritas kulit termasuk kedalam kategori lingkungan dan subkategori keamanan dan proteksi. Pengkajian pada masalah keperawatan gangguan integritas kulit meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat kesehatan dahulu atau sebelumnya, riwayat kesehatan sekarang, dan riwayat kesehatan keluarga (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

a). Adanya kerusakan lapisan kulit

b. Gejala dan tanda minor

1). Subjektif (tidak tersedia)

2). Objektif

a). Adanya nyeri

b). Adanya perdarahan

c). Adanya kemerahan

d). Adanya hematoma

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. 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 (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

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 SDKI 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 listrik (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 keperawatan terdiri atas luaran (outcome) dan intervensi. Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Komponen luaran terdiri atas tiga

komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil. Label merupakan nama dari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk mencari informasi terkait luaran leperawatan. Ekspektasi adalah penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai. Kriteria hasil adalah karakteristik pasien yang bias diamati maupun diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Komponen intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label yang merupakan nama dari intervensi yang menjadi kata kunci untuk memperoleh informasi. Label terdiri dari satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda yang berfungsi sebagai descriptor atau penjelasan dari intervensi keperawatan. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan makna dari label intervensi keperawatan yang ada. Tindakan merupakan rangkaian aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk di implementasikan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 1
Perencanaan Keperawatan Pada Pasien DM Tipe II diabetetic foot dengan Gangguan Integritas Kulit

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 |
| <p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan kerusakan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma</p> | <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan 3x24 jam, maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Kerusakan integritas kulit membaik</p> <p>b. Nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 (0-10)</p> <p>c. Perdarahan menurun</p> <p>d. Kemerahan menurun</p> <p>e. Hematoma menurun</p> | <p>Intervensi utama :</p> <p>Perawatan integritas kulit</p> <p>1). Observasi</p> <p>a). Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p>2). Terapeutik</p> <p>a). Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>b). Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>c). Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering.</p> <p>3). Edukasi</p> <p>a). Anjurkan menggunakan pelembab</p> <p>b). Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>c). Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</p> <p>d) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p> |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| | | <p>Perawatan luka</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Observasi <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor karakteristik luka (missal drainase, warna, ukuran, bau) b) Monitor tanda-tanda infeksi 2). Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a) Lepaskan balutan secara perlahan b) Bersihkan dengan cairan NaCl c) Berikan salep yang sesuai ke kulit / lesi, jika perlu d) Pasang balutan sesuai jenis luka e) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 3) Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi b) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri. |

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

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pada proses keperawatan, implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan). Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut

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, 2009).

Tujuan pendokumentasian tindakan keperawatan adalah sebagai berikut (Abd. Wahid & Iman S, 2012)

- a. Mengomunikasikan atau 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.

- d. Sebagai dasar untuk mengetahui efektivitas perencanaan jika diperlukan untuk merevisi perencanaan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah rangkaian dari proses keperawatan sehingga untuk dapat melakukan evaluasi perlu melihat langkah-langkah proses keperawatan sejak pengkajian. Perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi (pelaksanaan). Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, tahap penilain dilakukan untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil, maka perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilakukan dalam satu kali (Nurhayati, 2010).

Terdapat dua macam evaluasi keperawatan menurut (Nurhayati, 2010), yaitu:

1. Evaluasi kuantitatif

Evaluasi kuantitatif dilaksanakan dalam kuantitas, jumlah pelayanan, atau kegiatan yang telah dikerjakan. Misalkan jumlah keluarga yang dibina atau jumlah imunisasi yang telah diberikan. Evaluasi kuantitatif sering digunakan dalam kesehatan karena lebih mudah dikerjakan bila dibandingkan dengan evaluasi kualitatif. Pada evaluasi kuantitatif jumlah kegiatan dianggap dapat memberikan hasil yang memuaskan.

2. Evaluasi kualitatif

Evaluasi kalitatif merupakan evaluasi mutu yang dapat difokuskan pada salah satu dari tiga dimensi yang saling terkait:

a. Struktur atau sumber

Evaluasi struktur atau sumber terkait dengan tenaga manusia atau bahan-bahan yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan.

b. Proses

Evaluasi proses berkaitan dengan kegiatan-kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan. Misalnya mutu penyuluhan kesehatan yang diberikan kepada keluarga lansia dengan masalah nutrisi.

c. Hasil

Evaluasi ini difokuskan kepada bertambahnya kesanggupan keluarga dalam melaksanakan tugas-tugas.

Adapun komponen SOAP yaitu :

- a. Subjektif, yaitu dimana perawat menemui keluhan pasien berupa ungkapan yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan,
- b. Objektif, yaitu data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan
- c. Assesment, yaitu membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil. Kemudian ditarik kesimpulan dari tiga kemungkinan simpulan, yaitu :
 - 1) Tujuan tercapai, yaitu respon pasien yang menunjukkan perubahan dan kemajuan yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.
 - 2) Tujuan tercapai sebagian, yaitu respon pasien yang menunjukkan masih dalam kondisi terdapat masalah.

- 3) Tujuan tidak tercapai, yaitu respon pasien tidak menunjukkan adanya perubahan kearah kemajuan.
- d. Planning, yaitu perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan dan akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

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 (0-10)
- c. Perdarahan berkurang
- d. Kemerahan berkurang
- e. Hematoma berkurang