

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Diabetes Melitus Tipe 2

1. Definisi

Diabetes Melitus tipe 2 adalah kelainan metabolic yang ditandai dengan kenaikan gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pancreas (Irianto, 2015).

Diabetes Melitus tipe 2 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 pancreas dapat menghentikan produksi insulin. Diabetes melitus tipe 2 paling sering ditemukan pada individu yang berusia lebih dari 40 tahun dan mengalami obesitas. Diabetes melitus tipe 2 terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin (Smeltzer & Bare, 2017).

Diabetes melitus tipe 2 atau non insulin dependent diabetes mellitus merupakan intoleransi glukosa pada lansia berkaitan dengan obesitas, aktivitas fisik yang berkurang, kurangnya masa otot, penyakit penyerta, penggunaan obat-obatan, disamping karena pada lansia terjadi penurunan sekresi insulin dan insulin resisten (Hasdianah, 2012).

2. Tanda dan gejala

Menurut (PERKENI, 2015), penyakit diabetes melitus ini pada awalnya seringkali tidak dirasakan dan tidak disadari penderita. Tanda awal yang dapat

diketahui bawa seseorang menderita diabetes melitus yaitu dilihat langsung dari efek peningkatan kadar gula darah, dimana peningkatan kadar gula dalam darah mencapai nilai 160-180 mg/dL dan air seni (urine) penderita diabetes melitus yang mengandung gula (glucose), sehingga urine sering dilebung atau dikerubuti semut.

Menurut (PERKENI, 2015) gejala dan tanda-tanda diabetes melitus dapat digolongkan menjadi dua, yaitu:

a. Gejala akut penyakit diabetes melitus

Gejala penyakit diabetes melitus bervariasi pada setiap, bahkan mungkin tidak menunjukkan gejala apapun sampai saat tertentu. Permulaan gejala yang ditunjukkan meliputi:

1) Lapar yang berlebihan atau makan banyak (poliphagi)

Pada diabetes, karena insulin bermasalah pemasukan gula ke dalam sel sel tubuh kurang sehingga energi yang dibentuk pun kurang itu sebabnya orang menjadi lemas. Oleh karena itu, tubuh berusaha meningkatkan asupan makanan dengan menimbulkan rasa lapar sehingga timbulah perasaan selalu ingin makan.

2) Sering merasa haus (polidipsi)

Dengan banyaknya urin keluar, tubuh akan kekurangan air atau dehidrasi. Untuk mengatasi hal tersebut timbulah rasa haus sehingga orang ingin selalu minum dan ingin minum manis, minuman manis akan sangat merugikan karena membuat kadar gula semakin tinggi.

3) Jumlah urin yang dikeluarkan banyak (poliurin)

Jika kadar gula melebihi nilai normal, maka gula darah akan keluar bersama urin, untuk menjaga agar urin yang keluar, yang mengandung gula, tak terlalu pekat, tubuh akan menarik air sebanyak mungkin ke dalam urin sehingga

volume urin yang keluar banyak dan kencing pun sering. Jika tidak diobati maka akan timbul gejala banyak minum, banyak kencing, nafsu makan mulai berkurang atau berat badan turun dengan cepat (turun 5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu), mudah lelah dan bila tidak lekas diobati, akan timbul rasa mual.

b. Gejala kronik penyakit diabetes melitus

Gejala kronik yang sering dialami oleh pasien diabetes melitus adalah:

- 1) Kesemutan
- 2) Kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum
- 3) Rasa tebal dikulit
- 4) Kram
- 5) Mudah mengantuk
- 6) Mata kabur
- 7) Biasanya sering ganti kaca mata
- 8) Gatal disekitar kemaluan terutama pada wanita
- 9) Gigi mudah goyah dan mudah lepas
- 10) Kemampuan seksual menurun
- 11) Dan para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4kg

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada DM tipe 1 dan 2 umumnya tidak jauh berbeda (PERKENI, 2015).

a. Pemeriksaan kadar glukosa darah setelah puasa

Kadar glukosa darah normal setelah puasa berkisar antara 70-110 mg/dL. Seseorang didiagnosa DM bila kadar glukosa darah pada pemeriksaan darah arteri

lebih dari 126 mg/dl dan lebih dari 140 mg/dL jika darah yang diperiksa diambil dari pembuluh vena.

b. Pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu

Jika kadar glukosa darah berkisar antara 110-199 mg/dL, maka harus dilakukan test lanjut. Pasien didiagnosis DM bila kadar glukosa darah pada pemeriksaan darah arteri ataupun vena lebih dari 200 mg/dL.

c. *Test Toleransi Glukosa Oral* (TTGO)

Test ini merupakan test yang lebih lanjut dalam pendidagnosaan DM. Pemeriksaan dilakukan berturut-turut dengan nilai normalnya : 0,5 jam < 115 mg/dL, 1 jam < 200 mg/dL, dan 2 jam < 140 mg/dL.

d. Selain pemeriksaan kadar gula darah, dapat juga dilakukan pemeriksaan HbA1C atau *glycosylated haemoglobin*. *Glycosylated haemoglobin* adalah protein yang terbentuk dari perpaduan antara gula dan haemoglobin dalam sel darah merah. Nilai yang dianjurkan untuk HbA1C normal (terkontrol) 4 % - 5,9 %.

Semakin tinggi kadar HbA1C maka semakin tinggi pula resiko timbulnya komplikasi. Oleh karena itu pada penderita DM kadar HbA1C ditargetkan kurang dari 7 %. Ketika kadar glukosa dalam darah tidak terkontrol (kadar gula darah tinggi) maka gula darah akan berikatan dengan hemoglobin (terglikasi). Oleh karena itu, rata-rata kadar gula darah dapat ditentukan dengan cara mengukur kadar HbA1C. Bila kadar gula darah tinggi dalam beberapa minggu maka kadar HbA1C akan tinggi juga. Ikatan HbA1C yang terbentuk bersifat stabil dan dapat bertahan hingga 2-3 bulan (sesuai dengan umur eritrosit). Kadar HbA1C akan menggambarkan rata-rata kadar gula darah dalam jangka waktu 2-3 bulan sebelum pemeriksaan. Jadi walaupun pada saat pemeriksaan kadar gula darah

pada saat puasa dan 2 jam sesudah makan baik, namun kadar HbA1C tinggi, berarti kadar glukosa darah tetap tidak terkontrol dengan baik

e. *Gas Darah Arteri*, biasanya menunjukkan pH rendah dan penurunan pada HCO_3 (asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.

f. *Ureum / kreatinin* : mungkin meningkat atau normal (dehidrasi/ penurunan fungsi ginjal)

g. *Amilase darah* : mungkin meningkat yang mengindikasikan adanya pancreatitis akut sebagai penyebab dari Ketoasidosis Diabetikum.

h. *Insulin darah* : mungkin menurun/bahkan sampai tidak ada (pada tipe 1) atau normal sampai tinggi (pada tipe 2) yang mengindikasikan insufisiensi insulin/ gangguan dalam penggunaannya (endogen/eksogen).

i. *Urine* : gula dan aseton positif : berat jenis dan osmolalitas mungkin meningkat.

j. *Kultur dan sensitivitas* : kemungkinan adanya infeksi pada saluran kemih, infeksi pernafasan dan infeksi pada luka.

4. Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi diabetes mellitus adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi komplikasi vaskuler serta neuropati. Tujuan terapeutik pada setiap tipe diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah normal (PERKENI, 2015).

Ada 5 komponen dalam penatalaksanaan diabetes :

- a. Diet
- b. Latihan
- c. Pemantauan

d. Terapi (jika diperlukan)

e. Pendidikan

Menurut (Kemenkes RI, 2015) ada enam cara dalam penatalaksanaan DM tipe2, meliputi:

a. Pemberian insulin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemberian insulin adalah jenis, dosis, kapan pemberian, dan cara penyuntikan serta penyimpanan. Terdapat berbagai jenis insulin berdasarkan asal maupun lama kerjanya, menjadi kerja cepat/rapid acting, kerja pendek (regular/soluble), menengah, panjang, dan campuran.

Dosis anak bervariasi berkisar antara 0,7-1,0 U/kg per hari. Dosis insulin ini berkurang sedikit pada adanya fase remisi yang dikenal sebagai *honeymoon periode* dan kemudian meningkat pada saat pubertas.

Saat awal pengobatan insulin diberikan 3-4 kali injeksi. Bila dosis optimal dapat diperoleh, diusahakan untuk mengurangi jumlah suntikan menjadi 2 kali dengan menggunakan insulin kerja menengah atau kombinasi kerja pendek dan menengah (*split-mix regimen*). Penyuntikan setiap hari secara subkutan dipaha, lengan atas, sekitar umbilicus secara bergantian. Insulin sebaiknya disimpan dalam lemari es pada suhu 4-8°C.

b. Pengaturan makan/diet

1) Jumlah kebutuhan kalori untuk anak usia 1 tahun sampai dengan usia pubertas dapat juga ditentukan dengan rumus sebagai berikut :

$$1000 + (\text{usia dalam tahun} \times 100) = \dots\dots \text{Kalori/hari .}$$

2) Komposisi sumber kalori per hari sebaiknya terdiri atas : 50-55% karbohidrat, 10-15% protein (semakin menurun dengan bertambahnya umur), dan 30-35% lemak.

3) Pembagian kalori per 24 jam diberikan 3 kali makanan utama dan 3 kali makanan kecil sebagai berikut :

a) 20% berupa makan pagi.

b) 10% berupa makanan kecil.

c) 25% berupa makan siang.

d) 10% berupa makanan kecil.

e) 25% berupa makan malam.

f) 10% berupa makanan kecil.

c. Olahraga

Dianjurkan latihan jasmani teratur 3-4 kali tiap minggu selam kurang lebih 30 menit yang sifatnya sesuai CRIPE (*Continuous Rytmical Interval Progressive Endurance Training*). Latihan yang dapa dijadikan pilihan adalah jalan kaki, jogging, lari, renang, dan bersepeda.

d. Obat hipoglikemik oral (OHO)

Jika pasien telah melakukan pengaturan makan dan kegiatan jasmani yang teratur, tetapi kadar glukosa darahnya masih belum baik, dipertimbangkan pemakaian obat hipoglikemik oral.

1) *Sulfoniurea*

Berfungsi untuk menstimulasi pelepasan insulin yang tersimpan, menurunkan ambang sekresi insulin, meningkatkan sekresi insulin sebagai akibat rangsangan glukosa.

2) *Biguanid*

Menurunkan kadar glukosa darah tapi tidak sampai di bawah normal.

Dianjurkan untuk pasien gemuk.

3) *Inhibitor α glukosidase*

Bersifat kompetitif menghambat kerja enzim α glukosidase sehingga menurunkan penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia pascaprandial.

4) *Insulin sensitizing agent*

Berfungsi meningkatkan sensitifitas insulin tanpa menyebabkan hipoglikemia.

e. Edukasi

Kegiatan edukasi meliputi pemahaman dan pengertian penyakit dan komplikasinya, memotivasi penderita dan keluarga agar patuh berobat.

f. Pemantauan mandiri/home monitoring

Pasien serta keluarga harus dapat melakukan pemantauan kadar glukosa darah dan penyakitnya di rumah. Hal ini sangat diperlukan karena sangat menunjang upaya pencapaian normoglikemia. Pemantauan dapat dilakukan secara langsung (darah) dan secara tidak langsung (urin).

B. Konsep Dasar Gangguan Integritas Kulit

1. Pengertian

Gangguan integritas kulit/jaringan adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament) (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017). Gangguan integritas kulit adalah dimana keadaan individu berisiko

mengalami kerusakan jaringan epidermis dan dermis pada lapisan kulit (Carpenito, 2012).

2. Data mayor dan minor

Dari SDKI (2017), gejala dan tanda mayor dan minor dari gangguan integritas kulit, yaitu:

a. Gejala dan tanda mayor

1) Subyektif

(tidak tersedia)

2) Objektif

Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

b. Gejala dan tanda minor

1) Subyektif

(tidak tersedia)

2) Objektif

a) Nyeri

b) Perdarahan

c) Kemerahan

d) Hematoma

3. Faktor penyebab

Menurut SDKI (2017) faktor penyebab dari gangguan integritas kulit, yaitu:

a. Perubahan sirkulasi

b. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)

- c. Kekurangan/kelebihan volume cairan
- d. Penurunan mobilitas
- e. Bahan kimia iritatif
- f. Suhu lingkungan yang ekstrem
- g. Faktor mekanis (misalnya: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi 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/ melindungi integritas kulit

4. Penatalaksanaan

Menurut SIKI (2018) manajemen perawatan luka pada pasien dengan gangguan integritas kulit, yaitu:

- a. Observasi
 - 1) Monitor karakteristik luka (misal drainase, warna, ukuran, bau)
 - 2) Monitor tanda-tanda infeksi
- b. Terapeutik
 - 1) Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan
 - 2) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
 - 3) Bersihkan jaringan nekrotik

- 4) Berikan salep/madu yang sesuai ke kulit / lesi, jika perlu
- 5) Pasang balutan sesuai jenis luka
- 6) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- 7) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
- 8) Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien

c. Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Hasil penelitian (Migasni, 2020) mengungkapkan bahwa perawatan luka dengan madu memiliki pengaruh yang positif dimana derajat luka diabetic sebelum dilakukan terapi madu sebagian besar dalam kategori berat yaitu 9 responden (90%) dan derajat luka diabetic setelah pemberian terapi madu diperoleh sebanyak 4 responden (40%) dengan kategori sedang, disimpulkan bahwa efektifitas penggunaan madu dalam perawatan luka terbukti sangat efektif dalam meningkatkan pertumbuhan jaringan dan mempercepat proses penyembuhan. Hasil penelitian (Anshori et al., 2014) mengungkapkan bahwa ada pengaruh perawatan luka menggunakan madu terhadap kolonisasi bakteri *staphylococcus aureus* pada luka diabetik pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Rambipuji Kabupaten Jember.

C. Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas kulit pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2

1. Pengkajian

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 (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017). Pengkajian pada masalah gangguan integritas kulit adalah sebagai berikut.

a. Gejala dan tanda mayor

- 1) Subjektif (*tidak tersedia*)
- 2) Objektif

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, 2014).

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 kontaknya kulit sekitar luka dengan eksudat atau akibat dari penggunaan balutan yang terlalu lembab secara tidak tepat.

2. Diagnosis Keperawatan

Masalah keperawatan gangguan integritas kulit adalah gangguan integritas kulit/jaringan dermis atau epidermis. 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 mekanis (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 (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017).

Penyebab terjadinya gangguan integritas kulit pada pasien DM tipe II *diabetic foot* yaitu adanya neuropati perifer. Rumusan diagnosis 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 dari tujuan yang mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2019) dan intervensi keperawatan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2018), yaitu seperti pada tabel berikut.

Tabel 1
Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Integritas Kulit

Diagnosis keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Gangguan integritas kulit berhubungan dengan: neuropati perifer	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan integritas kulit membaik 2. Nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 (dari 0-10) 3. Perdarahan berkurang 4. Kemerahan berkurang 5. Hematoma berkurang	Perawatan integritas kulit Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 1. Anjurkan menggunakan pelembab (misalnya lotion

serum)

2. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
3. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
4. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Perawatan Luka

Observasi

- 3) Monitor karakteristik luka (misal drainase, warna, ukuran, bau)
- 4) Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

- 9) Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan
- 10) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
- 11) Bersihkan jaringan nekrotik
- 12) Berikan salep/madu yang sesuai ke kulit / lesi, jika perlu
- 13) Pasang balutan sesuai jenis luka
- 14) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- 15) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
- 16) Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien

Edukasi

- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - 4) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
-

4. Implementasi 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, 2012).

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, 2011).

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, 2012). 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 (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