

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Diabetes Mellitus

##### 2.1.1 Definisi

Diabetes Mellitus merupakan penyakit metabolisme kronis yang terjadi akibat tubuh tidak mampu memproduksi hormon insulin atau tubuh dikatakan tidak mampu menggunakan insulin secara efektif sehingga akan terjadi peningkatan kadar gula dalam darah yang biasa disebut dengan hiperglikemia (Novita Fajeriani dkk, 2019).

Diabetes Mellitus (DM) adalah sebuah gangguan metabolik dimana pankreas tidak dapat memproduksi hormon insulin secara cukup atau tubuh dikatakan tidak dapat menggunakan insulin secara efektif. Insulin adalah hormon yang mengatur keseimbangan gula dalam darah. Kadar gula darah yang normal pada pagi hari setelah semalaman seseorang berpuasa adalah 70-110 mg/dL (Depkes RI, 2014).

##### 2.1.2 Etiologi

Faktor resiko penyebab terjadinya Diabetes Mellitus menurut Elliana (2017) antara lain adalah :

1. Kegemukan / Obesitas

Seseorang yang memiliki derajat kegemukan deng IMT >23 dapat menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah menjadi 200mg%.

## 2. Riwayat Persalinan

Riwayat abortus berulang yang dimiliki oleh seseorang merupakan salah satu faktor yang dapat memicu Diabetes Mellitus. Melahirkan bayi yang cacat atau berat bayi lebih dari 4000 gram.

## 3. Faktor Genetik

Seseorang yang memiliki keluarga atau orang tua dengan penderita diabetes mellitus maka dua sampai enam kali lipat akan beresiko terkena diabetes mellitus juga.

## 4. Alkohol dan Rokok

Perubahan gaya hidup sangat berhubungan dengan peningkatan frekuensi Diabetes Mellitus. Faktor lain yang berhubungan dengan lingkungan tradisional menjadi lingkungan kebarat-baratan yang meliputi perubahan dalam konsumsi alkohol, minum-minuman keras, serta kebiasaan merokok

### **2.1.3 Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala Diabetes Mellitus menurut Kemenkes (2019) adalah:

#### 1. Meningkatnya Frekuensi Buang Air Kecil

Pada penderita Diabetes Mellitus sel di dalam tubuh tidak dapat menyerap glukosa. Maka dari itu ginjal mencoba untuk mengeluarkan glukosa sebanyak mungkin yang mengakibatkan penderita akan lebih sering kencing dengan frekuensi lebih dari 5 liter air kencing setiap harinya. Pada malam hari penderita juga

akan terbangun beberapa kali untuk buang air kecil, hal itu menandakan bahwa ginjal berusaha menyingkirkan semua glukosa ekstra dalam darah.

## 2. Rasa Haus Berlebihan

Seringnya buang air kecil dapat mengakibatkan air dalam tubuh akan hilang hal tersebut akan menyebabkan penderita merasa haus dan membutuhkan banyak air. Rasa haus yang berlebihan menandakan tubuh mencoba mengisi kembali cairan yang hilang serta tubuh mencoba mengelola gula darah tinggi

## 3. Berat Badan Turun Drastis

Penurunan berat badan dapat disebabkan oleh kadar gula darah yang terlalu tinggi. Karena hormon insulin tidak mendapatkan glukosa untuk sel yang digunakan sebagai energi, tubuh memecah protein dari otot sebagai sumber alternatif bahan bakar.

## 4. Kelaparan

Ketika kadar gula darah merosot tubuh akan mengira belum diberi makan dan lebih menginginkan glukosa yang dibutuhkan sel.

## 5. Luka Sulit Sembuh

Tanda dari diabetes yang selanjutnya adalah luka atau infeksi yang tidak sembuh dengan cepat. Hal ini terjadi karena pembuluh darah mengalami kerusakan akibat glukosa dalam jumlah berlebihan mengelilingi pembuluh darah dan arteri. Diabetes mengurangi efisiensi dari sel progenitor endotel atau EPC yang membantu pembuluh darah dalam proses penyembuhan luka.

## 6. Pandangan Kabur

Penglihatan yang kabur merupakan akibat langsung dari kadar gula darah yang tinggi. Membiarkan gula darah dalam waktu lama akan menyebabkan kerusakan permanen, bahkan mungkin akan terjadi kebutaan. Hiperglikemia dan mikro-aneurisma yang terjadi selama bertahun-tahun akan mengakibatkan pembuluh darah di retina menjadi lemah.

## 7. Kesemutan / Mati Rasa

Kesemutan dan mati rasa pada tangan serta kaki, bersamaan dengan rasa sakit yang membakar dan membengkak merupakan tanda bahwa saraf sedang dirusak oleh diabetes.

### **2.1.4 Patofisiologi**

Terdapat dua masalah yang berhubungan dengan insulin pada DM tipe II yakni resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Insulin yang normal akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Akibat terikatnya insulin pada reseptor tersebut akan terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Pada DM tipe II retensi insulin disertai dengan penurunan reaksi intra sel. Insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat dan progresif ini menjadi awalan diabetes tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi. Gejala awal yang dialami pasien bersifat ringan dan dapat mencakup kelelahan, polyuria, polydipsia, iritabilitas, luka yang lama



sembuh, pandangan kabur atau infeksi vagina (apabila kadar glukosanya sangat tinggi). Penyakit diabetes mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah diseluruh tubuh yang biasa disebut dengan angiopati diabetic. Penyakit ini berjalan kronis dan terbagi menjadi dua yakni makrovaskular (gangguan pada pembuluh darah besar) disebut makroangiopati dan mikrovaskular (pada pembuluh darah halus) disebut mikroangiopati (Saesfao, 2020).

### **2.1.5 Penatalaksanaan**

Empat komponen penatalaksanaan pada penderita diabetes mellitus yakni :

#### **1. Diet**

Pengendalian berat badan dan diet adalah dasar dari penatalaksanaan diabetes mellitus. Adapun tujuan yang akan dicapai pada penatalaksanaan ini adalah :

- a. Mempertahankan berat badan yang sesuai.
- b. Memenuhi kebutuhan energi, vitamin dan mineral pada tubuh.
- c. Menurunkan kadar lemak dalam darah jika kadar ini meningkat.
- d. Mengupayakan kadar glukosa darah mendekati nilai normal melalui cara- cara yang praktis dan aman.

#### **2. Latihan**

Efek latihan sangat penting yakni dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor resiko kardiovaskular.

Olahraga secara rutin dapat memperbaiki sirkulasi darah dan tonus

otot. Latihan juga akan mengubah kadar lemak darah yaitu meningkatkan kadar HDL, kolesterol dan menurunkan kadar kolesterol total serta trigliserida. Selain itu efek lain dari latihan bagi penderita diabetes adalah mampu menurunkan berat badan, menurunkan rasa stress dan menjaga kesegaran atau kebugaran tubuh.

### 3. Terapi

Pada penderita diabetes mellitus tipe 2 insulin sangat diperlukan sebagai terapi jangka panjang yang bertujuan untuk mengendalikan kadar glukosa darah jika diet dan obat hipoglikemia oral tidak mampu mengontrolnya. Penyuntikan insulin biasa dilakukan dua kali perhari bahkan biasanya lebih sering guna mengendalikan kenaikan kadar glukosa darah sesudah makan dan pada waktu malam hari. Penentuan kadar glukosa darah yang akurat sangat penting karena dosis insulin diperlukan oleh masing-masing pasien.

### 4. Pendidikan Kesehatan

Diabetes mellitus adalah penyakit kronis yang memerlukan perilaku penanganan mandiri seumur hidup. Pasien harus belajar keterampilan untuk merawat dirinya sendiri guna menghindari kenaikan dan penurunan kadar glukosa darah yang mendadak. Selain itu pasien juga harus memiliki perilaku preventive dalam menjaga gaya hidup untuk menghindari komplikasi jangka

panjang yang mungkin akan ditimbulkan dari penyakit diabetes mellitus (Titik Suryaningsih, 2018).

### **2.1.6 Komplikasi**

Hiperglikemia yang terjadi dalam jangka panjang akan menyebabkan berbagai kerusakan sistem tubuh terutama pada syaraf dan pembuluh darah. Beberapa komplikasi yang sering terjadi pada penderita diabetes mellitus adalah :

1. Meningkatnya resiko penyakit stroke dan penyakit jantung.
2. Kerusakan syaraf (neuropati) di kaki yang menyebabkan ulkus kaki atau luka pada kaki, infeksi dan bahkan amputasi pada kaki.
3. Retinopati diabetikum adalah salah satu penyebab utama kebutaan yang terjadi akibat dari keruakan pembuluh darah kecil di retina.
4. Gagal Ginjal
5. Resiko kematian pada penderita diabetes mellitus secara lebih besar atau dua kali lipat dibandingkan bukan penderita diabetes mellitus (Depkes RI, 2014).

## **2.2 Konsep Gangguan Integritas kulit**

### **2.2.1 Definisi**

Gangguan integritas kulit merupakan keadaan dimana individu beresiko mengalami kerusakan jaringan epidermis dan dermis pada lapisan kulit (Carpenito, 2012) dikutip dalam (Rusmiyanti, 2018). Pada pasien Diabetes Mellitus salah satu gangguan integritas kulit yang sering muncul adalah ulkus diabetik atau luka gangren. Luka diabetik

merupakan luka yang terjadi karena terdapat kelainan pada saraf dan pembuluh darah serta adanya infeksi. Apabila infeksi tidak diatasi dengan baik maka akan berlanjut pada pembusukan dan bahkan dapat diamputasi (Wijaya & Putri, 2013).

### 2.2.2 Tanda dan Gejala

Tanda dan Gejala Gangguan Integritas Kulit dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia adalah sebagai berikut :

#### 1. Nyeri

Nyeri merupakan keadaan yang subjektif dimana seseorang memperlihatkan keadaan/rasa tidak nyaman secara verbal maupun non verbal atau bahkan keduanya. Nyeri dapat dibagi menjadi dua yakni nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik yang berkaitan dengan gangguan jaringan fungsional, dengan intensitas ringan hingga berat dan berlangsung lebih dari tiga bulan.

#### 2. Perdarahan

Perdarahan merupakan keadaan dimana terjadinya kehilangan darah baik internal maupun eksternal.

#### 3. Kemerahan

kemerahan adalah suatu kondisi yang ditandai dengan kemerahan atau ruam di sekitar kulit.

#### 4. Hematoma

Hematoma adalah kumpulan darah yang terlokalisasi dibawah jaringan. Hematoma ini menunjukkan pembengkakan, perubahan



warna, sensasi dan massa atau kehangatan yang tampak kebiruan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### 2.2.3 Penyebab

Ada beberapa hal yang dapat menyebabkan gangguan integritas pada kulit yaitu :

1. Neuropati Perifer

Neuropati perifer merupakan gangguan saraf yang terjadi akibat penyakit diabetes mellitus. Ditandai dengan adanya kesemutan, nyeri dan mati rasa. Saraf yang ada di seluruh tubuh dapat mengalami kerusakan ketika kadar gula dalam darah tinggi dan berlangsung dalam waktu yang cukup lama. Neuropati merupakan faktor utama yang menyebabkan terjadinya luka diabetik (Tarwoto & Wartinah, 2015).

2. Perubahan Sirkulasi

Gangguan sirkulasi ini juga sering dialami oleh penderita diabetes mellitus. Gangguan sirkulasi berhubungan dengan *peripheral vascular disease*. Efek dari gangguan sirkulasi inilah menyebabkan kerusakan pada otot dan saraf. Gangguan saraf autonom berpengaruh pada terjadinya perubahan tonus otot yang menyebabkan abnormalnya aliran darah yang dapat menyebabkan kulit menjadi kering dan antihidrosis sehingga kulit mudah rusak dan menyebabkan terjadinya ulkus diabetik atau luka gangren.

Sehingga dapat memunculkan masalah keperawatan yaitu gangguan integritas kulit (Wijaya & Putri, 2013).

#### **2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Gangguan Integritas kulit**

Faktor- faktor yang mempengaruhi gangguan integritas kulit pada penderita Diabetes Mellitus adalah sebagai berikut :

1. Neuropati perifer

Kadaan neuropati ini menyebabkan penurunan sensasi rasa, apabila terjadi trauma maka pasien tidak akan menyadarinya. Trauma yang berulang dapat menyebabkan kerusakan pada lapisan kulit, baik itu trauma yang disengaja seperti pembedahan atau trauma yang tidak disengaja seperti trauma tajam, trauma tumpul, luka bakar, terpapar zat kimia dan listrik (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

2. Usia

Usia yang semakin bertambah secara biologis akan mempengaruhi proses penyembuhan luka. Biasaya pada usia 40 tahun keatas fungsi makrofag akan menurun dan menyebabkan respon inflamasi, terlambatnya sintesis kolagen dan melambatnya epitalisasi (Ekaputra, 2013) dikutip dalam (Zahrah, 2016).

#### **2.2.5 Komplikasi**

Beberapa komplikasi yang dapat menimbulkan gangguan integritas kuli menurut Mulyati dikutip dalam Rusmiyanti (2018) adalah :

1. Neuropati sensori yang dapat menyebabkan hilangnya rasa nyeri dan sensibilitas tekanan.
2. Neuropati otonom yang mengakibatkan timbulnya peningkatan kekeringan akibat penurunan perspirasi.
3. Vaskuler perifer menyebabkan sirkulasi ekstremitas bawah buruk yang menghambat lamanya kesembuhan luka sehingga dapat menyebabkan timbulnya komplikasi gangren dan ulkus diabetik.

### 2.2.6 Klasifikasi

Beberapa klasifikasi Ulkus Dekubitus menurut Wijaya & Putri (2013) adalah :

1. Derajat 0 : tidak ada lesi yang terbuka, kulit tampak masih utuh dengan kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti “ claw, callus”.
2. Derajat I : ulkus superepidermal terbatas pada kulit/ merasakan hanya sampai pada permukaan kulit.
3. Derajat II : ulkus dalam menembus tendon dan tulang/ kerusakan kulit mencapai otot dan tulang.
4. Derajat III : terjadi abses dalam dengan atau tanpa osteomyelitis.
5. Derajat IV : gangren pada jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa selulitis.
6. Derajat V : gangren pada seluruh kaki atau sebagian tungkai.

### 2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wijaya & Putri (2013), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada gangguan integritas kulit adalah:

#### 1. Pemeriksaan Fisik

##### a. Inspeksi

Denervasi pada kulit dapat menyebabkan produktivitas keringan menurun sehingga kulit kaki menjadi kering, pecah-pecah, rabut kaki/jari (-), kalus, claw toe, ulkus tergantung saat ditemukan (0-5).

##### b. Palpasi

- 1) Kulit pecah-pecah, kulit kering, tidak normal
- 2) Pulsasi (-), kusi arteri dingin
- 3) Ulkus : kalus tebal dan keras

#### 2. Pemeriksaan Vaskuler

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

#### 3. Pemeriksaan Radiologis

Meliputi pemeriksaan gas subkutan, benda asing, osteomyelitis.

#### 4. Pemeriksaan Laboratorium

##### a. Pemeriksaan Darah

dapat meliputi : GDS >200 mg/dl, gula darah puasa > 120 mg/dl dan 2 jam post prandial >200g/dl.

##### b. Urin



Pada 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 ( ++++ ).

c. Kultur pus

Digunakan untuk mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman.

### 2.2.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan ulkus diabetikum menurut (Wijaya & Putri, 2013) yakni sebagai berikut :

1. Pengobatan

Pengobatan pada ulkus diabetic sangat dipengaruhi oleh dalamnya ulkus dan derajat luka. Apabila terdapat ulkus yang dalam harus dilakukan pemeriksaan lebih lanjut dan seksama untuk menentukan kondisi ulkus serta besar kecilnya debridemen yang akan dilakukan.

2. Perawatan Luka

a. Mencuci luka

Mencuci luka adalah hal pokok yang berfungsi untuk meningkatkan, memperbaiki serta mempercepat proses penyembuhan luka dan menghindari terjadinya infeksi.

b. Debridement

Debridement merupakan pembuangan jaringan nekrosis pada luka yang dilakukan untuk menghindari terjadinya infeksi jaringan nekrosis karena adanya peningkatan jumlah bakteri.

c. Terapi antibiotika

Antibiotika biasanya diberikan peroral guna menghambat kuman gram positif dan gram negatif.

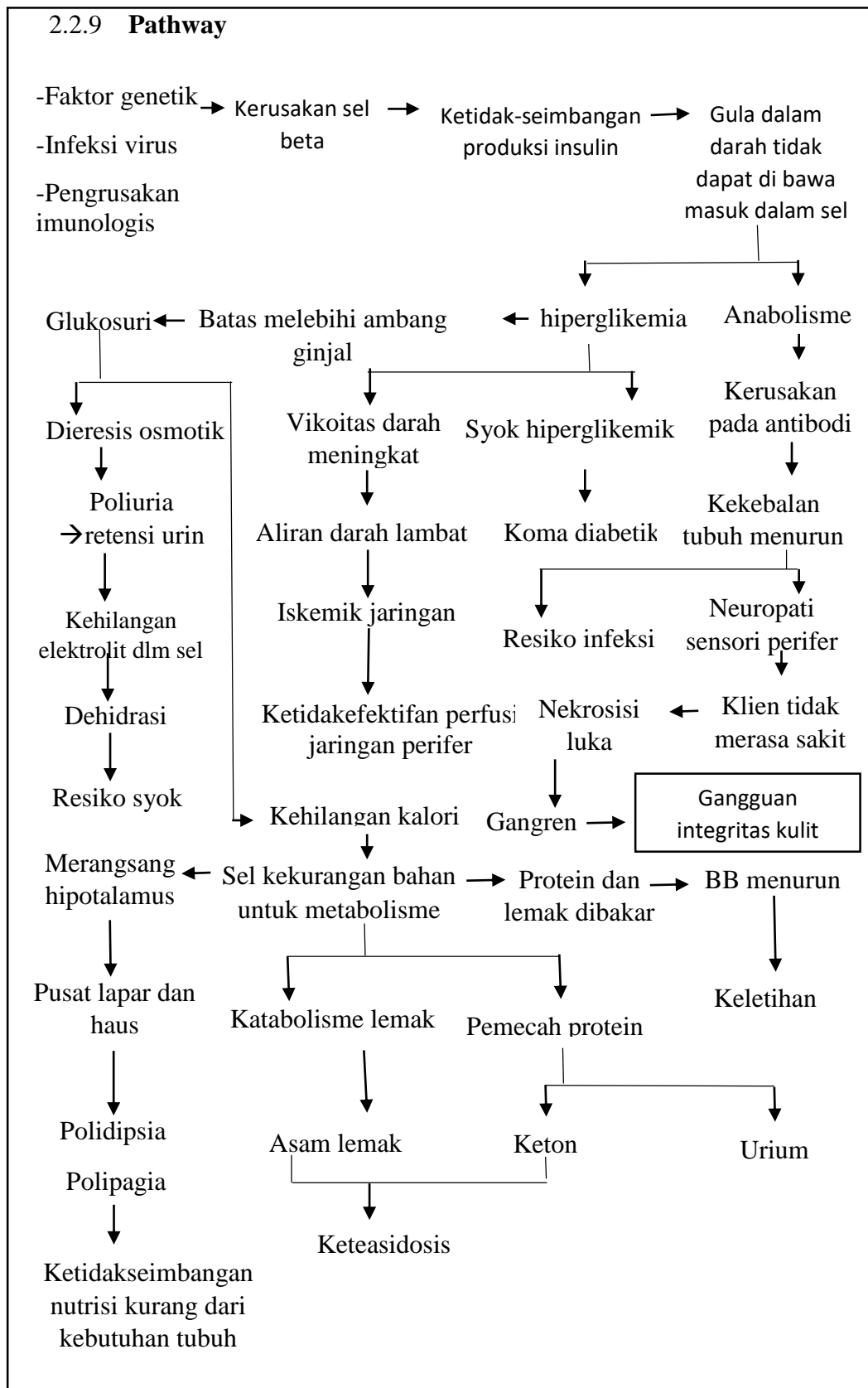
d. Nutrisi

Penderita ulkus diabetic biasanya diberikan diet dengan nilai gizi 60% kalori karbohidrat, 20% kalori lemak, 20% kalori protein. Faktor nutrisi ini sangat sangat berperan penting dalam penyembuhan luka.

e. Pemeliharaan jenis balutan

Balutan yang digunakan adalah jenis absorbent, hidroaktif gel dan hidrocoloi.

Selain perawatan yang sudah dijelaskan perlu dilakukan pemeriksaan albumin dan Hb sebanyak satu minggu sekali karena anemia dan hipoalbumin yang ada akan sangat berpengaruh pada penyembuhan luka.



Gambar 2.1 Pathway Diabetes Mellitus (Nurarif &amp; Kusuma, 2015)

## 2.3 Asuhan Keperawatan

### 2.3.1 Pengkajian

Menurut Wijaya dan Putri (2013), pengkajian adalah langkah utama serta dasar utama dari proses keperawatan yang meliputi :

1. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi : nama , no register, pekerjaan, agama, status, tanggal MRS, tanggal pengkajian dan diagnosa medis.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama meliputi : adanya rasa kesemutan pada kaki/ tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka.

3. Riwayat kesehatan

- a. Riwayat kesehatan sekarang :

berisi tentang kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka dan upaya yang telah dilakukan oleh pasien untuk mengatasinya

- b. Riwayat kesehatan terdahulu :

Ada atau tidak riwayat penyakit diabetes mellitus atau penyakit lain yang berkaitan dengan defensi insulin misalnya penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas maupun arteroskerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh pasien.

- c. Riwayat kesehatan keluarga :

pada genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita DM tau penyakit keturunan yang



dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misalnya hipertensi, jantung.

d. Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum :

meliputi keadaan umum pasien, kesadaran, suara bicara, berat badan, tinggi badan dan tanda-tanda vital.

2) Kepala : perhatikan bentuk kepala, keadaan rambut pasien, kebersihan kepala, adakah kelainan pada kepala.

3) Mata : kaji bentuk mata, pupil, konjungtiva.

4) Hidung : kaji bentuk hidung, kebersihan hidung, terdapat cuping hidung atau tidak.

5) Telinga : kaji bentuk telinga, adakah gangguan pendengaran atau tidak, adakah kelainan pada telinga atau tidak.

6) Mulut : kaji bentuk mulut, terdapat sianosis atau tidak, kebersihan mulut, terdapat caries gigi atau tidak.

7) Leher : adakah pembesaran pada leher atau tidak.

8) Paru paru

a) Inspeksi : bentuk dada, irama, gerakan pernapasan

b) Palpasi : gerakan dada saat bernafas normal dan seimbang antara dada kanan dan kiri

c) Perkusi : suara pekak

d) Auskultasi : bunyi nafas vesikuler, terdapat suara napas tambahan atau tidak (misal ronki, stridor atau mengi).

## 9) Jantung

- a) Inspeksi : *ictus cordis* tampak atau tidak
- b) Palpasi : *ictus cordis* teraba atau tidak
- c) Perkusi : menentukan batas - batas jantung
- d) Auskultasi : adakah bunyi jantung tambahan atau tidak,  
bising jantung

## 10) Abdomen

- a) Inspeksi : dinding perut terlihat cekung dari dada,  
tidak ada luka maupun lesi
- b) Auskultasi : terdengar bising usus dan peristaltic usus  
10-15 x/menit.
- c) Palpasi : terdengar suara *tympani*
- d) Perkusi : tidak ada nyeri tekan dan penumpukan  
cairan

## 11) Integument

- a) Inspeksi : warna kulit, turgor kulit menurun, terdapat  
lesi, akral hangat
- b) Palpasi : CRT > 3 detik, terdapat nyeri tekan

## 12) Ekstremitas

- a) Inspeksi : terdapat luka pada ekstremita bawah  
sebelah kiri, warna kehitaman pada bekas luka, kemerahan  
pada sekitar luka
- b) Palpasi : terdapat nyeri tekan,

### 13) Genetalia

Perhatikan bentuknya, personal hygiene pada genetalia, adakah kelainan atau tidak.

### 14) System Neurologis

Terjadi penurunan saraf sensori, paresthesia, anastesia, letargi, reflek lambat, mengantuk, kacau mental, disorientasi.

#### e. Pola kesehatan sehari – hari

##### 1) Nutrisi

a) Pada penderita diabetes mellitus pasien akan sering merasakan kelaparan dan banyak makan / polifagi karena ketika kadar gula darah merosot tubuh akan mengira belum diberi makanan.

b) Pasien akan sering minum karena rasa haus yang berlebihan / polidipsi.

##### 2) Eliminasi

Frekuensi buang air kecil akan meningkat atau biasa disebut poliuri.

##### 3) Istirahat

Penderita diabetes mellitus akan sering mengalami kekelahan sehingga membutuhkan waktu istirahat yang cukup banyak.

##### 4) Personal Hygiene

Penderita diabetes mellitus dengan masalah luka diabetic harus selalu menjaga kebersihan luka dengan cara perawatan luka agar tidak terjadi infeksi.

### 5) Aktivitas

Pola aktivitas pasien akan sedikit terganggu karena terdapat luka pada ekstremitas bawah yang memungkinkan aktivitas pasien akan dibantu oleh keluarganya.

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan. Aktual atau potensial yang kemungkinan dan membutuhkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut (Wijaya & Putri, 2013).

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Adapun diagnosa yang muncul adalah Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.

### **2.3.3 Intervensi Keperawatan**

Menurut Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan.



Table 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p><b>Gangguan Integritas Kulit</b></p> <p><b>Definisi :</b> kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligament )</p> <p><b>Etiologi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan sirkulasi</li> <li>2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)</li> <li>3. Kekurangan/ kelebihan volume cairan</li> <li>4. Penurunan morbilitas</li> <li>5. Bahan kimia iritatif</li> <li>6. Suhu lingkungan yang ekstrem</li> <li>7. Factor mekanis</li> </ol>	<p><b>Tujuan :</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, maka integritas kulit/ jaringan akan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas</li> <li>2. Hidrasi</li> <li>3. Perfusi jaringan</li> <li>4. Menurunnya nyeri, perdarahan, hematoma, pigmentasi abnormal, jaringan parut, nekrosis, abrasi kornea</li> <li>5. Membaiknya suhu</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (misal. drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi.</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan.</li> <li>2. Cukur rambut di sekitar daerah luka.</li> <li>3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik</li> <li>4. Bersihkan jaringan nekrotik.</li> <li>5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi jika perlu.</li> <li>6. Pasang balutan sesuai jenis luka.</li> <li>7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.</li> </ol>

	<p>(misal penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)</p> <p>8. Efek samping terapi radiasi</p> <p>9. Kelembaban</p> <p>10. Proses penuaan</p> <p>11. Neuropati perifer</p> <p>12. Perubahan pigmentasi</p> <p>13. Perubahan hormonal</p> <p>14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas jaringan</p> <p><b>Tanda dan Gejala Mayor</b></p> <p><b>Objektif :</b></p> <p>Kerusakan jaringan dan lapisan kulit</p> <p><b>Tanda dan Gejala Minor</b></p> <p><b>Objektif :</b></p>	<p>kulit, sensasi kulit, tekstur kulit dan pertumbuhan rambut</p>	<p>8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase.</p> <p>9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien.</p> <p>10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari.</p> <p>11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (misal. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino) sesuai indikasi.</p> <p>12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous) jika perlu.</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.</li> <li>3. Ajarkan prosedur perawatan luka</li> </ol>
--	---	---	---

	1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma <b>Kondisi Klinis</b> <b>Terkait</b> 1. Imobilisasi 2. Gagal jantung kongestif 3. Gagal ginjal 4. Imunodefisiensi (misal. AIDS)		secara mandiri. Kolaborasi : 1. Kolaborasi prosedur debridement 2. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu.
--	--	--	---

(sumber : Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018)

#### 2.3.4 Implementasi

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang di kerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Tahap pelaksanaan atau implementasi ini terdiri atas tindakan mandiri dan kolaborasi yang mencakup pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, peningkatan kesehatan serta memfasilitasi coping. Kerja sama dengan keluarga pasien sangat diharapkan agar kondisi pasien cepat membaik serta tujuan dan kriteria hasil yang sudah di buat dalam intervensi dapat tercapai (Rusmiyanti, 2018).

#### 2.3.5 Evaluasi

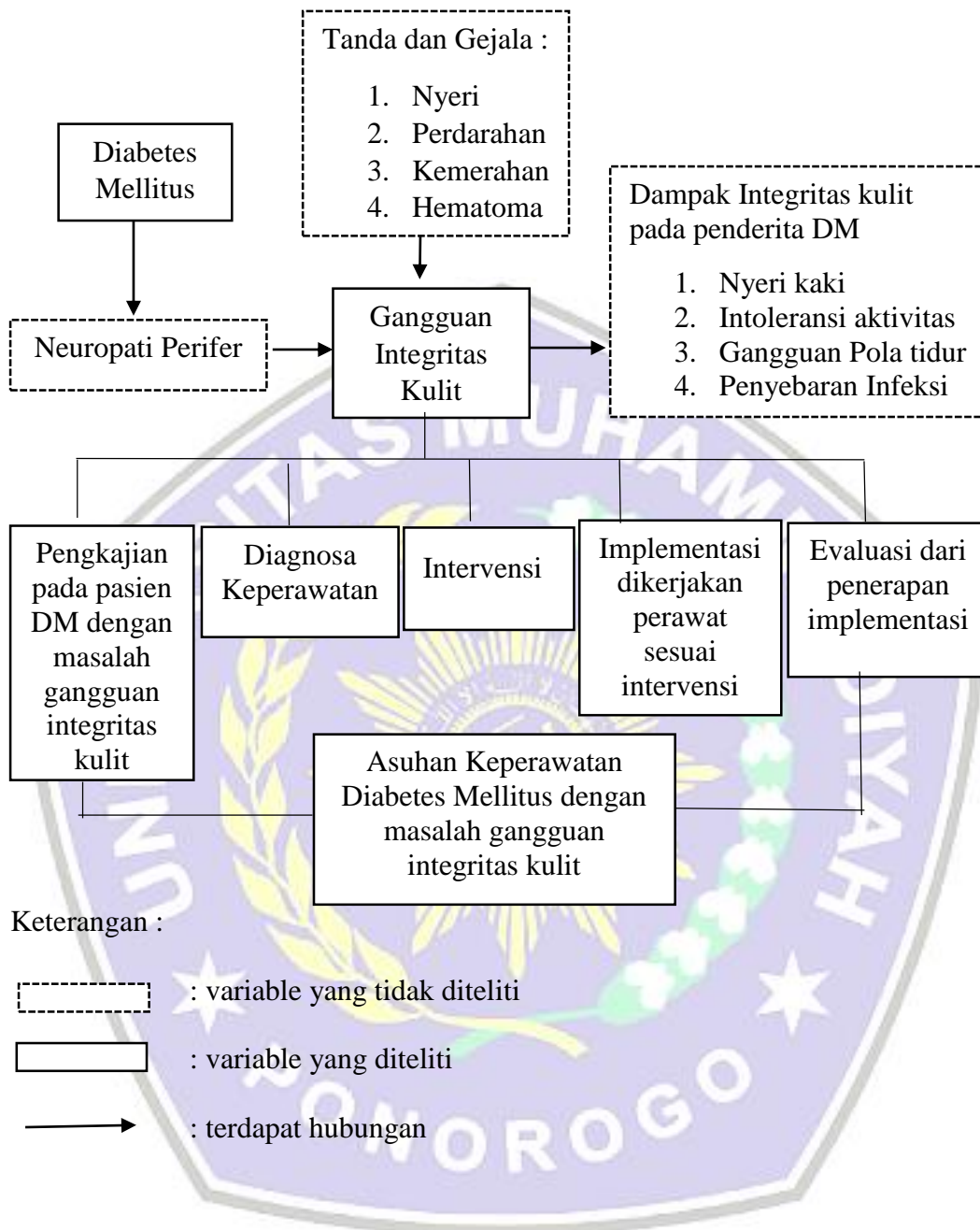
Evaluasi keperawatan menurut Sunaryo (2016), adalah rangkaian dari proses keperawatan. Untuk melakukan evaluasi perlu melihat

langkah-langkah proses keperawatan sejak pengkajian. Perumusan diagnosa, perencanaan dan implementasi (pelaksanaan). Selanjutnya pada tahap akhir perawat mengevaluasi kemajuan pasien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan dan apabila tujuan belum tercapai perlu dilakukan revisi data dasar serta memperbarui diagnosis keperawatan maupun perencanaan. Secara singkat dapat dikatakan bahwa evaluasi merupakan sebuah penilaian terhadap tindakan keperawatan yang diberikan dan mengetahui apakah asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai yang telah ditetapkan. Evaluasi keperawatan disusun menggunakan SOAP :

- S (Subjektive) : merupakan keluhan pasien yang masih di rasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- O (Objektif) : merupakan data yang di dapatkan berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat yang dilakukan secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan.
- A (Assesment) : merupakan interpretasi dari data subjektif dan objektif.
- P (Planing) : merupakan perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi dan ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.



### 2.3.6 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.2 Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan pada Penderita Diabetes Mellitus dengan Masalah Keperawatan Gangguan Integritas Kulit