

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini, penulis akan menjelaskan teori-teori yang mendukung studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien diabetes melitus Dengan Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang”, yang terdiri dari konsep diabetes melitus, konsep risiko gangguan integritas kulit dan konsep asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan masalah keperawatan risiko gangguan integritas kulit.

2.1 Konsep Penyakit Diabetes Mellitus

2.1.1 Definisi

Diabetes mellitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (Brunner Suddart, 2021).

Diabetes melitus (DM) didefinisikan sebagai suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin. Insufisiensi fungsi insulin dapat disebabkan oleh gangguan atau defisiensi produksi insulin oleh sel-sel beta Langerhans kelenjar pancreas, atau disebabkan oleh kurang responsifnya sel-sel tubuh terhadap insulin (*Definisi Diabetes Mellitus*, 2023).

2.1.2 Etiologi

Etiologi dari penyakit Diabetes Mellitus merupakan gabungan faktor genetik dan faktor lingkungan, selain itu juga akibat sekresi atau kerja insulin, abnormalitas metabolik yang mengganggu sekresi insulin, abnormalitas mitokondria, dan sekelompok kondisi lain yang mengganggu toleransi glukosa (Lestari dkk., 2021). Menurut Aini (2019), Diabetes Mellitus terjadi ketika tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan insulin sehingga menyebabkan kadar glukosa darah dalam tubuh menjadi banyak.

2.1.3 Manifestasi klinis

Menurut Brunner&Suddart (2021) manifestasi klinis DM antara lain:

- 1) Poliuri, polidipsi, dan polifagia

- 2) Keletihan dan kelemahan, perubahan pandangan secara mendadak, sensasi kesemutan atau kebas di tangan atau kaki, kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuh, atau infeksi berulang
- 3) Tanda dan gejala ketoasidosis diabetes (DKA) mencakup nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, dan napas berbau buah. DKA yang tidak tertangani dapat menyebabkan perubahan tingkat kesadaran, koma dan kematian.

2.1.4 Klasifikasi

American Diabetes Assosiation/World Health Organization mengatakan bahwa diabetes melitus dapat terjadi jika memiliki kadar gula darah kurang atau lebih dari kadar normal dalam satuan miligram per desiliter (mg/dL) dengan kisaran gula darah normal, gula darah 2 jam pp ≤ 140 mg/dL, gula darah sewaktu ≤ 200 mg/dL, gula darah setelah puasa 70-100 mg/dL, ada 4 macam klasifikasi penyakit diabetes melitus berdasarkan penyebabnya, yaitu (Suryati et al., 2021):

1) Diabetes Mellitus Tipe 1

Diabetes mellitus tipe 1 disebut juga dengan juvenile diabetes (diabetes usia muda) namun ternyata diabetes ini juga dapat terjadi pada orang dewasa, maka istilahnya lebih sering digunakan diabetes mellitus tipe-1 atau Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM) yaitu suatu tipe diabetes mellitus di mana penderitanya akan bergantung pada pemberian insulin dari luar (Kurniadi Nurrahmani, 2020) .

Faktor penyebab diabetes mellitus tipe-1 adalah infeksi virus atau autoimun (rusaknya sistem kekebalan tubuh) yang merusak sel-sel penghasil insulin, yaitu sel β pada pankreas secara menyeluruh. Oleh karena itu, pada tipe ini pankreas sama sekali tidak dapat menghasilkan insulin sehingga penderitanya harus diberikan insulin dari luar atau suntikan insulin untuk tetap bertahan hidup (Kutipan Kuriodi Nurrahmani, 2014 dalam Suryati et al., 2021).

2) Diabetes Mellitus Tipe II

Diabetes melitus(DM) dalam kutipan Suryati 2021, Diabetes mellitus tipe 2 adalah gangguan sekresi insulin ataupun gangguan kerja insulin (resistensi insulin) pada organ target terutama hati dan otot. Awalnya resistensi insulin masih belum menyebabkan

diabetes secara klinis. Pada saat tersebut sel beta pankreas masih dapat mengkompensasi keadaan ini dan terjadi suatu hiperinsulinemia dan glukosa darah masih normal atau sedikit meningkat. 90% dari kasus diabetes adalah diabetes mellitus tipe 2 dengan karakteristik gangguan sensitivitas insulin dan atau gangguan sekresi insulin. Diabetes mellitus tipe 2 secara klinis muncul ketika tubuh tidak mampu lagi memproduksi cukup insulin untuk mengkompensasi peningkatan insulin resisten (Decroli et al., 2019)

Dua patofisiologi utama yang mendasari terjadinya kasus diabetes mellitus tipe 2 secara genetik adalah insulin dan efek fungsi sel beta pankreas. Resistensi insulin merupakan kondisi umum bagi orang-orang dengan berat badan overweight atau obesitas. Insulin tidak dapat bekerja secara optimal di sel otot, lemak dan hati sehingga memaksa pankreas mengkompensasi untuk memproduksi insulin lebih banyak. Ketika produksi insulin oleh sel beta pankreas tidak adekuat guna mengkompensasi peningkatan resistensi insulin, maka kadar glukosa darah akan meningkat, pada saatnya akan terjadi hiperglikemia kronik. Hiperglikemia kronik pada diabetes mellitus tipe 2 semakin merusak sel beta di satu sisi dan memperburuk resistensi insulin di sisi lain, sehingga penyakit diabetes mellitus tipe 2 semakin progresif (Decroli et al., 2019)

3) Diabetes Mellitus Gestasional (Diabetes Mellitus pada Kehamilan)

Diabetes melitus dalam buku Suryati et al., 2021 wanita hamil yang belum pernah mengidap diabetes mellitus, tetapi memiliki angka gula darah cukup tinggi selama kehamilan dapat dikatakan telah menderita diabetes gestasional. Diabetes tipe ini merupakan gangguan toleransi glukosa berbagai derajat yang ditemukan pertama kali pada saat hamil. 16 Biasanya diabetes mellitus gestasional mulai muncul pada minggu ke24 kehamilan (6 bulan) dan akan secara umum akan menghilang sesudah melahirkan. Namun hampir setengah angka kejadiannya diabetes akan muncul kembali di masa yang akan datang (Suryati et al., 2021).

4) Diabetes Mellitus Lainnya

Penyakit diabetes mellitus tipe lainnya dapat berupa diabetes yang spesifik yang disebabkan oleh berbagai kondisi seperti kelainan genetik yang spesifik (kerusakan genetik sel beta pankreas dan kerja insulin). penyakit pada pankreas, gangguan

endokrin lain, infeksi, obat-obatan dan beberapa bentuk lain yang jarang terjadi (Suryati et al., 2021)

2.1.5 Patofisiologi

Menurut Amin Huda N dan Hardhi Kusuma (2021) mengatakan bahwa etiologi diabetes mellitus sebagai berikut:

1) Diabetes mellitus tipe-1

Diabetes yang tergantung insulin ditandai dengan penghancuran sel-sel β pankreas yang disebabkan oleh :

- a) Faktor genetic penderita tidak mewarisi diabetes tipe itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetic kearah terjadinya diabetes tipe-1
- b) Faktor imunologi (autoimun)
- c) Faktor lingkungan : virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan estruksi sel beta

2) Diabetes mellitus tipe-2

Disebabkan oleh kegagalan relative sel beta dan resistensi insulin. Faktor resiko yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe 2: usia, obesitas, riwayat dan keluarga. Hasil pemeriksaan glukosa darah normal dibagi menjadi 3 yaitu : (Sudoyo Aru,dkk 2019)

- a) Kadar gula darah 2 jam pp ≤ 140 mg/dL.
- b) Kadar gula darah sewaktu ≤ 200 mg/dL.
- c) Kadar gula darah setelah puasa 70-100 mg/dL.

2.1.6 Komplikasi

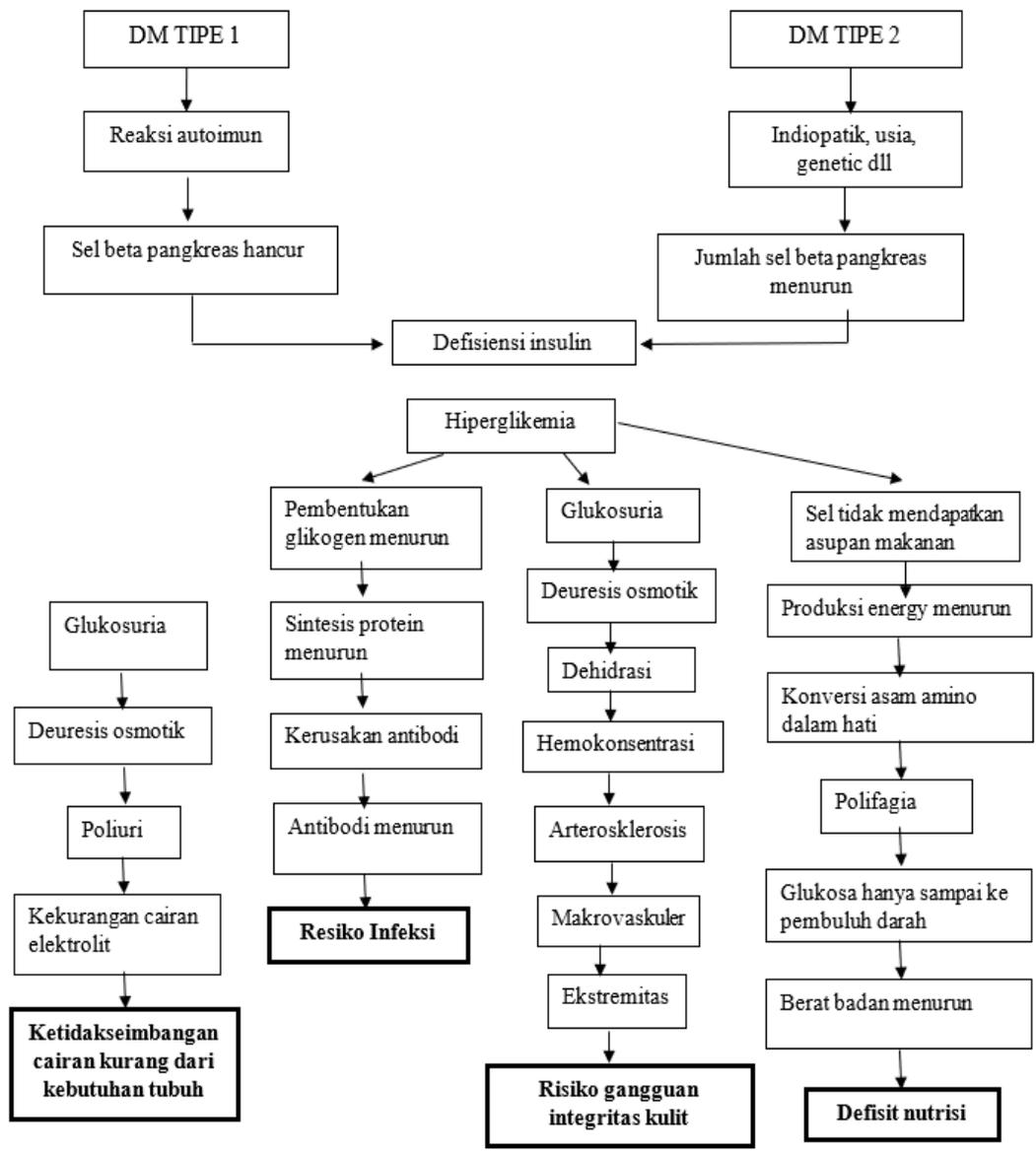
Menurut Rendy (2022) komplikasi dari diabetes mellitus adalah

1) Akut

- a) Hipoglikemia dan hiperglikemia

- b) Penyakit makrovaskuler : mengenai pembuluh darah besar, penyakit jantung koroner (cerebrovaskuler, penyakit pembuluh darah kapiler) dan menyebabkan kematian.
 - c) Penyakit mikrovaskuler, mengenai pembuluh darah kecil, retinopati, nefropati
 - d) Neuropati saraf sensorik (berpengaruh pada ekstremitas), saraf otonom berpengaruh pada gastro intestinal, kardiovaskuler
- 2) Komplikasi diabetes melitus
- a) Neuropati diabetik
 - b) Retinopati diabetik
 - c) Nefropati diabetik
 - d) Proteinuria
 - e) Kelainan koroner
 - f) Ulkus/gangrene

2.1.7 Pathway



Bagan 2.1 Pathway Diabetes Mellitus berdasarkan Rendy (2020); Kartika (2021)

2.2 Konsep Risiko Gangguan Integritas Kulit

2.2.1 Pengertian kulit

Kulit merupakan organ terbesar di tubuh dan memiliki anatomi yang kompleks. Lapisan kulit terdiri dari epidermis, dermis, dan jaringan subkutan. Setiap lapisan kulit memiliki fungsi yang berbeda. Kulit terluar memiliki siklus yang akan luruh dan berganti dengan lapisan baru. Lapisan kulit selalu berubah dan mengandung banyak sel dan struktur khusus. Fungsi utama kulit adalah melindungi tubuh bagian dalam. Seperti otot, tulang, sendi, saraf, hingga jaringan

ikat tubuh. Penting juga untuk selalu melakukan perawatan kulit agar fungsinya selalu berjalan dengan baik (Makarim, 2021).

Organ kulit juga membantu mengatur suhu tubuh, mengumpulkan informasi sensorik dari lingkungan sekitar, dan berperan aktif dalam sistem kekebalan untuk melindungi tubuh dari penyakit. Untuk mengetahui bagaimana fungsi kulit dimulai dengan pemahaman tentang tiga lapisan kulit, yaitu epidermis, dermis, dan jaringan subkutan.

2.2.2 Pengertian risiko gangguan Integritas Kulit

Risiko gangguan integritas kulit adalah dimana keadaan seseorang baru berisiko mengalami kerusakan jaringan epidermis dan dermis pada lapisan kulit belum terjadi perubahan (Carpenito, 2021). Risiko kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen) adalah gangguan integritas kulit (Tim Pokja DPP PPNI, 2019).

2.2.3 Faktor Risiko Gangguan Integritas Kulit

Faktor risiko yang berhubungan dengan risiko gangguan integritas kulit menurut SDKI PPNI (2019)

- 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 (mis: penekanan, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- h) Terapi radiasi
- i) Kelembaban
- j) Proses penuaan
- k) Neuropati perifer
- l) Perubahan pigmentasi
- m) Perubahan hormonal
- n) Penekanan pada tonjolan tulang

- o) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan

2.2.4 Dampak Gangguan Integritas Kulit

Menurut Wijaya (2019), dampak apabila terjadi gangguan integritas kulit sebagai berikut :

- 1) Nyeri daerah luka tekan
- 2) Intoleransi aktivitas
- 3) Gangguan pola tidur
- 4) Penyebaran infeksi sehingga memperlambat proses penyembuhan.

2.2.5 Komplikasi

Menurut Mulyati (2021) terdapat komplikasi akibat gangguan integritas kulit, yaitu :

- 1) Neuropati sensorik yang menyebabkan hilangnya perasaan nyeri dan sensibilitas tekanan.
- 2) Neuropati otonom yang menyebabkan timbulnya peningkatan kekeringan akibat penurunan perspirasi.
- 3) Vaskuler perifer yang menyebabkan sirkulasi buruk yang menghambat lamanya kesembuhan luka sehingga menyebabkan terjadinya komplikasi ulkus dekubitus.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus dengan Masalah Risiko Gangguan Integritas kulit

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah penting untuk periode utama cara paling umum dalam memberikan asuhan keperawatan, semua informasi yang diperoleh dikumpulkan secara sengaja untuk menjamin status kesejahteraan klien yang berkelanjutan. Penilaian harus diselesaikan dengan cara yang menarik sehubungan dengan perspektif organik, mental, sosial, dan dunia lain (Raharjo, 2018).

- 1) Identitas klien

Memasukkan nama klien, nomor catatan klinis, usia, orientasi, tingkat sekolah, alamat, pekerjaan, keyakinan, identitas, tanggal dan kapan masuk ke klinik (MRS), nomor pendaftaran dan penentuan klinis dari spesialis.

2) Keluhan utama

Keluhan yang paling dirasakan pada gangguan perfusi jaringan pada penderita diabetes melitus, sangat penting untuk mengenali tanda dan gejala secara umum dari diabetes melitus. Termasuk dalam keluhan utama yaitu mudah lapar di malam hari, dehidrasi, kesemutan, kebas, kram, mudah mengantuk, ulkus diabetes dan terdapat luka yang tidak kunjung sembuh.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian yang dilakukan dalam riwayat kesehatan sekarang adalah bahwa perawat mendapatkan beberapa informasi tentang serangkaian pengalaman sejak kapan timbulnya rasa sakit yang dikeluhkan hingga akhirnya klien mencari bantuan. Misalnya, kapan klien mengalami diabetes melitus, dan sudah berapa lama penyakit tersebut diderita. Dari semua keluhan yang diraskan klien harus ditanyakan secara jelas dan dilaporkan dalam buku kesejahteraan yang ada.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Pada riwayat klinis yang lalu, petugas mencatat dan mendapatkan beberapa informasi tentang penyakit yang pernah dialami klien sebelum membantu untuk kasus diabetes yang berhubungan dengan sistem perfusi. Misalnya apakah klien sudah ditangani sebelumnya, penyakit apa dan temuan apa, tetapi yang dijalani, latar belakang yang ditandai dengan kepekaan, penyakit jantung, aterosklerosis.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga, perawat mengetahui apakah ada latar belakang keluarga dengan penyakit yang sama dengan klien, adanya faktor bahaya, kegemukan, riwayat pankreatitis persisten, riwayat melahirkan anak dengan berat badan yang besar ≥ 4 kg. Riwayat glukosuri selama stress (kehamilan, prosedur medis, cedera, kontaminasi, penyakit) atau pengobatan (glukokortikosteroid, diuretik thiazide, kontrasepsi oral).

d) Riwayat psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku dan kebiasaan yang dilakukan dirumah yang berpotensi menimbulkan penyakit diabetes melitus oleh penderita dan keluarga. Membahas tentang harapan klien dan keluarga tentang penyakit yang diderita oleh klien dan persepsi-persepsi yang muncul dari klien dan keluarga tentang penyakit diabetes melitus. Mencatat informasi yang menjadi sumber pengetahuan atau usaha untuk mengetahui tentang penyakit.

e) Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut (Doengoes, 2018) pengkajian yang dilakukan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus adalah, sebagai berikut:

4) Aktivitas/ istirahat

Gejala: klien dengan diagnosis diabetes akan mengalami gangguan tidur, kelemahan, kelelahan, kesulitan berjalan dan bergerak, otot kram dan penurunan kekuatan otot. Tanda: Takikardi dan takipnea saat istirahat atau dengan aktivitas, lesu, disorientasi, koma, penurunan kekuatan otot.

5) Sirkulasi

Gejala: adanya riwayat hipertensi, infark miokard akut (IMA), klaudikasio (nyeri ekstremitas), matirasa, kesemutan pada ekstremitas(efek jangka panjang), terdapat luka/ulcer pada kaki dan penyembuhan lama. Tanda: taikardia. Tekanan darah postural berubah hipertensi. Nadi menurun atau tidak ada, disritmia. Distensi Vena Jugularis pecah – jika gagal jantung. Menunjukkan kulit yang panas, kering dan memerah jika dehidrasiparah.

6) Integritas ego

Gejala: stress, termasuk masalah keuangan yang berkaitan dengan kondisi. Tanda: cemas dan mudah kesal

7) Makanan /cairan

Gejala: kehilangan nafsu makan, mual dan muntah. Tidak mengikuti pola makan yang telah ditetapkan, konsumsi glukosa dan karbohidrat meningkat. Penurunan berat badan selama beberapa hari atau minggu. Merasa haus. Penggunaan obat-obatan yang memperparah dehidrasi seperti diuretik. Tanda: kulit kering dan retak, turgor kulit jelek. Perut kaku dan distensi. Bau halitosis/ manis, bau buah (aseton).

8) Neurosensori

Gejala: pingsan, pusing, Sakit kepala, kesemutan, mati rasa, kelemahan pada otot. Gangguan visual atau penglihatan. Tanda: bingung, disorientasi. Mengantuk, lesu, stupor atau koma (stadium akhir). Reflek Tendon Dalam (RTD), Menurun (koma). Aktivitas kejang (tahap akhir Diabetic Ketoacidosis Acute/ DKA atau hipoglikemia).

9) Nyeri/ Ketidaknyamanan

Gejala: perut kembung dan sakit. Tanda: wajah meringis dengan palpitasi abdomen, tampak berhati-hati.

10) Keamanan

Gejala: kulit kering, gatal dan ulkus kulit. Parestesia (diabetes neuropati). Tanda: demam, diaphoresis, kulit rusak, lesi/ ulserasi. Penurunan kekuatan umum dan rentang gerakan (ROM). Kelemahan dan kelumpuhan otot, termasuk otot-otot pernapasan (jika tingkat postatium menurun).

11) Pengajaran/ pembelajaran

Gejala: faktor risiko pada keluarga seperti diabetes melitus, penyakit jantung, stroke dan hipertensi. Penyembuhan luka yang lambat dan tertunda. Penggunaan obat-obatan seperti steroid, diuretik tiazid, phenytoin (dilantin) dan phenobarbital (dapat meningkatkan kadar glukosa). Mungkin atau tidak minum obat diabetes.

12) Pertimbangan Rencana Pemulangan Mungkin membutuhkan bantuan untuk diet. Pemantauan glukosa, pemberian obat dan persediaan, perawatannya diri.

13) Pemeriksaan fisik head to toe

a) Kulit dan Kuku

Turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembaban dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku. Factor penting yang harus diperhatikan pada pasien dengan ulkus adalah sebagai berikut: ukuran luka dan kedalaman keberadaan saluran sinus atau menyelidik ke tulang, jumlah drainase, jumlah jaringan hyperkeratosis sekitar luka dan tanda-tanda infeksi seperti: infeksi, eritema, edema, bau (Woundresearch, 2008 dalam Fadillah, 2018).

b) Kepala

Data yang dikaji biasanya berupa kulit kepala dan bentuk muka, ekspresi wajah gelisah dan pucat, rambut bersih/tidak dan rontok/tidak, ada/tidak nyeri tekan. Biasanya benuk kepala simetris, keadaan rambut bersih.

c) Mata

Pada konjungtiva biasanya dikaji anemis/tidak, mata kanan dan kiri simetris/tidak, lensa mata biasanya tampak keruh, sclera tidak ikterik dan biasanya pada pasien akan terjadi penglihatan kabur/ganda, diplopia (Fadillah, 2018).

d) Telinga

Data yang dikaji biasanya berupa canalis bersih/kotor, pendengaran baik/menurun, ada/tidak benjolan pada daun telinga, ada/tidak memakai alat bantu pendengaran.

e) Hidung

Data yang dikaji biasanya berupa ada/tidak polip, ada/tidak sekret, ada/tidak radang, ada/tidak benjolan, fungsi penghidu baik/tidak. Biasanya tidak ada pernafasan cuping hidung dan tidak sianosis (Rahmawati, 2019).

f) Mulut dan gigi

Biasanya mukosa bibir lembab, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi kental, gusi mudah bengkak dan berdarah.

g) Leher

Biasanya tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, getah bening dan vena jugularis.

h) Jantung

Pada jantung tidak ditemukan keainan, kecuali jika pasien mengalami komplikasi penyakit kardiovaskuler.

1) Inspeksi : Biasanya ictus cordis tidak terlihat

2) Palpasi : Biasanya ictus cordis teraba

3) Perkusi : Biasanya bunyi jantung 1 RIC 111 kanan, kiri, bunyi jantung 11 RIC 4-5 mid klavikula

4) Aukultasi : Biasanya bunyi jantung mur-mur

i) Paru-paru

1) Inspeksi : Biasanya terlihat simetris kiri dan kanan, tidak ada tarikan dinding dada

2) Palpasi : Biasanya premitus kiri dan kanan sama

3) Perkusi : Biasanya bunyi sonor

- 4) Auskultasi : Biasanya bunyi nafas yang terdengar vesikuler
- j) Abdomen
- 1) Inspeksi : Biasanya abdomen tampak simetris dan adanya pelebaran lingkaran abdomen seperti pasien obesitas
 - 2) Palpasi : Biasanya akan teraba jika terjadi pembengkakan/massa abdomen
 - 3) Perkusi : Biasanya bunyi timpani
 - 4) Auskultasi : Biasanya bising usus akan terdengar
- k) Ekstremitas
- Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah yang meliputi inspeksi dan palpasi kulit tangan dan kaki serta pergerakan sendi untuk mendeteksi kelainan. Pemeriksaan ini bertujuan menilai kondisi kulit, ukuran, bentuk, dan pergerakan ekstremitas untuk mendiagnosis gangguan sistem muskuloskeletal, sirkulasi, dan uji kekuatan otot.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang diterbitkan oleh Dewan pengurus pusat PPNI tahun 2018 menyatakan bahwa diagnose keperawatan yang sesuai dengan kasus diabetes melitus adalah sebagai berikut:

- 1) Risiko gangguan integritas kulit/jaringan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen)(SDKI, 2022).
- 2) Faktor risiko yang berhubungan dengan risiko gangguan integritas kulit menurut SDKI PPNI (2019)
 - 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 (mis: penekanan, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
 - h) Terapi radiasi

- i) Kelembaban
 - j) Proses penuaan
 - k) Neuropati perifer
 - l) Perubahan pigmentasi
 - m) Perubahan hormonal
 - n) Penekanan pada tonjolan tulang
 - o) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan
- 3) Kondisi klinis terkait SDKI PPNI (2019)
- a) Imobilitas
 - b) Gagal jantung kengesif
 - c) Gagal ginjal
 - d) Diabetes melitus
 - e) Immunodefisiensi (mis. AIDS)
 - f) Keteterisasi jantung

2.3.3 Rencana keperawatan

Dalam buku Standar Luaran dan Intervensi Keperawatan Indonesia yang diterbitkan oleh Dewan Pengurus Pusat PPNI tahun 2018 menyatakan bahwa luaran dan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kasus DM adalah sebagai berikut:

- a) Diagnosa 1 : Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor penurunan mobilitas dibuktikan dengan penekanan pada tonjolan tulang.

Table 2.1 Perencanaan Keperawatan

| Tujuan | Kriteria Hasil | Intervensi |
|---|--|--|
| Pasien dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24jam di harapkan risiko gangguan integritas kulit menurun | Luaran Tambahan: Perfusi Perifer (L.02011): 1. Edema perifer menurun 2. Nyeri ekstremitas menurun 3. Akral membaik | Pencegahan Luka Tekan (14543) Observasi 1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis: skala Noton, skala Braden) 2. Periksa adanya luka tekan sebelumnya |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>4. pengisian kapiler membaik 5. Turgor kulit membaik</p> <p>Respons Alergi Lokal (L.14131):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Gatal lokal menurun 3. Edema lokal menurun <p>Status Nutrisi (I. 03030):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 2. pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 3. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat <p>Termogulasi (L. 141340):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit merah menurun 2. kadar glukosa darah membaik | <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor suhu kulit yang tertekan 4. Monitor berat badan dan perubahannya 5. Monitor status kulit harian 6. Monitor ketat area yang memerah 7. Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi 8. Monitor sumber tekanan atau gesekan 9. Monitor mobilitas dan aktivitas individu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin 2. Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air 3. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 – 2 jam 4. Buat jadwal perubahan posisi 5. Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang 6. Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan 7. Gunakan Kasur khusus, jika perlu 8. Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang 9. Hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan 10. Gunakan sabun cair saat mandi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit 2. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit 3. Ajarkan cara merawat kulit |
| | | <p>Perawatan Tirah Baring (I.14572)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi kulit 2. Monitor komplikasi tirah baring (mis. Kehilangan massa otot, sakit punggung, konstipasi, stress, depresi, kebingungan, perubahan irama tidur, infeksi saluran |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>kemih, sulit buang air kecil, pneumonia)</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pada kasur terapeutik, jika tersedia 2. Posisikan senyaman mungkin 3. Pertahankan spreng tetap kering, bersih dan tidak kusut 4. Pasang sederails, jika perlu 5. Posisikan tempat tidur dekat dengan nurse station, jika perlu 6. Dekatkan posisi meja tempat tidur 7. Berikan latihan gerak aktif dan pasif 8. Perthankan kebersihan pasien 9. Fasilitas pemenuhan kebutuhan sehari-hari 10. Berikan stocking antiembolisme, jika perlu 11. Ubah posisi setiap 2 jam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Pengontrolan Infeksi (I.14551)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien-pasien yang mengalami penyakit infeksi menular. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapkan kewaspadaan universal (mis, cuci tangan aseptik, gunakan alat pelindung diri seperti masker, sarung tangan, pelindung wajah, pelindung mata, apron, sepatu bot sesuai model transmisi mikroorganisme) 2. Tempatkan pada ruang isolasi bertekanan positif untuk pasien yang mengalami penurunan imunitas 3. Tempatkan pada ruang isolasi bertekanan negatif untuk pasien dengan resiko penyebaran infeksi via droplet atau udara 4. Sterilisasi dan desinfeksi alat-alat, furniture, lantai, sesuai kebutuhan 5. Gunakan hepafilter pada area khusus (mis, kamar operasi) 6. Berikan tanda khusus untuk pasien-pasien dengan penyakit menular. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 2. Ajarkan etika batuk dan/atau bersin. |
| | | <p>Pemantauan Nutrisi (I.03123)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi. 2. Identifikasi perubahan berat badan. 3. Identifikasi kelainan pada kulit. 4. Identifikasi pola makan. |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>5. Monitor asupan oral.</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan. 2. Hitung perubahan berat badan 3. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan mengenai diet diabetes melitus 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu |
|--|--|--|

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Tahap ini akan muncul bila perencanaan diaplikasikan pada subjek.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Pasien di evaluasi dengan cara melihat data hasil perkembangannya. Tujuannya untuk mencapai sejauh mana keberhasilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Langkah untuk mengevaluasi pasien yaitu: mendaftar apa tujuan pasien, dan yang terakhir melakukan diskusi apakah tujuan pasien tercapai atau belum, apabila tujuan masih belum tercapai lakukan pengkajian ulang dimana letak terjadi kesalannya dan cari solusinya (Tarwoto dan Wartolah, 2020).