

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Hiperglikemia yang disebabkan oleh kurangnya produksi insulin atau penggunaannya yang tidak efektif adalah ciri khas diabetes mellitus yang merupakan penyakit metabolik. Dapat terjadi kerusakan jangka panjang pada organ-organ seperti mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah dapat disebabkan oleh hiperglikemia yang belum diobati (*American Diabetes Association, 2020*).

Menurut International Diabetes Federation (IDF, 2019), Diabetes melitus salah satu penyakit kronis yang paling umum di dunia, disebabkan oleh produksi insulin yang tidak mencukupi oleh pankreas atau penyerapan insulin yang tidak tepat oleh tubuh. Salah satu dari empat penyakit tidak menular yang mengkhawatirkan tumbuh setiap tahun dan menambah beban kesehatan global yang lebih berat dari sebelumnya adalah diabetes melitus. Menurut Kemenkes RI (2019), Diabetes merupakan penyakit kronis disebabkan oleh kekurangan produksi insulin (insulin adalah hormon yang mengatur gula darah atau glukosa) atau resistensi insulin. Sintesis insulin yang tidak memadai oleh pankreas atau penggunaan insulin yang tidak tepat oleh tubuh adalah akar dari diabetes tipe 2 (WHO, 2017).

Hiperglikemia dapat disebabkan oleh diabetes. Di antara banyak penyebab potensial hiperglikemia adalah diabetes. Ketika glukosa gagal

masuk ke sel karena penumpukan di dalam darah, penyakit ini dikenal sebagai diabetes. Kurangnya fungsi insulin yang harus disalahkan atas kegagalan ini. Insulin adalah hormon yang memfasilitasi masuknya gula ke dalam sel (WHO, 2016).

2. Etiologi

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), etiologi diabetes melitus adalah:

a. Diabetes tipe I

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

1) Faktor genetik

Pasien tidak mewarisi penyakit itu sendiri melainkan kerentanan untuk mengembangkan diabetes tipe I karena faktor genetik.

2) Faktor imunologis

Adanya reaksi menyimpang yang dikenal sebagai respon autoimun yang menyerang jaringan manusia yang sehat dengan bertindak seolah-olah mereka adalah jaringan asing.

3) Faktor lingkungan

Ekstrusi sel beta dapat terjadi akibat proses autoimun yang dimulai oleh virus atau racun tertentu.

b. Diabetes tipe II

Disebabkan oleh resistensi insulin dan kegagalan relatif sel beta.

Berikut ini adalah faktor risiko yang terkait dengan timbulnya diabetes tipe II :

1) Obesitas

Hormon insulin tidak mampu membawa glukosa dalam darah seefektif yang seharusnya karena kelainan hormonal dalam tubuh. Perbaikan sensitivitas insulin dan pemulihan toleransi glukosa sering dikaitkan dengan penurunan berat badan. Obesitas berkembang ketika kandungan lemak ekstra tubuh melebihi 20% dari berat badan optimal.

2) Usia

Diabetes dapat mulai berkembang pada remaja sejak usia 11 atau 13 tahun, karena ketidakmampuan pankreas untuk membuat insulin. Resistensi insulin cenderung meningkat setelah usia 65 tahun.

3) Gestasional

Diabetes melitus dengan kehamilan (diabetes melitus gestasional) adalah kehamilan normal yang disertai dengan peningkatan insulin resistensi (ibu hamil gagal mempertahankan euglycemia). Pada golongan lini, kondisi diabetes dialami sementara selama masa kehamilan. Dengan kata lain, diabetes atau toleransi glukosa yang berkurang pada awalnya berkembang saat seorang wanita hamil, biasanya pada trimester kedua atau ketiga (Brunner & Suddarth, 2015).

3. Tanda dan Gejala

Dalam banyak kasus, diabetes tidak memiliki tanda dan gejala yang nyata. Namun, jika Anda penderita diabetes, Anda mungkin melihat beberapa gejala spesifik. poliuria (sering buang air kecil), polidipsia (haus berlebihan), dan polifagia (mudah lapar) adalah gejala umum pada penderita diabetes. Masalah khas lainnya termasuk masalah mata, kontrol motorik yang buruk, mati rasa atau kesemutan di tangan atau kaki, gatal berlebihan yang mengganggu kehidupan sehari-hari, dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan. Perkeni (2015) menunjukkan indikasi dan gejala penyakit diabetes (DM).

a. Pada diabetes tipe 1

Poliuria, polidipsia, polifagia, penurunan berat badan, lesu, lekas marah, dan pruritus (gatal pada kulit) adalah gejala yang sering dilaporkan.

b. Pada diabetes tipe 2

Gejala yang dikeluhkan umumnya hampir tidak ada. Sayangnya, diabetes mellitus tipe 2 sering salah didiagnosis untuk waktu yang lama sebelum akhirnya didiagnosis dan diobati. Penderita diabetes mellitus tipe 2 memiliki peningkatan risiko infeksi, waktu pemulihan lebih lama, penglihatan kabur, tekanan darah tinggi, obesitas, kolesterol tinggi, dan kelainan saraf dan pembuluh darah.

4. Patofisiologi

Diabetes tipe I

Sel beta pankreas dibunuh oleh sistem kekebalan pada diabetes tipe 1, membuat produksi insulin menjadi tidak mungkin. Sintesis glukosa yang tidak terkontrol di hati adalah akar penyebab hiperglikemia selama puasa. Juga, setelah makan, glukosa dalam aliran darah naik ke tingkat yang sangat tinggi karena ketidakmampuan hati untuk menyimpan gula (setelah makan). Karena ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang disaring, glukosa berakhir di urin jika konsentrasi glukosa darah cukup tinggi (glukosuria). Hilangnya cairan dan elektrolit diperbesar ketika glukosa dikeluarkan dalam jumlah besar melalui urin. Istilah untuk ini adalah diuresis osmotik. Dehidrasi ekstrim menyebabkan penderita lebih sering buang air kecil (poliuria) dan lebih sering minum (polidipsia) (polidipsia). Selain menyebabkan rasa lapar, kekurangan insulin akan mengganggu kemampuan tubuh Anda untuk memetabolisme protein dan lemak, yang akan memiliki efek yang sama. Karena penyimpanan kalori berkurang, pasien mungkin melaporkan peningkatan rasa lapar (polifagia). Kelemahan dan kelelahan adalah gejala lebih lanjut. Pasien dengan insufisiensi insulin lebih rentan terhadap hiperglikemia karena kurangnya regulasi glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (produksi glukosa baru dari asam amino dan zat lain). Peningkatan pemecahan lemak berarti jumlah yang lebih besar dari produk sampingan seperti badan keton. Karena

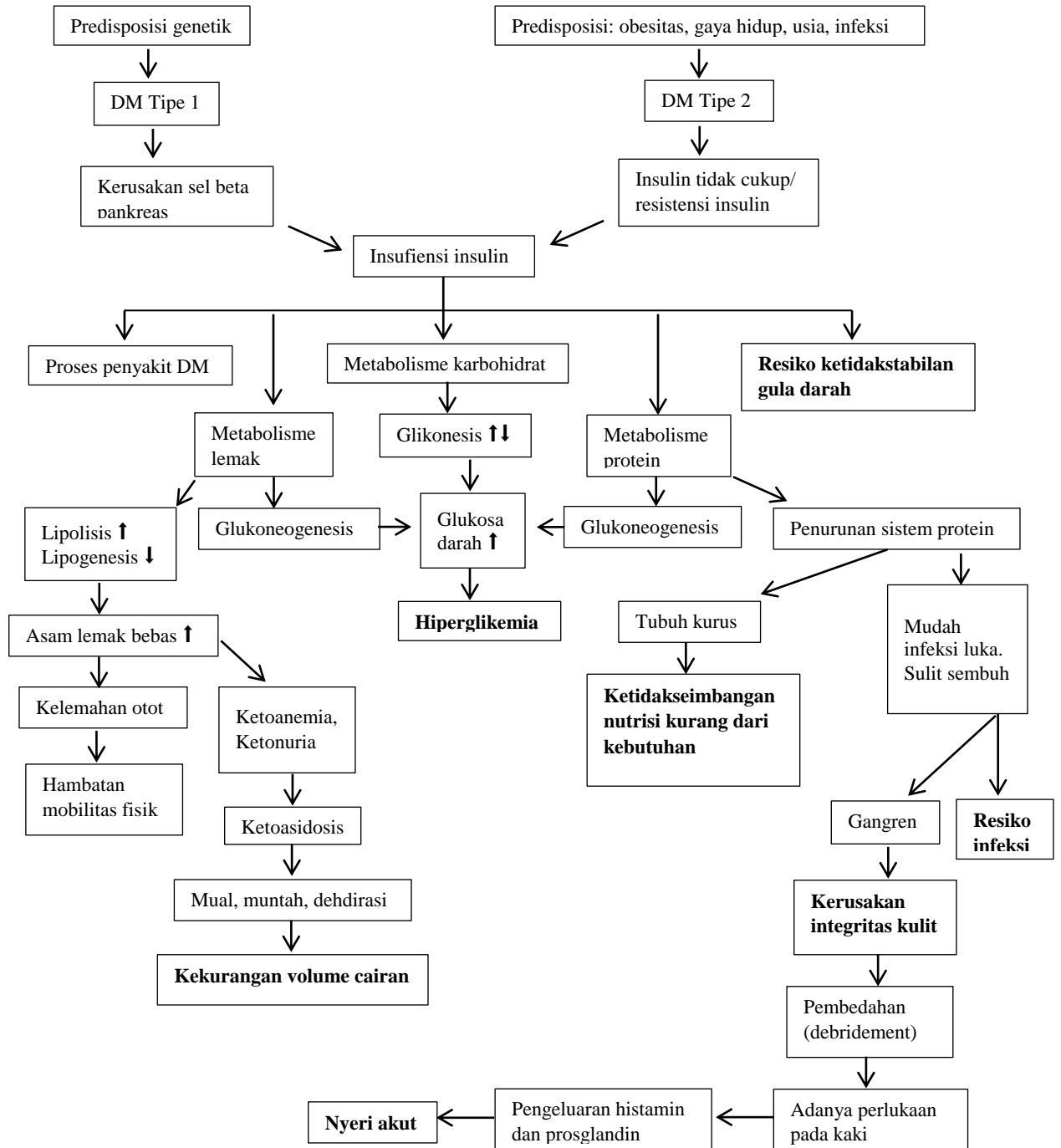
benda keton adalah asam, terlalu banyak dari mereka dapat merusak keseimbangan asam-basa tubuh. Sakit perut, mual, muntah, hiperventilasi, dan napas berbau aseton adalah tanda-tanda ketoasidosis, yang dapat menyebabkan koma dan kematian jika tidak ditangani. Pengobatan cepat gejala hiperglikemia dan ketoasidosis dengan insulin dimungkinkan, bersama dengan cairan dan elektrolit sesuai kebutuhan. Perawatan diabetes tipe 2 berfokus pada nutrisi, olahraga, dan pemantauan kadar gula darah secara konstan.

Diabetes tipe II

Pada diabetes tipe II, resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin adalah dua masalah yang paling kritis. Fungsi sel normal tergantung pada kemampuan insulin untuk menempel pada reseptor permukaannya. Kaskade metabolisme glukosa dimulai ketika insulin menempel pada reseptornya. Kemampuan sel untuk merespon intraseluler terganggu pada orang dengan diabetes tipe II karena resistensi insulin. Oleh karena itu, kapasitas insulin untuk meningkatkan penyerapan glukosa jaringan berkurang. Untuk melawan resistensi insulin dan menjaga glukosa agar tidak dilepaskan ke dalam darah, produksi insulin harus ditingkatkan. Kadar glukosa normal atau sedikit lebih tinggi pada orang dengan gangguan toleransi glukosa disebabkan oleh produksi insulin yang berlebihan. Tetapi jika sel beta tubuh tidak dapat memproduksi insulin yang cukup, kadar gula darah meningkat, yang mengarah pada perkembangan diabetes tipe II. Penderita diabetes

tipe 2, meskipun produksi insulin mereka berkurang, tetap menghasilkan insulin yang cukup untuk menghambat pemecahan lemak dan produksi badan keton. Jadi, pasien T2D tidak pernah mengalami ketoasidosis. Sindrom hiperglikemik hiperosmolar nonketotik, bagaimanapun, dapat terjadi pada orang dengan diabetes tipe II yang tidak terkontrol (HHNK). Orang yang kelebihan berat badan di atas usia 30 tahun dengan diabetes memiliki peluang lebih besar untuk terkena diabetes tipe II. Diabetes tipe II sering salah didiagnosis karena timbulnya gejala yang kronis dan bertahap. Kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, lesi kulit yang lambat sembuh, infeksi vagina, dan penglihatan kabur semuanya mungkin tetapi gejala sedang (jika kadar glukosa sangat tinggi).

5. Pathway



6. Klasifikasi

Pada tahun 2020, American Diabetes Association (ADA) membedakan empat bentuk diabetes mellitus yang berbeda: diabetes tipe I, diabetes tipe II, diabetes gestasional, dan bentuk diabetes lainnya. Diabetes mellitus tipe I dan II adalah bentuk penyakit yang paling umum.

a. Diabetes Melitus Tipe I

Meskipun orang-orang dari segala usia rentan terkena diabetes tipe I, hal itu secara tidak proporsional mempengaruhi anak-anak. Untuk menjaga kadar gula darah tetap normal, penderita diabetes tipe I harus menyuntikkan insulin setiap hari (IDF, 2019). Diabetes mellitus tipe 2, juga dikenal *sebagai insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM)*, telah dikaitkan dengan keberadaan insulin *autoantibodies (IAA)*, *antibodi sel pulau (ICA)*, dan *antibodi dekarboksilase asam glutamat (GAD-Abs) (GADA)*. Sekitar 90% anak-anak dengan IDDM memiliki antibodi ini (Bustan, 2007).

b. Diabetes Melitus Tipe II

Sekitar 85 persen dari semua pasien DM memiliki diabetes tipe II, juga dikenal sebagai *Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)*. Resistensi insulin bersama dengan sedikit defisit insulin menjadi ciri penyakit ini. Meskipun paling sering terjadi pada mereka yang berusia di atas 40 tahun, bentuk diabetes ini juga dapat menyerang mereka yang jauh lebih muda (Greenstein dan Wood, 2010).

c. Diabetes Melitus Gestational

Baik pada trimester kedua atau ketiga kehamilan diabetes ditemukan dan ibu tidak memiliki riwayat kondisi sebelumnya (ADA, 2020).

d. Diabetes Melitus Tipe Lain

Contoh DM tipe lain (ADA, 2020), yaitu:

- (1) Sindrom diabetes monogenik (diabetes neonatus).
- (2) Penyakit pada pankreas.
- (3) Penggunaan glukokortikoid pada HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ menyebabkan diabetes yang diinduksi secara kimiawi.

7. Faktor Risiko

a. DM tipe I

1) Riwayat keluarga dengan DM

Adanya faktor utama ketika salah satu atau kedua orang tua menderita DM meningkatkan risiko terjadinya DM pada anak (IDF, 2015, Kemenkes, 2011). Asamoah-Boaheng dkk., (2019) juga menyebutkan bahwa riwayat keluarga dengan penyakit diabetes melitus merupakan salah satu faktor yang signifikan.

2) Genetik

Belum diketahui apa penyebab kerusakan sel beta pankreas yang menyebabkan diabetes tipe I, meskipun diduga merupakan kombinasi dari faktor genetik dan lingkungan. Orang yang

memiliki DM tipe I juga rentan terhadap penyakit autoimun lain seperti penyakit *addison*, *tiroiditis hashimit*, penyakit *graves*, peradangan *vitreous*, hepatitis autoimun, dan penyakit perut (ADA, 2016; IDF, 2015).

3) Infeksi

Infeksi virus merupakan salah satu faktor risiko terjadinya DM tipe I. Data epidemiologi menunjukkan beberapa virus seperti *enterovirus*, *coxsackievirus B*, *mumps cold*, *rubella*, *cytomegalovirus*, *parvovirus*, *rotavirus*, *viral encephalomyocarditis* (IDF, 2015; Wu, Ding, Gao). , Tanaka & Zhang, 2013).

4) Riwayat kelahiran

Ketika bayi lahir dengan berat lahir kurang dari 2500 gram, pankreas dapat mengalami kerusakan yang mencegahnya memproduksi insulin yang cukup (ADA, 2016; IDF, 2015; Kemenkes, 2011).

5) Pengaruh lingkungan yang lain

Penghancuran autoimun sel beta pankreas dapat dipicu dan dipercepat oleh kondisi lingkungan. Pankreas mungkin menjadi target agen ini, atau respon imun yang menyimpang terhadap protein pankreas dapat dipicu (IDF, 2015; Wu, Ding, Gao, Tanaka & Zhang, 2013).

b. DM tipe II

Menurut Utomo dkk, (2020), terdapat 2 faktor risiko bagi penderita diabetes tipe II yaitu, faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi.

1) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

a) Hipertensi

Riwayat hipertensi berkaitan erat dengan kasus diabetes tipe 2 dan risikonya 2.629 kali lebih tinggi dibandingkan pada pasien tanpa hipertensi.

b) Obesitas

Risiko obesitas dan diabetes tipe 2 meningkat ketika tubuh menyimpan lebih banyak lemak daripada yang dibakar, seperti yang terjadi ketika jumlah kalori yang dikonsumsi melebihi jumlah kalori yang dibakar melalui aktivitas fisik.

c) Kurangnya aktivitas fisik

Kurangnya olahraga yang membakar kalori meningkatkan risiko diabetes tipe 2, sehingga pencegahan dan pengobatan terbaik adalah melakukan setidaknya 30 menit olahraga setiap hari.

d) Dislipidemia

Tingkat lipid darah meningkat pada dislipidemia pada suatu kondisi. Diabetes sering muncul bersamaan dengan dislipidemia, termasuk dislipidemia asli (disebabkan oleh

kelainan genetik) dan dislipidemia sekunder (karena diabetes, karena resistensi atau defisiensi insulin).

e) Kebiasaan merokok

Nikotin dan zat berbahaya lainnya dalam rokok dapat menurunkan sensitivitas insulin. Adrenalin dan norepinefrin, dua hormon katekolamin dapat ditingkatkan oleh nikotin. Kadar glukosa darah meningkat sebagai akibat dari pelepasan adrenalin.

f) Pengelolaan stress

Pasien dengan diabetes mellitus tipe 2 akan melihat peningkatan gula darah ketika berada di bawah tekanan mental. Saat stres, hormon adrenalin dan kortisol dilepaskan. Hormon ini meningkatkan tingkat energi dan kadar gula darah dalam tubuh.

2) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

a) Jenis kelamin

Wanita lebih berisiko terkena diabetes tipe 2 daripada pria karena wanita lebih mungkin mengalami peningkatan BMI (Kemenkes, 2011; Trisnawati & Setyorogo, 2013). Wanita juga berisiko lebih tinggi terkena diabetes dibandingkan pria karena gaya hidup yang tidak sehat (Rita, 2018).

b) Usia

Kemunduran sistem tubuh terjadi seiring dengan bertambahnya usia, seperti yang dikemukakan oleh Isnaini & Ratnasari (2018). Karena penurunan fungsi tubuh secara degeneratif yang menyertai penuaan, peningkatan proporsi orang mengembangkan diabetes mellitus (DM) sebagai akibat dari gangguan resistensi insulin yang membuat kadar gula darah tidak stabil.

c) Riwayat keluarga dengan DM

Riwayat genetik keluarga memiliki andil dalam seberapa besar kemungkinan seseorang terkena diabetes mellitus. Mereka lebih mungkin terkena DM jika ada riwayat keluarga dengan kondisi tersebut.

d) Ras atau etnis

Asia Amerika, penduduk asli Amerika, Afrika Amerika, dan Hispanik (Latin) lebih mungkin untuk mengembangkan diabetes mellitus (ADA, 2016; Depkes, 2008).

e) Riwayat kehamilan

Diabetes tipe 2 lebih mungkin terjadi pada ibu yang menderita diabetes gestasional atau melahirkan anak dengan berat lebih dari 4.000 gram (Depkes, 2008; IDF, 2015; WHO, 2006).

8. Komplikasi

Menurut M. Clevo Rendy dan Margareth (2019), beberapa komplikasi diabetes yaitu:

a. Akut

- 1) Hipoglikemia dan hiperglikemia
- 2) Penyakit pembuluh darah besar (kadang disebut penyakit makrovaskuler) dan penyakit jantung (penyakit pembuluh darah otak, pembuluh darah kapiler).
- 3) Penyakit pembuluh darah kecil (penyakit mikrovaskuler) seperti retinopati diabetik dan nefropati.
- 4) saraf sensorik (tungkai) neuropati; neuropati saraf otonom (usus, jantung).

b. Komplikasi menahun diabetes melitus

- 1) Neuropati diabetik
- 2) Retinopati diabetik
- 3) Nefropati diabetik
- 4) Proteinuria
- 5) Kelainan coroner
- 6) Ulkus/gangrene

Terdapat lima grade ulkus diabetikum antara lain:

- a) Grade 0: tidak ada luka
- b) Grade 1: kerusakan hanya mencapai otot dan tulang
- c) Grade 3: terjadi abses

- d) Grade 4: gangren pada kaki bagian distal
- e) Grade 5: gangren pada seluruh kaki dan tungkai bawah distal

9. Penatalaksanaan

Menormalkan aktivitas insulin dan kadar gula darah adalah tujuan terapi diabetes mellitus, yang mencoba untuk mengurangi konsekuensi vaskular dan neuropatik dari penyakit tanpa secara signifikan mengganggu pola aktivitas klien yang biasa (Perkeni, 2015).

Penatalaksanaan diabetes memiliki lima komponen yaitu:

a. Penyuluhan atau edukasi

Edukasi bagi penderita diabetes bertujuan untuk meningkatkan kesadaran tentang gaya hidup sehat, terutama bagaimana mereka dapat memperbaiki pola makan dan olahraga. Penyuluhan dapat dibuat lebih jelas dan mudah dipahami dengan menggunakan media lain seperti pamflet, poster, video dan diskusi kelompok (Suyono, 2010).

b. Latihan fisik

Keuntungan dari olahraga untuk penderita diabetes :

- 1) Untuk meningkatkan sensitivitas insulin, konsumsi dalam waktu satu jam setelah selesai makan.
- 2) Memfasilitasi pengiriman oksigen dengan memperkuat pembuluh darah perifer.
- 3) Dapat meningkatkan sintesis glikogen dengan menurunkan gula darah di hati dan otot rangka.

4) Lemak dibakar lebih efisien karena kadar kolesterol dan trigliserida diturunkan.

c. Terapi gizi

Pada tahun 2012, Brunner dan Suddarth menetapkan prinsip-prinsip pengaturan nutrisi pada diabetes mellitus, yang mencakup fokus pada diet sehat dengan fokus pada penghitungan kalori dan konsumsi makanan berkualitas tinggi, rendah lemak, dan kaya protein :

1) Karbohidrat

Roti, biji-bijian, beras giling, sereal, dan pasta/mie berbahan dasar gandum yang masih mengandung dedak direkomendasikan sebagai bagian dari diet ini karena kandungan seratnya yang tinggi dan statusnya sebagai karbohidrat kompleks. Sayuran dan makanan lain dapat membantu menyeimbangkan efek makan terlalu banyak karbohidrat sederhana.

2) Lemak

Asupan lemak disarankan antara 20 dan 25 persen dari total kebutuhan kalori. 7% dari kalori yang direkomendasikan dari lemak jenuh.

3) Protein

Kacang-kacangan dan biji-bijian, yang merupakan sumber makanan protein nabati, membantu menurunkan kolesterol dan konsumsi lemak jenuh.

4) Serat

Disarankan untuk mengonsumsi makanan tinggi serat, yaitu 1000 kkal/hari sebanyak 25 g.

d. Farmakoterapi

Digunakan ketika tindakan lain gagal untuk mempertahankan kontrol gula darah. Pasien dapat mengambil obat hipoglikemik untuk mengontrol kadar gula darah mereka.

e. Mengontrol gula darah

Dilakukan secara berkala untuk memeriksa kesehatan Anda, baik saat Anda sedang diet maupun tidak. (Tjokprawiro, 2012). Untuk menetapkan dasar untuk kadar glukosa darah, kriteria berikut dapat digunakan :

Tabel 2.1
Kriteria Kadar Glukosa Darah sebagai Patokan Diagnosis DM

Jenis Pemeriksaan	Batasan Kriteria
Kadar glukosa plasma puasa (mg/dl)	≥ 126
Kadar glukosa plasma Postpradial (mg/dl)	≥ 200
Kadar glukosa plasma sewaktu (mg/dl)	≥ 200

Batas untuk mendiagnosis diabetes ditunjukkan pada tabel di atas. Sebagai tujuan perawatan diabetes, normalisasi kadar glukosa

darah diupayakan. Setelah menyesuaikan kadar glukosa, individu yang sehat dapat mengantisipasi pembacaan antara 110 dan 180 mg/dl dalam darah mereka (PERKENI,2015).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut NANDA (2017), Diagnosis keperawatan yang dipusatkan pada pertanyaan atau risiko yang akan digunakan akan didasarkan pada analisis informasi dari penilaian skrining untuk menentukan apakah suatu kondisi normal atau tidak normal. Pengumpulan data (baik informasi subjektif dan objektif) dan menganalisis informasi riwayat rekam medis harus dilakukan dalam dua tahap selama pemeriksaan. Pengumpulan data meliputi, antara lain:

a. Biodata

- 1) Identifikasi Pasien (nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, agama, etnis, alamat, status, tanggal masuk, tanggal penilaian, diagnosis medis).
- 2) Nama penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pasien biasanya mengalami kecemasan, kelemahan, kurang nafsu makan, mual, muntah, perut tidak nyaman, napas aseton,

napas kussmaul, poliuria, polidipsia, penglihatan kabur, kelemahan, dan sakit kepala selama pemeriksaan.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Perkembangan penyakit pasien dari saat mereka dibawa ke UGD hingga saat mereka menerima perawatan di bangsal dicatat dalam data selama penilaian. Apakah ada bukti yang menunjukkan pasien tidak akan mengikuti saran diet.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Ada riwayat diabetes mellitus (DM) atau kondisi lain yang terkait dengan defisiensi insulin, obesitas, atau aterosklerosis, serta perawatan atau obat apa pun yang sering digunakan pasien.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah pasien memiliki anggota keluarga yang menderita diabetes melitus karena penyakit ini diturunkan.

5) Riwayat psikososial

Berisi informasi tentang perilaku dan kebiasaan di rumah yang dapat menyebabkan penyakit diabetes pada pasien dan keluarganya. Perspektif DM dari pasien dan orang yang mereka cintai dieksplorasi, bersama dengan harapan dan ketakutan mereka untuk masa depan. Dokumentasikan perincian penyakit Anda dan upaya Anda untuk mempelajarinya lebih lanjut.

6) Pola fungsional Gordon

a) Pola persepsi kesehatan

Bagaimana riwayat infeksi sebelumnya, dan seberapa penting kesehatan keluarga di mata pasien dan keluarga.

b) Pola nutrisi dan cairan

Kebiasaan makan dan minum sehari-hari, asupan kalori, preferensi makanan dan minuman, waktu, nafsu makan berkurang atau tidak ada, dan penurunan berat badan.

c) Pola eliminasi

Kaji kebiasaan BAB dan BAK sebelum dan selama sakit, perhatikan frekuensi, warna, bau, konsistensi, konstipasi, dan besar.

d) Pola aktivitas dan latihan

Reaksi setelah aktivitas (keringat dingin, kelelahan), perubahan pola pernapasan pasca latihan, kemandirian pasien, dan kemampuan untuk melakukan tugas sehari-hari.

e) Pola tidur dan istirahat

Berapa jam dalam sehari, apakah biasanya tidur siang, apakah mengalami gangguan tidur (sering terbangun), dan apakah dapat tidur dengan tenang dan nyaman.

f) Pola persepsi kognitif

Memori, kemampuan untuk fokus, dan pengetahuan tentang penyakit.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Adakah rasa kesepian atau rasa tidak aman akibat penyakit tersebut.

h) Pola reproduksi dan seksual

Apakah pasien mengalami kelemahan saat berhubungan seks.

i) Pola mekanisme dan coping

Emosi, takut sakit, dan kecemasan irasional.

j) Pola hubungan

Apakah ada keharmonisan dalam hubungan antar keluarga, serta pertunangan dan komunikasi.

k) Pola keyakinan dan spiritual

Agama pasien, gangguan ibadah karena sakit, dan ketaatan beribadah dan shalat.

c. Pemeriksaan fisik

1) Neurosensori

Gejala mungkin termasuk kurangnya kesadaran, kantuk, pingsan / koma, kehilangan memori, disorientasi mental, refleks tendon melemah, dan kejang.

2) Kardiovaskuler

Takikardia/denyut nadi berkurang atau tidak ada, perubahan TD postural, disritmia hipertensi (termasuk ronki dan DVJ), dan sebagainya (PJK).

3) Pernafasan

Istirahat atau peningkatan takikardia, dispnea, sesak napas, batuk tanpa dahak purulen, dan, tergantung pada ada tidaknya infeksi, parestesia/paralisis otot pernapasan (jika kadar kalium turun tajam), istirahat atau peningkatan RR > 24 denyut per menit, dan bau seperti aseton pada napas.

4) Gastrointestinal

Mual, kehilangan nafsu makan, sakit perut, palpitasi, wajah meringis, dan suara usus lemah atau tidak ada adalah semua gejala yang harus diselidiki.

5) Eliminasi

Kencing berair, berwarna terang, atau kuning pucat; sering buang air kecil; urin yang kabur, memiliki bau yang kuat, atau menyebabkan diare (suara usus hiperaktif).

6) Reproduksi/seksualitas

Impotensi pada pria dan kesulitan orgasme pada wanita adalah gejala infeksi vagina.

7) Musculoskeletal

Kelemahan atau atrofi otot, refleks yang buruk pada tendon, luka kaki, mati rasa atau berat di kaki.

8) Demam, diaphoresis (keringat berlebihan), kulit rusak, lesi/ulserasi, tiroid membesar, merah, kulit kering, mata cekung.

2. Diagnosa keperawatan

Evaluasi klinis dari respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang mereka alami, baik aktual maupun potensial, disebut diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut Purwanto (2016) AK MEDIS (2018), diagnosa keperawatan yang ditemukan pada penderita diabetes antara lain:

- a. Nyeri akut (D.0077)
- b. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0038)
- c. Hipovolemia (D.0023)
- d. Defisit nutrisi (D.0019)

3. Perencanaan

a. Intervensi Keperawatan

Rencana atau intervensi keperawatan adalah bagian dari perencanaan setelah tahap diagnosa. Pada tahap ini, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, seperti bagaimana menemukan prioritas masalah, bagaimana menetapkan tujuan dan kriteria hasil, dan bagaimana merumuskan intervensi dan aktivitas keperawatan (Dafriani & Prima2019).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan																																								
1.	Nyeri akut (D.0077)	<p>Luaran utama: Tingkat Nyeri (L.08066) Ekspektasi: Menurun Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> 2. Meringis <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> 3. Gelisah <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> 4. Kesulitan tidur <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> 5. Anoreksia <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> <p>Keterangan: 1: Meningkat 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun 5: Menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Frekuensi nadi <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> 7. Tekanan darah <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> 8. Nafsu makan <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> <p>Keterangan: 1: Memburuk</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	<p>Intervensi utama: Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan: Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respons nyeri non verbal 1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 1.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 1.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 1.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 1.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.10 Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain). 1.11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). 1.12 Fasilitasi istirahat dan tidur. 1.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.14 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 1.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri. 1.16 Anjurkan monitor nyeri secara mandiri. 1.17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
1	2	3	4	5																																							
1	2	3	4	5																																							
1	2	3	4	5																																							
1	2	3	4	5																																							
1	2	3	4	5																																							
1	2	3	4	5																																							
1	2	3	4	5																																							
1	2	3	4	5																																							

		<p>2: Cukup memburuk 3: Sedang 4: Cukup membaik 5: Membaik</p>	<p>1.18 Ajarkan teknik non farmakologis 1.19 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1.20 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>																									
2.	<p>Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0038)</p>	<p>Luaran Utama: Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) Ekspektasi: Meningkat Kriteria hasil:</p> <p>1. Kesadaran <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table></p> <p>Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkatkan</p> <p>2. Kadar glukosa dalam darah <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table></p> <p>3. Jumlah urine <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table></p> <p>Keterangan: 1: Memburuk 2: Cukup memburuk 3: Sedang 4: Cukup membaik 5: Membaik</p> <p>4. Mengantuk <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table></p> <p>5. Pusing <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table></p> <p>6. Keluhan lapar</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	<p>Intervensi Utama: Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Tindakan: Observasi 1.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 1.3 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 1.4 Monitor intake dan output cairan 1.5 Monitor keton urine, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi Terapeutik 1.6 Berikan asupan cairan oral 1.7 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi 1.8 Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga 1.9 Ajarkan pengelolaan diabetes Kolaborasi 1.10 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 1.11 Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu 1.12 Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu</p>
1	2	3	4	5																								
1	2	3	4	5																								
1	2	3	4	5																								
1	2	3	4	5																								
1	2	3	4	5																								

		<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Keterangan: 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun 5: Menurun</p>	1	2	3	4	5																
1	2	3	4	5																			
3.	Hipovolemia (D.0023)	<p>Luaran utama: Status Cairan (L.03028) Ekspektasi: Membaik Kriteria hasil:</p> <p>1. Kekuatan nadi <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table></p> <p>2. Turgor kulit <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table></p> <p>Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkatkan</p> <p>3. Dispnea <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table></p> <p>4. Keluhan haus <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table></p> <p>Keterangan: 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun 5: Menurun</p> <p>5. Frekuensi nadi</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	<p>Intervensi utama: Manajemen Hipovolemia (I.03116) Tindakan: Observasi 3.1 Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 3.2 Monitor intake dan output cairan Terapeutik 3.3 Hitung kebutuhan cairan 3.4 Berikan posisi modified Trendelenburg 3.5 Berikan asupan cairan oral Edukasi 3.6 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 3.7 Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi 3.8 Kolaborasi pemberian IV isotonis (mis. NaCl, RL) 3.9 Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 3.10 Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate) 3.11 Kolaborasi pemberian produk darah</p>
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			

		<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> <p>6. Tekanan darah</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> <p>7. Kadar Hb</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> <p>8. Kadar Ht</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> <p>Keterangan: 1: Memburuk 2: Cukup memburuk 3: Sedang 4: Cukup membaik 5: Membaik</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
4.	Defisit nutrisi (D.0019)	<p>Luaran utama: Status Nutrisi (L.03030) Ekspektasi: Membaik Kriteri hasil:</p> <p>1. Porsi makanan yang dihabiskan</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> <p>Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkatkan</p> <p>2. Perasaan cepat kenyang</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> <p>3. Nyeri abdomen</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> <p>Keterangan: 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	<p>Intervensi utama: Manajemen Nutrisi (I.03119) Tindakan: Observasi</p> <p>1.1 Identifikasi status nutrisi 1.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 1.3 Identifikasi makanan yang disukai 1.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 1.5 Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 1.6 Monitor asupan makanan 1.7 Monitor berat badan 1.8 Monitor hasil pemeriksaan hasil laboratorium</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.9 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 1.10 Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 1.11 Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 1.12 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 1.13 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 1.14 Berikan suplemen makanan, jika perlu 1.15 Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi</p>					
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			

	<p>4: Cukup menurun 5: Menurun</p> <p>4. Berat badan <table border="1" data-bbox="772 352 1079 384"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> </p> <p>5. Indeks massa tubuh (IMT) <table border="1" data-bbox="772 416 1079 448"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> </p> <p>6. Frekuensi makan <table border="1" data-bbox="772 480 1079 512"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> </p> <p>Keterangan: 1: Memburuk 2: Cukup memburuk 3: Sedang 4: Cukup membaik 5: Membaik</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	<p>1.16 Anjurkan posisi duduk, jika mampu 1.17 Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.18 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 1.19 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</p>
1	2	3	4	5													
1	2	3	4	5													
1	2	3	4	5													

b. Konsep Terapi Rebusan Daun Kelor

1) Jurnal yang terkait:

- a) Halaman 43–50 Jurnal Perawat, Jilid (2), Nomor 2 Tahun 2018. Dampak pemberian rebusan daun kelor pada penderita diabetes tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas terhadap kadar gula darahnya.

Menurut temuan penelitian yang dilakukan pada tahun 2017, penderita diabetes tipe II di Desa Bangkinang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang mengalami penurunan rata-rata kadar glukosa darah sebesar 71,41 mg/dl setelah mengonsumsi rebusan daun kelor.

- b) “Pemberian Rebusan Daun Kelor Untuk Menurunkan Kadar Glukosa Darah Pada Penderita Diabetes Mellitus,” Jurnal Media Laboratorium, Jilid (8), Nomor 2, 2018.

Menurut hasil penelitian, minum air rebusan daun kelor dapat menurunkan kadar glukosa darah penderita diabetes (DM). Setelah pemberian air rebusan daun kelor, kadar glukosa turun dari 202 mg/dl pada hari pertama percobaan menjadi 191 mg/dl pada hari keempat penelitian.

Memberi pasien DM air hangat yang dicampur dengan daun kelor membantu menurunkan kadar gula darah mereka, menurut temuan penelitian. Pada pengujian hari keempat, diketahui bahwa kadar glukosa menurun dari 202 mg/dl

menjadi 191 mg/dl setelah mengkonsumsi air rebusan daun kelor selama empat hari.

- c) “Pengaruh Pemberian Jus Daun Kelor (*Moringa oleifera*) terhadap Kadar Glukosa Darah Puasa Pada Orang Dewasa Berisiko Diabetes Mellitus Tipe II Di Wilayah Kerja Puskesmas Oebobokota Kupang,” *Sandalwood Medical Journal*, Edisi 18, Nomor 3, 2019.

Menurut temuan penelitian ini, rata-rata kadar glukosa darah puasa sebelum terapi (110,10 mg/dl) dan setelah pengobatan (110,30 mg/dl) tidak berbeda secara substansial. Hal ini disebabkan karena penggunaan ekstrak daun kelor yang digunakan dalam penelitian ini kurang dari 300 gram yang direkomendasikan, yaitu hanya 100 gram.

- d) *Jurnal Kesehatan dan Ilmu Pengetahuan Gorontalo* Volume (5) Nomor 2 terbit tahun 2021.

Hasil penelitian diketahui bahwa rata-rata kadar glukosa darah sebelum menerima rebusan daun kelor adalah 230,88 mg/dl, sedangkan rata-rata kadar glukosa darah setelah menerima rebusan daun kelor adalah 159,57 mg/dl.

2) Pengertian Daun Kelor

Salah satu tanaman herbal yang dimanfaatkan dalam pengobatan tradisional lokal adalah kelor (*Moringa oleifera* Lam.). Tanaman herbal bernama daun kelor diduga bermanfaat

untuk mengobati penyakit diabetes (Dewiyeti & Hidayat, 2015). Tanaman kelor mudah dibudidayakan dan tahan terhadap berbagai faktor lingkungan, termasuk suhu yang sangat tinggi. Hanya lokasi dengan salju tipis yang cocok untuk kelor. Tanaman kelor tumbuh subur di daerah dengan curah hujan tahunan yang cukup besar dan tahan terhadap musim kering yang berkepanjangan. Meskipun tanah liat tidak ideal untuk Moringa, namun tetap bisa bertahan di sana (Krisnadi, A.D., 2015).

3) Fungsi Daun Kelor

Karena kemampuannya untuk meningkatkan kesehatan dan kebugaran jasmani, tanaman kelor, yang juga dikenal sebagai *Moringa oleifera*, adalah jenis tanaman herbal yang disebut sebagai megasuperfood. Batang, akar, kulit kayu, daun, bunga, buah, dan biji tanaman kelor semuanya memberikan banyak manfaat. Bahan yang paling ampuh adalah daun tanaman kelor. Dengan daun kelor, Anda bisa mengobati penyakit rematik, jagung, cacingan, susah buang air kecil, sakit kuning, luka bernanah, gelisah, stabilisasi tekanan darah, dan diabetes mengelola gula darah.

4) Terapi Rebusan Daun Kelor Dalam Mengendalikan Kadar Gula Darah

Unsur-unsur dalam daun kelor, seperti vitamin C, yang membantu mengatur hormon insulin pada penderita diabetes, beta-karoten, antioksidan untuk melindungi tubuh dari serangan radikal bebas dan penyakit, dan asam askorbat, yang membantu proses sekresi, semuanya berkontribusi pada kemampuan daun untuk menurunkan kadar glukosa darah. Penderita diabetes memiliki insulin dalam darah mereka, dan mereka juga memiliki vitamin E, yang membantu mencegah diabetes. Manfaat anti-diabetes kelor berasal dari adanya seng atau mineral yang diperlukan untuk sintesis insulin. Daun kelor, berkat kandungan antioksidannya yang kuat, dapat mempercepat dan meningkatkan kesehatan regenerasi sel dalam tubuh. Daun kelor juga merupakan sumber insulin alami, yang membantu mengurangi kadar gula darah.

5) Prosedur melakukan terapi rebusan daun kelor

Cuci 300 mg daun kelor, lalu rebus dalam 3 gelas (450 ml) air hingga airnya tinggal 1 gelas (150 ml) lalu saring, tunggu beberapa menit hingga cukup hangat untuk diminum. Pasien diabetes mellitus diperiksa kadar glukosa darahnya dengan tangan sebelum menerima rebusan daun kelor, dan kemudian mereka menunggu rebusan tersebut bekerja di tubuh mereka

selama 5-7 jam. Rebusan yang terbuat dari daun kelor diberikan sekali sehari. Setelah memberi pasien DM rebusan yang terbuat dari daun kelor, mereka harus menjalani perawatan yang sama dengan pengobatan lain: pemantauan kadar glukosa darah mereka secara teratur. Rebusan daun kelor diberikan dalam jumlah 150 ml per hari selama 3-4 hari setelah ditentukan melalui penilaian GDS manual selama tahap awal bahwa kadar glukosa darah akan meningkat tanpa pengobatan. Kadar glukosa darah manual diukur pada hari 1-4 melalui pengambilan darah.

4. Evaluasi

Menurut Budiono (2016), evaluasi merupakan proses akhir keperawatan yang menentukan keberhasilan keperawatan dan tercapai tidaknya tujuan dari rencana asuhan keperawatan.

Istilah yang sering digunakan saat mencatat evaluasi adalah SOAP yaitu:

1. S (Subjektif)

Data subjektif diambil dari keluhan klien, tidak termasuk klien yang afasia.

2. O (Objektif)

Pengamatan staf keperawatan dan gejala kelainan fungsi fisik dapat memberikan informasi yang objektif.

3. A (Assessment)

Karena ada tiga analisis, yaitu (terselesaikan, tidak terselesaikan, dan sebagian terselesaikan), tergantung pada data yang telah dikumpulkan, tindakan cepat diperlukan untuk mengatasi hasil yang mencakup diagnosis, harapan diagnosis, atau kesulitan prospektif. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi ulang untuk mengidentifikasi perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.

4. P (Planning)

Berkaitan dengan pertumbuhan praktik keperawatan saat ini dan masa depan.