

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Konsep Diabetes Melitus

a. Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Soelistijo et al., 2021). Menurut insulin adalah hormon penting yang diproduksi di pancreas. Hal ini memungkinkan glukosa aliran darah untuk memasuki tubuh sel dimana insulin diubah menjadi energi. Kekurangan insulin atau ketidakmampuan sel untuk meresponnya akan menyebabkan tingginya kadar glukosa darah atau yang disebut dengan hiperglikemia yakni indikator klinis diabetes.

Menurut (WHO, 2001) (*World Health Organization*) terdapat tiga klasifikasi penyakit diabetes diantaranya;

1) Diabetes Tipe 1

Karakteristik diabetes melitus tipe 1 kerusakan sel β pancreas yang disebabkan oleh proses autoimun dan terjadi defisiensi insulin yang absolut. Tanda yang lain yaitu adanya anti-glutamic acid decarboxylase, sel langerhan atau antibodi insulin yang menyebabkan terjadinya kerusakan sel β pancreas. Semua diabetes tipe 1 membutuhkan insulin untuk mempertahankan batas glukosa darah normal.

2) Diabetes Tipe 2

Penderita diabetes tipe 2 pada umumnya mengalami kegemukan secara

visceral. Kegemukan tersebut merupakan akibat dari resistensi insulin dalam tubuh penderita. Penderita diabetes tipe 2 dapat mengalami hipertensi, hiperkolesterolemia. Faktor yang berkontribusi terjadinya diabetes melitus tipe 2 yaitu adanya riwayat keluarga penderita diabetes melitus, kegemukan, usia dan kurang olahraga. Diabetes melitus tipe 2 bervariasi, mulai yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relative sampai yang dominan defek sekresi insulin disertai resistensi insulin.

3) Diabetes Tipe Gestasional

Diabetes melitus gestasional yaitu wanita yang mengalami diabetes melitus selama kehamilannya. Kebanyakan wanita mengalami diabetes melitus gestasional pada trimester ketiga kehamilannya. Diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan diabetes melitus dimana sebelum kehamilan tidak didapatkan diabetes.

b. Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 adalah penyakit yang muncul akibat terganggunya metabolik dalam tubuh yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah yang disebabkan oleh disfungsi sel β pancreas dan gangguan resistensi terhadap insulin pada umumnya berkaitan dengan kegemukan (Yasa et al., 2022). Resistensi insulin dan defisiensi insulin merupakan faktor penyebab terjadinya DMT2. Resistensi insulin dan disfungsi sel β yang terganggu adalah dua contributor bawaan atau genetik bagi DMT2 (Bhatt et al., 2016). Utilitas glukosa yang tidak sempurna mengakibatkan adanya peningkatan pada kadar glukosa darah. Proses utilitas glukosa ini kerap membutuhkan insulin dalam jumlah besar beserta sensitifnya

jaringan tubuh dalam bekerja secara efektif (Rudy Bilous; Richard, 2015).

c. Etiologi Diabetes Melitus Tipe 2

1. Defisiensi insulin

Terjadinya defisiensi insulin sehingga berdampak kurang baik terhadap homeostatis glukosa darah. Hal pertama yang akan terjadi yaitu hiperglikemia akut pascaprandial (HAP). Meningkatnya kadar glukosa darah 10-30 menit setelah makan atau minum (*postprandialspike*). *Postprandialspike* merupakan tanda dari hiperglikemia akut pascaprandial (Al Azhar, 2018).

2. Resistensi insulin

Resistensi insulin dikatakan sebagai salah satu proses yang mendasari timbulnya DM2. Resistensi insulin mengganggu pengambilan glukosa pada jaringan perifer sehingga menimbulkan produksi glukosa dalam hati menjadi meningkat. Resistensi insulin terjadi pada postresptor yang menyebabkan kompensasi peningkatan sekresi insulin oleh sel β , sehingga hiperinsulinemi pun terjadi (Merentek, 2006).

d. Patofisiologi Diabetes Melitus Tipe 2

Metabolisme glukosa yang mengalami gangguan pada awalnya disebabkan karena kegagalan pada proses sekresi insulin. Dampak yang ditimbulkan dari defisiensi insulin yaitu buruknya homeostatis glukosa darah. Hal pertama yang terjadi adalah hiperglikemia akut pascaprandial yaitu meningkatnya glukosa darah sesudah makan atau dikenal dengan istilah *postprandialspike*. Timbulnya HAP akibat tidak berlangsung dengan baiknya proses tahap awal, memberi dampak terhadap proses tahap kedua sekresi insulin. Akibat yang terjadi oleh gangguan tahap satu sekresi insulin, dapat dideteksi pada tes toleransi glukosa oral (TTGO).

Pada keadaan ini TTGO akan memperlihatkan meningkatnya glukosa darah 2 jam setelah makan atau minum. Keadaan tersebut adalah bukti atau tanda ketidakberhasilan sekresi insulin tahap satu dalam meredam HAP (Al Azhar, 2018).

Walaupun awalnya terdapat usaha peningkatan sekresi tahap dua akan tetapi seiring berjalannya waktu kondisi normoglikemia tidak bisa dipertahankan. Suatu saat akan timbul kondisi atau tahap yang disebut toleransi glukosa terganggu (TGT). Fase tersebut dikenal sebagai pra diabetes yaitu kadar glukosa darah 2 jam setelah beban glukosa dengan rentang 140-200 mg/dl. Terganggunya metabolisme glukokosa pada Hiperglikemia akut pascaprandial HAP tidak hanya diakibatkan oleh inadekuatnya sekresi insulin tahap satu. Tidak sensitive nya jaringan terhadap insulin atau resistensi insulin berakibat terhadap kurangnya insulin di jaringan perifer. Akibat yang dirimbulkan adalah tidak berhasilnya forforilasi kompleks Insulin Reseptor (IRS). Menurunnya glukosa transporter-4 (GLUT4) dibarengi dengan turunnya oksidasi glukosa mengakibatkan glukosa tidak mampu lagi untuk masuk ke dalam sel sehingga terjadi yang Namanya hiperglikemia (Al Azhar, 2018).

e. Tanda dan gejala Diabetes Melitus Tipe 2

Gejala pada diabetes melitus diklasifikasikan menjadi akut dan kronis. Gejala akut pada diabetes melitus yaitu banyak makan (polyphagia), sering merasa haus (polydipsia) dan sering kencing (polyuria). Adapun gejala kronis yang ditimbulkan yaitu kebas atau kesemutan, kelelahan, pandangan kabur, mudah lelah dan gigi mudah goyah serta lepas (Bhatt et al., 2016).

2. Masalah Perfusi Perifer Tidak Efektif

a. Pengertian Perfusi Perifer Tidak Efektif

Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (SDKI, 2017)(SDKI, 2017)

b. Etiologi

Perfusi jaringan tidak efektif bisa menjadi manifestasi suatu penyakit atau kondisi lainnya. Menurut SDKI banyak faktor penyebab yang bisa menyebabkan perfusi jaringan tidak efektif, meliputi :

- 1) Hiperglikemia.
- 2) Penurunan konsentrasi hemoglobin.
- 3) Peningkatan tekanan darah.
- 4) Kekurangan volume cairan.
- 5) Penurunan aliran arteri dan/atau vena.
- 6) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. Merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas).
- 7) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. Diabetes melitus, hipelipidemia).
- 8) Kurang aktivitas fisik.

c. Tanda dan gejala

Table 1

Gejala Tanda Mayor Perfusi Perifer Tidak Efektif

Subjektif <i>(tidak tersedia)</i>	Objektif
	1. Pengisian kapiler >3 detik
	2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba
	3. Akral teraba dingin
	4. Warna kulit pucat
	5. Turgor kulit menurun

Table 2

Gejala Tanda Minor Perfusi Perifer Tidak Efektif

Subjektif	Objektif
1. Parastesia	1. Edema
2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)	2. Penyembuhan luka lambat
	3. Indeks <i>ankle-brachial</i> <0,90
	4. Bruit femoral

d. Dampak

1) Gangren/Diabetik Foot Ulcer

Diabetic Foot Ulcer (DFU) adalah sumber utama morbiditas yang dapat dicegah pada orang dewasa dengan diabetes. Konsekuensi dari ulkus kaki termasuk penurunan status fungsional, infeksi, amputasi ekstremitas bawah, dan kematian. Data baru menunjukkan kejadian amputasi secara keseluruhan telah meningkat sebanyak 50% di beberapa daerah selama beberapa tahun terakhir setelah periode penurunan yang panjang, terutama pada populasi muda dan ras dan etnis minoritas. DFU adalah komplikasi diabetes yang umum dan sangat mengerikan. Jalur menuju ulserasi, yang melibatkan hilangnya sensasi, iskemia, dan trauma ringan, sudah diketahui dengan baik. Amputasi dan kematian setelah DFU merupakan komplikasi tahap akhir dan sangat terkait dengan manajemen diabetes yang buruk (McDermott et al., 2023).

2) Retinopati Diabetik

Kelainan patologis mata yang disebut retinopati diabetik disebabkan oleh perubahan pada pembuluh darah kecil disekitar retina. Retina merupakan bagian mata yang menerima bayangan dan mengirimkan informasi tentang bayangan tersebut ke otak. Bagian ini mengandung banyak sekalu pembuluh darah arteri serta vena kecil, arteriol, venula dan kapiler.

3. Terapi Buerger Allen Exercise (BAE)

a. Definisi Buerger Allen Exercise

Latihan *Buerger Allen Exercise* adalah suatu kegiatan yang dilakukan dengan menggerakkan sendi-sendi yang berbeda Gerakan atau peregangan ke segala arah dengan tujuan untuk meningkatkan aliran darah ke ekstremitas bawah (Turan et al., 2015). *Buerger Allen Exercise* adalah suatu latihan untuk insufisiensi arteri tungkai bawah dengan menggunakan perubahan gravitasi pada posisi yang diterapkan dan pompa otot yang terdiri dari dorsofleksi dan fleksi plantar dengan gerakan aktif pergelangan kaki untuk melancarkan otot-otot pembuluh (Novitasari et al., 2019).

Menurut Salindeho et al., (2016) Gerakan yang baik dan teratur membantu meningkatkan aliran darah arteri dan vena dengan membuka kapiler (pembuluh darah kecil di otot), gerakan ini meningkatkan vaskularisasi pembuluh darah, yang meningkatkan suplai darah ke jaringan.

b. Manfaat terapi Buerger Allen Exercise

Menurut hasil penelitian (Chang et al., 2015). juga menyampaikan bahwa Buerger Allen Exercise (BAE) memiliki manfaat yang besar dalam meningkatkan perfusi kaki khususnya pada kaki diabetik yang dilakukan secara berkala dan teratur. Menurut hasil penelitian Hasina et al (2021) menyatakan bahwa latihan *Buerger Allen Exercise* (BAE) memiliki manfaat baik pada efektivitas perfusi jaringan perifer. Kegiatan buerger Allen dapat dijadikan tindakan yang efektif dalam pengobatan komplikasi kaki diabetik.

c. Tujuan terapi Buerger Allen Exercise

Menurut Kawasaki et al (2013) menyatakan tujuan latihan Buerger Allen Exercise untuk memperlancar dan meningkatkan sirkulasi darah pada luka kaki diabetik dengan masalah sirkulasi darah tepi. Metode ini cukup efektif dalam memperbaiki kondisi hemodinamik kaki pada pasien ekstremitas bawah. Menurut (Chang et al., 2015). Tujuan latihan *Buerger Allen Exercise* adalah untuk meredakan gejala ekstremitas bawah disebabkan insufisiensi arteri. latihan *Buerger Allen Exercise* dapat membantu mengosongkan pembuluh darah besar melalui perubahan postur dan merangsang sirkulasi darah perifer melalui modulasi gravitasi.

d. Teknik prosedur pelaksanaan *Buerger Allen Exercise*

Menurut penelitian Freire dan Karina (2015), *Buerger Allen Exercise* merupakan terapi preventif yang terdiri dari beberapa tahapan, yaitu :

- 1) Tahap pertama, pasien berbaring dengan posisi terlentang selama 3 menit.
- 3) Tahap elevasi, yaitu posisi supin dengan leg elevasi 45-90° dan ditambah dengan dorsofleksi dan plantar fleksi. Fase ini dilakukan selama 3 menit.
- 4) Tahap penurunan (*sit, feet lowered*), yaitu posisi duduk dengan kaki yang menjuntai (menggantung ditepi tempat tidur), tekuk kaki ke atas dan ke bawah. Fase ini dilakukan selama 5 menit.
- 5) Gerakkan kaki selama 3 menit ke arah samping dan kedalam, dilakukan tanpa istirahat.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi

dan mengidentifikasi status kesehatan pasien Hidayat 2021. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu.

- a. Identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, status, agama, alamat, tanggal : MRS, diagnosa masuk. Pendidikan dan pekerjaan, orang dengan pendapatan tinggi cenderung mempunyai pola hidup dan pola makan yang salah.
- b. Data keluhan utama pada penderita biasanya datang dengan keluhan menonjol badan terasa sangat lemas sekali disertai penglihatan yang kabur. Meskipun muncul banyak keluhan (poliuria) kadang penderita belum tahu kalau itu salah satu tanda penyakit diabetes mellitus.
- c. Data riwayat penyakit saat ini merupakan pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari gangguan integritas jaringan.
- d. Data riwayat penyakit dahulu merupakan suatu penyakit yang pernah dialami seperti penyakit neuropati perifer.
- e. Data riwayat kesehatan keluarga yang berhubungan dengan diabetes melitus, penyakit vaskuler perifer maupun penyakit lainnya.
- f. Pola kebutuhan dasar
Pasien dengan gangguan perfusi perifer tidak efektif termasuk kedalam kategori fisiologis dan pola kebutuhan dasar sirkulasi. Perawat harus mengkaji tanda dan gejala yang muncul dari pola kebutuhan dasar sirkulasi pada pasien gangguan perfusi perifer.
- g. Pemeriksaan fisik (*head to toe*).
- h. Pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan tekanan darah :

- 1) Tekanan darah sebelum (*pre*) melakukan terapi *Buerger Allen Exercise*.
 - 2) Tekanan darah sesudah (*post*) melakukan terapi *Buerger Allen Exercise*.
- i. Data pasien yang harus dikaji pada pasien DMT2 dengan perfusi perifer tidak efektif termasuk dalam kategori fisiologis dan subkategori sirkulasi (SDKI PPNI, 2017). Gejala dan tanda mayor yang perlu dikaji yaitu pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan/risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diganosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (SDKI, 2017).

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosa keperawatan ditegakkan dengan pola PES, yaitu problem sebagai inti dari respon klien, etiologi sebagai penyebab dari suatu masalah yang muncul, *sign and symptom* sebagai tanda dan gejala dari suatu masalah. Diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien DM dengan gangguan sirkulasi yaitu perfusi perifer tidak efektif.

3. Perencanaan keperawatan

Rencana keperawatan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang terdiri dari diagnosis keperawatan, luaran

keperawatan, dan intervensi keperawatan sesuai SDKI, SLKI, dan SIKI. Perencanaan keperawatan terdiri atas luaran dan intervensi. Luaran (*outcome*) merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan Indonesia memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi dan kriteria hasil. Label merupakan nama sari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait luaran keperawatan. Ekspektasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai, sedangkan kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan (SIKI, 2017)

Diagnosis Keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II yaitu Perfusi perifer berhubungan dengan hiperglikemia dibuktikan dengan pengisian kapilerb >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema, penyembuhan luka lambat, *indeks ankle-brachial* <0,90, bruit femoral, parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten). D.0009 (SDKI, 2017).

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan intervensi keperawatan setelah 3 x 24 jam maka perfusi perifer (L.02011) meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Kekuatan nadi perifer meningkat.
- 2) Penyembuhan luka mengingakat.
- 3) Sensasi meningkat.
- 4) Warna kulit pucat meningkat.

- 5) Nyeri ekstremitas menurun.
- 6) Pengisian kapiler membaik.
- 7) Tekanan darah sistolik meningkat.
- 8) Tekanan darah diastolic membaik.
- 9) Indeks *ankle-brachial* membaik.

b. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dapat digunakan diagnosis keperawatan Perfusi Perifer Tidak efektif sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI, 2017) yaitu

- 1) Intervensi utama
 - a) perawatan sirkulasi
- (1) Observasi
 - (a) Periksa sirkulasi perifer, (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu *ankle- brachial index*).
 - (b) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi).
 - (c) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak dan kuku.
- b) Terapeutik
 - (a) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perifer.
 - (b) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perifer.
 - (c) Hindari penekanan dan pemasangan *tourniquet* pada area yang cedera.
 - (d) Lakukan pencegahan infeksi.
 - (e) Lakukan perawatan kaki dan kuku.
 - (f) Lakukan hidrasi.

- c) Edukasi
 - (a) Anjurkan berhenti merokok.
 - (b) Anjurkan berolahraga rutin.
 - (c) Anjurkan mengecek ari manid untuk menghindari kulit terbakar.
 - (d) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol.
 - (e) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.
 - (f) Anjurkan menghindari obat penyakit beta.
 - (g) Anjurkan melakukan perawatan luka yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki).
 - (h) Anjurkan program rehabilitasi vaskuler.
 - (i) Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3).
 - (j) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
- a) Manajemen sensasi
 - (1) Observasi
 - (a) Identifikasi penyebab perubahan sensasi.
 - (b) Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, Sepatu dan pakian.
 - (c) Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul.
 - (d) Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin.
 - (e) Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda.
 - (f) Monitor terjadinya parestesia, *jika perlu*.
 - (g) Memonitor perubahan kulit.

- (h) Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena.
- (2) Terapeutik
 - (a) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)
- (3) Edukasi
 - (a) Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air
 - (b) Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak.
 - (c) Anjurkan memakai Sepatu lembut dan bertumit rendah.
- (4) Kolaborasi
 - (a) Kolaborasi pemberian analgesic, *jika perlu*.
 - (b) Kolaborasi pemberian kortikosteroid, *jika perlu*.
- 2) Intervensi pendukung
 - a) Perawatan Kaki
 - (1) Observasi
 - (a) Identifikasi perawatan kaki yang biasa dilakukan.
 - (b) Periksa adanya iritasi, retak, lesi, kapalan, kelainan bentuk, atau edema
 - (c) Periksa adanya ketebalan kuku dan perubahan warna
 - (d) Monitor tingkat kelemahan kaki
 - (e) Monitor gaya berjalan dan distribusi berat pada kaki
 - (f) Monitor keberhasilan dan kondisi umum Sepatu dan kasus kaki
 - (g) Monitor insufisiensi arteri kaki dengan pengukuran *ankle-brachial index* (ABI) terutama pada usia > 50 tahun.
 - (h) Monitor neuropati perifer dengan tes *monofilamen semmes weinstein*
 - (i) Monitor kadar gula darah atau nilai HbA1c <7%

(2) Terapeutik

- (a) Keringkan sela-sela jari kaki
- (b) Berikan pelembab kaki, sesuai kebutuhan
- (c) Bersihkan dan/atau potong kuku, *jika perlu*
- (d) lakukan perawatan luka sesuai kebutuhan

(3) Edukasi

- (a) Informasikan pentingnya perawatan kaki
- (b) Ajarkan cara mempersiapkan dan memotong kuku
- (c) Anjurkan memakai Sepatu dengan ukuran yang sesuai
- (d) Anjurkan pemberian bubuk penyerap kelembaban, *jika perlu*
- (e) Anjurkan memeriksa bagian dalam sepatu sebelum dipasang
- (f) Anjurkan memonitor suhu kaki dengan menggunakan bagian belakang dari tangan
- (g) Anjurkan pentingnya pemeriksaan kaki, terutama saat sensasi berkurang
- (h) Anjurkan menghindari penekanan pada kaki yang mengalami ulkus dengan menggunakan tongkat atau Sepatu khusus

(4) Kolaborasi

- (a) Rujuk podiatrist untuk memotong kuku yang menebal, *jika perlu*.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan sekumpulan aktivitas yang dilaksanakan keperawatan sebagai upaya dalam menolong pasien untuk menghadapi masalah kesehatannya yang telah disesuaikan dengan penyusunan intervensi yang telah dilakukan (Hidayat, 2021). Implementasi adalah penerapan dari rencana asuhan keperawatan. Implementasi ini meliputi penyelesaian tindakan keperawatan dalam upaya untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam implementasi menggunakan evaluasi formatif yang meliputi hasil pengamatan serta

analisa yang dilakukan oleh perawat terhadap respon segera pada saat dan sudah pemberian tindakan (Siregar, 2021).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahapan akhir dari serangkaian asuhan keperawatan. Evaluasi dilaksanakan dengan mengidentifikasi seberapa jauh tujuan tersebut tercapai. dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan. Berdasarkan pendapat dari Hidayat (2021), evaluasi yang digunakan yaitu evaluasi sumatif yang meliputi perekapan dan pemberian kesimpulan dari pengamatan dan analisa terakit status kesehatan yang disesuaikan dengan waktu. Evaluasi ini dituliskan pada catatan perkembangan.