

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Konsep dasar Diabetes Mellitus

a. Pengertian Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus tipe 2 merupakan penyakit kronis yang serius, yang ditandai dengan gangguan pada produksi maupun fungsi insulin. Meskipun tubuh masih mampu memproduksi insulin, hormon ini tidak dapat bekerja secara optimal karena adanya resistensi insulin. Kondisi ini umumnya dipicu oleh obesitas yang mengurangi jumlah reseptor insulin pada sel-sel tubuh, sehingga menghambat proses metabolisme. Selain itu diabetes tipe 2 juga dipengaruhi oleh pola hidup yang tidak sehat, kurangnya aktifitas fisik, serta faktor usia, dimana kemampuan tubuh dalam merespons insulin cenderung menurun seiring bertambahnya usia (Astuti, 2020).

Diabetes mellitus merupakan penyakit kronis jangka panjang yang disebabkan oleh gaya hidup tidak sehat, yang mengakibatkan penumpukan kadar gula dalam darah melebihi batas normal. Jika tidak ditangani dengan baik, kondisi ini dapat menimbulkan komplikasi serius seperti stroke, serangan jantung, infeksi pada kaki(ganggren), serta penyempitan pembuluh arteri, yang pada akhirnya dapat membatasi kemampuan penderita untuk beraktifitas secara normal. Penyempitan arteri dapat dideteksi melalui pemeriksaan non-invasive, salah satunya adalah pemeriksaan ankle brachial indeks (ABI). Pemeriksaan ini berguna untuk mengidentifikasi tanda dan gejala klinis dari penurunan aliran darah ke ekstremitas, yang dapat memicu terjadinya angiopati dan neuropati diabetik. Neuropati diabetik sendiri merupakan kerusakan saraf yang dapat bersifat lokal(fokal) maupun

menyeluruh (difus), yang disebabkan oleh paparan hiperglikemia kronis dan ditandai dengan gejala seperti kesemutan, nyeri, mati rasa dan kebas (Nugraha, 2022).

b. Klasifikasi Diabetes Mellitus

Beberapa ahli mengusulkan pengelompokan berdasarkan perawatan klinis dan perlu tidaknya pemberian insulin terutama pada saat diagnosis (WHO 2019). Secara umum diabetes mellitus dikelompokkan menjadi 4 kelompok, yaitu: Diabetes Mellitus tipe 1, Diabetes mellitus tipe 2, Gestasional, dan diabetes spesifik lain . Diabetes mellitus Tipe 2 menjadi masalah kesehatan global dan serius yang berevolusi karena perubahan budaya, ekonomi dan sosial, populasi lanjut usia, peningkatan urbanisasi, perubahan pola makan (peningkatan konsumsi makanan olahan dan gula), obesitas, aktivitas fisik berkurang, gaya hidup tidak sehat, malnutrisi pada janin, paparan hiperglikemia pada janin saat kehamilan (Kabel et al. 2017).

c. Patofisiologi diabetes mellitus

Pada Diabetes Melitus Tipe 2 terdapat dua masalah yang berhubungan dengan insulin dan gangguan sekresi insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel-sel tubuh yang mengakibatkan naiknya konsentrasi glukosa darah setinggi 300-1200 mg/dL. Peningkatan mobilisasi lemak dari daerah penyimpanan lemak yang menyebabkan terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolesterol pada dinding pembuluh darah dan akibat dari berkurangnya protein dalam jaringan tubuh (Wijaya and Putri, 2014).

Resistensi insulin menyebabkan terjadinya hiperglikemia, hiperglikemia yang melebihi ambang ginjal normal (160-180 mg/100 ml), mengakibatkan tubulus renalis tidak mampu untuk menyerap glukosa maka terjadi glukosuria. Mengakibatkan terjadinya osmotik diuretik yang menyebabkan poliuri disertai dengan kehilangan sodirum, klorida, potasium dan pospat (tubuh kehilangan cairan dan elektrolit), adanya poliuri ini menyebabkan dehidrasi dan timbul polidipsi, dan mengakibatkan kekurangan energi sehingga penderita menjadi cepat lelah dan mengantuk hal ini disebabkan oleh berkurangnya protein dalam tubuh dan penggunaan karbohidrat untuk energi. Hiperglikemia dalam jangka panjang menyebabkan arterosklerosis, penebalan membran basalis dan perubahan pada saraf perifer hal ini akan mengakibatkan perfusi perifer tidak efektif (Wijaya and Putri, 2014).

d. Tanda dan gejala diabetes mellitus

menunjukkan gejala diabetes. Gejala umum penderita diabetes adalah sebagai berikut:

- 1) meningkatnya rasa haus karena air dan elektrolit dalam tubuh berkurang (polidipsia),
- 2) Meningkatnya rasa lapar karena kadar glukosa dalam jaringan berkurang (polifagia),
- 3) Kondisi urin yang mengandung glukosa biasanya terjadi ketika kadar glukosa darah 180 mg/dL (glukosuria)
- 4) Meningkatkan osmolaritas filtrat glomerulus dan reabsorpsi air dihambat dalam tubulus ginjal sehingga volume urin meningkat (poliuria),

- 5) Dehidrasi karena meningkatnya kadar glukosa menyebabkan cairan ekstraselular hipertonik dan air dalam sel keluar
- 6) Kelelahan karena gangguan pemanfaatan CHO mengakibatkan kelelahan dan hilangnya jaringan tubuh walaupun asupan makanan normal atau meningkat
- 7) Kehilangan berat badan disebabkan oleh kehilangan cairan tubuh dan penggunaan jaringan otot dan lemak akan diubah menjadi energi
- 8) Gejala lain berupa daya penglihatan berkurang, kram, konstipasi, dan penyakit infeksi candidiasis

e. Pemeriksaan penunjang diabetes mellitus.

Menurut (Paulus Subiyanto., 2019), untuk memastikan seseorang menderita Diabetes Melitus Tipe 2 diperlukan skrining pemeriksaan kadar glukosa darah dengan nilai satuan yang dinyatakan dalam milligram per desiliter (mg/ dL) atau milimoles per liter (mmol/ L). Beberapa cara pemeriksaan kadar glukosa darah untuk menegakkan diagnosis Diabetes melitus sebagai berikut:

1. Tes gula darah acak atau sewaktu

Sampel darah akan diambil pada waktu acak. Terlepas dari kapan seseorang terakhir makan, Kadar gula darah sewaktu ≥ 200 mg/dL sudah dapat digunakan untuk menyatakan seseorang menderita diabetes, terutama bila digabungkan dengan gejala khas dan tidak khas dari diabetes

2. Tes gula darah puasa

Sampel darah akan diambil setelah puasa semalam selama 8-10 jam. Tingkat gula darah puasa kurang dari 100 mg/ dL (5,6 mmol/L) adalah normal. Tingkat

gula darah puasa dari 100 hingga 125 mg/dL (5,6 hingga 6,9 mmol/L) dianggap prediabetes. Jika 126 mg/dL (mmol/L) atau lebih tinggi pada dua tes terpisah berarti pasien menderita diabetes

3. Tes toleransi glukosa oral

Untuk tes ini, pasien harus berpuasa selama 8-10 jam, minum air putih tanpa gula tetap diperbolehkan. Setelah diperiksa kadar gula darah puasa, pasien diberi glukosa 75 gram yang dilarutkan dalam air 250 cc, lalu diminum dalam waktu 5 menit, selanjutnya berpuasa kembali. Setelah 2 jam kemudian glukosa darah dieprika. Kadar gula darah kurang dari 140 mg/dL (7,8 mmol/L) adalah normal. Pembacaan antara 140 dan 199 mg/dL (7,8 mmol/L dan 11,0 mmol/L) menunjukkan prediabetes. Pembacaan 200mg/dL (11,1 mmol/L) atau lebih tinggi setelah dua jam pembebanan glukosa dapat mengindikasikan diabetes.

f. Komplikasi diabetes mellitus

Adapun komplikasi yang bisa terjadi, yaitu :

1) Genggren kaki diabetik

Pada penderita diabetes mellitus sering mengalami penyempitan dan penyumbatan pembuluh darah perifer sering terjadi pada tungkai bawah akibatnya perfusi jaringan distal dari tungkai menjadi berkurang (Astuti, Fandizal and Sani, 2021). Salah satu penyebab utama terjadinya ganggren adalah neuropati perifer yang mengacu pada penyakit yang menyerang semua tipe saraf termasuk saraf perifer, otonom dan spinal. Penebalan membran basalis kapiler dan penutupan kapiler dapat terjadi akan menyebabkan terjadinya gangguan sensorik dan motorik.

Gangguan sensorik menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya ganggren. Gangguan motorik juga mengakibatkan terjadinya atrofi otot kaki, sehingga merubah titik tumbu yang menyebabkan ulsetrasi pada kaki penderita.

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 sekali pembuluh darah arteri serta vena kecil, arteriol, venula dan kapiler (Manurung, 2022).

g. Pencegahan

Salah satu cara pencegahan perfusi perifer pada diabetes mellitus adalah latihan aktivitas salah satunya melakukan senam kaki. Latihan senam kaki ini merupakan salah satu jalan untuk mengatasi gangguan sensitivitas pada kaki bagi penderita diabetes melitus. Maka Latihan senam kaki ini sangat mempengaruhi untuk menurunkan kadar gula darah dan meningkatkan sensitivitas kaki pada pasien 10 DM. Dengan latihan senam kaki dapat memperlancar dan memperbaiki sirkulasi darah, memperkuat otot-otot kecil dan mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki serta mengatasi keterbatasan sendi gerak. Sensitivitas sel otot yang berkontraksi terhadap kerja insulin mengalami peningkatan sehingga kadar gula darah yang tinggi di pembuluh darah dapat digunakan oleh sel otot melalui proses glikogenolisis dan glikolisis dalam menghasilkan asam piruvat yang terjadi pada siklus krebs dalam menghasilkan energy (Suarniati, Hasanuddin, and Nasriani 2021).

Latihan senam kaki akan mengurangi penggunaan glukosa dalam tubuh, begutupun dengan fruktosa yang nantinya akan mencegah terjadinya ulkus kaki diabetik. Penelitian ini dapat memberikan manfaat dan implikasi yang positif yaitu dapat meningkatkan sensitivitas kaki ketika dilakukan senam kaki 3 kali seminggu selama 2-4 minggu secara baik dan sesuai standar gerakan-gerakan senam kaki. Dengan mengajarkan senam kaki diabetik mampu memperbaiki sirkulasi perifer pada penderita diabetes mellitus. Selain itu senam kaki diabetik juga mampu menurunkan kadar gula darah, sehingga dapat mencegah komplikasi selanjutnya (Astuti et al. 2021)

2. Konsep dasar masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif

a. Definisi gangguan citra tubuh

Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu (PPNI, 2017).

b. Penyebab gangguan citra tubuh

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) penyebab gangguan citra tubuh, yaitu:

- 1) Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat)
- 2) Perubahan fungsi tubuh (mis. proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan)
- 3) Perubahan fungsi kognitif
- 4) Ketidaksesuaian budaya, keyakinan atau sistem nilai
- 5) Transisi perkembangan
- 6) Gangguan psikososial
- 7) Efek tindakan/pengobatan (mis. pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi)

c. Data mayor dan minor gangguan citra tubuh

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) data mayor dan minor yang harus dikaji, yaitu:

1) Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif

(1) Mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh

b) Objektif

(1) Kehilangan bagian tubuh

(2) Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang

2) Gejala dan tanda minor

a) Subjektif

(1) Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh

(2) Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh

(3) Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain

(4) Mengungkapkan perubahan gaya hidup

b) Objektif

(1) Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan

(2) Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh

(3) Fokus berlebihan pada perubahan tubuh

(4) Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh

(5) Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu

(6) Hubungan sosial berubah

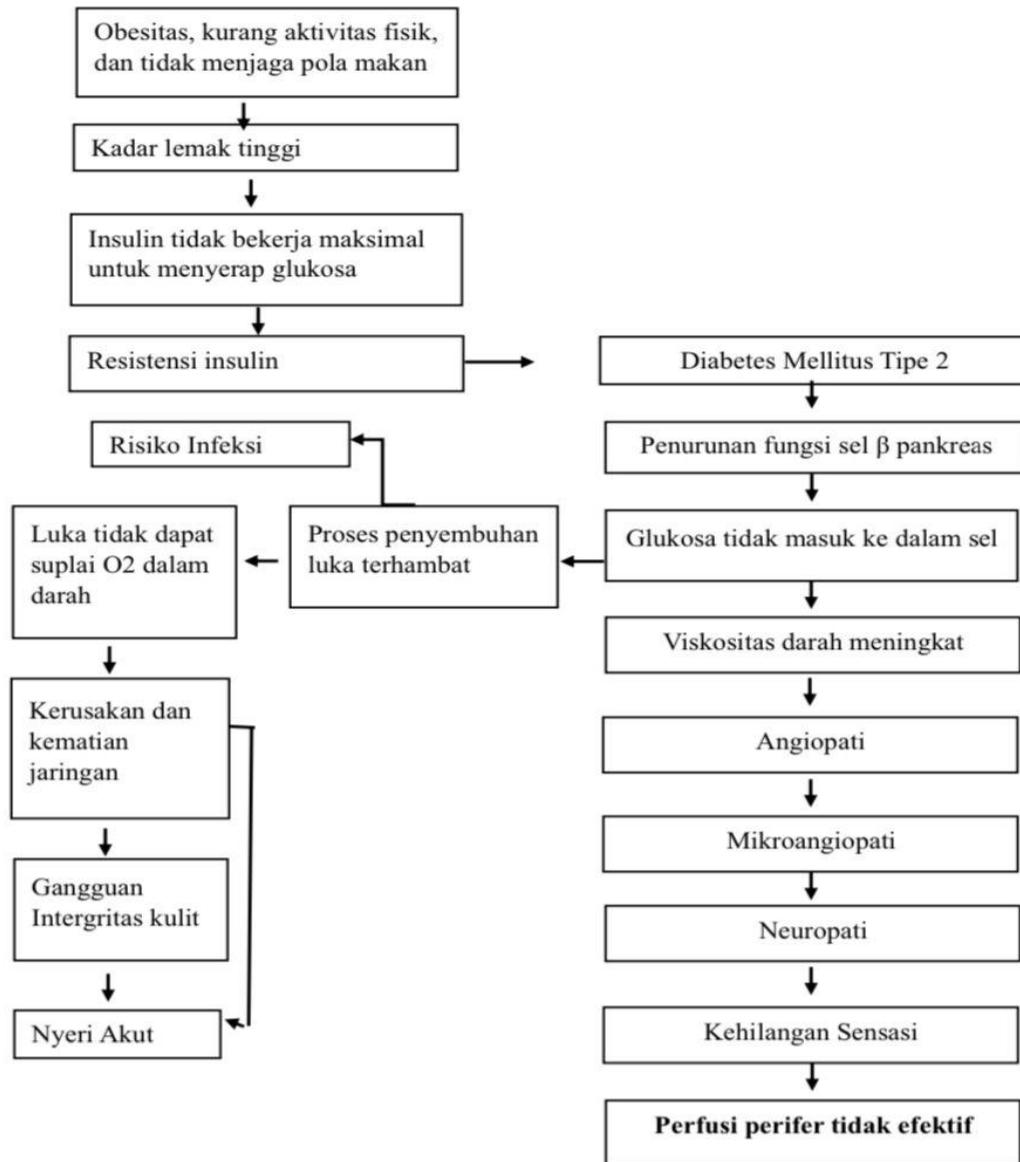
d. Kondisi klinis terkait gangguan citra tubuh

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) kondisi klinis terkait gangguan citra tubuh, yaitu:

- 1) Mastektomi
- 2) Amputasi
- 3) Jerawat
- 4) Parut atau luka bakar yang terlihat
- 5) Obesitas
- 6) Hiperpigmentasi pada kehamilan

B. Problem Tree

Problem tree gangguan citra tubuh *pasca mastektomi* akibat kanker payudara, seperti gambar berikut:



Gambar 1 *Problem Tree* Perfusi Perifer Tidak Efektif Akibat Diabetes Mellitus

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017)

C. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon pasien saat ini dan waktu sebelumnya (Hadinata & Abdillah, 2022). Berikut pengkajian keperawatan menurut (Mustika dkk., 2023), yaitu:

- a. Data biografi yang meliputi nama pasien, jenis kelamin, golongan darah, tempat & tanggal lahir, pendidikan terakhir, agama, status perkawinan, tinggi badan/berat badan, penampilan, alamat, diagnose medis, nama penanggung jawab, hubungan dengan pasien, alamat & telepon
- b. Riwayat keluarga yang meliputi genogram
- c. Riwayat pekerjaan
- d. Riwayat lingkungan hidup
- e. Riwayat rekreasi
- f. Sistem pendukung
- g. Status kesehatan utama selama lima tahun terakhir, keluhan utama, serta obat-obatan
- h. Aktivitas hidup sehari-hari yang meliputi indeks katz, berat badan, tinggi badan, IMT, dan tanda-tanda vital
- i. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- j. Tinjauan sistem yang meliputi keadaan umum, tingkat kesadaran, GCS, tanda-tanda vital, dan pemeriksaan fisik (*head to toe*)

- k. Hasil pengkajian kognitif dan mental yang meliputi *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ), *Mini-Mental State Exam* (MMSE), dan Inventaris Depresi GDS (*Geriatric Depression Scale*)
- l. Data penunjang yang berisi data-data tambahan seperti hasil laboratorium atau pemeriksaan diagnostik.
- m. Analisis data keperawatan

Adapun analisis data keperawatan pada diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif dijelaskan pada tabel 1:

Tabel 1
Analisis Data Keperawatan

No	Data (<i>Sign/Symptom</i>)	Interpretasi (Etiologi)	Masalah (<i>Problem</i>)
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Data Subjektif :	Hiperglikemia	Perfusi
	1. Pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus	↓ Viskositas darah meningkat	Perifer Tidak Efektif (D.0009)
	2. Pasien mengatakan penyembuhan luka yang lambat.	↓ Angiopati	
	3. Pasien mengatakan sering merasakan kesemutan	↓ Mikroangiopati	
	4. Pasien mengatakan tidak tahu mengenai teknik non	↓ Neuropati	
		↓ Kehilangan sensasi	
		↓	

1	2	3	4
	Data Objektif :	Perfusi Perifer Tidak	
	1. Kulit terlihat pucat	Efektif	
	2. Kadar gula darah 127 mg/dL		
	3. Sistol brakialis 120 mmHg, sistol pedis 70		
	4. Turgor kulit menurun.		

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017); (Tim Pokja SLKI DPP PPNI Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2022)

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017). Pada kasus ini, menggunakan diagnosis aktual dengan metode penulisan tiga bagian atau *Three Part*, yaitu Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) *b.d* kurang terpapar informasi faktor pemberat/kurang aktivitas fisik *d.d* pengisian kapiler >3 detik, Nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, parastesia, edema, penyembuhan luka lambat, *ankle-brachial indeks* <0.90, *Bruit femoral*.

3. Intervensi keperawatan

Standar asuhan keperawatan mempunyai tiga komponen utama, yaitu intervensi keperawatan, diagnosis keperawatan, maupun luaran. Luaran keperawatan yakni aspek yang bisa diukur ataupun diamati meliputi perilaku, pandangan, kondisi klien, komunitas ataupun keluarga merupakan respon pada intervensi keperawatan.

Luaran keperawatan membuktikan status diagnosis keperawatan sudah dilaksanakan intervensi keperawatan (SLKI PPNI, 2022).

Luaran keperawatan mencakup komponen ekspektasi, label, maupun kriteria hasil. Komponen label merupakan nama dari luaran keperawatan yang mencakup kata kunci guna mendapatkan informasi berkaitan dengan luaran keperawatan. Komponen ekspektasi yakni pengevaluasian pada hasil yang diharap terwujud. Komponen kriteria hasil merupakan karakteristik klien yang diamati perawat dan menjadi dasar dalam mengevaluasi hasil intervensi keperawatan (SLKI PPNI, 2022).

Intervensi keperawatan merupakan semua tindakan yang dilakukan perawat yang dilandaskan kepada penilaian juga pengetahuan klinis guna mewujudkan luaran yang dikehendaki. Komponen intervensi keperawatan mencakup tindakan, label dan definisi. Komponen label merupakan nama dari intervensi keperawatan sebagai kata kunci guna mendapatkan informasi berkaitan dengan intervensi keperawatan. Komponen definisi menerangkan terkait makna dari label intervensi keperawatan. Komponen tindakan yakni serangkaian kegiatan ataupun perilaku yang dilaksanakan perawat dalam mengimplementasikan intervensi keperawatan mencakup terapeutik, observasi, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Adapun intervensi keperawatan pada gangguan citra tubuh dijelaskan pada tabel 2:

Tabel 2
Intervensi Keperawatan pada Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)

Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
(1)	(2)	(3)
Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	Perfusi Perifer (L.02011)	Perawatan Sirkulasi (L.02079)
berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat atau kurang aktivitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x30 menit diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucat menurun 5. Edema perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun	<i>Observasi</i> 1. Periksa sirkulasi (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 2. Identifikasi factor risiko gangguan 3. Anjurkan obat penurun menggunakan tekanan darah, antokoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 4. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 5. Anjurkan Menghindari penggunaan obat penyekat beta 6. Menghindari penggunaan obat penyekat beta 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki)

1	2	3
	7. Nyeri ekstremitas menurun	Sirkulasi (mis, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar Koletrol tinggi)
	8. Parastesia menurun	8. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas
	9. Kelemahan otot menurun	
	10. Kram otot menurun	Terapeutik :
	11. Bruit femoralis menurun	1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
	12. Nekrosis menurun	2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
	13. Pengisian kapiler akral membaik	3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
	14. Turgor kulit membaik	4. Lakukan pencegahan infeksi
		5. Lakukan perawatan kaki dan kuku
		6. Lakukan hidrasi
		Edukasi :
		1. Anjurkan berhenti merokok
		2. Anjurkan berolahraga rutin
		3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar

1	2	3
	7. tekanan darah diastolik membaik	1. Anjurkan program rehabilitasi vaskular
	8. Tekanan arteri rata-rata membaik	2. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
	9. Indeks ankle brachial membaik	3. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak sembuh, hilangnya rasa)

Edukasi Latihan Fisik (I.12389)

Observasi :

4. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik :

5. Sediakan materi dan kemampuan menerima informasi
6. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
7. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
8. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

1. Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga

1	2	3
		2. Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan 3. Jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program latihan yang diinginkan 4. Ajarkan latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat 5. Ajarkan teknik menghindari cedera saat berolahraga 6. Ajarkan teknik pernapasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik.

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017); (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2022); (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018b)

Sejalan dengan hasil penelitian dari Muhaimin et al., (2024) menunjukkan bahwa setelah melalui pemberian Promosi Citra Tubuh, pasien akan lebih dapat menerima penyakitnya dan menyadari bahwa masih ada sisi positif dalam dirinya yang harus dijaga agar tetap dapat hidup berkeluarga dengan baik, memperbaiki pola hidupnya, melakukan tindakan-tindakan positif untuk mengurangi kecemasan, relaksasi, dan dimasukkan ke dalam jadwal harian yang tercatat agar pasien dapat selalu memotivasi dirinya untuk menjadi lebih sehat. Begitu pula dengan hasil penelitian dari Ningsih, (2023) menunjukkan bahwa setelah dilakukan Promosi Koping terjadi peningkatan citra tubuh pada pasien. Namun peningkatan citra tubuh

pada pasien dapat berbeda. Hal tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti mekanisme coping, dukungan sosial dan spiritual.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap-tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan rencana keperawatan yang sudah disusun dalam tahap perencanaan, untuk kesuksesan implementasi keperawatan supaya sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai keahlian kognitif, hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Implementasi/pelaksanaan keperawatan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Hadinata & Abdillah, 2022).

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Hadinata & Abdillah (2022) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi pasien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Perawat menetapkan kembali informasi baru yang diberikan kepada klien untuk mengganti atau menghapus diagnosis keperawatan, tujuan, atau intervensi keperawatan. Evaluasi juga membantu perawat dalam menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai berdasarkan keputusan

bersama antara perawat dan klien. Evaluasi berfokus pada individu klien dan kelompok dari klien itu sendiri. Adapun evaluasi dari respon pasien yaitu meliputi:

a. S (subjektif)

Data berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O (objektif)

Data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada klien dan dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A (analisis)

Suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang akan terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

d. P (*planning*)

Perencanaan keperawatan yang akan perawat lanjutkan, hentikan, modifikasi, atau perawat tambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

6. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah dokumen penting sebagai bukti pelaksanaan tindakan keperawatan yang berisi data lengkap, nyata, dan tercatat tentang kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan klien yang mencakup bio-psiko-spiritual secara komprehensif yang diarahkan untuk pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan dan tersusun secara teratur dan sistematis yang dimasukkan kedalam format tertentu dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Dengan pencatatan dan pelaporan

yang efektif dan efisien dapat meningkatkan mutu pelayanan (Rosmalia and Hariyadi, 2019).