

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Diabetes Mellitus

1. Pengertian diabetes mellitus

Diabetes mellitus atau sering juga disebut kencing manis merupakan gangguan metabolisme yang ditunjukkan kadar glukosa yang tinggi dalam jangka waktu yang lama karena ketidakmampuan sel beta pankreas tidak menghasilkan hormone insulin, atau tubuh kita tidak mampu memanfaatkan insulin yang dihasilkan, sehingga terjadi gangguan metabolisme (Chlorantya dan Sulistyanungrum 2024).

Diabetes Mellitus tipe 2 merupakan kerusakan sentral dari resistensi insulin pada otot dan liver serta adanya kegagalan sel beta pankreas. Selain dari hal tersebut organ lain yang berperan terjadinya DM tipe 2 adalah seperti jaringan lemak, (meningkatnya liposis), gastrointestinal (defisiensi incretin), sel alpha pankreas (hiperglukagonemia), dan otak (resistensi insulin) (Lenggogeni 2023).

Jadi dapat disimpulkan bahwa Diabetes Mellitus adalah gangguan metabolisme kronis yang kompleks, ditandai dengan kadar glukosa darah tinggi akibat resistensi insulin dan kegagalan sel beta pankreas, serta dipengaruhi oleh berbagai organ lain seperti jaringan lemak, saluran pencernaan, sel alpha pankreas, dan otak, yang menyebabkan gangguan pengaturan gula darah.

2. Etiologi diabetes mellitus tipe 2

Manurung (2018) menulis bahwa diabetes mellitus terjadi karena adanya kelainan sekresi insulin yang progresif dan adanya resistensi insulin. Pada

pasien-pasien dengan Diabetes Mellitus tak tergantung insulin (NIDDM), penyakitnya mempunyai pola familial yang kuat. NIDDM ditandai dengan adanya kelainan dalam sekresi insulin maupun dalam kerja insulin. Pada awalnya kelihatan terdapat resistensi dari sel-sel sasaran terhadap kerja insulin. Insulin ini mula-mula mengikat dirinya kepada resptor-resptor permukaan sel tertentu, kemudian terjadi reaksi intraseluler yang meningkatkan transport glukosa menembus membran sel. Pada pasien dengan NIDDM terdapat kelainan dalam peningkatan insulin dengan reseptor. Ini dapat disebabkan oleh berkurangnya jumlah tempat reseptor yang responsive insulin pada membrane sel. Akibatnya, terjadi penggabungan abnormal antara kompleks reseptor insulin dengan sistem transport glukosa. Kadar glukosa normal dapat dipertahankan dalam waktu yang cukup lama dengan meningkatkan sekresi insulin, tetapi pada akhirnya sekresi insulin menurun, dan jumlah insulin yang beredar tidak lagi memadai untuk mempertahankan euglikemia.

3. Patofisiologi diabetes mellitus tipe 2

Diabetes mellitus tipe 2 merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh satu atau lebih faktor berikut: kerusakan sekresi insulin, produksi glukosa yang tidak tepat di dalam hati, atau penurunan sensitivitas reseptor insulin perifer. Faktor genetic merupakan hal yang signifikan, dan awita diabetes dipercepat oleh obesitas beserta gaya hidup sedentari (sering duduk). Sekali lagi, stress tambahan dapat menjadi faktor penting (Hartono, 2017).

Patofisiologi diabetes melitus tipe 2 (DM tipe 2) berawal dari resistensi insulin, yaitu kondisi di mana sel-sel tubuh, terutama di otot, hati, dan jaringan

adiposa, tidak dapat merespons insulin secara efektif. Akibatnya, glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel secara optimal, menyebabkan peningkatan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia). Sebagai respons terhadap resistensi insulin, sel β pankreas berusaha meningkatkan sekresi insulin untuk mengimbangi kebutuhan tubuh. Namun, seiring waktu, sel β mengalami disfungsi progresif, sehingga produksi insulin menurun. Selain itu, terdapat gangguan pada sistem hormon inkretin, seperti glukagon-like peptide-1 (GLP-1), yang berperan dalam meningkatkan sekresi insulin dan menghambat sekresi glukagon. Disfungsi ini menyebabkan gangguan regulasi glukosa yang semakin parah. Kombinasi resistensi insulin, disfungsi sel β , dan gangguan sistem inkretin inilah yang menjadi dasar utama patofisiologi DM tipe 2 (Hall and Hall, 2020).

4. Tanda dan gejala diabetes mellitus tipe 2

Menurut Marsiadi (2016), adapun tanda dan gejala umum yang akan terjadi pada seseorang yang terserang penyakit diabetes mellitus, yaitu:

- a. Rasa haus berlebihan.
- b. Sering buang air kecil dengan volume yang banyak.
- c. Merasakan lapar yang luar biasa.
- d. Selalu merasa lelah dan kekurangan energi.
- e. Mengalami infeksi kulit.
- f. Berat badan menurun.
- g. Penglihatan menjadi kabur.
- h. Peningkatan abnormal kadar gula dalam darah.
- i. Urine atau air kencing mengandung glukosa.

j. Pusing dan mual.

k. Ketahanan tubuh berkurang saat beraktivitas.

5. Pencegahan diabetes mellitus tipe 2

Kunci utama pencegahan diabetes mellitus terletak pada tiga titik yang saling berkaitan yaitu, pengendalian berat badan, aktivitas fisik, olahraga dan makan sehat. Bentuk pengendalian dilakukan dengan menurunkan berat badan sekitar 5 – 7 % dari total berat badan disertai dengan 30 menit kegiatan fisik atau olahraga lima hari perminggu, sambil makan secukupnya yang sehat (Masriadi, 2016).

Setiap orang mulai berusia 45 tahun, terutama yang berat badan lebih, seharusnya melakukan uji diabetes untuk mengidentifikasi diri terhadap risiko diabetes. Marsiadi (2016) mengungkapkan bahwa pencegahan diabetes sepenuhnya meliputi:

a. Pencegahan premordial

Ditujukan kepada masyarakat yang sehat, untuk berperilaku positif mendukung kesehatan umum dan upaya menghindarkan diri dari risiko DM. Misalnya, berperilaku hidup sehat, tidak merokok, makan makanan yang bergizi dan seimbang, ataupun diet, membatasi diri terhadap makanan tertentu atau kegiatan jasmani yang memadai.

b. Promosi kesehatan

Ditujukan pada kelompok berisiko, untuk mengurangi atau menghilangkan risiko yang ada. Dapat dilakukan penyuluhan dan penambahan ilmu terhadap masyarakat.

c. Pencegahan khusus

Ditujukan kepada mereka yang mempunyai risiko tinggi untuk melakukan pemeriksaan atau upaya sehingga tidak jatuh ke Diabetes Melitus. Upaya ini dapat berbentuk konsultasi gizi/dietetik.

d. Diagnosis awal

Dilakukan dengan penyaringan (*screening*), yakni pemeriksaan kadar gula darah dalam kelompok risiko. Diabetes Melitus mudah didiagnosa, dengan bantuan pemeriksaan sederhana, terlebih dengan teknologi canggih. Hanya saja keinginan masyarakat untuk memeriksakan diri dan aksesibilitas yang rendah (pelayanan yang tersedia masih kurang dan belum mudah didapatkan oleh masyarakat).

e. Pengobatan yang tepat

Dikenal berbagai macam upaya dan pendekatan pengobatan terhadap penderita untuk tidak jatuh ke diabetes mellitus yang lebih berat atau komplikasi.

f. *Disability limitation*

Pembatasan kecacatan yang ditunjukkan kepada upaya maksimal mengatasi dampak komplikasi Diabetes Melitus sehingga tidak menjadi lebih berat.

g. Rehabilitasi

Rehabilitasi sosial maupun medis bertujuan untuk memperbaiki keadaan yang terjadi akibat komplikasi atau kecacatan yang terjadi karena DM. Upaya rehabilitasi fisik berkaitan dengan akibat lanjut DM yang telah menyebabkan adanya amputasi

B. Konsep Keputusasaan

1. Pengertian keputusasaan

Menurut Nanda (2017), keputusasaan adalah keadaan subjektif di mana individu melihat keterbatasan atau tidak adanya alternatif atau pilihan pribadi dan tidak mampu memobilisasi energi atas namanya sendiri.

Sedangkan menurut PPNI (2017) mendefinisikan bahwa keputusasaan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kondisi individu yang memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif pemecahan pada masalah yang dihadapi.

Jadi dapat disimpulkan bahwa keputusasaan merupakan kondisi subjektif individu yang ditandai dengan perasaan terbatasnya alternatif pemecahan masalah dan ketidakmampuan untuk memobilisasi energi dalam menghadapi situasi tersebut.

2. Penyebab keputusasaan

Menurut PPNI (2017), adapun penyebab pada masalah keperawatan keputusasaan yaitu:

- a. Stress jangka panjang
- b. Penurunan kondisi fisiologis
- c. Kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual
- d. Kehilangan kepercayaan pada nilai – nilai penting
- e. Pembatasan aktivitas jangka panjang
- f. Pengasingan

1	2
	4. Mengangkat bahu sebagai respon pada lawan bicara

(Sumber : PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia 2017)

5. Penatalaksanaan keputusan

Menurut PPNI (2017), terdapat tiga intervensi utama untuk mengatasi keputusan yaitu :

- a. Dukungan emosional adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat dalam memfasilitasi penerimaan kondisi emosional selama masa stres.
- b. Promosi harapan adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan kepercayaan pada kemampuan untuk memulai dan mempertahankan.
- c. Promosi koping adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stresor dan/atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada.

C. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Keputusan Akibat Diabetes Mellitus Tipe 2

1. Pengkajian keperawatan

Berikut beberapa data yang harus dikaji:

- a. Pengumpulan data
 - 1) Identitas pasien dan penanggung jawab

Perawat yang merawat pasien harus melakukan pengenalan dan melakukan kontrak dengan pasien dengan menanyakan beberapa pertanyaan diantaranya nama pasien, usia, jenis kelamin, tanggal dan jam pengkajian, serta rekam

medis. Identitas penanggung jawab data yang dikumpulkan meliputi nama, jenis kelamin, pekerjaan, dan hubungan dengan pasien.

2) Keluhan utama

Untuk keluhan utama bisa menanyakan pada keluarga mengenai alasan dibawa ke rumah sakit, apa yang sudah dilakukan keluarga terhadap pasien sebelum pasien dibawa ke rumah sakit. Pada kasus keputusan biasanya pasien atau keluarga pasien mengeluh pasien sudah tidak memiliki harapan atau mengungkapkan keputusasaannya

3) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan yang bisa dikaji diantaranya riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga.

4) Faktor predisposisi

Pengkajian faktor predisposisi yang dilakukan untuk keputusan akibat diabetes mellitus tipe 2 ini meliputi durasi penyakit yang lama, komplikasi yang semakin parah seperti neuropati diabetik atau nefropati, keterbatasan fisik yang menghambat aktivitas sehari-hari, serta ketergantungan pada pengobatan seumur hidup. Selain itu, kurangnya dukungan sosial, kondisi ekonomi yang sulit akibat biaya pengobatan yang tinggi, dan stres psikologis karena perubahan gaya hidup yang ketat juga dapat memperburuk kondisi emosional pasien. Ketidakpastian terhadap masa depan dan rasa kehilangan kontrol atas kesehatan mereka sering kali menyebabkan perasaan putus asa yang mendalam.

5) Pemeriksaan fisik

Pasien dengan keputusasaan pada umumnya yang dikaji meliputi tanda – tanda vital, tinggi badan, serta keluhan fisik yang dirasakan.

6) Pengkajian psikososial

a) Genogram

Pada genogram hal yang bisa dibuat mengenai minimal 3 generasi dan dapat menggambarkan hubungan pasien dan keluarga.

b) Konsep diri

(1) Gambaran diri, hal yang bisa ditanyakan kepada pasien mengenai persepsi terhadap tubuhnya seperti bagian tubuh yang disukai dan kurang disukai

(2) Identitas diri, hal yang bisa ditanyakan mengenai status dan posisi pasien sebelum dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, serta mengenai kepuasan pasien sebagai laki – laki atau perempuan.

(3) Peran, hal yang bisa ditanyakan bisa mengenai tugas atau peran yang diemban dalam keluarga atau kelompok atau masyarakat, dan kemampuan pasien dalam melaksanakan tugas atau peran.

(4) Ideal diri, hal yang bisa ditanyakan mengenai harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas atau peran, harapan pasien terhadap lingkungan, dan harapan pasien terhadap penyakitnya.

(5) Harga diri, hal yang bisa ditanyakan mengenai hubungan dengan orang lain, dan penilaian orang lain terhadap pasien dan kehidupannya.

c) Hubungan sosial

Hal yang bisa ditanyakan pada pasien mengenai orang terdekat dari pasien, tempat mengadu, tempat bicara, tempat meminta bantuan atau dukungan.

d) Spiritual

Hal yang bisa ditanyakan mengenai pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut, menanyakan mengenai kegiatan ibadah di rumah, dan menanyakan pendapatan pasien tentang kegiatan ibadah.

7) Status mental

Pengkajian status mental pasien bisa dilihat dengan

- a) Bagaimana penampilan pasien
- b) Apakah pembicaraan pasien lambat, gagap, atau cepat
- c) Bagaimana aktivitas motorik pasien, apakah mondar – mandir, gelisah
- d) Bagaimana afek pasien, apakah emosinya labil
- e) Bagaimana persepsi pasien, apakah pasien mendengar, melihat, meraba, mengecap sesuatu yang tidak nyata
- f) Bagaimana proses pikir pasien, apakah mau menjawab pertanyaan atau hanya diam saat diberikan pertanyaan
- g) Bagaimana tingkat kesadaran pasien, apakah stupor atau pasien terlihat kacau
- h) Bagaimana memori pasien, apakah pasien memiliki memori jangka panjang atau jangka pendek

- i) Bagaimana tingkat konsentrasi dan berhitung, apakah fokus pasien mudah teralihkan, apakah pasien mau berhitung, apakah pasien tidak mau berhitung.
- j) Bagaimana kemampuan penilaian pasien, apakah pasien mampu mengambil keputusan, dan apakah pasien tidak mampu mengambil keputusan dan meminta bantuan orang lain
- k) Bagaimana daya titik diri, apakah pasien tau apakah dirinya sedang sakit
- 8) Mekanisme Koping

Data didapat melalui wawancara apakah mekanisme koping pasien menunjukkan respon yang adaptif maupun maladaptif.

- 9) Masalah psikososial dan lingkungan

Perlu dikaji apakah pasien dengan harga diri rendah kronis mendapatkan dukungan dari kelompok atau orang dan lingkungan sekitarnya, dan mengalami masalah dalam pekerjaan atau perekonomian.

- b. Daftar masalah keperawatan

Daftar masalah keperawatan adalah kumpulan masalah kesehatan yang dapat diidentifikasi oleh perawat berdasarkan respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap kondisi kesehatan atau penyakit. Masalah keperawatan ini digunakan sebagai dasar dalam penyusunan diagnosis keperawatan dan intervensi yang sesuai untuk meningkatkan status kesehatan pasien (Nursalam, 2021).

Menurut Nursalam (2021), masalah keperawatan dikelompokkan berdasarkan kebutuhan dasar manusia dan pola respons pasien terhadap

kondisi kesehatannya. Masalah-masalah ini mencakup aspek fisiologis, psikologis, sosial, dan lingkungan yang mempengaruhi kesejahteraan pasien.

Pada daftar masalah keperawatan mencantumkan masalah keperawatan yang dialami oleh pasien sesuai dengan prioritas masalahnya. Adapun daftar masalah keperawatan yang mungkin muncul pada kasus ini diantaranya:

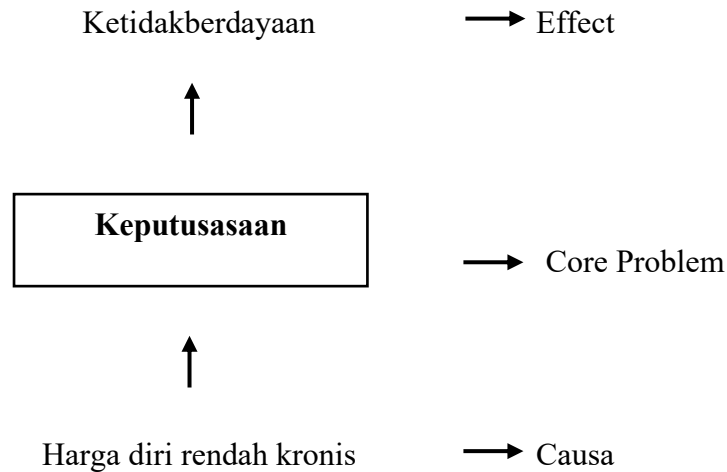
- 1)Keputusasaan
- 2)Harga diri kronis
- 3)Ketidakberdayaan

c. Pohon Masalah

Analisis masalah yang ditegakkan dalam kasus diabetes mellitus tipe 2 ini satu masalah utama yang muncul adalah keputusasaan, yang dapat terjadi akibat harga diri rendah yang berkembang dari berbagai faktor.

Secara biologis, komplikasi DM seperti neuropati, amputasi, dan gangguan penglihatan dapat menyebabkan pasien kehilangan kepercayaan diri dan merasa tidak memiliki kendali atas kesehatannya. Secara psikologis, pengalaman gagal dalam mengontrol gula darah, stigma sosial, serta kurangnya dukungan keluarga semakin memperburuk harga diri pasien. Faktor sosial seperti keterbatasan akses layanan kesehatan dan kesulitan ekonomi dalam mendapatkan perawatan juga memperburuk kondisi ini.

Jika keputusasaan tidak ditangani, pasien dapat mengalami ketidakberdayaan, yang ditandai dengan hilangnya motivasi untuk merawat diri, meningkatnya kecemasan dan depresi, serta ketergantungan yang lebih besar pada orang lain dalam aktivitas sehari-hari. Oleh sebab itu dapat dijabarkan dalam pohon masalah berikut.



Gambar 2. Pohon Masalah Keputusasaan
(Sumber : Sutejo, *Keperawatan Jiwa*, 2018)

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis tentang respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2017). Menurut PPNI (2017), perumusan diagnosis keperawatan dilakukan dengan format yang sistematis agar sesuai dengan kondisi pasien dan memudahkan intervensi keperawatan. Diagnosis keperawatan dalam SDKI dirumuskan berdasarkan pola PES (*Problem, Etiology, Symptoms*) atau PE (*Problem, Etiology*) tergantung jenis diagnosisnya. Menurut PPNI (2017), adapun format perumusan diagnosis, yaitu:

a. Diagnosis Aktual (Diagnosis yang sudah terjadi)

Format: (Masalah Keperawatan atau *Problem*) berhubungan dengan (*Etiologi*) dibuktikan oleh (Gejala dan Tanda)

b. Diagnosis Risiko (Diagnosis yang belum terjadi tetapi berisiko terjadi)

Format: (Masalah Keperawatan atau *Problem*) berhubungan dengan (Faktor Risiko)

- c. Diagnosis Promosi Kesehatan (Diagnosis yang menunjukkan kesiapan pasien untuk peningkatan kesehatan)

Format: (Kesiapan Peningkatan) (Masalah Keperawatan) dibuktikan oleh (Indikator Kesiapan)

Dari penjelasan diatas, untuk penulisan diagnosis yang muncul pada kasus ini yaitu keputusan berhubungan dengan harga diri rendah kronis dibuktikan dengan mengungkapkan keputusan, dan berperilaku pasif.

3. Intervensi keperawatan

Menurut PPNI (2018), perencanaan atau intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan bertujuan untuk mengatasi penyebab atau tanda dan gejala dari diagnosis keperawatan.

Dalam membuat perencanaan terdapat dua formula utama yaitu rumusan luaran menggunakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia, dan yang kedua adalah Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Menurut PPNI (2022) bahwa luaran keperawatan dibagi menjadi tiga komponen yaitu label, harapan, dan kriteria hasil. Adapun rencana keperawatan untuk diagnosis keperawatan keputusan diuraikan dalam tabel berikut.

Tabel 3
Perencanaan Keperawatan pada Pasien Keputusan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3
Keputusan berhubungan dengan harga diri rendah kronis dibuktikan dengan mengungkapkan keputusan, berperilaku pasif.	Setelah dilakukan intervensi selama delapan kali pertemuan, maka harapan meningkat dengan kriteria hasil: a. Keterlibatan dalam aktivitas meningkat b. Selera makan meningkat c. Inisiatif meningkat d. Minat komunikasi verbal meningkat e. Verbalisasi keputusan menurun f. Perilaku pasif menurun g. Afek datar menurun	Dukungan Emosional Observasi : a. Identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien b. Identifikasi hal yang telah memicu emosi Terapeutik : a. Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, tetap Bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu b. Kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah Edukasi a. Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi b. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis: ansietas, marah, sedih) c. Anjurkan

1	2	3
		mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan d. Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat Kolaborasi: a. Rujuk untuk konseling, jika perlu Promosi Harapan (I.09307) Observasi: a. Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup Terapeutik: a. Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting b. Pandu mengingat Kembali kenangan yang menyenangkan c. Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan

1	2	3
		d. Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks e. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok f. Ciptakan lingkungan yang memudahkan Edukasi: a. Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistis b. Anjurkan mempertahankan hubungan (mis: menyebutkan nama orang yang dicintai) c. Anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain d. Latih menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan e. Latih cara mengenang

1	2	3
		menyebutkan nama orang yang dicintai) mengevaluasi perilaku sendiri untuk memenuhi tujuan a. Identifikasi pemahaman proses penyakit b. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan c. Identifikasi metode penyelesaian masalah d. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial Terapeutik: a. Diskusikan perubahan peran yang dialami b. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan c. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri Diskusi untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri d. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan

1	2	3
		dibutuhkan
		e. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
		f. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
		g. Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
		h. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial
		i. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
		j. Damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)
		k. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
		l. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan

1	2	3
		yang tepat
	m. Kurangi	rangsangan
	lingkungan	yang
	mengancam	
Edukasi:		
	a. Anjurkan	penggunaan
	sumber spiritual, jika	
	perlu	
	b. Anjurkan	
	mengungkapkan	
	perasaan dan persepsi	
	c. Anjurkan	keluarga
	terlibat	
	d. Anjurkan	membuat
	tujuan yang lebih	
	spesifik	
	e. Ajarkan	cara
	memecahkan masalah	
	secara konstruktif	
	f. Latih	penggunaan
	Teknik relaksasi	
	g. Latih	keterampilan
	sosial, sesuai	
	kebutuhan	
	h. Latih mengembangkan	
	penilaian obyektif	

(Sumber : PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017; PPNI, Standar Luaran Keperawatan 2018; PPNI, Standar Intervensi Keperawatan, 2018)

4. Implementasi keperawatan

Menurut Handinata dan Abdilah (Hadinata and Abdillah, 2022), implementasi merupakan proses pelaksanaan rencana intervensi dengan tujuan mencapai hasil yang spesifik. Tahapan implementasi dimulai setelah penyusunan rencana intervensi yang berfokus pada nursing order untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam konteks keperawatan, implementasi adalah pengelolaan dan pelaksanaan rencana keperawatan yang telah disusun selama tahap perencanaan (Hadinata and Abdillah, 2022).

Handinata dan Abdilah (2022) juga menjelaskan bahwa implementasi keperawatan juga mencakup realisasi dari tindakan yang ditujukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Selain itu, kegiatan dalam tahapan ini melibatkan pengumpulan data yang berkelanjutan, pengamatan terhadap respon pasien selama dan selama dan setelah tindakan dilakukan serta penilaian terhadap data yang diperoleh. Dalam melakukan implementasi keperawatan dapat disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 4
Implementasi Keperawatan

No	Diagnosis	Waktu	Implementasi	Respon	Paraf

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah proses membandingkan kondisi pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Evaluasi melibatkan penilaian, tahapan, dan perbaikan. Proses evaluasi berpusat pada kemampuan perawat dalam memahami standar asuhan keperawatan serta respon pasien yang normal terhadap intervensi keperawatan yang menjadi fokus utama dalam evaluasi (Hadinata and Abdillah, 2022).

Menurut Prastiwi dkk (2023), komponen dalam evaluasi keperawatan terdiri dari *Subjektive*, *Objektive*, *Assessment*, *Planning* (SOAP). Berikut penjelasan masing – masing komponen

- a. *Subjektive* (S), memuat data – data yang disampaikan oleh pasien atau dilaporkan terkait dengan hasil yang diharapkan dari permasalahan pasien.
- b. *Objektive* (O), memuat data – data yang dapat diobservasi dari kondisi klinis pasien.
- c. *Assessment* (A), merupakan keputusan akan kondisi klinis atau respon pasien.
- d. *Planning* (P), berkaitan dengan rencana selanjutnya sesuai dengan assessment dan apakah perlu adanya modifikasi pada perencanaan asuhan jika kriteria hasil belum terpenuhi.

Evaluasi yang diharapkan untuk pasien dengan keputusasaan sesuai dengan tujuan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Menurut PPNI (2022), indikator evaluasi yang diharapkan yaitu:

- a. Keterlibatan dalam aktivitas perawatan meningkat
- b. Selera makan meningkat

- c. Inisiatif meningkat
- d. Minat komunikasi verbal meningkat
- e. Verbalisasi keputusan menurun
- f. Perilaku pasif menurun
- g. Afek datar menurun
- h. Mengangkat bahu saat berbicara menurun
- i. Pola tidur membaik

Dalam melakukan evaluasi keperawatan dapat disajikan dalam tabel berikut

Tabel 5
Evaluasi Keperawatan

No	Waktu	Diagnosis	Catatan Perkembangan	Paraf
<i>Subjektif :</i>				
<i>Objektif :</i>				
<i>Assesment :</i>				
<i>Planing :</i>				