

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Gagal Ginjal Kronis

1. Pengertian Gagal Ginjal Kronis

Penyakit ginjal kronis (CKD) merupakan penyakit yang kompleks dan memiliki banyak sisi, yang menyebabkan disfungsi ginjal dan perkembangan menjadi penyakit ginjal stadium akhir serta penyakit kardiovaskular. Komplikasi yang terkait dengan penyakit ini berkontribusi terhadap percepatan perkembangan CKD dan risiko morbiditas terkait kardiovaskular. Pada tahap awal CKD (stadium 1–2), faktor-faktor seperti hipertensi, obesitas, dan T2DM dapat memicu gangguan fungsi ginjal. Hal ini menyebabkan kerusakan glomerulus/interstisial dan mengakibatkan gangguan filtrasi glomerulus, yang menyebabkan penurunan eGFR dan peningkatan albuminuria. Pada stadium lanjut penyakit, ketika fungsi ginjal terganggu secara signifikan, pasien hanya dapat diobati dengan dialisis atau transplantasi (Evans et al., 2022).

2. Penyebab Gagal Ginjal Kronis

Penyebab kejadian gagal ginjal kronis pada pasien hemodialisis baru menurut data yang dikumpulkan oleh Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) pada tahun 2011 hasilnya yaitu penyakit hipertensi berada pada urutan pertama sebesar 34%, urutan kedua yaitu diabetes melitus sebesar 27% dan selanjutnya ada glomerulonefritis sebesar 14%, nefropati obstruksi sebesar 8%, pielonefritis kronik sebesar 6%, ginjal polikistik sebesar 1%, penyebab yang tidak diketahui sebesar 1% dan penyebab lainnya sebesar 9%. Berbeda pada tahun 2000, penyebab gagal ginjal yang menjalani hemodialisis di Indonesia urutan pertama dan kedua yaitu

glomerulonefritis sebesar 46,4% dan diabetes melitus sebesar 18,7%, selanjutnya ada obstruksi dan infeksi sebesar 12,9%, hipertensi sebesar 8,5% dan penyebab lainnya sebesar 13,7% (Adhiatma et al., 2017).

3. Patofisiologis Gagal Ginjal Kronis

Patofisiologi penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama, pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin *growth factors*. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus (Gliselda, 2021).

Proses adaptasi dalam upaya kompensasi berlangsung singkat, akhirnya diikuti oleh proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa. Proses ini akhirnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron, sebagian diperantarai oleh *growth factor* seperti *transforming growth factor* β (TGF- β) (Gliselda, 2021).

Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap terjadinya progresifitas penyakit ginjal kronik adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia. Terdapat variabilitas interindividual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstitial (Gliselda, 2021).

4. Tanda dan Gejala Gagal Ginjal Kronis

Menurut Henni et al., (2019) Tanda dan gejala dimulainya penyakit ginjal adalah tidak spesifik. Dengan mengetahui gejala awal dari penyakit ginjal, akan

sangat membantu untuk mendapatkan penanganan yang dibutuhkan dan perkembangan penyakit ginjal dapat dihentikan atau paling tidak bisa diperlambat.

Berikut ini 10 tanda dan gejala awal penyakit CKD:

a. Perubahan pada pola buang air kecil.

Gangguan pada ginjal akan berpengaruh pada pola buang air kecil anda seperti :

- 1) Sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil
 - 2) Air seni berbuih dan bergelembung
 - 3) Anda mungkin, lebih sering buang air kecil atau jumlah lebih banyak dari biasanya dan warna air seni lebih jernih
 - 4) Atau Anda mungkin, lebih jarang buang air kecil atau jumlah lebih sedikit dari biasanya dan warna air seni lebih gelap
 - 5) Air seni berdarah
 - 6) Merasakan nyeri saat dan kesulitan pada saat buang air kecil
- b. Pembengkakan pada setiap bagian tubuh
- c. Lebih mudah terasa lelah
- d. Gatal dan ruam pada kulit
- e. Mual dan muntah
- f. Sesak nafas atau nafas tersengal – sengal
- g. Pusing dan sulit berkonsentrasi
- h. Nyeri pada pinggang bagian bawah
- i. Meriang
- j. Bau mulut tidak sedap

5. Penatalaksanaan

Menurut Lubis et al., (2022) penatalaksanaan penyakit ginjal kronik meliputi :

- a. Terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya.
- b. Pencegahan dan terapi terhadap kondisi komorbid (*comorbid condition*)
- c. Memperlambat perburukkan fungsi ginjal.
- d. Pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskular.
- e. Pencegahan dan terapi terhadap komplikasi.
- f. Terapi pengganti ginjal berupa dialysis atau transplantasi ginjal.

B. Konsep Dasar Ansietas

1. Pengertian Ansietas

Ansietas adalah kondisi emosi pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PNNI, 2017). Kecemasan merupakan kondisi emosi dengan timbulnya rasa tidak nyaman pada diri seseorang, dan merupakan pengalaman yang samar-samar disertai dengan perasaan yang tidak berdaya serta tidak menentu yang disebabkan oleh suatu hal yang belum jelas (Annisa & Ifdil, 2016).

Menurut Halter (2014) ada empat klasifikasi tingkat ansietas yaitu ansietas ringan, ansietas sedang, ansietas berat, dan panik (Sumiatin et al., 2020).

a. Ansietas Ringan

Penyebab dari ansietas ringan biasanya karena pengalaman kehidupan sehari-hari dan memungkinkan individu menjadi lebih fokus pada realitas. Individu akan mengalami ketidaknyamanan, mudah marah, gelisah, atau adanya kebiasaan untuk mengurangi ketegangan (seperti menggigit kuku, menekan jari-jari kaki atau tangan). Respons fisiologis yang terjadi pada ansietas ringan yaitu nadi dan tekanan darah sedikit meningkat, adanya gangguan pada lambung, muka berkerut, dan bibir

bergetar. Respons kognitif dan afektif yang terjadi yaitu gangguan konsentrasi, tidak dapat duduk tenang, dan suara kadang-kadang meninggi.

b. Ansietas Sedang

Pada ansietas sedang, lapang pandang individu menyempit. Selain itu individu mengalami penurunan pendengaran, penglihatan, kurang menangkap informasi dan menunjukkan kurangnya perhatian pada lingkungan. Terhambatnya kemampuan untuk berpikir jernih, tapi masih ada kemampuan untuk belajar dan memecahkan masalah meskipun tidak optimal. Respons fisiologis yang dialami yaitu jantung berdebar, meningkatnya nadi dan *respiratory rate*, keringat dingin, dan gejala somatik ringan (seperti gangguan lambung, sakit kepala, sering berkemih). Terdengar suara sedikit bergetar. Ansietas ringan atau ansietas sedang dapat menjadi sesuatu yang membangun karena kecemasan yang terjadi merupakan sinyal bahwa individu tersebut membutuhkan perhatian atau kehidupan individu tersebut dalam keadaan bahaya.

c. Ansietas Berat

Semakin tinggi level ansietas, maka lapang pandang seseorang akan semakin menurun atau menyempit. Seseorang yang mengalami ansietas berat hanya mampu fokus pada satu hal dan mengalami kesulitan untuk memahami apa yang terjadi. Pada level ini individu tidak memungkinkan untuk belajar dan memecahkan masalah, bahkan bisa jadi individu tersebut linglung dan bingung. Gejala somatik meningkat, gemetar, mengalami hiperventilasi, dan mengalami ketakutan yang besar.

d. Panik

Individu yang mengalami panik sulit untuk memahami kejadian di lingkungan sekitar dan kehilangan rangsangan pada kenyataan. Kebiasaan yang muncul yaitu mondar mandir, mengamuk, teriak, atau adanya penarikan dari lingkungan sekitar. Adanya halusinasi dan persepsi sensorik yang palsu (melihat seseorang atau objek yang tidak nyata). Tidak terkoordinasinya fisiologis dan adanya gerakan impulsif. Pada tahap panik ini individu dapat mengalami kelelahan.

2. Penyebab Ansietas

Faktor-faktor yang menimbulkan kecemasan, seperti pengetahuan yang dimiliki seseorang mengenai situasi yang sedang dirasakannya, apakah situasi tersebut mengancam atau tidak memberikan ancaman, serta adanya pengetahuan mengenai kemampuan diri untuk mengendalikan dirinya (seperti keadaan emosi serta fokus ke permasalahannya) (Annisa & Ifdil, 2016).

Menurut Stuart (2013) pada jurnal (Sumiatin et al., 2020) terdapat tiga faktor penyebab terjadinya ansietas, yaitu :

- a. Faktor biologis atau fisiologis, berupa ancaman yang mengancam akan kebutuhan sehari-hari seperti kekurangan makanan, minuman, perlindungan dan keamanan. Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme terjadinya ansietas. Selain itu riwayat keluarga mengalami ansietas memiliki efek sebagai faktor predisposisi ansietas.
- b. Faktor psikososial, yaitu ancaman terhadap konsep diri, kehilangan benda atau orang berharga, dan perubahan status sosial atau ekonomi.

- c. Faktor perkembangan, ancaman yang menghadapi sesuai usia perkembangan, yaitu masa bayi, masa remaja dan masa dewasa.

Menurut PNNI (2017), penyebab ansietas yaitu :

- 1) Krisis stiusional
- 2) Kebutuhan tidak terpenuhi
- 3) Ancaman terhadap konsep diri
- 4) Ancaman terhadap kematian
- 5) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- 6) Disfungsi system keluarga
- 7) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- 8) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- 9) Penyalahgunaan zat
- 10) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
- 11) Kurang terpapar informasi

3. Patopsikologis Ansietas

Sistem syaraf pusat menerima suatu persepsi ancaman. Persepsi ini timbul akibat adanya rangsangan dari luar dan dalam yang berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Kemudian rangsangan dipersepsi oleh panca indra, diteruskan dan direspon oleh sistem syaraf pusat melibatkan jalur *cortex cerebri – limbic system – reticular activating system – hypothalamus* yang memberikan impuls kepada kelenjar hipofise untuk mensekresi mediator hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal yang kemudian memicu syaraf otonom melalui mediator hormonal yang lain (Sumiatin et al., 2020).

4. Tanda dan Gejala Ansietas

Menurut PNNI (2017) tanda dan gejala ansietas dibagi menjadi dua yaitu tanda mayor dan minor :

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- a. Merasa bingung
- b. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- c. Sulit berkonsentrasi

Objektif

- a. Tampak gelisah
- b. Tampak tegang
- c. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- a. Mengeluh pusing
- b. Anoreksia
- c. Palpitasi
- d. Merasa tidak berdaya

Objektif

- a. Frekuensi napas meningkat
- b. Frekuensi nadi meningkat
- c. Tekanan darah meningkat
- d. Diaforesis
- e. Tremor

- f. Muka tampak pucat
- g. Suara bergetar
- h. Kontak mata buruk
- i. Sering berkemih
- j. Berorientasi pada masa lalu

5. Penatalaksanaan Ansietas

Ansietas dapat diatasi dengan cara farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan ansietas non farmakologi dapat dilakukan melalui terapi meliputi relaksasi, distraksi, hipnotis lima jari dan kegiatan spiritual. Tidak hanya itu, metode lain yang dapat dilakukan dengan pendekatan nonfarmakologi diantaranya relaksasi, *massage*, aroma terapi, hipnotis, akupuntur dan yoga. Alternatif terapi yang dibutuhkan dalam kehamilan adalah pemijatan dan terapi energi seperti *massage*, *acupressure*, *therapeutic touch*, *healing touch* dan *mind body healing* seperti *imagery*, meditasi/yoga, berdoa, refleksi, *biofeedback* (Wicaksana, 2016).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ansietas Akibat Gagal Ginjal Kronis

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut Muhith (2015) terdapat pengkajian asuhan keperawatan sebagai berikut :

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

Di dalam identitas berisikan nama, usia, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, dan status perkawinan.

2) Alasan Masuk Rumah Sakit

Biasanya klien masuk dengan alasan gelisah, terlalu memikirkan hal secara berlebihan, marah-marah sendiri ataupun terkadang berbicara sendiri.

3) Faktor Predisposisi

a) Faktor Psikoanalitik

Ide mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan super ego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang.

b) Faktor Interpersonal

Ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Orang dengan harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.

c) Faktor Perilaku

Frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

d) Kajian Keluarga

Suatu proses pengumpulan informasi tentang keluarga pasien untuk memahami kondisi kesehatan, kebutuhan, dan dinamika keluarga yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien.

e) Kajian Biologis

Kajian biologis khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan *neuroregulatory* inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA).

4) Faktor Presipitasi

a) Faktor Eksternal

(1) Ancaman terhadap integritas fisik, penurunan kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.

(2) Ancaman terhadap sistem diri.

b) Faktor Internal

(1) Usia, seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan.

(2) Jenis kelamin, gangguan ini lebih sering dialami oleh wanita daripada pria.

(3) Tingkat pengetahuan.

(4) Tipe kepribadian.

(5) Lingkungan dan situasi.

5) Pemeriksaan fisik: memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

6) Pengkajian Psikososial

a) Genogram

Genogram dibuat dari 3 generasi ke atas, yang dapat menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh pasien maupun keluarga pada saat pengkajian.

7) Pengkajian Status mental, meliputi:

a) Penampilan.

b) Pembicaraan.

c) Aktivitas motorik.

d) Afek emosi.

e) Interaksi selama wawancara.

- f) Persepsi-sensori (Jenis halusinasi, waktu, frekuensi, situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, respons terhadap halusinasi).
- g) Proses berfikir (bentuk fikir, isi fikiran)
- h) Tingkat kesadaran.
- i) Memori.
- j) Tingkat konsentrasi dan berhitung.
- k) Kemampuan penilaian mengambil keputusan
- l) Daya tilik diri.

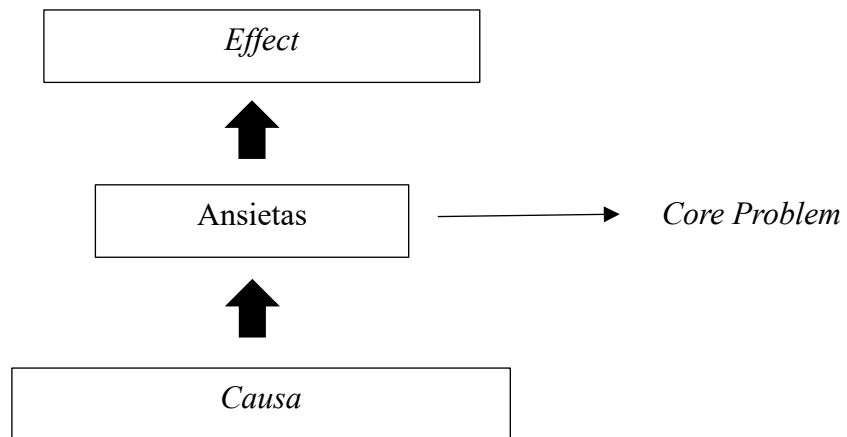
2. Daftar Masalah

Daftar masalah keperawatan mencakup masalah-masalah yang dialami pasien, disusun berdasarkan prioritas masalah pasien tersebut. Prioritas masalah pada kasus ini adalah ansietas.

3. Pohon Masalah

Pohon masalah (*problem tree*) adalah sebuah pendekatan atau metode yang digunakan untuk mengidentifikasi penyebab suatu masalah terjadi. Analisis pohon masalah dilakukan dengan membentuk pola pikir secara sistematis tentang komponen sebab akibat yang berkaitan dengan masalah yang sedang diteliti (Beno et al., 2022).

Masalah yang ditegakkan dalam kasus CKD ini satu masalah utama yang muncul adalah ansietas, yang dapat terjadi akibat perubahan fungsi tubuh dan efek tindakan/pengobatan. Jika ansietas tidak ditangani dapat berdampak pada gangguan fisiologis atau menurunnya kemampuan dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Maka dari itu, dapat dijabarkan pohon masalah sebagai berikut :



Gambar 1. Pohon Masalah Asuhan Keperawatan dengan Ansietas

Sumber : (Fatimah & Nuryaningsih, Buku Ajar Keperawatan Jiwa 2024)

4. Diagnosis Keperawatan

Menurut PNNI (2017) diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan yang muncul terkait dengan ansietas adalah :

- a. Ansietas (D.0080) *berhubungan dengan* krisis situasional *dibuktikan dengan* merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.
- b. Ansietas (D.0080) *berhubungan dengan* kebutuhan tidak terpenuhi *dibuktikan dengan* merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.
- c. Ansietas (D.0080) *berhubungan dengan* ancaman terhadap konsep diri *dibuktikan dengan* merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

- d. Ansietas (D.0080) *berhubungan dengan* ancaman terhadap kematian *dibuktikan dengan* merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.
- e. Ansietas (D.0080) *berhubungan dengan* kekhawatiran mengalami kegagalan *dibuktikan dengan* merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.
- f. Ansietas (D.0080) *berhubungan dengan* disfungsi system keluarga *dibuktikan dengan* merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.
- g. Ansietas (D.0080) *berhubungan dengan* hubungan orang tua-anak tidak memuaskan *dibuktikan dengan* merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.
- h. Ansietas (D.0080) *berhubungan dengan* faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir) *dibuktikan dengan* merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.
- i. Ansietas (D.0080) *berhubungan dengan* penyalahgunaan zat *dibuktikan dengan* merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.
- j. Ansietas (D.0080) *berhubungan dengan* terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain) *dibuktikan dengan* merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

- k. Ansietas (D.0080) *berhubungan dengan* kurang terpapar informasi *dibuktikan dengan* merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

5. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan atau rencana tindakan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan dan siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan. Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Ummah, 2019). Contoh tabel dan perencanaan dapat disajikan seperti tabel 1.

Tabel 1
Perencanaan Keperawatan pada Pasien Ansietas

No. Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4
D.0080	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 6x kunjungan, diharapkan Tingkat Ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil untuk membuktikan bahwa tingkat ansietas menurun :	Reduksi Ansietas Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan	Reduksi Ansietas Observasi 1. Untuk mengetahui tingat ansietas pasien 2. Untuk mengetahui

1	2	3	4
	1. Verbalisasi kebingungan menurun	mengambil keputusan	kemampuan mengambil keputusan
	2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun	3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)	pasien
	3. Perilaku gelisah menurun	Terapeutik	3. Untuk memantau tanda ansietas pasien
	4. Perilaku tegang menurun	1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Terapeutik
	5. Keluhan pusing menurun	2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan , jika memungkinkan	1. Untuk meningkatkan kepercayaan pasien
	6. Anoreksia menurun	3. Pahami situasi yang membuat ansietas	2. Agar mengurangi kecemasan pasien
	7. Palpitasi menurun	4. Dengarkan dengan penuh perhatian	3. Agar ansietas pasien berkurang
	8. Frekuensi pernapasan menurun	5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	4. Agar pasien tidak merasa sendiri
	9. Frekuensi nadi menurun	6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	5. Agar pasien lebih nyaman
	10. Tekanan darah menurun		6. Agar kecemasan
	11. Diaforesis menurun		
	12. Tremor menurun		
	13. Pucat menurun		
	14. Konsentrasi membaik		
	15. Pola tidur membaik		
	16. Perasaan keberdayaan membaik		
	17. Kontak mata membaik		

1	2	3	4
	18. Pola berkemih	7. Diskusikan perencanaan	pasien berkurang
	19. Orientasi membaik	realistis tentang peristiwa yang akan datang	7. Agar pasien bisa realistis tentang peristiwa
		Edukasi	Edukasi
		1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami	yang akan dating
		2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis	1. Agar pasien mengetahui prosedur yang akan dilakukan
		3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	2. Agar pasien mengetahui mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
		4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan	3. Agar pasien tidak merasa sendiri
		5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	4. Agar tidak menambah kecemasan pasien
		6. Latih kegiatan pengalihan, untuk	5. Agar pasien dapat mengungkap

1	2	3	4
		mengurangi ketegangan	akan perasaan dan persepsinya
	7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat		6. Agar ketegangan pasien berkurang
	8. Latih teknik relaksasi		7. Agar pasien dapat menggunakan mekanisme pertahanan diri yang tepat
	Kolaborasi		
	1. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, <i>jika perlu</i>		8. Agar pasien mampu melatih teknik yang diajarkan
			9. Agar ansietas pasien tidak bertambah

1	2	3	4
		Terapi	Terapi
		Relaksasi	Relaksasi
		Observasi	Observasi
		1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif	1. Untuk mengetahui apakah ada yang mengganggu kemampuan kognitif pasien.
		2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan	2. Untuk mengetahui teknik yang pernah efektif digunakan
		3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya	3. Untuk mengetahui teknik yang tepat diberikan untuk pasien.
		4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan	4. Untuk memantau kesehatan pasien sebelum dan sesudah latihan.

1	2	3	4
		5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi	5. Untuk mengetahui respon pasien terhadap
		Terapeutik	Terapeutik
		1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan	1. Agar pasien merasa lebih nyaman.
		2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi	2. Agar pasien mengetahui persiapan dan prosedur teknik relaksasi
		3. Gunakan pakaian longgar	3. Agar pasien lebih nyaman.
		4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama	4. Agar pasien lebih mudah memahami hal yang disampaikan
		5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, <i>jika sesuai</i>	5. Untuk menunjang kesehatan pasien.

1	2	3	4
		Edukasi	Edukasi
		1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis, relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)	1. Agar pasien mengetahui, tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang diberikan.
		2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih	2. Agar pasien memahami tentang tindakan relaksasi.
		3. Anjurkan mengambil psosisi nyaman	3. Agar pasien merasa nyaman.
		4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi	4. Agar pasien merasa rileks dan nyaman.
		5. Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik yang dipilih	5. Agar pasien melatih kembali teknik yang telah di pilih.
		6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, pereganganm atau imajinasi terbimbing).	6. Agar pasien memahami teknik relaksasi yang dipilih.

1	2	3	4
		Dukungan :	Dukungan :
		1. Pasien dapat memanfaatkan dukungan keluarga.	1. Agar pasien lebih semangat dalam menjalani pengobatan.

Sumber : (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2022)

6. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan dimana melaksanakan intervensi keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya. Implementasi keperawatan adalah penataan dan perwujudan dari intervensi keperawatan yang telah disusun. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping dengan baik jika pasien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan. Tujuan lain yaitu melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya dievaluasi dengan tujuan mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat, mampu mempertahankan daya tahan tubuh pasien, mencegah komplikasi yang ditimbulkan, menemukan perubahan sistem tubuh, dan memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien.

Proses pelaksanaan implementasi keperawatan berpusat kepada kebutuhan dasar pasien, terkait tentang apa saja yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, bagaimana strategi yang dibutuhkan dalam implementasi serta peran komunikasi

dalam keperawatan (Ummah, 2019). Contoh tabel implementasi asuhan keperawatan dapat disajikan seperti tabel 2.

Tabel 2
Implementasi Keperawatan pada Pasien Ansietas

No.	Diagnosis	Waktu	Implementasi	Paraf

7. Evaluasi

Evaluasi asuhan keperawatan adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi keperawatan dan implementasi. Evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Tujuan dari evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respons klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nurhaliza, 2015).

Evaluasi merupakan tahap akhir proses asuhan keperawatan. Pada tahap ini kita melakukan penilaian terakhir terhadap kondisi pasien dan disesuaikan dengan kriteria hasil sebelumnya yang telah dibuat. Dalam evaluasi asuhan keperawatan menggunakan format SOAP seperti :

- a. S : *Subyective* (pernyataan atau keluhan dari pasien).
- b. O : *Obyective* (data yang diobservasi oleh perawat).
- c. A : *Analisis* (kesimpulan dari subjektif dan objektif).
- d. P : *Planning* (rencana tindakan yang dilakukan berdasarkan analisis).

Contoh tabel evaluasi keperawatan dapat disajikan seperti tabel 3.

Tabel 3
Evaluasi Keperawatan pada Pasien Ansietas

No	Diagnosis	Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
			S : O : A : P :	