

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Gagal Ginjal Kronik

1. Pengertian gagal ginjal kronik

Ginjal merupakan sepasang organ tubuh yang memiliki peran penting. Masing-masing ginjal berukuran sekitar 10 – 15 cm, dengan berat 150 gram yang terletak di sisi kanan dan kiri perut bagian belakang. Ginjal memiliki banyak fungsi bagi tubuh seperti menyaring darah dan hasil metabolisme tubuh dengan membuang kelebihan cairan, mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit dalam seperti natrium dan kalium, mengatur tekanan darah dan merangsang pembentukan sel darah merah. Ginjal juga dapat menyaring 190 liter darah perharinya (Kusuma et al., 2019).

Penyakit ginjal sendiri terjadi ketika ginjal mengalami kerusakan dan kehilangan kemampuan filtrasi darahnya (NIDDK, 2017). Kondisi rusaknya ginjal yang berlangsung dalam jangka panjang atau menahun dikenal sebagai penyakit ginjal kronis. Karakteristik utama dari penyakit ginjal kronis adalah menurunnya efisiensi ginjal dalam menyaring darah, yang diukur melalui laju filtrasi glomerulus (lfg). Seringkali individu yang menderita penyakit ginjal kronis tidak menunjukkan gejala apapun sampai fungsi ginjalnya sangat menurun hingga dibawah 15% (Kusuma et al., 2019)

2. Penyebab Gagal Ginjal Kronik

Penyebab utama CKD meliputi diabetes, hipertensi, glomerulonefritis kronis, pielonefritis kronis, penggunaan obat antiinflamasi kronis, penyakit autoimun, penyakit ginjal polikistik, penyakit Alport, malformasi kongenital, dan penyakit ginjal akut yang berkepanjangan (Ammirati & Luiz, 2020).

3. Tanda Dan Gejala Gagal Ginjal Kronis

Menurut buku panduan mengenal penyakit ginjal kronis dan perawatannya tanda dan gejala dimulainya penyakit ginjal adalah tidak spesifik. Berikut ini 10 tanda dan gejala awal yang ditunjukkan oleh Gagal Ginjal Kronik (Kusuma et al., 2019).

a. Perubahan pada pola buang air kecil

Gangguan pada ginjal akan berpengaruh pada pola buang air kecil 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

4. Patofisiologi Singkat Pada Penyakit Gagal Ginjal

GGK melibatkan proses nefron yang rusak dan digantikan oleh jaringan fibrotik, menyebabkan penurunan filtrasi dan akumulasi limbah metabolik, yang menyebabkan gangguan elektrolit, asidosis metabolik, anemia, hipertensi, dan beban cairan berlebih (Guyton & Hall, 2021).

5. Penatalaksanaan Pada Penyakit Gagal Ginjal

Terdapat beberapa cara pengobatan & penatalaksanaan pasien Penyakit Ginjal Kronis tergantung penyebabnya. Berikut ini beberapa cara penatalaksanaan yang umum dilakukan (Kusuma et al., 2019):

a. Zat besi

Langkah awal dalam penatalaksanaan anemia adalah dengan meningkatkan kadar zat besi. Pemberian tambahan zat besi membantu meningkatkan kadar besi dan hemoglobin.

b. Eritropoitin

Eritropoitin diberikan apabila kadar hemoglobin pasien dibawah 10g/dL. Pasien yang diberikan eritropoitin disarankan untuk melakukan pemeriksaan darah secara rutin untuk mengetahui kadar hemoglobin sehingga dokter dapat menyesuaikan dosis yang diperlukan.

c. Anti hipertensi

Hipertensi salah satu penyebab yang sering dialami oleh pasien PGK. Pemberian obat anti hipertensi diberikan secara rutin berdasarkan rekomendasi dokter.

d. Tambahan vitamin B12 & asam folat

Tambahan vitamin B12 dan asam folat biasa disarankan bagi pasien PGK untuk menangani kekurangan vitamin B12 dan asam folat yang merupakan satu penyebab anemia. Pemberian tambahan vitamin B12 dan asam folat diberikan berdasarkan rekomendasi dokter.

e. Kalsium Karbonat

Kalsium Karbonat diberikan mengikat fosfat untuk menghindari tulang keropos. Pemberian Kalsium Karbonat diminum saat makan secara teratur sesuai rekomendasi dokter.

f. Asam keto

Asam keto merupakan bentuk sederhana dari protein yang bebas nitrogen, sehingga dapat lebih mudah diserap oleh tubuh untuk mencukupi kebutuhan protein tanpa memperburuk kondisi ginjal.

B. Konsep Hemodialisis

Hemodialisis (HD) adalah terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan produk yang tidak diperlukan untuk memperbaiki kondisi tubuh (Papadakis et al., 2023). Hemodialisis sendiri adalah proses pembersihan darah melalui proses penyaringan darah diluar tubuh menggunakan mesin dialisis. Dimana fungsinya sendiri adalah:

Sedangkan menurut Herdman & Kamitsuru (2014) menyatakan bahwa penyebab yang berhubungan dengan terjadinya keputusasaan adalah :

- a. Pengabaian
- b. Keadaan fisik yang turun atau membaik
- c. Tragedi jangka panjang
- d. hilangnya keyakinan
- e. Kurang mendapatkan suport sosial

Menurut PPNI (2017) Penyebab (etiologi) untuk masalah keputusasaan adalah:

- a. Stres 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

4. Tanda dan Gejala

Tabel 1
Tanda dan Gejala Keputusasaan

Gejala dan Tanda Mayor	Gejala dan Tanda Mayor
1. Mengungkapkan keputusasaan	1. Berperilaku pasif
Gejala dan Tanda Minor	Gejala dan Tanda Minor
1. Sulit tidur	1. Afek datar kurang inisiatif
2. Selera makan menurun	2. Meninggalkan lawan bicara
	3. Meninggalkan lawan bicara
	4. Kurang terlibat dalam aktivitas perawatan
	5. Mengangkat bahu sebagai respon pada lawan bicara

(Sumber : PPNI 2017)

5. Proses Terjadinya

Menurut Keliat (2005), setiap penyakit kronis (seperti penyakit jantung, ginjal, kanker, dan AIDS) dapat memicu keputusan karena kegagalan fungsi fisiologis, munculnya gejala baru, nyeri kronis, atau kerusakan kemampuan fungsional. Faktor situasional seperti pembatasan aktivitas, isolasi karena penyakit menular, perpisahan dari orang terdekat, ketidakmampuan mencapai tujuan hidup, atau kehilangan sesuatu yang berarti juga dapat menyebabkan keputusan. Kehilangan kepercayaan pada nilai-nilai luhur dan Tuhan, stres yang berkepanjangan, serta riwayat penyakit fisik dan seksual juga berkontribusi. Secara maturasi, keputusan dapat terjadi pada:

- a. **Anak:** Terkait dengan kehilangan pengasuh, hilangnya kepercayaan, perlakuan buruk, kehilangan otonomi karena penyakit, kehilangan fungsi tubuh, ketidakmampuan mencapai tugas perkembangan, atau penolakan keluarga.
- b. **Remaja:** Berhubungan dengan kehilangan orang terdekat (teman sebaya atau keluarga), kehilangan fungsi tubuh, perubahan citra diri, dan ketidakmampuan mencapai tugas perkembangan (identitas peran).
- c. **Dewasa:** Terkait dengan kerusakan fungsi tubuh, kehilangan anggota tubuh, kehilangan pekerjaan atau karier, kehilangan orang terdekat (kematian anak atau pasangan), dan ketidakmampuan mencapai tugas perkembangan (intimasi, komitmen).
- d. **Lansia:** Berhubungan dengan defisit sensori, motorik, kognitif, hilangnya kemandirian, kehilangan orang terdekat, dan ketidakmampuan mencapai tugas perkembangan (integritas).

D. Masalah Keperawatan Yang Ditemukan

Pada daftar masalah keperawatan mencantumkan masalah keperawatan yang sedang dialami oleh pasien sesuai dengan prioritas masalahnya.

E. Pohon Masalah

Menurut Yusuf dkk. (2015) pohon masalah merupakan analisa masalah terhadap masalah keperawatan yang ditemui. Dalam menyusun pohon masalah akan ditentukan *causa*, *core problem* dan *effect*. Cara menentukan *core problem* adalah dengan memahami *causa* dan *effect* dari masalah keperawatan yang ditemui. Berikut beberapa langkah yang sistematis dalam menentukan *core problem*:

1. Mengidentifikasi masalah aktual.

Core problem harus mencerminkan masalah yang sedang dialami pasien pada saat pengkajian, yaitu masalah yang aktual dan relevan dengan kondisi pasien saat ini.

2. Frekuensi keluhan pasien.

Masalah yang paling sering dikeluhkan oleh pasien menjadi prioritas utama. Data ini diperoleh melalui wawancara, observasi, atau validasi dengan keluarga dan tim kesehatan lainnya. Frekuensi keluhan menunjukkan tingkat urgensi masalah tersebut.

3. Potensi risiko.

Core problem juga diprioritaskan jika memiliki risiko tinggi mencederai karena dampaknya yang signifikan terhadap keselamatan.

4. Analisis data pengkajian.

Data pengkajian subjektif (keluhan pasien) dan objektif (hasil observasi) dibandingkan dengan teori untuk menentukan masalah utama

Cara menentukan *causa* pada pohon masalah, yaitu:

1. Mengidentifikasi masalah.

Langkah pertama adalah mendefinisikan masalah secara jelas. Ini bisa melibatkan pengumpulan data dan informasi terkait masalah yang sedang dihadapi, seperti laporan kejadian atau data kinerja.

2. Mengumpulkan data yang relevan untuk analisis

Data ini harus lengkap dan akurat agar analisis dapat dilakukan dengan baik. Informasi ini bisa mencakup statistik, laporan kejadian, atau rekaman yang berkaitan dengan masalah.

3. Verifikasi akar penyebab.

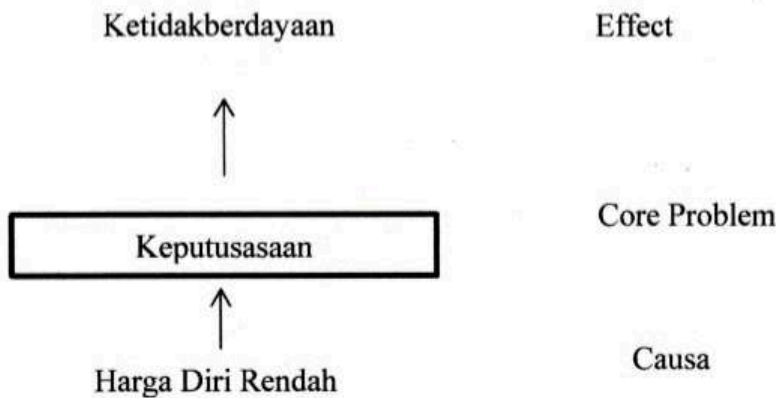
Setelah mengidentifikasi beberapa kemungkinan penyebab, penting untuk memverifikasi akar penyebab tersebut dengan data tambahan atau analisis lanjutan. Ini memastikan bahwa penyebab yang diidentifikasi benar-benar relevan dan berkontribusi terhadap masalah.

Adapun cara untuk menentukan *effect* dalam pohon masalah, yaitu:

1. Mengobservasi langsung. Amati perilaku pasien dan interaksi mereka dengan lingkungan sekitar.

2. Mengumpulkan data subjektif dan objektif. Kumpulkan informasi dari wawancara dengan pasien dan observasi klinis. Data subjektif bisa berupa pernyataan pasien tentang perasaan mereka, sementara data objektif bisa mencakup catatan medis atau hasil pengujian.

3. Pemetaan *effect* dalam diagram. Gunakan diagram pohon masalah untuk memetakan *effect* yang dihasilkan dari *core problem* dan *causa*. Setiap cabang dari pohon dapat mewakili effect yang berbeda, seperti dampak psikologis, sosial atau fisik.



(Sumber : PPNI,2016)

Gambar 2 : Pohon Masalah Risiko Ketidakberdayaan

Dari pohon masalah di atas dapat disimpulkan bahwa masalah utama yang akan muncul dari pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisis adalah risiko ketidakberdayaan. Hal ini sesuai dengan jurnal yang ditulis oleh Azuri dan Zuriri (2021) dimana pasien dengan gagal ginjal kronik yang mendapatkan hemodialisis akan mengalami gangguan pada psikologisnya karena perasaan cemas, depresi, tertekan, bahkan perasaan malu dan diasingkan oleh orang lain dari perasaan cemas berlebihan inilah akan muncul risiko ketidakberdayaan dan apabila masalah ini tidak ditangani dan berkepanjangan maka dapat mengarah kepada keputusan (Azari et al., 2021).

F. Konsep Asuhan Keperawatan Keputusan Akibat Gagal Ginjal Kronis

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengkajian umum

Untuk dapat mendapatkan data yang diperlukan, berikut hal-hal yang perlu dikaji menurut (Mashudi, 2021)

1) Identitas

Perawat yang merawat pasien akan mencatat nama pasien, no RM, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, status, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian.

2) Keluhan Utama

Keluhan utama melibatkan pertanyaan mengenai penyebab pasien dibawa ke rumah sakit, langkah-langkah yang telah diambil pasien untuk mengatasi masalah, serta hasil dari upaya yang dilakukan

3) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi sangat erat dengan faktor etiologi dari gagal ginjal kronis.

4) Pola Kebutuhan Dasar:

a) Kebutuhan Fisiologis:

(1)Gangguan pola tidur: Sulit tidur, mimpi buruk, atau insomnia.

(2)Perubahan nafsu makan: Nafsu makan berkurang atau meningkat drastic

(3)Kelelahan kronis: Merasa lelah terus-menerus meskipun sudah cukup istirahat.

(4)Perubahan fungsi tubuh: Sakit kepala, nyeri otot, atau masalah pencernaan.

b) Kebutuhan Keamanan:

(1)Perasaan tidak aman: Merasa tidak terlindungi atau rentan terhadap bahaya.

- (2) Kecemasan: Merasa khawatir tentang masa depan atau hal-hal yang tidak pasti.
 - (3) Ketakutan: Merasa takut akan kematian, kesakitan, atau kehilangan orang yang dicintai.
- c) **Kebutuhan Cinta dan Kasih Sayang:**
- (1) Isolasi sosial: Menarik diri dari interaksi sosial.
 - (2) Kesepian: Merasa kesepian meskipun dikelilingi orang lain.
 - (3) Sulit membangun hubungan: Mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan yang intim dan berarti.
- d) **Kebutuhan Harga Diri:**
- (1) Rasa rendah diri: Merasa tidak berharga atau tidak layak mendapatkan hal-hal baik.
 - (2) Merasa bersalah: Merasa bersalah atas situasi yang terjadi.
 - (3) Hilangnya rasa percaya diri: Meragukan kemampuan diri sendiri.
- e) **Kebutuhan Aktualisasi Diri:**
- (1) Hilangnya makna hidup: Merasa hidup tidak memiliki tujuan atau arti.
 - (2) Krisis identitas: Meragukan siapa dirinya dan apa yang ingin dicapai dalam hidup.
 - (3) Sulit menemukan panggilan hidup: Tidak tahu apa yang ingin dilakukan dengan hidupnya.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk

mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan memiliki dua jenis yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif merupakan diagnosis yang menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarah ke pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini merupakan diagnosis aktual. Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Oleh karena itu metode penulisan yang digunakan adalah penulisan tiga bagian. Metode penulisan ini terdiri atas Masalah, Penyebab dan Tanda/Gejala. Metode penulisan ini hanya dilakukan pada diagnosis aktual, dengan formulasinya adalah "Masalah berhubungan dengan Penyebab dibuktikan dengan Tanda/Gejala" Frase 'berhubungan dengan' dapat disingkat b.d. dan 'dibuktikan dengan' dapat disingkat d.d. menjadi masalah b.d. Penyebab d.d. Tanda/Gejala contoh Keputusan (PPNI, 2017).

3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang pada pengetahuan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Komponen dari intervensi keperawatan yaitu label, definisi, tindakan (observasi, terapeutik, edukasi) (PPNI, 2018).

Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau

komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Komponen luaran keperawatan ada 3 yaitu, label, ekspektasi, dan kriteria hasil. Tujuan aspek pada diagnosa Keputusasaan adalah BHSP, Keterlibatan dalam aktivitas meningkat, Verbalisasi Keputusasaan menurun dan Prilaku pasif menurun. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Table 1.
Contoh Table Intervensi yang Akan Dilakukan pada Pasien.

1	2	3	4
Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan & Kriteria Hasil (SKLI)	Intervensi Keperawatan (SKI)	Rasional
Keputusasaan [SDKI D.0088]	Harapan meningkat. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x 30 menit maka status harapan meningkat dengan kriteria hasil 1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien (BHSP) 2. Keterlibatan dalam aktivitas meningkat 3. Verbalisasi Keputusasaan menurun 4. Prilaku pasif menurun	Promosi Harapan 1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien (BHSP) Observasi 2. Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup Terapeutik 1. Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting 2. Pandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan 3. Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan 4. Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks. 5. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok	Promosi Harapan Observasi 1. Mengidentifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup Terapeutik 1. Menyadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting 2. Memandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan 3. Melibatkan pasien secara aktif dalam perawatan 4. Mengembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks 5. Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok

1	2	3	4
		<p>6. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok</p> <p>7. Ciptakan lingkungan yang memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual</p>	<p>6. Menciptakan lingkungan yang memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual</p>
		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan mengungkapkan perasaan terhdap kondisi dengan realistis 2. Anjurkan mempertahankan hubungan (mis: menyebutkan nama orang yang dicintai) 3. Anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain 4. Latih menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan 5. Latih cara mengembangkan spiritual diri 6. Latih cara mengenang dan menikmati masa lalu (mis: prestasi, pengalaman) <p>Latih mengembangkan penilaian obyektif</p>	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan mengungkapkan perasaan terhdap kondisi dengan realistis 2. Menganjurkan mempertahankan hubungan (mis: menyebutkan nama orang yang dicintai) 3. Menganjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain 4. Melatih menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan 5. Melatih cara mengembangkan spiritual diri 6. Melatih cara mengenang dan menikmati masa lalu (mis: prestasi, pengalaman) Melatih mengembangkan penilaian obyektif
		<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kolaborasi pemberian injeksi heparin dosis standart dan hemapo 2000 iu 	<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kolaborasi pemberian injeksi heparin dosis standart dan hemapo 2000 iuu

1	2	3	4
		Promosi Koping (I.09312)	Promosi Koping (I.09312)
		Observasi	Observasi
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan 2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki 3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan 4. Identifikasi pemahaman proses penyakit 5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 6. Identifikasi metode penyelesaian masalah 7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan 2. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki 3. Mengidentifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan 4. Mengidentifikasi pemahaman proses penyakit 5. Mengidentifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 6. Mengidentifikasi metode penyelesaian masalah 7. Mengidentifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial
		Terapeutik	Terapeutik
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perubahan peran yang dialami 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri 4. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan perubahan peran yang dialami 2. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 3. Mendiskusikan alasan mengkritik diri sendiri 4. Mendiskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman

1	2	3	4
		5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu	dan mengevaluasi perilaku sendiri
		6. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri	5. Mendiskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu
		7. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan	6. Mendiskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
		8. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan	7. Memfasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
		9. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis	8. Memberikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
		10. Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan	9. Memotivasi untuk menentukan harapan yang realistis
		11. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekana	10. Meninjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
		12. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial	11. Menghindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekana
		13. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia	12. Memotivasi terlibat dalam kegiatan sosial
		14. Damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)	13. Memotivasi mengidentifikasi sistem

1	2	3	4
		15. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama	14. pendukung yang tersedia
		16. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat	15. Damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)
		17. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam	16. Memperkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
		Edukasi	17. Mendukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
	1. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama		18. Mengurangi rangsangan lingkungan yang mengancam
	2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu		Edukasi
	3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi		1. Menganjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
	4. Anjurkan keluarga terlibat		2. Menganjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
	5. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik		3. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
	6. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif		4. Menganjurkan keluarga terlibat
	7. Latih penggunaan Teknik relaksasi		5. Menganjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
	8. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan		6. Mengajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
	9. Latih mengembangkan penilaian obyektif		

1	2	3	4
			7. Latih penggunaan Teknik relaksasi 8. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan 9. Latih pengembangan penilaian obyektif
		Dukungan Emosional (I.09256) Observasi 1. Identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien 2. Identifikasi hal yang telah memicu emosi Terapeutik 1. Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih 2. Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka 3. Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis: merangkul, menepuk-nepuk) 4. Tetap Bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu 5. Kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah Edukasi 1. Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa	Dukungan Emosional (I.09256) 1. Mengidentifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien 2. Mengidentifikasi hal yang telah memicu emosi Terapeutik 1. Memfasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih 2. Membuat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka 3. Melakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis: merangkul, menepuk-nepuk) 4. Tetap Bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu 5. Mengurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah

1	2	3	4
		bersalah dan malu	Edukasi
	2. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis: ansietas, marah, sedih)		1. Menjelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu
	3. Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan		2. Menganjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis: ansietas, marah, sedih)
	4. Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat		3. Menganjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan
	Kolaborasi		4. Mengajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
	1. Rujuk untuk konseling, jika perlu		Kolaborasi
			1. Merujuk untuk konseling, jika perlu

5. Implementasi

Pelaksanaan (implementasi) adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan klien. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Fokus utama dari komponen implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan yang aman dan individual dengan pendekatan multifokal. Implementasi perencanaan berupa penyelesaian

tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kriteria hasil seperti yang digambarkan dalam rencana tindakan. Tindakan dapat dilaksanakan oleh perawat, klien, anggota keluarga, serta anggota tim kesehatan lain (Dermawan & Deden, 2012).

Table 2.
Contoh Tabel Implementasi yang Akan Dberikan Pada Pasien

1	2	3	4	5	6
No.	Diagnosis	Waktu	Implementasi	Respon	TTD/Paraf

5. Evaluasi (SLKI)

Mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai. Perawat dapat mengobservasi perilaku klien. Di bawah ini beberapa perilaku yang dapat mengindikasikan evaluasi yang positif:

- a. Verbalisasi mampu melaksanakan aktivitas meningkat
- b. Verbalisasi frustrasi menurun
- c. Ketergantungan pada orang lain menurun

Evaluasi keperawatan dapat dilakukan dengan pedoman SOAP meliputi, subjektif (S) yang merupakan suatu respons subjektif dari klien terhadap implementasi keperawatan yang telah diberikan, objektif (O) merupakan data dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat, analisa ulang (A) merupakan kumpulan data subjektif dan objektif yang menggambarkan masalah teratasi atau

belum, dan perencanaan (P) merupakan tindakan selanjutnya yang akan dilaksanakan berdasarkan analisis sebelumnya (PPNI, 2019)

Table 3.
Contoh Table Evaluasi yang Akan Diberikan Pada Pasien

1	2	3	4	5
No.	Diagnosis	Waktu	Catatan Pelanggaran	TTD/Paraf