Aplikasi Asuhan Keperawatan Psikososial Pada Ny. D Dengan Masalah Ketidakberdayaan

Juliana Simanjuntak
julianasimanjuntak595@gmail.com

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit metabolik dengan ciri kadar gula darah yang tinggi. DM tipe 2 paling sering diderita. Penyebabnya karena pola hidup yang tidak sehat, beberapa upaya untuk mengurangi faktor pemicu seperti mengatur pola makan, kontrol berat badan, berolahraga, pantau gula darah, diet yang terarah, gizi sehat dan seimbang. Selain itu, dukungan keluarga juga mempengaruhi kualitas hidup pasien DM (Saviqoh, Hasneli & Nopriadi, 2021).

Diabetes Melitus merupakan kondisi kronis yang ditandai dengan peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah disertai urine yang mengandung glukosa. Salah satu tipe dari diabetes melitus adalah tipe 2 atau non insuline dependent diabetes melitus. Pasien dengan kondisi diabetes melitus tipe 2 harus menjalani pengobatan agar kondisi gula darahnya tetap stabil. keberhasilan pengobatan pasien dipengaruhi oleh relugasi diri yang dimiliki oleh pasien (Sari & Simanjuntak, 2020). Berdasarkan hasil riskesdes pada tahun 2018 angka terjadinya diabetes melitus pada usia 15 tahun keatas yakni indonesia (6,9%). Beberapa diantaranya dengan presentasi cukup besar mempunyai penyakit diabetes melitus DKI jakarta (3,8%), Aceh (2,6%), Sumatera Utara (2,3%).

Diabetes melitus mempunyai gejala yang mirip dan komplikasi pada tingkat lanjut. Bila seseorang terkena diabetes melitus tidak menerima perawatan secara rutin bisa menyebabkan beberapa komplikasi (Maruhashi & Higashi,

2021). Komplikasi dalam diabetes melitus mempunyai jangka waktu yang lebih lama termasuk kardiovaskuler, kerusakan retina menyebabkan kebutaan dan kerusakan saraf yang bisa menyebabkan impotensi dengan resiko amputasi, Sehingga dampak yang akan terjadi pada penderita diabetes melitus akan muncul ketidakberdayaan (Regina,Mu'ti & Fitriany, 2021).

Ketidakberdayaan merupakan dampak terbesar dari penyakit kronis sebagai hasil dari penerimaan diri dan perubahan gaya hidup klien dengan penyakit kronis (Ramadia, Keliat & wardani, 2019).ketidakberdayaan merupakan perasaan kurang mampu mengendalikan lingkungannya yang membimbing pada sikap menyerah atau putus asa dan mengarahkan atribusi diri yang kuat bahwa dia memiliki ketidakmampuan (Prayogo & Rehulina, 2015).

Ketidakberdayaan adalah pengalaman tentang kurangnya kontrol seseorang terhadap situasi termasuk persepsi bahwa sesuatu tidak akan bermakna mampu mempengaruhi terhadap hasil yang ingin dicapai, seseorang yang mengalami ketidakberdayaan kehilangan kontrol terhadap kejadian dalam hidupnya dan merasa segala sesuatu tidak bermakna bagi dirinya. Perasaan ketidakberdayaan disebabkan pengalaman distress dan perubahan emosional seperti agitasi, frustasi, marah, takut dan cemas. Perasaan ketidakberdayaan yang dialami oleh pasien stroke sering kali disertai depresi, Ketidakberdayaan pada pasien diabetes melitus muncul karena pasien cenderung bergantung pada orang lain (Nuraliyah & Burmanajay, 2019). Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengambil kasus ketidakberdayaan pada penderita Diabetes melitus di Bakti Luhur. Pertimbangan utama pengambilan kasus ini pada Ny. D karena pada kehidupan sehari-hari hanya berbaring ditempat tidur sehingga kondisi ketidakberdayaan akan memperburuk kondisi.

1.1 Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Untuk memberikan asuhan keperawatan pada Ny. D dengan masalah ketidakberdayaan

2. Tujuan khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Ny. D dengan masalah ketidakberdayaan
- b. Mahasiswa mampu melaksanakan diagnosa pada Ny. D dengan masalah ketidakberdayaan
- c. Mahasiswa mampu membuat intervensi pada Ny. D dengan masalah ketidakberdayaan
- d. Mahasiswa mampu melakukan implementasi pada Ny. D dengan masalah ketidakberdayaan
- e. Mahasiswa mampu membuat evaluasi pada Ny. D dengan masalah ketidakberdayaan

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Ketidakberdayaan

2.1.1 Defenisi

Ketidakberdayaan merupakan persepsi individu bahwa segala tindakan akan mendapatkan hasil atau suatu keadaan individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan (Pardede, 2020). Ketidakberdayaan merupakan persepsi atau tanggapan seseorang bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukannya tidaknya akan membawa hasil yang diharapkan atau tidak akan membawa perubahan hasil seperti yang diharapkan, sehingga seseorang sulit mengendalikan situasi yang akan terjadi (Wahyudi & Burnamajaya, 2020).

Ketidakberdayaan merupakan kondisi seseorang yang merasa kurang mengontrol kejadian, pribadi, ataupun situasi yang memberi dampak pada pandangan tujuan dan gaya hidup (Yusuf & Wardani, 2015). Ketidakberdayaan adalah pengalaman tentang kurangnya kontrol seseorang terhadap situasi persepsi bahwa sesuatu tidak akan bermakna mampu mempengaruhi terhadap hasil yang ingin dicapai (Jannah & Putri, 2015). Ketidakberdayaan dapat muncul akibat kebiasaan dimasa lampau dan perubahan kemampuan fisik akibat penyakit (Ummah, Wardani & Hargiana 2018). Ketidakberdayaan adalah suatu kondisi dimana individu merasa tidak mampu menahan segala hal menyakitkan dan tidak nyaman yang dialami oleh dirinya sendiri (Azari & Zururi, 2020).

2.2.2 Etiologi Ketidakberdayaan

Etiologi ketidakberdayaan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) antara lain :

1. Program pengobatan/perawatan yang mempunyai jangka panjang

2. Lingkungan yang tidak mendukung dalam pengobatan/perawatan.
3. Interaksi interpersonal yang tidak memuaskan

Ketidakberdayaan disebabkan karena kurangnya pengetahuan, ketidakadekuatan coping sebelumnya (seperti : Depresi), serta kurangnya kesempatan dalam membuat keputusan (Novi, 2017). Faktor yang berhubungan dengan ketidakberdayaan menurut (Novi, 2017) yaitu:

- a. Kesehatan lingkungan : hilangnya privasi dan kontrol terhadap terapi
- b. Hubungan interpersonal : penyalahgunaan kekuasaan dan hubungan yang kasar.
- c. Penyakit yang berhubungan dengan rejimen : penyakit kronis atau yang melemahkan kondisi. Hal tersebut menyebabkan seseorang tidak dapat melakukan kegiatan aktivitas fisik dan juga tidak mampu melaksanakan tanggung jawab serta menjalankan perannya.

2.2.3 Patofisiologi Ketidakberdayaan

Pada patofisiologi dengan masalah ketidakberdayaan saat ini belum dapat diketahui secara pasti, namun jika dilakukan analisis dari proses terjadinya ketidakberdayaan berasal dari seseorang individu yang tidak mampu mengatasi suatu masalah sehingga menyebabkan stress yang hal tersebut diawali dalam perubahan dalam respon otak yang menafsirkan perubahan didalam otak. Stress tersebut akan menyebabkan korteks serebri yang akan mengirimkan sinyal menuju hipotalamus, yang kemudian seharusnya ditangkap system limbic yang dimana salah satu bagian pentingnya merupakan amigdala itu akan bertanggung jawab didalam status emosional individu akibat dari keaktifan system hipotalamus pituitary adrenal (HPA) dan kemudian menyebabkan rusaknya pada hipotalamus menjadikan seseorang kehilangan mood dan juga motivasi dan akhirnya menyebabkan

seseorang untuk malas melakukan sesuatu, hambatan emosional dengan klien yang mengalami ketidakberdayaan, terkadang dapat berubah menjadi murung dan sedih sehingga menyebabkan seseorang itu merasa tidak berguna lagi, dan merasa hidupnya telah gagal (Sarani, 2021)

2.2.4 Kondisi Klinis Ketidakberdayaan

Diagnosa yang tidak terduga atau baru, Peristiwa traumatis, Diagnosis penyakit kronis, Diagnosis penyakit terminal dan Rawat inap menurut SDKI (2018).

2.2.5 Tanda dan Gejala

1. Batasan karakteristik SDKI :

a. Mayor

Subjektif : Menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya

Objektif : Bergantung pada orang lain

b. minor :

Subjektif : Merasa diasingkan, Menyatakan keraguan tentang kinerja peran, Menyatakan kurang kontrol, Menyatakan rasa malu dan Merasa tertekan (depresi).

Objektif : Tidak berpartisipasi dalam perawatan dan Pengasihan

2. Batasan karakteristik klien dengan ketidakberdayaan. ketidakberdayaan yang dialami klien terdiri dari energi dan tingkatan yaitu:

a. Rendah Klien akan mengungkapkan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi dan bersikap positif.

b. Sedang Klien akan mengalami ketergantungan kepada orang lain yang dapat mengakibatkan ketidakstabilan, ketidakpuasan dan rasa bersalah.

- c. Berat Klien akan menunjukkan sikap apatis, depresi terhadap perubahan dalam dirinya yang telah terjadi.

2.2.6 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan suatu faktor resiko yang menjadi sumber utama stress dan memiliki pengaruh dalam tipe dan sumber individu untuk menghadapi stress secara biologis, psikologis dan sosial budaya, Faktor predisposisi tersebut antara lain :

a. Biologis

1. Riwayat keturunan
2. Gaya hidup (Merokok, Alkohol dan zat adiktif)
3. Penderita penyakit kronis (stroke, diabetes melitus)
4. Memiliki riwayat penyakit jantung paru-paru yang mengaktifkannya sehari-hari klien.
5. Memiliki riwayat menderita penyakit secara progresif menimbulkan ketidakmampuan (Stroke, kanker terminal dan Aids)

b. Psikologis

1. Memiliki pengalaman perubahan didalam gaya hidup akibat lingkungan tempat tinggal
2. Ketidakmampuan dalam mengambil suatu keputusan serta mempunyai kempuan untuk melakukan komunikasi verbal yang kurang atau tidak mampu untuk mengekspresikan perasaan yang dirasakan terkait dengan penyakit atau kondisi yang sedang terjadi.
3. Tidak mampu menjalankan peran akibat suatu penyakit secara progresif menimbulkan ketidakmampuan (stroke, kanker terminal dan AIDS).
4. Merasa kurang puas dengan kehidupan yang telah dijalani (merasatujuan hidupnya tidak tercapai).
5. Merasa frustasi dengan keadaan kesehatannya dengan kondisi yang bergantung dengan orang lain.

6. Self control : sulit untuk mengontrol rasa emosi, merasa cemas, merasatakut, gaya hidup yang tidak berdaya
- c. Social budaya
1. Pendidikan rendah.
 2. Kurang aktif didalam kegiatan masyarakat.
 3. Hilangnya kemampuan dalam melakukan aktivitas akibat proses penuaan (pension, defitit memori, defisit motoric dan status finansial).
 4. Cenderung bergantung dengan orang lain, tidak dapat berpartisipasi dalam social kemasyarakat

2.2.7 Faktor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan suatu kondisi internal seorang pasien dimana pasien tersebut kurang dapat menerima perubahan fisiknya dan psikologis yang telah terjadi. Kondisi eksternal biasanya dari pihak keluarga dan masyarakat kurang mendukung (Sarani, 2021). Faktor-faktor lain yang berhubungan dengan faktor presipitasi yang akan timbul ketidakbaerdayaan antara lain :

- a. Biologis
1. Seseorang menderita suatu penyakit dan harus melakukan tindakanterapi tertentu, pengobatan terkait dengan penyakit (jangka panjang, sulit dan kompleks).
 2. Penyakit kronis yang kambuh dalam 6 bulan terakhir.
 3. Kurang mampu menyesuaikan diri dengan budaya, ras etnik dangender.
 4. Adanya perubahan didalam diri (fisik).
- b. Psikologis
1. Perubahan gaya hidup akaibat memiliki penyakit kronis.
 2. Tidak dapat melakukan aktivitas sendiri kemudian timbullah keputusan.

3. Perasaan malu serta rendah diri karena aktivitas bergantung dengan orang lain.
4. Kehilangan rasa mandiri atau ketergantungan dengan orang lain.

c. Social budaya

1. Kehilangan pekerjaan karena kondisi kesehatan sekarang.
2. Kehilangan kemampuan dalam melakukan aktivitas dari proses penuaan (pensiun, defisit memori, defisit motoric dan status finansial).
3. Terdapat perubahan status kuratif menjadi status paliatif.
4. Tidak dapat melakukan kegiatan agama dan tidak mampu melakukan partisipasi dengan masyarakat.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai dengan kejadian atau kenyataan kebenaran dalam data ini sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan juga digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan sesuai dengan respon masing-masing individu yang kemudian telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan.

1. Identitas Klien

meliputi nama pasien, nama yang bertanggung jawab, alamat, nomor register, agama, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis

2. Keluhan utama

Biasanya pasien menyatakan perasaan frustrasi atau mengungkapkan bahwa dia tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti sebelumnya layaknya orang yang sehat, pasien merasa sangat bergantung dengan orang yang lain (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

3. Riwayat sekarang

- a. Riwayat kesehatan sekarang
- b. Riwayat kesehatan dahulu
- b. Riwayat kesehatan psikologi
- c. Riwayat kesehatan keluarga

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

- a. ketidakberdayaan
- b. kecemasan
- c. Penampilan tidak efektif

2.2.3 Intervensi Ketidakberdayaan

1. Tujuan Intervensi Keperawatan

- a. Tujuan Umum: Klien Menunjukkan kepercayaan kesehatan dengan criteria: merasa mampu melakukan, merasa dapat mengendalikan dan merasakan ada sumber-sumber
- b. Tujuan Khusus : Klien menunjukkan partisipasi: keputusan perawatan kesehatan ditandai dengan
 - 1. Mengungkapkan dengan kata-kata tentang segala perasaan ketidakberdayaan.
 - 2. Mengidentifikasi tindakan yang berada dalam kendalinya
 - 3. menghubungkan tidak adanya penghalang untuk bertindak
 - 4. Mengungkapkan dengan kata-kata kemampuan untuk melakukan tindakan yang diperlukan

5. Melaporkan dukungan yang adekuat dari orang terdekat, termasuk teman dan tetangga
6. Melaporkan waktu, keuangan pribadi dan asuransi kesehatan yang memadai
7. Melaporkan ketersediaan alat, bahan, pelayanan dan transportasi

2. Rencana Tindakan

- a. Bantu pasien untuk mengidentifikasi factor-faktor yang dapat berpengaruh pada ketidakberdayaan (misalnya: pekerjaan, aktivitas hiburan, tanggung jawab peran, hubungan antar pribadi).

Rasional: mengidentifikasi situasi/hal-hal yang berpotensi dapat dikendalikan dan dapat digunakan sebagai sumber kekuatan/power bagi klien.

- b. Diskusikan dengan pasien pilihan yang realistis dalam perawatan, berikan penjelasan untuk pilihan tersebut.

Rasional: Memberikan kesempatan pada klien untuk berperan dalam proses perawatan, termasuk untuk meningkatkan pemikiran positif klien, dan meningkatkan tanggung jawab klien.

- c. Libatkan pasien dalam pembuatan keputusan tentang rutinitas perawatan/rencana terapi

Rasional: Pelibatan klien dalam proses pembuatan keputusan, mampu meningkatkan rasa percaya diri.

- d. Jelaskan alasan setiap perubahan perencanaan perawatan kepada pasien (jelaskan semua prosedur, peraturan dan pilihan untuk pasien, berikan waktu untuk menjawab pertanyaan dan minta individu untuk menuliskan pertanyaan sehingga tidak terlupakan)

Rasional: Meningkatkan kemampuan berpikir positif terhadap proses perawatan yang sedang dijalani oleh klien, pelibatan klien dalam setiap pengambilan keputusan menjadi hal penting.

- e. Bantu pasien mengidentifikasi situasi kehidupannya yang dapat dikendalikan (perasaan cemas, gelisah, ketakutan).

Rasional: Kondisi emosi pasien mengganggu kemampuannya untuk memecahkan masalah. Bantuan diperlukan agar dapat menyadari secara akurat keuntungan dan konsekuensi dari alternative yang ada.

- f. Bantu klien mengidentifikasi situasi kehidupan yang tidak dapat ia kendalikan (adiksi), Disukusikan dan ajarkan cara melakukan manipulasi menghadapi kondisikondisi yang sulit dikendalikan, misalnya afirmasi.

Rasional: Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan yang berhubungan dengan ketidakmampuan sebagai upaya mengatasi masalah yang tidak terselesaikan dan menerima hal-hal yang tidak dapat diubah.

- g. Bantu pasien mengidentifikasi faktor pendukung, kekuatankekuatan diri (misalnya kekuat an baik itu berasal dari diri sendiri, keluarga, orang terdekat, atau teman).

Rasional: Pada pasien dengan ketidakberdayaan dibutuhkan faktor pendukung yang mampu mensupport pasien, dari dalam sendiri dapat berupa penguatan nilai-nilai spiritual, Jika dalam proses perawatan kekuatan lain tidak adekuat.

- h. Sampaikan kepercayaan diri terhadap kemampuan pasien untuk menangani keadaan dan sampaikan perubahan positif dan kemajuan yang dialami pasien setiap hari.

Rasional: Meningkatkan rasa percaya diri terhadap kemampuan atas upaya dan usaha yang sudah dilakukan oleh klien.

- i. Biarkan pasien mengemban tanggung jawab sebanyak mungkin atas praktik perawatan dirinya. Dorong kemandirian pasien, tetapi bantu pasien jika tidak dapat melakukannya.

Rasional: memberikan pilihan kepada pasien akan meningkatkan perasaannya dalam mengendalikan hidupnya.

- j. Berikan umpan balik positif untuk keputusan yang telah dibuatnya.

2.2.4 Implementasi

Implementasi merupakan suatu tahap pelaksanaan terhadap suatu rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk perawat bersama seorang pasien. Implementasi dapat dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat setelah validasi, selain itu juga dibutuhkan keterampilan interpersonal, intelektual, dan tehnik yang dilakukan harus dengan cermat serta efisien dengan situasi yang tepat dan dengan selalu memperhatikan keamanan fisik maupun psikologis. Setelah sudah selesai melakukan implementasi, lakukan dokumentasi yang akan meliputi intervensi yang sebelumnya sudah dilakukan dan tanyakan bagaimana respon pasien (Sarani, 2021)

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi ini adalah kegiatan membandingkan hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan dan memiliki tujuan yang diharapkan dalam perencanaan. Perawat pun mempunyai tiga alternative dalam menentukan sejauh mana tujuan itu dapat tercapai :

1. Berhasil : perilaku pasien sesuai dengan pertanyaan tujuan dalam waktu dan tujuan yang telah ditetapkan . Tercapai sebagian : pasien telah menunjukkan perilaku tetapi belum sebaik dengan perilaku yang telah ditentukan dalam pertanyaan tujuan.
2. Belum tercapai : pasien belum mampu sama sekali menunjukkan perilaku yang telah diharapkan sesuai dengan pernyataan tujuan (Sarani, 2021). Agar memudahkan perawat dalam mengevaluasi

atau membuat perkembangan pasien maka digunakan komponen SOAP yaitu :

S : Data subyektif Merupakan perkembangan suatu keadaan pasien yang didasarkan pada apa yang telah dirasakan, dikeluhkan dan yang diungkapkan.

O : Data obyektif Merupakan perkembangan yang dapat diamati dan juga dapat diukur oleh seorang perawat atau tim kesehatan yang lainnya

A : Analisis Merupakan penelitian dari kedua jenis data tersebut baik data subyektif maupun data obyektif, apakah berkembang dengan baik atau malah kemunduran.

P : Perencanaan Merupakan rencana dalam penanganan pasien yang didasari pada hasil analisis diatas yang mempunyai isi untuk melanjutkan perencanaan apabila masalah belum teratasi

BAB 3

TINJAUN KASUS

3.1 Pengkajian Keperawatan

<p>Nama : Ny .D Usia : 36 tahun Tahun no reg : - Ruangan : - Tgl masuk rs: - Tgl pengkajian : 6 oktober 2021 Alamat : Jalan setia luhur kec medan helvetia</p>	<p>Kondisi saat MRS: lemas,kesemutan, gatal, gemetaran pusing luka yang lama sembuh, Kadar glukosa darah tinggi</p> <p>Kondisi saat ini : Ny. D mengeluh badannya terasa lemas,kesemutan, gatal, gemetaran pusing dan luka yang lama sembuh, sehingga Ny.D tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya, hingga membuat Ny. D takut dan gelisah dan tidak dapat melakukan aktifitasnya</p>
--	--

3.1.1 Faktor Predisposisi Dan Faktor Presipitasi

Faktor predisposisi	Faktor Presipitasi			STRESSOR
	Nature	Origin	Number & Timing	
Biologis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes melitus 2. Ny. D menderita diabetes menderita diabetes melitus 3 tahun yang lalu 3. Ny. D sering mengkonsumsi makanan manis 4. Ny. D tidak rutin check up ke pelayanan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Badan lemas,kesemutan, gatal, gemetaran pusing luka yang lama sembuh, Kadar glukosa darah tinggi 	Internal	Sejak 2 minggu yang lalu	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes melitus
Psikologis : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. D memiliki kepribadian yang terbuka setiap ada masalah akan dibicarakan dengan suaminya 2. Ny. D merasa gemetaran ,luka lama sembuh dan jantung berdebar kencang 3. Ny. D merasa cemas, takut gelisah dan panikan jika memikirkan penyakitnya 	<ul style="list-style-type: none"> • malu,kecewaTakut, gelisah,jantung berdebar,gemetran • Sering kepikiran penyakitnya 	Internal	Sejak 2 minggu yang lalu	<ul style="list-style-type: none"> • malu takut panikan, kwatir
Sociocultural : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. D seorang perempuan umur 36 tahun 2. Ny . D menikah dan memiliki 2 orang anak 3. Ny.D merupakan ibu rumah tangga 4. Sebelumnya Ny.D aktif terlibat dalam kegiatan dilingkungan tempat tinggal seperti perwiritan atau pengajian 	<ul style="list-style-type: none"> • Malu dan kecewa karena tidak bisa bersosial mengikuti kegiatan lingkungan tempat tinggalnya 	Eksternal	Sejak 2 minggu yang lalu	Cemas

5. Ny.D merupakan orang jawa dan menurut Ny.D tidak ada kebiasaan yang bertentangan dengan kesehatan
6. Ny.D beragama islam dan taat menjalankan ibadah
7. Ny.D jarang check up penyakitnya

GENOGRAM

Keterangan:

- : perempuan
- : laki-laki
- : klien
- : cerai
- : garis keturunan
- : garis perkawinan
- : tinggal serumah dengan klien
- ⊗ : meninggal

Ny.A Setelah menikah dan memiliki 2 orang anak, anak pertama perempuan dan kedua laki-laki sudah kelas 4 SD

3.1.2 Penilaian (Respon) Terhadap Stressor

STRESSOR	KOGNITIF	AFEKTIF	FISIOLOGIS	PERILAKU	SOSIAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN
BIOLOGIS • (Diabetes melitus)	• Menurut Ny.D penyakit Diabetes melitus diakibatkan karena pengkonsumsi makanan manis • Menganggap penyakit yang diderita serius • Tidak tahu apa yang harus dilakukan untuk penyakitnya	• Ny.D merasa sedih dan bingung dengan kondisi penyakitnya	• Pusing • Sulit tidur • Tidak nafsu makan • Ny.D tampak lemas • Pemeriksaan TTV TD: 150/90 mmhg N : 88 x /menit P : 22 x /menit S: 37 °C Kgd sewaktu : 200 mg/dl	• Ny.D jarang kontrol ke rumah sakit • Ekspresi muka lesu • Ny.D tampak lemas dan gemetaran	• Pasien mendatangi dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada untuk mencari kesembuhan terhadap masalah yang dihadapi saat ini	• Ketidakberdayaan
PSIKOLOGIS	• Ny.D tidak tahu bahwa	• Merasa kesal dengan	• Pusing	• Tampak cemas dan	• Hubungan Ny.D dengan	• Ansietas

<ul style="list-style-type: none"> • sedih, cemas, kesal dan Bingung dengan kondisi penyakit dan pengobatan serta Perawatannya 	<p>badannya menjadi lemah, gemeteran dan luka yang lama sembuh merupakan dampak dari penyakit yang diderita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny.D mengaku bosan di rumah sakit Ny.D tidak tahu pengobatan seperti apa lagi yang dapat dilakukan untuk mengobati penyakitnya 	<p>penyakitnya yang tidak sembuh-sembuh</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mual • Sulit tidur dan sering terbangun apabila tidur • Bahu terasa tegang • Tidak nafsu makan • Ny.D tampak lemas • Wajah Ny.D tampak lemas • Wajah Ny. D tampak pucat • Pemeriksaan TTV TD: 150/90 mmhg N : 88 x /menit P : 20 x /menit S: 36 °C Kgd sewaktu : 200 mg/dl 	<p>tidak tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kadang Ny.D tampak murung • Ny.D tampak gelisah • Ny.D tampak pasif dalam menerima perawatan Ny.D menunduk saat bercerita 	<p>suami baik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny.D kurang bersosialisasi dengan keluarga Ny.D tetap mengikuti program pengobatan yang diberikan kepadanya akan tetapi sikap Ny.D pasif dalam menerima perawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurang pengetahuan
---	--	---	---	---	---	---

<p>SOSIAL BUDAYA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sering Memikirkan anak-anak yang masih Yang jauh dari rumah merasa kasihan kepada suami yang harus menjaga dan merawatnya setiap hari. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ny.D merasa tidak berdaya dengan keadaannya sejarang yang tidak bisa bekerja bingung memikirkan anak-anak yang jauh merantau menurut pasien, dukungan keluarga nomor satu • Ny.D berfikir ia selalu merepotkan • suaminya bila terlalu lama dalam keadaan seperti ini • merasa Kasihan kepada suami yang harus menjaga dan • merawat pasien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa khawatir dan sedih kepada suami yang merawatnya setiap hari • Merasa bersalah karena merasa merepotkan suami • Merasa bosan dengan keadaan sekarang 	<ul style="list-style-type: none"> • Pusing • Mual • Mulut tampak kering • Sulit tidur • Bahu terasa tegang • Konstipasi • Tidak nafsu makan • Ny.D tampak lemas • Wajah Ny.D tampak pucat Pemeriksaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontak mata ada tapi tidak bertahan lama • Volume suara mengecil • Ny.D tampak gelisah 	<ul style="list-style-type: none"> • Hubungan Ny.D dengan suami baik • Hubungan Ny.D dengan petugas kesehatan baik • Ny. D tetap mengikuti program pengobatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Penampilan peran tidak efektif
--	--	--	---	--	--	---

3.1.3 Sumber Koping

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERSONAL ABILITY	SOSIAL SUPPORT	MATERIAL ASSETS	POSITIE BELIEFS	TERAPI
Ketidakberdayaan	<ul style="list-style-type: none"> Ny.D mampu mengungkapkan perasaan cemas Ny.D mengatakan bila cemasnya memuncak maka ia akan mengambil air wudhu dan sholat 	<ul style="list-style-type: none"> Ny.D mendapat dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya terutama dari suaminya Suami dan adik Ny.D bergantian merawat pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Sosial ekonomi Ny. D menengah Pengobatan ditanggung BPJS Jarak rumah Ny.D dengan tempat pelayanan kesehatan lebih kurang 500 meter 	<ul style="list-style-type: none"> Ny.D percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya Ny.D berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan Suaminya 	Terapi spesialis: <ul style="list-style-type: none"> Relaksasi progresif Psikoedukasi keluarga Behavior therapy Psikoedukasi keluarga

<p>Penampilan peran tidak efektif</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ny.D dapat menyebutkan penyebab penampilan peran tidak efektif • Ny.D menganggap suami tidak mampu sebagai pengganti akibat kondisi yang berubah 			<ul style="list-style-type: none"> • Ny.D selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya • Ny.D yakin, bila ia mengikuti petunjuk dan saran dari petugas kesehatan maka ia akan cepat sembuh • Ny.D yakin suami dan keluarga mendukung supaya lekas sembuh • Ny.D percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya • Ny.D berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan suaminya 	
--	---	--	--	---	--

<p>Kurang pengetahuan</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ny.D mampu mengenal dan menilai Komplikasi dari penyakitnya Ny.D mampu melatih cara hidup sehat 	<ul style="list-style-type: none"> Ny.D mendapat dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya terutama dari suaminya Suami dan keluarga Ny.A bergantian menjaga dan mengunjungi pasien Tetangga Ny.A dan teman di tempat kerja juga banyak yang mengunjungi pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Sosial ekonomi Ny.D menengah Ny.D tinggal di rumah sendiri, rumah permanen Sarana dan prasarana tersedia Biaya pengobatan ditanggung oleh asuransi BPJS Jarak rumah Ny A.Sdengan tempat pelayanan kesehatan (RSMM) lebih kurang 500 meter 	<ul style="list-style-type: none"> Ny.D percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya Ny.D berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan suaminya Ny.A selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya Ny.A yakin, bila ia mengikuti petunjuk dan saran dari petugas kesehatan maka ia akan cepat sembuh Ny.A yakin suami dan keluarga mendukung supaya lekas sembuh 	<p>Terapi generalis:</p> <ul style="list-style-type: none"> SP 1-2 kurang pengetahuan <p>Terapi spesialis: Terapi suportif, FPE</p>
----------------------------------	--	---	---	---	---

3.1.4 Mekanisme Koping

HAL YANG DILAKUKAN	ANALISA
<ul style="list-style-type: none">• Ny.D mengatakan bila ada masalah, maka ia akan membicarakan dengan suami dan keluarga untuk mencari jalan keluarnya• Bila sakit Ny.D berobat ke pelayanan kesehatan• Ny.D taat menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya• Ny.D selalu berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhannya	<ul style="list-style-type: none">• Konstruktif:<ul style="list-style-type: none">✓ Ny.D mengatakan bila ada masalah, maka ia akan membicarakan dengan suami dan keluarga untuk mencari jalan keluarnya✓ Bila sakit Ny.D berobat ke pelayanan kesehatan✓ Ny.D taat menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya✓ Ny.D selalu berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhannya.• Destruktif : -

3.1.5 Status Mental

1. Penampilan	Bersih, rapi, tidak tercium bau, Ny.D tampak lemas
2. Pembicaraan	Susah berbicara akibat dari kelumpuhan sebelah dari anggota tubuh (afasia)
3. Aktivitas motoric	Tubuh sulit digerakkan
4. Interaksi selama wawancara	Cukup kooperatif, meskipun afasia
5. Alam perasaan	Sedih, merasa cemas ,takut dan bingung mengenai kondisi penyakit, suami dan anak-anaknya
6. Afek	Datar
7. Persepsi	Ny.D mengalami gangguan dalam proses sensori-persepsi
8. Isi piker	Mengalami masalah karena sebagian memori terlupakan
9. Proses piker	masalah karena sebagian memori terlupakan
10. Tingkat kesadaran	Ny.D dapat menyebutkan kembali nama suami
11. Daya ingat	Ny.D tidak dapat mengingat beberapa kejadian dalam hidupnya
12. Kemampuan berhitung	Kemampuan berhitung cukup baik
13. Penilaian	Ny.D belum mampu menyebutkan bagaimana caranya agar Ny.D lekas sembuh
14. Daya tilik diri	Ny.D menyadari bahwa saat ini ia sdang sakit, Ny.D hanya bisa berdoa supaya lekas sembuh agar tidak terus merepotkan suaminya. Ny.D menyadari ia memiliki suami, anak-anak dan keluarga yang menyayangnya dan mendukung kesembuhannya

Kesimpulan : Mental Status Examination (MSE) tidak ada masalah gangguan jiwa, gangguan Ny.D lebih kepada Gangguan Mental Emosional (GME/Psikososial)

3.2 Diagnosa Dan Terapi

DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN TERAPI KEPERAWATAN	DIAGNOSA MEDIS
<ol style="list-style-type: none">1. Ansietas Sp1: mendiskusikan penyebab,terjadinya prosesterjadi, tanda gejala,akibat Sp2 :melatih teknik releksasi fisik Sp3:melatih mengatasi ansietas dengan distraksi dan hipnotis lima Sp4 : melatih mengatasi ansietas melalui kegiatan spritual Terapi Spesialis: TS, PMR, Logo ACT2. Penampilan peran tidak efektif Terapi perilaku3. Kurang pengetahuan Terapi suportif, FPE	Diabetes Melitus

3.3 Implementasi Tindakan Kperawatan Dan Evaluasi

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI
<p>Tanggal : 07 Oktober 2021 Jam : 10.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none">Kaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien mengurangi kecemasanJelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat dari kecemasanLatihan cara mengatasi kecemasan :<ol style="list-style-type: none">Teknik relaksasi napas dalamDistraksi : bercakap-cakap hal positifHipnotis 5 jari fokus padahal-hal yang positifBantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">Klien mengatakan : merasa lebih tenang tetapi belum sepenuhnya cemasnya hilangKlien mengatakan ia mampu mengidentifikasi situasi yang mencetus ansietas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">Klien tampak rileks dan tidak gelisah lagiKlien mampu menjelaskan kembali penjelasan yang sudah diberikan <p>A : Ansietas (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">Evaluasi SP-1 dan SP-2Latihan cara mengatasi kecemasan :<ul style="list-style-type: none">Teknik relaksasi napas dalamDistraksi : bercakap-cakap hal positifHipnotis 5 jari fokus padahal-hal yang positifBantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan

Tanggal : 08 Oktober 2021

Jam : 10.00 wib

a. Latihan cara mengatasi kecemasan :

- Teknik relaksasi napas dalam
- Distraksi : bercakap-cakap hal positif
- Hipnotis 5 jari fokus padahal-hal yang positif

b. Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan.

S :

- Klien mengatakan : merasa lebih tenang dan tidak merasa cemas lagi
- Klien mengatakan ia mampu mengidentifikasi situasi yang mencetus ansietas
- Klien mengatakan sudah bisa melakukan teknik tarik napas dalam
- Klien mengatakan sudah bisa melakukan teknik distraksi
- Klien mengatakan sudah bisa melakukan teknik hipnotis 5 jari

O :

- Klien tampak rileks dan tidak gelisah lagi
- Klien mampu menjelaskan kembali penjelasan yang sudah diberikan
- Klien mampu melakukan teknik napas dalam
- Klien mampu melakukan distraksi
- Klien mampu melakukan hipnotis 5 jari

A : Ansietas (-)

P :

- Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan
- Terapi Perilaku
- Terapi Kognitif
- Pendidikan Kesehatan

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis membahas tentang kesenjangan yang ditemukan antara teori dengan kasus yang penulis buat, pada pembahasan ini penulis menganalisa tentang hambatan yang ditemukan pada saat penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien. Pada tahap pengkajian ditemukan adanya beberapa kesenjangan diantaranya respon perilaku. Pada respon perilaku menurut teori tanda gejalanya adalah rasa terbakar di jantung, sering kencing dan kulit terasa panas, sedangkan pada kasus adalah klien tidak menunjukkan respon perilaku seperti pada teori. Hal ini disebabkan karena kecemasan yang dialami klien masih tahap sedang.

Pada tahap diagnosa dan perencanaan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus dimana diagnosa yang diangkat adalah kecemasan, penampilan peran tidak efektif dan kurang pengetahuan sama halnya dengan intervensi, rencana asuhan keperawatan pada Ny. A dimulai setelah data terkumpul yang didapat dari hasil pengkajian. Tindakan yang diberikan pun yaitu terapi dan pendidikan kesehatan. Pembahasan pada implementasi penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang sudah ditetapkan. Sebelumnya penulis melakukan kontrak waktu kepada pasien untuk melakukan implementasi, selama tahap implementasi tidak ada hambatan dan klien kooperatif dalam mengikuti terapinya.

Pada tahap evaluasi penulis hanya dapat melaksanakan diagnosa keperawatan yang pertama saja. Pada evaluasi yang diharapkan adalah :

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengenali dan mengekspresikan emosinya
- c. Mampu mengenal ansietas
- d. Mampu mengatasi ansietas melalui teknik relaksasi
- e. Mampu mengatasi ansietas dengan distraksi
- f. Mampu mengatasi ansietas melalui hipnotis lima jari
- g. Mampu mengatasi ansietas melalui kegiatan spiritual

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan konsep asuhan keperawatan yang telah disusun dan dilaksanakan kepada Ny.A dimiliki dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi didapat hasil bahwa Ny.A dengan keluhan utama cemas akan Penyakit diabetes melitus sehingga tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya Data objektif yaitu klien tampak Badan lemas,kesemutan, gatal, gemetaran pusing luka yang lama sembuh, Kadar glukosa darah tinggi Dari masalah masalah diatas maka diperoleh prioritas masalah yang diangkat adalah tentang kebutuhan rasa aman nyaman yang berfokus pada cemas. Kemudian diberikan intervensi secara konsep yaitu terapi teknik relaksasi napas dalam, terapi distraksi, hipnotis lima jari dan pendidikan kesehatan. Dari hasil implementasi ada beberapa intervensi yang berhasil teratasi seperti klien mengatakan sudah lebih tenang dan cemas nya sedikit berkurang dan mampu mengenali gejala, tanda, penyebab dan akibat dari kecemasan. Sedangkan klien masih bingung dalam melakukan terapi hipnotis lima jari maka intervensi dilanjutkan.

5.2 Saran

Diharapkan bagi perawat selalu berkoordinasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan agar lebih maksimal terkusus pada klien dengan kecemasan pada pasien diabetes melitus.

DAFTAR PUSTAKA

1. Azari, A. A., & Zururi, M. I. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Pada Lansia. *Medical Jurnal Of Al Qodiri*, 6(2), 66-72 https://doi.org/10.52264/jurnal_stikesalqodiri.v6i2.94.
2. Jannah, N., & Putri, Y. S. E. (2015). Penerapan teknik berpikir positif dan afirmasi positif pada klien ketidakberdayaan dengan gagal jantung kongestif. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 3(2), 30-39 <https://doi.org/10.26714/jkj.3.2.2015.30-39>
3. Maruhashi, T., & Higashi, Y. (2021). Pathophysiological Association between Diabetes Mellitus and Endothelial Dysfunction. *Antioxidants*, 10(8), 1306 <https://doi.org/10.3390/antiox10081306>.
4. Nuraliyah, S., & Burmanajaya, B. (2019). Mekanisme Koping dan Respon Ketidakberdayaan pada Pasien Stroke <https://doi.org/10.34011/juriskesbdg.v1i1.227>.
5. Pardede, J. A. (2020). Konsep Ketidakberdayaan.
6. Pardede, J. A. (2020). Terapi Keluarga.
7. Pardede, J. A. (2020). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Kecemasan.
8. Pardede, J. A., Hasibuan, E. K., & Hondro, H. S. (2020). Perilaku Caring Perawat Dengan Koping Dan Kecemasan Keluarga. *Indonesian Journal of Nursing Sciences and Practice*, 3(1), 14-22. <https://doi.org/10.24853/ijnsp.v3i1.14-22> 10.
9. Pardede, J. A., Sitepu, S. F. A., & Saragih, M. (2018). The Influence of Deep Breath Relaxation Techniques and Five-Finger Hypnotic Therapy on Preoperative Patient Anxiety. *Journal of Psychiatry*, 3(1), 1-8.
10. PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Jakarta : DPP PPNI.
11. PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria HasilKeperawatan, Edisi 1 Jakarta : DPP PPNI.
12. PPNI. (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.

13. Prayogo, D., & Rehulina, M. (2014). Hubungan antara adversity dan ketidakberdayaan yang dipelajari pada anak yang berhadapan dengan hukum (ABH) di Rumah tahanan surabaya. *Jurnal Psikologi Industri dan Organisasi*, 3(2), 108-116.
14. Keliat, B. A., & Wardhani, I. Y. (2019). Hubungan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Dengan Depresi Dan Ketidakberdayaan Pada Klien Stroke. *Al-Asalmiya Nursing: Journal of Nursing Sciences*, 8(1), 17-23. <https://jurnal.stikes-alinsyirah.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/143>
15. Regina, C. C., Mu'ti, A., & Fitriany, E. (2021). Systematic Review Tentang Pengaruh Obesitas Terhadap Kejadian Komplikasi Diabetes Melitus Tipe Dua. *Verdure: Health Science Journal*, 3(1), 8-17.
16. Riskesdas .(2018). Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Riset Kesehatan Dasar 2018 <https://doi.org/10.22435/jpppk.v3i1.1882>.
17. Sarani, D. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Ketidakberdayaan (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).
18. Sari, I. P., & Effendi, M. (2020). Efektifitas Senam Diabetes Terhadap Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus di Lamongan. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 4(1), 45-50.
19. Saviqoh, I. D., & Hasneli, Y. (2021). Analisis Pola Hidup Dan Dukungan Keluarga Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Payung Sekaki. *Health Care: Jurnal Kesehatan*, 10(1), 181-193 <https://doi.org/10.36763/healthcare.v10i1.116>.
20. Pardede, J. A., Hutajulu, J., & Pasaribu, P. E. (2020). Harga Diri dengan Depresi Pasien Hiv/aids. *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 11(01). : <https://doi.org/10.32382/jmk.v11i1.1538> 8.
21. Pardede, J. A., Keliat, B. A., Damanik, R. K., & Gulo, A. R. B. (2020). Optimalization of Coping Nurses to Overcoming Anxiety in the Pandemic of Covid-19 in Era New Normal. *Jurnal Peduli Masyarakat*, 2(3), 105-112. <https://doi.org/10.37287/jpm.v2i3.128> 11
<https://doi.org/10.37287/jpm.v2i3.128>
22. Ummah, T., Wardani, I. Y., & Hargiana, G. (2018). Asuhan Keperawatan Psikososial: Ketidakberdayaan Pada Klien Dengan Gagal Jantung. *Jurnal*

Keperawatan, 10(2), 138-146

<https://doi.org/10.32583/keperawatan.10.2.2018.138-146>.

23. Wahyudi, U., & Burnamajaya, B. (2020). Konsep Diri dan Ketidakberdayaan Berhubungan dengan Risiko Bunuh Diri pada Remaja yang Mengalami Bullying. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 8(1), 1-8 <https://doi.org/10.26714/jkj.8.1.2020.1-8>.
24. Yusuf, R. S., & Wardan, I. Y. (2015). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan Ketidakberdayaan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang Antasena Rumah Sakit Dr. H. Marzuki Mahdi Bogor. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 3(2), 61-69 <https://doi.org/10.26714/jkj.3.2.2015.61-69>.
25. Zai, Y., Bu'ulolo, K., Fajariani, N., Hulu, Y., Gulo, R. E., & Nurhayati, E. L. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Harga Diri pada Penderita Stroke di Rumah Sakit Umum Royal Prima Medan. *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan*, 4(2), 66-73 <https://doi.org/10.34008/jurhesti.v4i2.137>.
26. Zaini, M. (2019). Asuhan keperawatan Jiwa Masalah Psikososial Di Pelayanan Klinis dan Komunitas. Deepublish : Yogyakarta.
27. Pardede, J. A., Hulu, D. E. S. P., & Sirait, A. (2021). Tingkat Kecemasan Menurun Setelah Diberikan Terapi Hipnotis Lima Jari pada Pasien Preoperatif. *Jurnal Keperawatan*, 13(1), 265-272.