**Asuhan Keperawatan Psikososial Dengan Masalah
Ansietas Pada Penderita Diabetes Mellitus:
Studi Kasus**

Leni Suryani Lase

lenisuryani.lase@gmail.com

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Mellitus adalah penyakit yang ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak. Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan hiperglikemia kronik yang disertai dengan berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik (Arisman, 2016). Menurut Riskesdas (2018) prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada usia >15 tahun sebesar 2%. Angka ini menunjukkan peningkatan dibandingkan prevalensi diabetes melitus pada penduduk usia >15 tahun pada hasil Riskesdas 2013 sebesar 1,5%. Namun prevalensi diabetes melitus menurut hasil pemeriksaan gula darah meningkat dari 6,9% pada 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018. Angka ini menunjukkan bahwa baru sekitar 25% penderita diabetes yang mengetahui bahwa dirinya menderita diabetes.

Pada penderita DM biasanya mengalami banyak perubahan seperti diet yang mengharuskan mereka tidak boleh mengonsumsi beberapa makanan yang mereka senangi, keseringan merasa haus yang membuat penderita terus menerus minum air dan sering mengalami buang air kecil yang tak kenal waktu, kondisi fisik yang semakin menurun seperti sering merasa lelah, harus melakukan konsultasi rutin ke dokter dan berbagai perubahan lainnya yang terjadi sepanjang hidupnya. Perubahan dalam hidupnya yang mendadak membuat penderita DM memunculkan beberapa reaksi psikologis yang negatif. Diantarnya yaitu marah, merasa tidak berguna, putus asah, kecemasan yang meningkat dan depresi. Selain perubahan tersebut, jika penderita DM telah mengalami komplikasi, maka akan menambah kecemasan pada penderita DM (Maria, 2020).

Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita Diabetes Melitus yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis. Komplikasi yang terjadi yaitu berupa adanya kerusakan dan gangguan pada saraf, kerusakan ginjal, kerusakan mata, penyakit jantung, hipertensi, stroke, penyakit pembuluh darah perifer, gangguan pada hati, penyakit paru-paru, gangguan saluran makan yang kesemuanya termasuk dalam jenis penyakit kronis dengan tingkat kematian yang cukup tinggi, komplikasi-komplikasi tersebut menjadi salah satu penyebab adanya kecemasan bagi penderita DM (Yulia, 2020).

Kecemasan adalah kondisi emosi yang ditandai dengan perasaan tegang, pikiran cemas dan perubahan fisik seperti peningkatan tekanan darah, gemetar, nyeri kepala dan lain-lain (American Psychological Association, 2019). Kecemasan (anxiety) merupakan perasaan takut yang tidak jelas penyebabnya dan tidak didukung oleh situasi yang ada. Kecemasan dapat dirasakan oleh setiap orang jika mengalami tekanan dan perasaan mendalam yang menyebabkan masalah psikiatrik dan dapat berkembang dalam jangka waktu lama (Pardede, 2019).

Berdasarkan survei awal pada pasien di jalan budi luhur, didapatkan bahwa pasien saat diajak komunikasi terlihat gelisah, bicara cepat, saat dilakukan pemeriksaan TTV didapatkan tekanan darah pasien tinggi denyut dan denyut nadi cepat. Saat ditanya mengapa terlihat gelisah, pasien menjawab khawatir akan penyakit DM nya karna sudah tidak pernah kontrol lagi dan umur yang kini sudah menua, badan pun terasa lemah dan mengalami gangguan penglihatan sehingga tidak bisa melakukan banyak aktivitas terutama kegiatan sehari-hari. Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengambil kasus kecemasan pada diabetes melitus dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Kecemasan Pada Penderita Diabetes Melitus

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk memberikan asuhan keperawatan pada Ny. E dengan masalah kecemasan

1.2.2 Tujuan Khusus

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

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Diabetes Militus

2.1.1 Defenisi

Diabetes Melitus merupakan kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah, yang menyebabkan tubuh bereaksi terhadap insulin sebagai hormon yang diproduksi pankreas dapat menurun, yang menyebabkan hiperglikemi (Brunner & Suddarths,2002).

2.2.2 Klasifikasi Diabetes Melitus

a. Diabetes Melitus tipe I

Ditandai oleh penghancuran sel-sel beta pankreas. Kombinasi faktor genetik, imonologi dan mungkin lingkungan (mis: virus) diperkirakan menimbulkan destruksi sel beta.

1. FaktorGenetik

Penderita diabetes melitus tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecendrungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe I. Kecendrungan genetik ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (Human Leucocyte Antigen) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

2. Faktorimunologi

Respon autoimun merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing. Auto antibody terhadap sel-sel pulau langerhans dan insulin endogen (internal) terdeteksi pada saat diagnosa dibuat dan bahkan beberapa tahun sebelum timbulnya tanda-tanda klinis diabetes melitus tipe 1.

3. Faktor Lingkungan

Virus dan toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta.

b. Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes mellitus tipe 2 merupakan terjadinya resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin, normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut; terjadi suatu rangkaian reaksi dalam dalam metabolisme glukosa dalam sel. Resistensi insulin pada DM tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intra sel. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi DM tipe 2. Insulin disekresikan oleh sel-sel beta yang merupakan salah satu dari empat tipe sel dalam pulau-pulau langerhans pankreas. Insulin merupakan hormon anabolik atau hormon untuk menyimpan kalori (storage hormon). Apabila seseorang makan makanan, sekresi insulin akan meningkat dan menggerakkan glukosa kedalam sel-sel otak, hati serta lemak. Dalam sel-sel tersebut, insulin menimbulkan efek berikut ini :

1. Menstimulasi penyimpanan glukosa dalam hati dan otot (glukagon)
2. Meningkatkan penyimpanan lemak dari makanan dalam jaringan adipose
3. Mempercepat pengangkutan asam-asam amino (yang berasal dari protein makan) kedalam sel

Insulin juga menghambat pemecahan glukosa, protein dan lemak yang disimpan. Selama masa “puasa” (antara jam-jam makan dan saat tidur malam), pankreas akan melepaskan secara terus

menerus sejumlah kecil insulin bersama dengan hormon pankreas lain yang disebut glukagon (hormon ini disekresi oleh sel α pankreas/pulau langerhans). Insulin serta glukagon bersama-sama mempertahankan kadar glukosa serta bersama-sama mempertahankan kadar glukosa yang konstan dalam darah dengan menstimulasi pelepasan glukosa dari hati. Pada mulanya hati menghasilkan glukosa melalui pemecahan glikogen (glikogenolisis), setelah 8-12 jam tanpa makanan, hati membentuk glukosa dan pemecahan zat-zat selain karbohidrat yang mencakup asam-asam amino (glukoneogenesis).

2.3.3 Proses keperawatan pada penderita Diabetes Melitus

Pemberian asuhan keperawatan kepada penderita diabetes melitus terdiri:

a. Pengkajian

Pengkajian meliputi riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik difokuskan pada tanda dan gejala hiperglikemia dan pada faktor fisik, emosional, serta sosial yang dapat mempengaruhi pasien untuk mempelajari dan melaksanakan berbagai aktifitas perawatan secara mandiri. Pengkajian meliputi tanda poliuria, polidipsi, dan polifagia. Brunner dan Suddarts, (2002) penderita dikaji adakah gangguan sensori dan penurunan turgor kulit, perawat juga memperhatikan dukungan keluarga serta keterbatasan sumber financial bagi kelanjutan pengobatan. Status emosional bisa diamati dengan mengamati pada saat melakukan anamnesa seperti perilaku yang menunjukkan ansietas dan kekhawatiran penderita terhadap pengobatan yang dijalani dengan memperhatikan persoalan yang tengah dihadapi dan tindakan yang telah dilakukan.

b. Diagnosa Keperawatan

Penentuan diagnosa secara fisik meliputi menurut (Brunner &

Suddarts, 2002) antara lain : resiko defisit cairan, gangguan nutrisi, kurang pengetahuan tentang informasi, dan potensial ketidakmampuan melakukan perawatan mandiri. Penentuan diagnosa secara psikososial meliputi ansietas, sedangkan menurut (Lukbin & Larsen, 2006). Kurangnya pengetahuan dan keterampilan terhadap faktor fisiologis penyakit berdampak juga pada pemberian edukasi di rumah sakit dimana klien dan keluarga tidak memiliki kesempatan memperoleh edukasi tentang diagnosa dan regimen terapi yang akurat.

c. *IntervensiKeperawatan*

Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dengan pemantauan tanda tanda vital ada tidaknya tanda dehidrasi, takikardia, hipotensi. Dalam memperbaiki asupan nutrisi dengan mempersiapkan penderita agar bisa menjalankan program pemberian diet bagi pengontrolan glukosa darah dengan memperhatikan asupan hariannya. Brunner dan Suddarts (2002) intervensi pada kurang pengetahuan dengan pemberian pendidikan kesehatan secara terarah guna memberikan informasi yang dapat dimengerti oleh penderita dan bisa dilaksanakan di kemudian hari, pemberian penyuluhan dalam mempersiapkan perawatan klien secara mandiri memerlukan peran serta keluarga sehingga tujuan dari pencapaian keperawatan bisa di lakukan klien selama dalam perawatan dirumah, seperti pemberian terapi oral secara benar dan bagi yang menggunakan terapi insulin klien bisa memutuskan tempat yang akan dilakukan dalam pemberian terapi tersebut.

d. *ImplementasiKeperawatan*

Pemberian asuhan keperawatan selama dalam perawatan diruangan diharapkan adanya peran serta keluarga dan klien sehingga pemberian asuhan bisa dilakukan secara terpadu dan

mengurangi kecemasan serta ketidakberdayaan klien dalam menjalankan perawatan secara mandiri.

e. Evaluasi Keperawatan

Klien dan keluarga mampu melakukan tindakan pemberian terapi oral secara benar dan mampu melaksanakan perawatan mandiri dalam menentukan pilihan diet nutrisi yang harus dijalankan, pemberian terapi injeksi pada lokasi yang ditentukan serta memahami perjalanan penyakit diabetesmelitus.

2.3.4 Diabetes Melitus dan Faktor Psikososial

Penatalaksanaan dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap klien Diabetes mellitus meliputi masalah psikososial yang ada pada klien, SIGN (2010) dalam manajemen pada penderita diabetes menyebutkan beberapa faktor yang akan menimbulkan dampak psikososial bagi penderita diabetes melitus diantaranya : ansietas, masalah perilaku, depresi, namun menurut Smeltzer dan Bare (2002) mengungkapkan hal yang sama bahwa ansietas merupakan masalah yang muncul pada klien dengan diabetes melitus yang berhubungan dengan perasaan takut terhadap ketidakmampuan mengatasi penyakit diabetes, informasi yang salah tentang penyakit diabetes dan ketakutan terhadap komplikasi penyakit diabetes, serta menentukan langkah yang akan dilakukan bagi penderita diabetes yang dipengaruhi oleh kondisi penyakitnya. Ketika individu mengalami perubahan kondisi sakit fisik, maka akan banyak terjadi perubahan fungsi dan munculnya masalah psikososial. Klien dengan penyakit fisik mempunyai sumber stresor utama yang berdampak pada aspek bio-psiko-sosio-sosial dan spiritual.

2.2 Konsep Kecemasan

2.2.1 Pengertian

Ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi yang berbahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman (Nanda, 2010:281). Kecemasan merupakan suatu keadaan perasaan gelisah, ketidaktentuan, ada rasa takut dari kenyataan atau persepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui masalahnya (Pardede & Simangunsong, 2020). Kecemasan merupakan suatu respon psikologis maupun fisiologis individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan, atau reaksi atas situasi yang dianggap mengancam (Hulu & Pardede, 2016).

Kecemasan adalah pengalaman subjektif dari ketegangan mental yang mengganggu sebagai reaksi umum dan ketidakmampuan untuk menghadapi masalah atau adanya rasa tidak aman. Perasaan tidak menyenangkan umumnya menimbulkan gejala fisiologis (seperti gemetar, berkeringat, detak jantung meningkat, dll) dan gejala psikologis seperti panik, tegang, bingung, tidak dapat berkonsentrasi, dll (Pardede, Simanjuntak, & Manalu 2020).

Kecemasan (anxiety) merupakan perasaantakut yang tidak jelas penyebabnya dan tidak didukung oleh situasi yang ada. Kecemasan dapat dirasakan oleh setiap orang jika mengalami tekanan dan perasaan mendalam yang menyebabkan masalah psikiatrik dan dapat berkembang dalam jangka waktu lama. (Marbun, Pardede & Perkasa, 2019).

Kecemasan yang terjadi tidak saja dialami oleh seorang pasien

tetapi dapat juga dialami oleh perawat karena perawat terkadang cemas ketika berhadapan dengan pasien dan keluarga pasien (Pardede, Keliat, Damanik, & Gulo, 2020).

2.2.2 Etiologi Kecemasan

Meski penyebab ansietas belum sepenuhnya diketahui, namun gangguan keseimbangan neurotransmitter dalam otak dapat menimbulkan ansietas pada diri seseorang. Faktor genetik juga merupakan faktor yang dapat juga menimbulkan gangguan ini, ansietas terjadi ketika seseorang mengalami kesulitan menghadapi situasi, masalah dan tujuan hidup (Videbeck, 2018).

Setiap individu menghadapi stress dengan cara berbeda-beda, seseorang dapat tumbuh dalam situasi yang dapat menimbulkan stress berat pada orang lain adapun faktor-faktornya yang mempengaruhi ansietas adalah :

a. Faktor predisposisi

Berbagai teori yang dikembangkan untuk menjelaskan penyebab ansietas adalah:

1. Teori psikionaltik

Ansietas merupakan konflik emosional antara dua elemen yaitu ide, ego dan super ego. Ide melambangkan dorongan insting, ego digambarkan sebagai mediator antara ide dan super ego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang, ansietas berfungsi untuk memperingatkan ego tentang suatu budaya yang perlu segera diatasi

2. Teori interpersonal

Ansietas terjadi dari ketakutan akan penolakan interpersonal berhubungan juga dengan trauma masa perkembangan seperti kehilangan, perpisahan. Individu dengan harga diri rendah biasanya sangat mengalami ansietas berat

3. Teori perilaku

Ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diharapkan

4. Kajian biologis

Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan ansietas (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016)

b. Faktor presipitasi

Bersumber dari eksternal dan internal seperti :

1. Ancaman terhadap integritas fisik meliputi ketidakmampuan fisiologis atau menurunnya kemampuan melaksanakan fungsi kehidupan sehari-hari (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016)
2. Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas harga diri dan integritas fungsi sosial. (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016)

c. Perilaku

Ansietas dapat diekspresikan langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku secara tidak langsung timbulnya gejala atau mekanisme koping dalam meningkat sejalan dengan peningkatan ansietas.

2.2.3 Tingkat Kecemasan

a. Ansietas Ringan

Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkat ini laangan persepsi melebar dan individu terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan kreatifitas. (Bulechek, 2016).

1. Respon fisiologis

- a) Sese kali napas pendek

- b) Nadi dan tekanan darah naik
 - c) Gejala ringan pada lambung
 - d) Muka berkerut dan bibir bergetar
2. Respon kognitif
 - a) Lapang persepsi melebar
 - b) Mampu menerima rangsangan yang kompleks
 - c) Konsentrasi pada masalah
 - d) Menjelaskan masalah secara efektif
 3. Respon perilaku dan emosi
 - a) Tidak dapat duduk tenang
 - b) Tremor halus pada tangan
 - c) Suara kadang-kadang meninggi

d. Ansietas sedang

Pada tingkat ini lapangan persepsi terhadap lingkungan menurun. Individu lebih memfokuskan hal-hal penting dan mengenyampingkan hal-hal lain (Bulechek, 2016).

1. Respon fisiologis
 - a) Nadi (ekstra systole) dan tekanan darah naik
 - b) Mulut kering
 - c) Anorexia
 - d) Diare/konstipasi
 - e) Gelisah
 2. Respon kognitif
 - a) Lapang persepsi menyempit
 - b) Rangsang luar tidak mampu diterima
 - c) Berfokus pada apa yang menjadi perhatian
 3. Respon perilaku dan emosi
 - a) Gerakan tersentak-sentak (meremas tangan)
 - b) Bicara banyak dan lebih cepat
 - c) Susah tidur
 - d) Perasaan tidak aman
- c. Ansietas berat

Pada ansietas berat lapangan persepsi menjadi sangat sempit, individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal lain, individu tidak mampu lagi berpikir realistis dan membutuhkan pengarahannya untuk memusatkan perhatian pada area lain (Bulechek, 2016).

1. Respon fisiologi
 - a) Sering nafas pendek Nadi dan tekanan darah naik
 - b) Berkeringat dan sakit kepala
 - c) Penglihatan kabur
 - d) Ketegangan
2. Respon kognitif
 1. Lapangan persepsi sangat sempit
 2. Tidak mampu menyelesaikan masalah
 3. Respon perilaku dan emosi
 4. Perasaanancam meningkat

2.2.4 Mekanisme Koping

Ketika pasien mengalami ansietas, individu menggunakan bermacam-macam mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya. Dalam bentuk ringan ansietas bentuk ringan ansietas dapat diatasi dengan menangis, tertawa, tidur, olahraga atau merokok. Bila terjadi ansietas berat sampai panik akan terjadi ketidakmampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama perilaku yang patologis, individu akan menggunakan energi yang lebih besar untuk dapat mengatasi ancaman tersebut.

Mekanisme koping untuk mengatasi ansietas adalah:

- a. Reaksi yang berorientasi pada tugas (task oriented reaction)
Merupakan pemecahan masalah secara sadar yang digunakan untuk menanggulangi ancaman stressor yang ada secara realistis yaitu:
 1. Perilaku menyerang (Agresif) Biasanya digunakan individu

untuk mengatasi rintangan agar memenuhi kebutuhan.

2. Perilaku menarik diri Digunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik secara fisik maupun psikologis.
 3. Perilaku kompromi Digunakan untuk merubah tujuan yang akan dilakukan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk mencapai tujuan.
- b. Mekanisme pertahanan ego (Ego oriented reaction) Mekanisme ini membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang yang digunakan untuk melindungi diri dan dilakukan secara sadar untuk mempertahankan keseimbangan. Mekanisme pertahanan ego:
1. Disosiasi adalah pemisahan dari proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya.
 2. Identifikasi (identification) adalah proses dimana seseorang untuk menjadi yang ia kagumi berupaya dengan mengambil/meniru pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.
 3. Intelektualisasi (intellectualization) adalah penggunaan logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.
 4. Introjeksi (introjection) adalah suatu jenis identifikasi yang dimana seseorang mengambil dan melebur nilai-nilai dan kualitas seseorang atau suatu kelompok kedalam struktur egonya sendiri, berupa hati nurani, contohnya rasa benci atau kecewa terhadap kematian orang yang dicintai, dialihkan dengan cara menyalahkan diri sendiri.
 5. Kompensasi adalah proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya.
 6. Penyangkalan (Denial) adalah menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini adalah penting, sederhana,

primitif.

7. Pemindahan (displacement) adalah pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang/benda kepada orang lain/benda lain yang biasanya netral atau kurang mengancam dirinya.
8. Isolasi adalah pemisahan unsur emosional dari suatu pikiran yang mengganggu dapat bersifat sementara atau berjangka lama.
9. Proyeksi adalah pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan, perasaan emosional dan motivasi yang tidak dapat ditoleransi.
10. Rasionalisasi adalah mengemukakan penjelasan yang tampak logis dan dapat diterima masyarakat untuk membenarkan perasaan perilaku dan motif yang tidak dapat diterima.
11. Reaksi formasi adalah pengembangan sikap dan pola perilaku yang ia sadari yang bertentangan dengan apa yang sebenarnya ia rasakan atau ingin dilakukan.
12. Regresi adalah kemunduran akibat stress terhadap perilaku dan merupakan ciri khas dari suatu taraf perkembangan yang lebih dini.
13. Represi adalah pengenyampingan secara tidak sadar tentang- tentang pikiran, ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, dari kesadaran seseorang merupakan pertahanan ego yang primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme lain.

2.2.5 Rentang Respon

Menurut Stuart (2006) “menjelaskan rentang respon individu terhadap cemas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif. Rentang respon yang paling adaptif adalah antisipasi dimana individu siap siaga untuk beradaptasi dengan cemas yang mungkin muncul. Sedangkan rentang yang paling maladaptif adalah panik dimana

individu sudah tidak mampu lagi berespon terhadap cemas yang dihadapi sehingga mengalami gangguan fisik, perilaku maupun kognitif. Seseorang berespon adaptif terhadap kecemasannya maka tingkat kecemasan yang dialaminya ringan, semakin maladaptif respon seseorang terhadap kecemasan maka semakin berat pula tingkat kecemasan yang dialaminya, seperti gambar dibawah ini :

Gambar Rentang Respon Kecemasan (Stuart,2006)

2.2.6 Penatalaksanaan

Menurut Hawari (Yogiantoro, 2017) penatalaksanaan ansietas pada tahap pencegahan dan terapi memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistik, yaitu mencakup fisik (somatik), psikologik atau psikiatrik, psikososial dan psikoreligius. Selengkapanya seperti pada uraian berikut :

- a. Upaya meningkatkan kekebalan terhadap stress, dengan cara :
 1. Makan makanan yang berigizi dan seimbang
 2. Tidur yang cukup
 3. Olahraga yang teratur
 4. Tidak merokok dan tidak minum minuman keras
- b. Terapi Psikofarmaka
 Terapi psikofarmaka yang sering dipakai adalah obat anti cemas (anxiolytic), yaitu seperti diazepam, clobazam, bromazepam, lorazepam, buspirone HCl, meprobamate dan alprazolam.
- c. Terapi Somatik
 Gejala atau keluhan fisik (somatik) sering dijumpai sebagai gejala ikutan atau akibat dari kecemasan yang bekerpanjangan. Untuk menghilangkan keluhan-keluhan somatik (fisik) itu dapat diberikan obat-obatan yang ditujukan pada organ tubuh yang bersangkutan.

d. Psikoterapi

Psikoterapi diberikan tergantung dari kebutuhan individu, antara lain

1. Psikoterapi Suportif
2. Psikoterapi Re-Edukatif
3. Psikoterapi Re-Konstruktif
4. Psikoterapi Kognitif
5. Psikoterapi Psikodinamik
6. Psikoterapi Keluarga

e. Terapi Psikoreligius

Untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian pasien ansietas dapat dilakukan melalui wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga.

Tanda dan gejala ansietas dapat ditemukan dengan wawancara, melalui bentuk pertanyaan sebagai berikut:

- a. Coba ibu/bapak ceritakan masalah yang menghantui pikiran ibu setelah operasi ?
- b. Coba ibu/bapak ceritakan apa yang dirasakan pada saat memikirkan masalah yang dialami terutama setelah operasi?
- c. Apakah ada keluhan lain yang dirasakan
- d. Apakah keluhan tersebut mengganggu aktifitas atau kegiatan sehari-hari

Tanda dan gejala ansietas yang dapat ditemukan melalui **observasi** adalah sebagai berikut: Ekspresi wajah terlihat tegang, rentang perhatian menyempit, perubahan tanda- tanda vital (nadi dan tekanan

darah naik), tampak sering nafas pendek, gerakan tersentak – sentak, meremas-remas tangan dan tampak bicara banyak dan lebih cepat.

Tabel 2.1
Format Analisa data dan Masalah

No	Data	Masalah
1	Subjektif: - Pasien merasa tegang dalam melakukan aktivitas sehari-hari Objektif: - Tampak motivasi dan kreatifitas meningkat - Tampak terpacu untuk menyelesaikan masalah	Kecemasan ringan
2	Subjektif: - Pasien merasa tidak dapat memikirkan hal lain, selain dirinya Objektif: - Pasien mengatakan minta tolong untuk menyelesaikan masalahnya. - Perlu pengarahannya untuk melakukan tugas yang lain	Kecemasan Berat

2.3.2 Diagnosa : Ansietas

Setelah Anda melakukan pengkajian dan mengelompokkan data pada pasien ansietas selanjutnya buatlah pohon masalah. Pohon masalah akan membantu dan mempermudah Anda untuk menegakkan diagnosa keperawatan.

Stressor Fisik

Gambar 2.2

Pohon Masalah pada Pasien Ansietas

2.3.3 Intervensi Keperawatan

- a. Tujuan Tindakan Keperawatan
 1. Klien dapat mengenal ansietas
 2. Klien dapat mengatasi ansietas melalui latihan relaksasi
 3. Klien dapat memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi ansietas.
 4. Melibatkan Keluarga dalam latihan yang telah disusun
- b. Tindakan Keperawatan :
 1. Membina hubungan saling percaya
 2. Membantu klien mengenal ansietas
 3. Mengajarkan teknik nafas dalam
 - a) Pengertian
Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu tindakan keperawatan dengan menghembuskan napas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah juga dapat menurunkan tingkat kecemasan (Smeltzer & Bare, 2002).
 - b) Tujuan
Smeltzer & Bare (2002) menyatakan bahwa tujuan teknik relaksasi napas untuk mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.
 - c) Prosedur teknik relaksasi napas dalam
 - 1) Ciptakan lingkungan yang tenang
 - 2) Usahakan tetap rileks dan tenang

- 3) Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
- 4) Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
- 5) Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
- 6) Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
- 7) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- 8) Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
- 9) Pada saat konsentrasi pusatkan pada hal-hal yang nyaman
- 10) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga ansietas terasa berkurang

4. Mengajarkan relaksasi otot

- a) Identifikasi tingkat cemas
- b) Kaji kesiapan pasien, perasaan pasien.
- c) Ruang yang sejuk, tidak gaduh dan alami
- d) Siapkan tempat tidur atau kursi yang dapat menopang bahu pasien
 - 1) Jelaskan kembali tujuan terapi dan prosedur yang akan dilakukan
 - 2) Pasien berbaring atau duduk bersandar (ada sandaran untuk kaki dan bahu)
 - 3) Lakukan latihan nafas dalam dengan menarik nafas melalui hidung dan dihembuskan melalui mulut
 - 4) Bersama pasien mengidentifikasi (pasien dianjurkan dan dibimbing untuk mengidentifikasi) daerah-daerah otot yang sering tegang misalnya dahi, tengkuk, leher, bahu, pinggang, lengan, betis

- 5) Bimbing pasien untuk mengencangkan otot tersebut selama 5 sampai 7 detik, kemudian bimbing pasien untuk merelaksasikan otot 20 sampai 30 detik.
 - 6) Kencangkan dahi (kerutkan dahi keatas) selama 5-7 detik, kemudian relaksan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya.
 - 7) Kencangkan bahu, tarik keatas selama 5-7 detik, kemudian relaksan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar.
 - 8) Kepalkan telapak tangan dan kencangkan otot bisep selama 5-7 detik, kemudian relaksan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar.
 - 9) Kencangkan betis, ibu jari tarik kebelakang bisep selama 5-7 detik, kemudian relaksan 20-30 detik. Minta Pasien untuk merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar.
 - 10) Selama kontraksi pasien dianjurkan merasakan kencangnya otot dan selama relaksasi anjurkan pasien konsentrasi merasakan rileksnya otot.
- e) Melatih pasien prosedur hipnosis 5 jari
- 1) Atur posisi klien senyaman mungkin
 - 2) Pejamkan mata dan lakukan teknik napas dalam secara perlahan sebanyak 3 kali.
 - 3) Minta pasien untuk relaks
 - 4) Minta pasien untuk menautkan ibu jari dengan jari telunjuk, dan minta pasien untuk membayangkan kondisi dirinya ketika kondisi begitu sehat
 - 5) Tautkan ibu jari dengan jari tengah minta pasien membayangkan ketika mendapatkan hadiah atau barang yang sangat disukai

- 6) Tautkan ibu jari kepada jari manis, bayangkan ketika Anda berada di tempat yang paling nyaman, tempat yang membuat pasien merasa sangat bahagia
 - 7) Tautkan ibu jari dengan jari kelingkng, bayangkan ketika Anda mendapat suatu penghargaan
 - 8) Tarik nafas, lakukan perlahan, lakukan selama 3 kali
 - 9) Buka mata kembali.
- f) Memasukan kejadwal kegiatan harian klien

2.3.4 Evaluasi

- a. Pasien dapat mengenal ansietas
- b. Pasien dapat mengatasi ansietas melalui latih relaksasi:tarik nafas dalam dan distraksi lima jari
- c. Pasien dapat memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi ansietas.
- d. Melibatkan Keluarga dalam latihan yang telah disusun

2.3.5 Pendokumentasian

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan yang meliputi dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi tindakan keperawatan, dan evaluasi. Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan pada klien dengan ansietas.

Tabel 2.2

Contoh Pendokumentasian pada Pasien Ansietas

IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p>Tglbulan..... tahun.....pkl.....</p> <p>Data:</p> <p>Data pasien dan kemampuan</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tidak bisa tidur dan sering terbangun pada malam hari serta sering mimpi buruk Pasien mengatakan sering berdebar- 	<p>S :Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien melatih tarik napas dalam 3 kali sehari Membiasakan berdoa dan cara spiritual lain Mengajak anggota keluarga yang lain untuk bercakap-cakap bila pasien sendirian

<p>debar, sesak napas tangan dan kaki dingin bila memikirkan masalahnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan pasien • Pasien mengatakan bila berdebar2 tarik napas panjang dan berdoa • Bila sulit tidur pasien mengatakan membayangkan hal-hal yang indah dan membaca buku • Pasien mampu mendemonstrasikan cara tarik napas dalam dengan benar <p>Data keluarga dan kemampuan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan sudah mengetahui menurunkan atau menghilangkan ansietas • Keluarga telah mengetahui cara merawat pasien dengan ansietas • Keluarga memantau pasien minum obat <p>DK: ansietas</p> <p>Intervensi:</p> <p>Tindakan ke pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pasien dalam menurunkan ansietas dengan tarik napas dalam dan berdoa. 2. Beri pujian 3. Latih satu cara untuk yaitu bercakap-cakap dengan orang lain seperti keluarga 4. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan bercakap-cakap dengan orang lain/keluarga 5. Mengevaluasi tanda dan gejala ansietas <p>Tindakan ke keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membantu menurunkan tingkat ansietas pasien 2. Beri pujian. 3. Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengajak anggota keluarga yang lain bercakap-cakap dengan pasien jika melihat Klein termenung. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian <p>RTL:</p> <p>Pasien Melakukan latihan menurunkan tingkat ansietas</p> <p>Keluarga Memotivasi dan membimbing pasien untuk menurunkan ansietas.</p>	<p>S : keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan anaknya sudah tenang dan dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal • Keluarga mengatakan senang dapat membimbing dan merawat anaknya • Keluarga mengatakan akan terus memotivasi anaknya untuk melakukan sesuai jadwal <p>O: Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien kooperatif, tampak tenang, ansietas berkurang. <p>O: keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga tampak melatih dan membimbing pasien • Keluarga kooperatif <p>A: Berdoa, tarik napas dalam dan bercakap-cakap mampu menurunkan ansietas.</p> <p>P:</p> <p>P untuk pasien Pasien berlatih menurunkan tingkat ansietas dengan tarik napas, secara spiritual dan afirmasi (3 kali per hari)</p> <p>P . Keluarga Memotivasi dan membimbing sesuai dengan jadwal dan minum obat.</p>
--	--

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Nama : Ny. E Usia : 62 Tahun Tahunan No Reg : - Tgl Masuk RS : Tgl Pengkajian : 04 Oktober 2021 Alamat : Jl. Budi Luhur Kec.Medan Helvetia	Kondisi saat MRS : Sakit kepala, TTV meningkat, badan terasa lemas dan mengalami gangguan penglihatan Kondisi saat ini : Ny. E mengeluh sakit kepala, TTV meningkat, badannya terasa lemah, gangguan penglihatan, cemas, khawatir dan takut akan penyakitnya saat ini.
---	---

3.1 Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Faktor Predisposisi Dan Presipitasi

FAKTOR PREDISPOSISI	FAKTOR PRESIPITASI			STRESSOR
	Nature	Origin	Number – Timing	
Biologi : <ul style="list-style-type: none">• Diagnosa Keperawatan : Diabetes Mellitus (DM)• Klien menderita penyakit DM sejak 5 tahun yang lalu• Klien mengatakan sudah beberapa kali dirawat di rumah sakit semenjak di diagnosa menderita Diabetes Milletus (DM)	<ul style="list-style-type: none">• Sakit kepala, TTV meningkat• Badan lemas, gangguan penglihatan	Internal	Sejak dilakukan pengkajian	DM

<ul style="list-style-type: none"> Klien tidak rutin kontrol penyakitnya ke rumah sakit atau ketempat pelayanan kesehatan sejak 1 tahun yang lalu 				
FAKTOR PREDISPOSISI	FAKTOR PRESIPITASI			STRESSOR
	Nature	Origin	Number – Timing	
Psikologi : <ul style="list-style-type: none"> Klien termasuk tipe orang terbuka sering menceritakan keluhan kesah yang dialami kepada suami dan tidak merasa dirinya tidak berharga Klien merasa cemas dan khawatir dengan masalahnya serta tidak mengerti tentang penyakit yang dialaminya. 	<ul style="list-style-type: none"> Klien merasa cemas dan khawatir Merasa takut 	Internal	Sejak 1 bulan yang lalu	Khawatir dan cemas karena penyakitnya semakin parah
Sociocultural : <ul style="list-style-type: none"> Klien berusia 62 tahun Klien memiliki 2 anak Klien merupakan ibu rumah tangga Klien mengikuti kegiatan yang dilaksanakan baik itu bersifat adat maupun umum walaupun kondisinya sudah semakin menua Klien beragama islam dan taat menjalankan ibadah 				

<ul style="list-style-type: none"> Klien tidak rutin kontrol tentang penyakitnya 				
<p>Genogram:</p>		<p>Ny. E telah menikah dan memiliki 2 orang anak. Ny. E tinggal bersama suami dan 1 orang anaknya.</p>		

3.1.2 Penilaian (Respon) Terhadap Stressor

STRESSOR	KOGNITIF	AFEKTIF	FISIOLOGIS	PERILAKU	SOSIAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN
Biologis <ul style="list-style-type: none"> DM 	<ul style="list-style-type: none"> Menurut klien penyakit DM yang dia alami disebabkan oleh kebiasaan makan makan yang tidak baik Klien menganggap penyakit yang di derita tidak serius Tidak tahu apa yang harus dilakukan untuk penyakitnya 	<ul style="list-style-type: none"> Klien merasa khawatir dan cemas karena penyakitnya semakin parah 	<ul style="list-style-type: none"> Badan lemah Sulit tidur 	<ul style="list-style-type: none"> Klien tidak rutin kontrol ke RS Ekspresi muka khawatir dan cemas Pemeriksaan TTV TD:140/90 mmhg, N : 77 x / menit, P : 23 x / menit, S: 36,9 °C 	<ul style="list-style-type: none"> Pasien mendatangi dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada untuk mencari kesembuhan terhadap masalah yang ia hadapi saat ini 	<ul style="list-style-type: none"> Penampilan peran tidak efektif Kurang pengetahuan Ansietas

STRESSOR	KOGNITIF	AFEKTIF	FISIOLOGIS	PERILAKU	SOSIAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN
Psikologi <ul style="list-style-type: none"> • Khawatir dan cemas karena penyakitnya semakin parah 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tahu bahwa badannya menjadi lemah merupakan dampak dari penyakit yang dideritanya` 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien takut, khawatir dan cemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Badan lemah • Sulit tidur dan sering terbangun apa bila tidur 	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak cemas dan khawatir • Pemeriksaan TTV TD: 140/90 mmhg, N : 77 x / menit, P : 23 x / menit, S: 36,9 °C 	<ul style="list-style-type: none"> • Hubungan klien dengan suami baik • Klien kurang bersosialisasi dengan tetangga 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansietas

3.1.3 Sumber Koping

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERSONAL ABILITY	SOSIAL SUPPORT	MATERIAL ASSET	BELIEF	TERAPI
1. Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mau mengungkapkan perasaan cemas • Klien mengatakan bila cemasnya memuncak maka ia akan mengambil air wudhu dan sholat 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mendapatkan dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya terutama dari suaminya 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosial ekonomi klien menengah • Klien tinggal bersama suami dan satu orang anak 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan 	Terapi generalis : <ul style="list-style-type: none"> • SP 1-4 kecemasan

				suaminya <ul style="list-style-type: none"> • Klien selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya 	Terapi spesialis : <ul style="list-style-type: none"> • Relaksasi nafas dalam • Psikoedukasi keluarga
2. Kurang pengetahuan	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu mengenal dan menilai komplikasi dari penyakitnya • Klien mampu melatih cara hidup sehat 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mendapatkan dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya terutama dari suaminya 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosial ekonomi menengah • Klien tinggal bersama suami dan satu orang anak 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan suaminya • Klien selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya 	Terapi generalis : <ul style="list-style-type: none"> • SP 1-2 kurang pengetahuan Terapi spesialis <ul style="list-style-type: none"> • Terapi suportif FPE • Psikoedukasi keluarga
3. Penampilan	<ul style="list-style-type: none"> • Klien dapat menyebutkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosial ekonomi 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien 	Terapi

peran tidak efektif	penyebab penampilan peran tidak efektif <ul style="list-style-type: none"> • Klien menganggap suami tidak mampu sebagai pengganti akibat kondisi yang berubah 	mendapatkan dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya terutama dari suaminya	klien menengah <ul style="list-style-type: none"> • Klien tinggal bersama suami dan satu orang anak 	berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan suaminya <ul style="list-style-type: none"> • Klien selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya 	generalis : <ul style="list-style-type: none"> • SP 1-2 penampilan peran tidak efektif Terapi spesialis : <ul style="list-style-type: none"> • BT, Terapi Suportif, FPE
---------------------	--	---	--	---	---

3.1.4 Mekanisme Koping

UPAYA YANG DILAKUKAN	ANALISA/KESAN	
	KONSTRUKTIF	DESTRUKTIF
<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan bila ada masalah ia akan membicarakan dengan suami dan keluarga untuk mencari jalan keluarnya • Bila sakit klien berobat ke pelayanan kesehatan • Klien taat menjalankan ibadah sesuai dengan 	✓ Ny. E mengatakan bila ada masalah, maka ia akan membicarakan dengan suami, anak dan keluarga untuk mencari jalan keluarnya	

keyakinannya • Klien selalu berdoa untuk kesembuhannya	✓ Bila sakit Ny.E berobat ke pelayanan kesehatan ✓ Ny.E taat menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya ✓ Ny.E selalu berdoa kepada Tuhan untuk kesembuhannya.	
---	---	--

3.1.5 Status Mental

1. Penampilan	Rapi
2. Pembicaraan	Berbicara dengan jelas dan menjawab pertanyaan dengan tepat
3. Aktivitas motorik	Nampak tenang, tidak ada gerakan di ulang-ulang/gemetar
4. Interaksi selama wawancara	Menjawab pertanyaan perawat, kontak mata bagus dan menatap mata pasien
5. Alam perasaan	Menunjukkan ekspresi khawatir dan takut karena trauma ke rs
6. Afek	Sesuai dengan stimulus yang diberikan
7. Persepsi	Tidak pernah mengalami halusinasi
8. Isi pikir	Tidak mengalami gangguan isi pikiran
9. Proses pikir	Pembicaraan pasien jelas dan tidak berbelit-belit, tidak diulang berkali-kali
10. Tingkat kesadaran	Sadar dia sedang dimana, sadar mengenai siapa dia berbicara
11. Daya ingat	Mengingat peristiwa yang terjadi pada dirinya baik dimasa lalu maupun sekarang ini
12. Kemampuan berhitung	Konsentrasi pasien baik dan fokus terhadap apa yang ditanyakan oleh perawat
13. Penilaian	Mendahulukan kegiatan merapikan tempat tidur atau menyapu
14. Daya tilik diri	Pasien kurang mengetahui penyakit yang dideritanya

3.2 Diagnosa Dan Terapi

DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN TERAPI KEPERAWATAN	DIAGNOSA MEDIS DAN TERAPI MEDIS
<p>1. Ansietas</p> <ul style="list-style-type: none">• Sp1: Kaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien mengurangi kecemasan• Sp2 : Jelaskan tanda dan gejala, penyebab, dan akibat dari kecemasan• Sp3 : Latihan cara mengatasi kecemasan :<ul style="list-style-type: none">✓ Teknik relaksasi napas dalam✓ Distraksi : bercakap-cakap hal positif✓ Hipnotis 5 jari fokus pada hal yang positif• Sp4 : Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan\• Terapi Spesialis : TS, PMR, Logo ACT <p>2. Ketidakberdayaan</p> <p>Assesment ketidakberdayaan dan latihan berpikir positif</p> <p>3. Penampilan peran tidak efektif</p> <p>Terapi Perilaku</p>	<p>1. Diagnosa medis :</p> <p>Diabetes Mellitus (DM)</p> <ul style="list-style-type: none">• Istirahat yang cukup• Atur pola makan

3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI
<p>Tanggal : 06 Oktober 2021 Jam : 10.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan salam terapeutik 2. Kaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien mengurangi kecemasan 3. Jelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat dari kecemasan 4. Latihan cara mengatasi kecemasan : <ul style="list-style-type: none"> • Teknik relaksasi napas dalam • Distraksi : bercakap-cakap hal positif • Hipnotis 5 jari fokus pada hal-hal yang positif 5. Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan. 	<p>S: Pasien senang O : Pasien mampu melakukan nafas dalam dengan motivasi Pasien mampu latihan distraksi dengan mandiri Pasien mampu melakukan hipnotis 5 jari dengan bantuan A: Ansietas (+) P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latihan cara mengatasi kecemasan: • Teknik relaksasi napas dalam 3x sehari • Distraksi : bercakap-cakap hal positif 3x sehari • Hipnotis 5 jari fokus 3x sehari
<p>Tanggal : 07 Oktober 2021 Jam : 10.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Latihan cara mengatasi kecemasan : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Teknik relaksasi napas dalam ✓ Distraksi : bercakap-cakap hal positif ✓ Hipnotis 5 jari fokus pada hal-hal yang positif 2 Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan 	<p>S :Pasien senang O: Pasien mampu melakukan nafas dalam dengan motivasi Pasien mampu latihan distraksi dengan mandiri Pasien mampu melakukan hipnotis 5 jari dengan bantuan A: Ansietas (-) P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latihan relaksasi nafas dalam 3x sehari • Distraksi 3x sehari • Latihan hipnotis 5 jari 3x sehari
<p>Tanggal : 08 Oktober 2021 Jam : 10.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Latihan cara mengatasi kecemasan : 	<p>S : Pasien senang O: Pasien mampu melakukan nafas dalam dengan motivasi Pasien mampu latihan distraksi dengan mandiri Pasien mampu melakukan hipnotis 5 jari dengan bantuan</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Teknik relaksasi napas dalam ✓ Distraksi : bercakap-cakap hal positif ✓ Hipnotis 5 jari fokus pada hal-hal yang positif <p>2 Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan</p>	<p>A:Ansietas (-)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latihan relaksasi nafas dalam 3x sehari • Distraksi 3x sehari • Latihan hipnotis 5 jari 3x sehari
<p>Tanggal 09 Oktober 2021 Jam: 10.00 wib</p> <p>1 Latihan cara mengatasi kecemasan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Teknik relaksasi napas dalam ✓ Distraksi : bercakap-cakap hal positif ✓ Hipnotis 5 jari fokus pada hal-hal yang positif <p>2 Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan</p>	<p>S : Klien mengatakan ansietasnya sudah berkurang, pasien sudah merasa lebih tenang.</p> <p>O:Pasien mampu melakukan nafas dalam dengan motivasi Pasien mampu latihan distraksi dengan mandiri Pasien mampu melakukan hipnotis 5 jari dengan bantuan.</p> <p>A:Ansietas (-)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latihan relaksasi nafas dalam 3x sehari • Distraksi 3x sehari • Latihan hipnotis 5 jari 3x sehari
<p>Tanggal 10 Oktober 2021 Jam: 10.00 wib</p> <p>1 Latihan cara mengatasi kecemasan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Teknik relaksasi napas dalam ✓ Distraksi : bercakap-cakap hal positif ✓ Hipnotis 5 jari fokus pada hal-hal yang positif <p>2 Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan</p>	<p>S: senang</p> <p>O:Pasien mampu melakukan nafas dalam dengan motivasi Pasien mampu latihan distraksi dengan mandiri Pasien mampu melakukan hipnotis 5 jari dengan bantuan</p> <p>A:Ansietas (-)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latihan relaksasi nafas dalam 3x sehari • Distraksi 3x sehari • Latihan hipnotis 5 jari 3x sehari
<p>Tanggal 11 Oktober 2021 Jam: 10.00 wib</p> <p>1 Latihan cara mengatasi kecemasan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Teknik relaksasi napas dalam 	<p>S: Pasien senang</p> <p>O : Pasien mampu melakukan nafas dalam dengan motivasi Pasien mampu latihan distraksi dengan mandiri Pasien mampu melakukan hipnotis 5 jari dengan bantuan</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Distraksi : bercakap-cakap hal positif ✓ Hipnotis 5 jari fokus pada hal-hal yang positif <p>2 Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan</p>	<p>A: Ansietas (-)</p> <p>P : Latihan relaksasi nafas dalam 3x sehari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distraksi 3x sehari • Latihan hipnotis 5 jari 3x sehari
--	--

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. S 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.

- a. Pada tahap evaluasi penulis hanya dapat melaksanakan diagnosa keperawatan yang pertama saja.

Pada evaluasi yang diharapkan adalah :

1. Membina hubungan saling percaya
2. Mengenali dan mengekspresikan emosinya
3. Mampu mengenal ansietas
4. Mampu mengatasi ansietas melalui teknik relaksasi
5. Mampu mengatasi ansietas dengan distraksi

6. Mampu mengatasi ansietas melalui hipnotis lima jari
7. Mampu mengatasi ansietas melalui kegiatan spritual.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan konsep asuhan keperawatan yang telah disusun dan dilaksanakan kepada Ny. S dimiliki dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi didapat hasil bahwa Ny.E dengan keluhan utama cemas akan Penyakit diabetes melitus sehingga tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya. Data objektif yaitu gangguan penglihatan, badan lemas dan 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 terkhusus pada klien dengan kecemasan pada pasien diabetes melitus.

DAFTAR PUSTAKA

1. American Diabetes Association. (2019). Diagnosis and classification of diabetes Melitus. USA: American Diabetes Association.
2. Arisman. (2016). Diabetes Melitus& Dislipidemia. Jakarta: EGC
3. Bulechek, G.M., Butcher H.K., Dotcherman J.M. (2016).Nursing Interventions Classification (NIC) 6th Indonesian Edition.Elsevier. Singapore.
4. Hulu, E. K., & Pardede, J. A. (2016). Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operatif Di Rumah Sakit Sari Mutiara Medan. *Jurnal Keperawatan*, 2(1).
5. Marbun, A., Pardede, J. A., & Perkasa, S. I. (2019). Efektivitas Terapi Hipnotis Lima Jari terhadap Kecemasan Ibu Pre Partum di Klinik Chelsea Husada Tanjung Beringin Kabupaten Serdang Bedagai. *Jurnal Keperawatan Priority*, 2(2), 92-99. <https://doi.org/10.34012/jukep.v2i2.568>
6. Pardede, J. A. (2020). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Kecemasan.
7. Pardede, J. A., & Simangunsong, M. M. (2020). Family Support With The Level of Preschool Children Anxiety in the Intravenous Installation. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 8(3), 223-234. <https://doi.org/10.26714/jkj.8.3.2020.223-234>
8. 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 Covid19 in Era New Normal. *Jurnal Peduli Masyarakat*, 2(3), 105-112. <https://doi.org/10.37287/jpm.v2i3.128>
9. Pardede, J., Simanjuntak, G. V., & Manalu, N. (2020). Effectiveness of deep breath relaxation and lavender aromatherapy against preoperative patient anxiety. *Diversity and Equality in Health and Care*, 17(4), 168-173.
10. 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.
11. 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.
12. PERKENI.(2006).*buku konsensus 2006. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2006*. Jakarta
13. Riskesdas .(2018). Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Riset Kesehatan Dasar 2018
14. Stuart, G. W. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa* . Edisi 5. Jakarta. EGC
15. Stuart, Keliat & Pasaribu (2016). Prinsip Dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Edisi Indonesia (Buku 1). Singapura:Elsevier 35
16. Suliswati. 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
17. Videbeck, Sheila L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Jakarta : EGC
18. Yulia, A. (2020). Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Senam Kaki Dengan Tindakan Pencegahan Komplikasi Kaki Pada Pasien Diabetes Mellitus. *Menara Ilmu*, 14(1).
19. Christine, B. (2001). *Kamus Saku Keperawatan*. Jakarta : EGC

20. Brunner & Suddart. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Vol 2 Jakarta : EGC
21. Sjaifoellah H.M. (2003). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, cetakan keenam. Balai Penerbit FKUI : Jakarta
22. Soegondo S. (2007). *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*, cetakan keenam. Balai Penerbit FKUI : Jakarta