Asuhan Keperawatan Psikososial Pada Tn. K Dengan Masalah Kecemasan Di Jalan Bakti Luhur

Refortinus Zega

refortinuszega21@gmail.com

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) adalah selompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia (Smeltzer, 2010). Menurut Buraerah (2010) Diabetes Melitus merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relatif dari kerja dan atau sekresi insulin. Adapun gejala yang dikeluhkan oleh penderita Diabetes Mellitus yaitu polidipsia, poliuria, polifagia, penurunan berat badan, dan kesemutan.

Penderita dengan Diabetes Mellitus mengalami banyak perubahan dalam hidupnya, seperti pengaturan pola makan, olah raga, kontrol gula darah, dan lain-lain yang harus dilakukan sepanjang hidupnya. Perubahan-perubahan yang mendadak ini membuat penderita Diabetes Mellitus menunjukkan beberapa reaksi psikologis yang negative, diantaranya yaitu marah, merasa tidak berguna, kecemasan yang meningkat dan depresi. Adanya kecemasan ini disebabkan karena adanya komplikasi yang di akibat ketidakmampuan penyandang Diabetes Mellitus dalam mengontrol gula darah yang ada dalam dirinya, Kecemasan pada pasien DM Tipe II dapat diminimalkan dengan mencegah terjadinya komplikasi, untuk itu di perlukan pengontrolan secara terapeutik dan perubahan gaya hidup tepat, tegas, dan permanen (Limbong, 2015).

Diabetes Mellitus adalah suatu keadaan seseorang yang mengalami ketidakstabilan gula darah ditandai dengan adanya ketidakabsolutan insulin dalam tubuh (Kemenkes RI, 2014). Diabetes Mellitus merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat jumlah insulin yang dihasilkan oleh sel beta pankreas tidak dapat mencukupi kebutuhan metabolisme secara normal, karena sel beta pankreas mengalami penurunan fungsi mengakibatkan hormon insulin dan glukagon yang terlibat dalam pengaturan kadar gula dalam darah mengalami gangguan dan tidak dapat melakukan metabolisme secara normal.

Diabetes melitus sendiri merupakan salah satu penyakit degenerative yang jumlahnya meningkat dari tahun ke tahun, hal ini dibuktikan pada hasil penelitian World Health Organization (WHO) pada tahun 2018. WHO melaporkan sebanyak 200 juta jiwa di dunia menderita diabetes pada tahun 2018 dan diperkirakan pada 2025 jumlah penderita dapat mencapai sekitar 330 juta jiwa. Di Indonesia berdasarkan data PERKENI (Perkumpulan Endokrinologi) pada tahun 2015 Indonesia telah mencapai 9,1 juta orang yang menderita Diabetes Mellitus (PERKENI, 2015).

Ludiana (2017) menyatakan bahwa kecemasan dapat menyebabkan peningkatan hormon glukokortikoid (kortisol), ketokolamin (epinefrin) dan hormon pertumbuhan. Kecemasan melibatkan perasaan, perilaku dan respon fisiologis. Respon fisiologis terhadap cemas dapat mempengaruhi hipotalamus hipofisis, sehingga dapat mempengaruhi fungsi endokrin seperti meningkatnya kadar gula kortisol yang ternyata memberikan dampak buruk terhadap fungsi insulin, serta dapat merangsang glukoneogenesis dan menghambat penyerapan glukosa sehingga dapat menyebabkan peningkatan kadar glukosa dalam darah. Bila kecemasan pada penderita DM Tipe II tidak segera ditangani dan terus meningkat maka dapat meningkatkan kadar glukosa dalam darah. Ansietas dapat diatasi dengan cara farmakologi dan non farmakologi.

Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan

mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan perubahan fisiologis dan psikologis. Kecemasan dalam pandangan kesehatan juga merupakan suatu keadaan yang menggoncang karena adanya ancaman terhadap kesehatan (Kaplan, Saddock, & Grebb, 2010). Menurut Stuart (2016) kecemasan merupakan suatu kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya.

Seseorang yang mengalami kecemasan akan menyerang bagian kognitifnya, hal ini dapat dilihat dari cara seseorang tersebut mempersepsikan sesuatu, dimana persepsi cenderung menyempit dan sering kali berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya saja atau pada stressor yang dialaminya saja (Donsu, 2017). National Comorbidity Study (NSC) mengungkapkan 1 dari 4 orang memenuhi kriteria untuk sedikitnya satu gangguan kecemasan, sedangkan pencetus terjadinya kecemasan antara lain adalah penyakit kronis, trauma fisik, dan pembedahan (Lubis & Afif, 2014).

Menurut World Health Organization (2017) gangguan kecemasan merupakan masalah yang serius, dengan prevalensi 14,9% atau sekitar 264 juta orang mengalami kecemasan di dunia. Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan hasil sebesar 9,8 % usia 15 tahun keatas di indonesia mengalami ansietas, dengan kata lain 25,97 juta penduduk di indonesia mengalami gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala ansietas. Sedangkan di Sumatera utara didapatkan prevalensi lebih tinggi dari pada prevalensi nasional yaitu sebesar 13,5%.

Kecemasan telah diprediksi WHO sebagai penyebab masalah utama pada tahun 2020 dan sebagai penyakit kedua di dunia. Seseorang dengan mengalami penyakit kronis, rentan mengalami kecemasan salah satunya adalah pasien diabetes mellitus. Badan kesehatan dunia mencatat 27% pasien DM mengalami kecemasan (Murdiningsih & ghofur, 2013). Salah satu tujuan dalam kesehatan jiwa adalah memberikan pelayanan kesehatan

secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam rangka mengendalikan penyakit tidak menular, khususnya hipertensi, diabetes mellitus, obesitas dan kanker.

Berdasarkan survei awal pada pasien di jalan bakti luhur no. 133, didapatkan bahwa pasien saat diajak komunikasi terlihat gelisah, bicara cepat dan kontak mata tidak fokus, 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 karena sudah tidak pernah kontrol lagi dan umur yang kini sudah menua sehingga tidak bisa melakukan banyak aktivitas terutama kegiatan.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Dapat mengetahui gambaran kecemasan pasien DM

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa dapat mengetahui karakteristik pasien DM (Usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama menderita)
2. Mahasiswa dapat mengetahui Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM Dengan Kecemasan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Ansietas

2.1.1 Defenisi Ansietas

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)).

dampak dari kecemasan berat pada pasien preoperasi tidak menutup kemungkinan tindakan pembedahan tidak bisa dilakukan, karena pasien yang cemas sebelum dilakukan operasi akan menyebabkan tekanan darah meningkat, sehingga ketika dilakukan tindakan pembedahan akan mempersulit dalam menghentikan perdarahan, dan bahkan setelah tindakan pembedahan pun akan menghambat penyembuhan (Pardede, Hulu & Sirait, 2021).

2.1.2 Etiology

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 :

1. Faktor predisposisi

Berbagai teori yang dikembangkan untuk menjelaskan penyebab ansietas adalah:

a. 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

b. 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

c. Teori perilaku

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

d. 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)

2. Faktor presipitasi

Bersumber dari eksternal dan internal seperti :

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

3. Perilaku

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

2.1.3 Tingkat Ansietas

1. 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).

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

2. Ansietas sedang

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

- a. Respon fisiologis
 - 1. Nadi (ekstra systole) dan tekanan darah naik
 - 2. Mulut kering
 - 3. Anorexia
 - 4. Diare/konstipasi
 - 5. Gelisah
- b. Respon kognitif
 - 1. Lapang persepsi menyempit
 - 2. Rangsang luar tidak mampu diterima
 - 3. Berfokus pada apa yang menjadi perhatian
- c. Respon perilaku dan emosi
 - 1. Gerakan tersentak-sentak (meremas tangan)

2. Bicara banyak dan lebih cepat
 3. Susah tidur
 4. Perasaan tidak aman
3. 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).
- a. Respon fisiologi
 - 1) Sering nafas pendek Nadi dan tekanan darah naik
 - 2) Berkeringat dan sakit kepala
 - 3) Penglihatan kabur
 - 4) Ketegangan
 - b. Respon kognitif
 1. Lapang persepsi sangat sempit
 2. Tidak mampu menyelesaikan masalah
 3. Respon perilaku dan emosi
 4. Perasaan ancaman meningkat
 2. verbalisasi cepat
 5. Blocking

2.1.4 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:

1. Reaksi yang berorientasi pada tugas (task oriented reaction)
Merupakan pemecahan masalah secara sadar yang digunakan untuk menanggulangi ancaman stressor yang ada secara realistis yaitu:
 - a. Perilaku menyerang (Agresif) Biasanya digunakan individu untuk mengatasi rintangan agar memenuhi kebutuhan.
 - b. Perilaku menarik diri Digunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik secara fisik maupun psikologis.
 - c. Perilaku kompromi Digunakan untuk merubah tujuan yang akan dilakukan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk mencapai tujuan.
2. 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:
 - a. Disosiasi adalah pemisahan dari proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya.
 - b. Identifikasi (identification) adalah proses dimana seseorang untuk menjadi yang ia kagumi berupaya dengan mengambil/meniru pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.
 - c. Intelektualisasi (intellectualization) adalah penggunaan logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.
 - d. 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.
 - e. Kompensasi adalah proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya. Penyangkalan

(Denial) adalah menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini adalah penting, sederhana, primitif.

- f. Pemindahan (displacement) adalah pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang/benda kepada orang lain/benda lain yang biasanya netral atau kurang mengancam dirinya.
- g. Isolasi adalah pemisahan unsur emosional dari suatu pikiran yang mengganggu dapat bersifat sementara atau berjangka lama.
- h. Proyeksi adalah pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan, perasaan emosional dan motivasi yang tidak dapat ditoleransi.
- i. Rasionalisasi adalah mengemukakan penjelasan yang tampak logis dan dapat diterima masyarakat untuk membenarkan perasaan perilaku dan motif yang tidak dapat diterima.
- j. Reaksi formasi adalah pengembangan sikap dan pola perilaku yang ia sadari yang bertentangan dengan apa yang sebenarnya ia rasakan atau ingin dilakukan.
- k. Regresi adalah kemunduran akibat stress terhadap perilaku dan merupakan ciri khas dari suatu taraf perkembangan yang lebih dini.
- l. 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 Konsep DM

2.2.1 Definisi Diabetes Melitus

Diabetes berasal dari bahasa Yunani yang berarti “mengalirkan atau mengalihkan” (*siphon*). Mellitus berasal dari bahasa latin yang bermakna manis atau madu. Penyakit diabetes melitus dapat diartikan individu yang mengalirkan volume urine yang banyak dengan kadar glukosa tinggi. Diabetes melitus adalah penyakit hiperglikemia yang

ditandai dengan ketidakadaan absolute insulin atau penurunan relative insensitivitas sel terhadap insulin (Corwin, 2009).

Diabetes Melitus (DM) adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah, disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop elektron (Mansjoer, 2007)

Menurut American Diabetes Association (ADA) tahun 2005, diabetes merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya.

DM merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kelainan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia yang disebabkan defisiensi insulin atau akibat kerja insulin yang tidak adekuat (Brunner & Suddart, 2002).

2.2.2 Patofisiologi Diabetes Melitus

Apabila jumlah insulin berkurang, jumlah glukosa yang memasuki sel akan berkurang juga. disamping itu produksi glukosa oleh hati menjadi tidak terkendali. Kedua faktor ini akan menimbulkan hiperglikemi. Dalam upaya untuk menghilangkan glukosa yang berlebihan dari dalam tubuh, ginjal akan mengekskresikan glukosa bersama-sama air dan elektrolit (seperti natrium dan kalium). Diurisis osmotik yang ditandai oleh urinasi yang berlebihan (poliuri) akan menyebabkan dehidrasi dan kehilangan elektrolit. Penderita ketoasidosis diabetik yang berat dapat kehilangan kira-kira 6,5 L air dan sampai 400 hingga 500 mEq natrium, kalium serta klorida selama periode waktu 24 jam.

Akibat defisiensi insulin yang lain adalah pemecahan lemak (lipolisis) menjadi asam-asam lemak bebas dan gliserol. Asam lemak bebas akan diubah menjadi badan keton oleh hati. Pada ketoasidosis diabetik terjadi produksi badan keton yang berlebihan sebagai akibat dari

kekurangan insulin yang secara normal akan mencegah timbulnya keadaan tersebut. Badan keton bersifat asam, dan bila bertumpuk dalam sirkulasi darah, badan keton akan menimbulkan asidosis metabolik.

2.2.3 Etiologi Diabetes Melitus

Diabetes melitus merupakan suatu sindroma klinik yang ditandai oleh poliuri, polidipsi, dan polifagi serta peningkatan kadar glukosa atau disebut hiperglikemia yaitu suatu kadar gula darah yang tingginya sudah membahayakan. Hal tersebut dikarenakan tubuh tidak mampu mengendalikan jumlah gula, atau glukosa, dalam aliran darah dan terjadi sekresi insulin yang tidak adekuat atau tidak ada, dengan atau tanpa gangguan kerja insulin (Katzung, 2007). Insulin merupakan suatu hormon polipeptida yang disintesis oleh sel khusus di pancreas yaitu sel beta pulau Langerhans. Insulin memberi sinyal kepada sel tubuh agar menyerap glukosa. Insulin, bekerja dengan hormone pancreas lain yang disebut glukagon, juga mengendalikan jumlah glukosa dalam darah. Apabila tubuh menghasilkan terlalu sedikit insulin atau jika tubuh tidak menanggapi insulin dengan tepat terjadilah diabetes mellitus. Gangguan metabolisme lemak dan protein serta resiko timbulnya gangguan mikrovaskular dan makrovaskular meningkat dapat terjadi apabila diabetes mellitus tidak segera diatasi (Farkol UI, 2009). Beberapa cara yang bisa dilakukan untuk mengendalikan diabetes mellitus antara lain makanan yang rendah kadar gulanya, obat yang diminum, atau suntikan insulin secara teratur. Meskipun begitu, penyakit ini lama kelamaan terkadang menyebabkan komplikasi seperti kebutaan dan stroke. Penyebab utama diabetes di era globalisasi adalah adanya perubahan gaya hidup (pola makan yang tidak seimbang, kurang aktivitas fisik). Selain itu, adanya stress, kelainan genetika, usia yang semakin lama semakin tua dapat pula menjadikan salah satu faktor penyebab timbulnya penyakit diabetes. Penyakit ini dapat dicegah dengan merubah pola makan yang seimbang (hindari makanan yang

banyak mengandung protein, lemak, gula, dan garam), melakukan aktivitas fisik minimal 30 menit setiap hari (berenang, bersepeda, jogging, jalan cepat), serta rajin memeriksakan kadar gula urine setiap tahun (Sinaga, 2003).

2.2.4 Klasifikasi dan Etiologi

Menurut American Diabetes Association (ADA) tahun 2009, klasifikasi Diabetes Melitus adalah sbb:

1. Diabetes Melitus tipe 1

DM tipe 1 sering dikatakan sebagai diabetes “*Juvenile onset*” atau “*Insulin dependent*” atau “*Ketosis prone*”, karena tanpa insulin dapat terjadi kematian dalam beberapa hari yang disebabkan ketoasidosis. Istilah “*juvenile onset*” sendiri diberikan karena onset DM tipe 1 dapat terjadi mulai dari usia 4 tahun dan memuncak pada usia 11-13 tahun, selain itu dapat juga terjadi pada akhir usia 30 atau menjelang 40.

Karakteristik dari DM tipe 1 adalah insulin yang beredar di sirkulasi sangat rendah, kadar glukagon plasma yang meningkat, dan sel beta pankreas gagal berespons terhadap stimulus yang semestinya meningkatkan sekresi insulin.

DM tipe 1 sekarang banyak dianggap sebagai penyakit autoimun. Pemeriksaan histopatologi pankreas menunjukkan adanya infiltrasi leukosit dan destruksi sel Langerhans. Pada 85% pasien ditemukan antibodi sirkulasi yang menyerang *glutamic-acid decarboxylase* (GAD) di sel beta pankreas tersebut. Prevalensi DM tipe 1 meningkat pada pasien dengan penyakit autoimun lain, seperti penyakit Grave, tiroiditis Hashimoto atau myasthenia gravis. Sekitar 95% pasien memiliki *Human Leukocyte Antigen* (HLA) DR3 atau HLA DR4.

Kelainan autoimun ini diduga ada kaitannya dengan agen infeksius/lingkungan, di mana sistem imun pada orang dengan kecenderungan genetik tertentu, menyerang molekul sel beta pankreas yang ‘menyerupai’ protein virus sehingga terjadi destruksi sel beta dan defisiensi insulin. Faktor-faktor yang diduga berperan memicu serangan terhadap sel beta, antara lain virus (mumps, rubella, coxsackie), toksin kimia, sitotoksin, dan konsumsi susu sapi pada masa bayi.

Selain akibat autoimun, sebagian kecil DM tipe 1 terjadi akibat proses yang idiopatik. Tidak ditemukan antibodi sel beta atau aktivitas HLA. DM tipe 1 yang bersifat idiopatik ini, sering terjadi akibat faktor keturunan, misalnya pada ras tertentu Afrika dan Asia.

1. Diabetes Melitus tipe 2

Tidak seperti pada DM tipe 1, DM tipe 2 tidak memiliki hubungan dengan aktivitas HLA, virus atau autoimunitas dan biasanya pasien mempunyai sel beta yang masih berfungsi (walau terkadang memerlukan insulin eksogen tetapi tidak bergantung seumur hidup). DM tipe 2 ini bervariasi mulai dari yang predominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif, sampai yang predominan gangguan sekresi insulin bersama resistensi insulin. Pada DM tipe 2 resistensi insulin terjadi pada otot, lemak dan hati serta terdapat respons yang inadekuat pada sel beta pankreas. Terjadi peningkatan kadar asam lemak bebas di plasma, penurunan transpor glukosa di otot, peningkatan produksi glukosa hati dan peningkatan lipolisis. Efek yang terjadi pada DM tipe 2 disebabkan oleh gaya hidup yang diabetogenik (asupan kalori yang berlebihan, aktivitas fisik yang rendah, obesitas) ditambah kecenderungan secara genetik. Nilai BMI yang dapat

memicu terjadinya DM tipe 2 adalah berbeda-beda untuk setiap ras.

2. Diabetes Melitus tipe lain

- Defek genetik fungsi sel beta

Beberapa bentuk diabetes dihubungkan dengan defek monogen pada fungsi sel beta, dicirikan dengan onset hiperglikemia pada usia yang relatif muda (<25 tahun) atau disebut *maturity-onset diabetes of the young* (MODY). Terjadi gangguan sekresi insulin namun kerja insulin di jaringan tetap normal. Saat ini telah diketahui abnormalitas pada 6 lokus di beberapa kromosom, yang paling sering adalah mutasi kromosom 12, juga mutasi di kromosom 7p yang mengkode glukokinase. Selain itu juga telah diidentifikasi kelainan genetik yang mengakibatkan ketidakmampuan mengubah proinsulin menjadi insulin.

- Defek genetik kerja insulin

Terdapat mutasi pada reseptor insulin, yang mengakibatkan hiperinsulinemia, hiperglikemia dan diabetes. Beberapa individu dengan kelainan ini juga dapat mengalami akantosis nigricans, pada wanita mengalami virilisasi dan pembesaran ovarium.

- Penyakit eksokrin pankreas

Meliputi pankreatitis, trauma, pankreatektomi, dan carcinoma pankreas.

- Endokrinopati

Beberapa hormon seperti GH, kortisol, glukagon dan epinefrin bekerja mengantagonis aktivitas insulin. Kelebihan hormon-hormon ini, seperti pada sindroma Cushing, glukagonoma, feokromositoma dapat menyebabkan diabetes. Umumnya terjadi pada orang yang sebelumnya mengalami defek sekresi insulin, dan hiperglikemia dapat diperbaiki bila kelebihan hormon-hormon tersebut dikurangi.

- Karena obat/zat kimia
Beberapa obat dapat mengganggu sekresi dan kerja insulin. Vacor (racun tikus) dan pentamidin dapat merusak sel beta. Asam nikotinat dan glukokortikoid mengganggu kerja insulin.
- Infeksi
Virus tertentu dihubungkan dengan kerusakan sel beta, seperti rubella, coxsackievirus B, CMV, adenovirus, dan mumps.
- Immunologi
Ada dua kelainan imunologi yang diketahui, yaitu sindrom stiffman dan antibodi antiinsulin reseptor. Pada sindrom stiffman terjadi peninggian kadar autoantibodi GAD di sel beta pankreas.
 - Sindroma genetik lain
 - Down's syndrome, Klinefelter syndrome, Turner syndrome, dll.

3. Diabetes Kehamilan/gestasional

Diabetes kehamilan didefinisikan sebagai intoleransi glukosa dengan onset pada waktu kehamilan. Diabetes jenis ini merupakan komplikasi pada sekitar 1-14% kehamilan. Biasanya toleransi glukosa akan kembali normal pada trimester ketiga.

2.2.5 Gejala klinis Diabetes Melitus

Untuk mengetahui apakah seorang menderita DM yaitu dengan memeriksakan kadar gula dalam darah. Kadar gula darah normal adalah Pada saat : Puasa (nuchter): 80 -<110 mg/dl dan Setelah makan: 110-<160 gr/dl. Gejala akut yang ditunjukkan pada satu penderita dengan penderita yang lain selalu tidak sama. Namun ada gejala yang khas yang sering kurang dirasakan. Adapun gejala-gejala yang ditunjukkan oleh penderita DM adalah sebagai berikut:

1. Sering kencing (polyuria), terutama dalam malam hari.
2. Sering haus (polydipsia) dan makan (polyphagia)
3. Berat badan menurun meskipun banyak makan.

4. Sering merasa lelah dan mengantuk.
5. Gatal-gatal dan bila ada luka sikar sembuh.
6. Nyeri otot.
7. Menurunnya gairah seks.

Sedangkan pada diabetes kronis biasanya gejala timbul secara perlahan, antara lain:

1. Sering kesemutan
2. Kulit terasa panas atau seperti tertusuk jarum
3. Rasa tebal di kulit
4. Mudah kram
5. Mengantuk
6. Mata kabur
7. Gatal sekitar kemaluan (terutama wanita)
8. Gigi mudah goyang dan lepas
9. Kemampuan seksual menurun bahkan impotent

2.2.6 Diit Diabetes Melitus

Syarat Diet :

- a. Energi cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal. Kebutuhan energi ditentukan dengan memperhitungkan kebutuhan. Untuk metabolisme basal sebesar 25-30 kkal/kgBB normal, ditambah kebutuhan untuk aktifitas fisik dan keadaan khusus misalnya kehamilan atau laktasi serta ada tidaknya komplikasi. Makanan dibagi dalam tiga porsi besar, yaitu makan pagi (20%), siang (30%) dan sore (25%) serta 2-3 porsi kecil untuk makanan selingan (masing-masing 10-15%)
- b. Kebutuhan protein normal yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total.
- c. Kebutuhan lemak sedang yaitu 20-25% dari kebutuhan energi total. Kolesterol kurang dari 300 mg/hari
- d. Kh 60-70% terutama karbohidrat kompleks dengan indeks glikemik yang rendah

- e. Penggunaan gula murni dalam minuman dan makanan tidak diperbolehkan kecuali sedikit sebagai bumbu masakan. Bila kadar gula terkendali diperbolehkan mengkonsumsi gula murni sampai 5% dari kebutuhan energi total.
- f. Penggunaan gula alternative (selain sukrosa) dalam jumlah terbatas. Ada dua jenis gula alternative yaitu yang bergizi (fruktosa gula alkohol berupa sorbitol, manitol, dan silitol) dan gula alternative tidak bergizi (aspartam dan sakarin)
- g. Asupan serat 25-50 g/hari dengan menggunakan serat larut air
- h. Asupan natrium pada penderita DM tanpa hipertensi yaitu 1-3 g/hari tetapi bila terdapat hipertensi asupan natrium dikurangi
- i. Cukup vitamin dan mineral.

BAB 3
TINJAUAN KASUS

<p>Nama : Tn.K</p> <p>Usia : 70 tahun</p> <p>Tahun no reg : -</p> <p>Ruangan : -</p> <p>Tgl masuk rs: -</p> <p>Tgl pengkajian : 05 oktober 2021</p> <p>Alamat : jl. Bakti luhu no113</p>	<p>Kondisi saat MRS: Keluarga pasien mengatakan lemas dan pasien memiliki DM dengan pengobatan rutin</p> <p>Kondisi saat ini :</p> <p>Tn. K mengalami penyakit DM dan hipertensi dengan gangguan penurunan penglihatan. Pasien mengatakan merasa khawatir dengan penyakitnya</p>
--	--

1. FAKTOR PREDISPOSISI DAN PRESIPITASI

FAKTOR PREDISPOSISI	FAKTOR PRESIPITASI			STRESSOR
	Nature	Origin	Number – Timing	
Biologis: <ol style="list-style-type: none"> DM Tn.K mengalami DM sejak umur 50 tahun lalu Tn.K mengataka ada riwayat keluarga dengan penyakit DM 	<ul style="list-style-type: none"> Badan lemas, gelisah, pandangan kabur, tekanan darah tinggi.TD 160/100mmhg Kesulitan untuk tidur dan berjalan karna kekuatan otot lemah 	Internal	Sejak dilakukan pengkajian	<ul style="list-style-type: none"> DM
FAKTOR PREDISPOSISI	FAKTOR PRESIPITASI			STRESSOR
	Nature	Origin	Number – Timing	

<p>Psikologis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tn.k merasa gelisah dengan kondisi penyakitnya dan keadaan yang lemah karna sudah menua 2. Klien bercerita dia hanya tinggal dengan istrinya 3. Tn.K merasa pening dan napas pendek dan jantung terasa berdebar-debar 4. Pasien mengatakan sudah tidak mampu membantu istrinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelisah, jantung berdebar • kepikiran dengan penyakitnya karena umur semakin menua • merasa tidak mampu karna umur semakin menua 	Internal	Sejak terkena DM	<ul style="list-style-type: none"> • Ansietas • Ketidakberdayaan • Resiko harga diri rendah situasional
<p>Sociocultural</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tn.K seorang laki-laki berumur 70 tahun 2. Tn.K menikah dan memiliki 3 orang anak 3. Tn.K merupakan kepala rumah tangga 4. Ny.F beragama islam 				

<p>Genogram</p> <p>GENOGRAM</p>	<p>Keterangan Genogram :</p> <p>Tn.K tinggal serumah dengan istrinya, mereka mempunyai tiga orang anak namun tidak tinggal serumah.</p>
---	--

2. PENILAIAN TERHADAP STRESSOR

STRESSOR	KOGNITIF	AFEKTIF	FISIOLOGIS	PERILAKU	SOSIAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN
cemas dengan keadaan penyakit jika semakin parah atau kambuh	<ul style="list-style-type: none"> Klien memikirkan bagaimana jika penyakitnya sewaktu waktu kambuh karna 2 bulan terakhir sudah tidak pernah kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> Tn.K merasa takut karena kondisi penyakitnya semakin buruk dan juga umurnya yang semakin menua 	<ul style="list-style-type: none"> TD naik Banyak Berkeringat Nyeri Sulit tidur penglihatan rabun Nafas pendek TD 160/100 mmhg RR 25x/’ HR 95x/’ 	<ul style="list-style-type: none"> Tn.K merasa jantungnya berdebar-debar Tn.K tampak gelisah dan khawatir 	<ul style="list-style-type: none"> Tn.K ketempat pelayanan kesehatan untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan ditemani oleh suaminya 	<ul style="list-style-type: none"> Ansietas

STRESSOR	KOGNITIF	AFEKTIF	FISIOLOGIS	PERILAKU	SOSIAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN
Ketidakmampuan fisik untuk melakukan aktivitas berat dan membantu istrinya	<ul style="list-style-type: none"> Klien memikirkan umur yang menua dan berpenyakit membuat dia semakin lemah sehingga tidak bisa melakukan hal-hal berat 	<ul style="list-style-type: none"> Merasa khawatir dan sedih kepada istrinya yang juga sudah menua dan sakit-sakitan Merasa bingung dan tidak tau mau berbuat apa dengan keadaan sekarang 	<ul style="list-style-type: none"> Tampak lemas Kaki tampak lesu dan kusam tengkuk dan Bahu terasa tegang Tn.K tampak mukosam bibir kering Nafas pendek TD 160/100 mmhg RR 25x/' HR 95x/' 	<ul style="list-style-type: none"> Perasaan tidak mampu Tampak gelisah 	<ul style="list-style-type: none"> Hubungan Tn.K dengan istri baik hubungan Tn.K dengan anak-anaknya baik Tn.K tetap mengikuti program pengobatan 	<ul style="list-style-type: none"> Ketidakberdayaan
STRESSOR	KOGNITIF	AFEKTIF	FISIOLOGIS	PERILAKU	SOSIAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN
merasa tidak mampu karna umur yang menua kekuatan otot semakin lemah	Klien memikirkan bagaimana ia merawat istrinya	<ul style="list-style-type: none"> Merasa khawatir dan sedih kepada istrinya yang juga 	<ul style="list-style-type: none"> Tampak lemas Kaki tampak lesu dan kusam Nafas pendek TD 160/100 mmhg 	<ul style="list-style-type: none"> Perasaan tidak mampu Tampak gelisah 	<ul style="list-style-type: none"> Hubungan Tn.K dengan istri baik hubungan Tn.K dengan anak-anaknya 	Resiko harga diri rendah situasional

		<p>sudah menua dan sakit-sakitan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merasa bingung dan tidak tau mau berbuat apa dengan keadaan sekarang 	<ul style="list-style-type: none"> • RR 25x/’ • HR 95x/ 		<p>baik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn.K tetap mengikuti program pengobatan 	
--	--	---	---	--	---	--

Pohon Diagnosis

Resiko Harga diri rendah situasional

Ketidak berdayaan

kecemasan

gg. konsep diri

Penyakit DM + umur yang menua

1. SUMBER KOPING

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERSONAL ABILITY	SOSIAL SUPPORT	MATERIAL ASSET	BELIEF	TERAPI
Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> Menyibukan diri dengan kegiatan rumah 	<ul style="list-style-type: none"> Istri yang juga sakit-sakitan 	<ul style="list-style-type: none"> pengobatan ditanggung BPJS dana pribadi 	<ul style="list-style-type: none"> berdoa dan beribadah 	Terapi spesialis: <ul style="list-style-type: none"> Relaksasi distraksi
Ketidakberdayaan	<ul style="list-style-type: none"> Klien menggunakan tongkat saat berjalan dan berpegangan pada dinding 	<ul style="list-style-type: none"> Istri yang juga sakit-sakitan 	<ul style="list-style-type: none"> pengobatan ditanggung BPJS dana pribadi 	<ul style="list-style-type: none"> berdoa dan beribadah 	Mediskusikan ketidakberdayaan yang dirasakan pasien
Resiko harga diri rendah situasional	<ul style="list-style-type: none"> klien menyemangati diri sendiri 	<ul style="list-style-type: none"> Istri yang juga sakit-sakitan 	<ul style="list-style-type: none"> pengobatan ditanggung BPJS dana pribadi 	<ul style="list-style-type: none"> berdoa dan beribadah 	Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

2. MEKANISME KOPING

UPAYA YANG DILAKUKAN	ANALISA/KESAN	
	KONSTRUKTIF	DESTRUKTIF
<ul style="list-style-type: none"> klien menceritakan bila ada masalah, maka ia akan membicarakan dengan suami dan anaknya untuk mencari jalan keluarnya Bila sakit klien berobat ke pelayanan kesehatan 	✓	

• Klien taat menjalankan ibadah seperti sholat dan mengaji		
--	--	--

3. STATUS MENTAL

1. Penampilan	Rapid dan bersih
2. Pembicaraan	Klien berbicara dengan jelas tetapi sekali menarik napas panjang
3. Aktivitas motorik	Klien tampak sedikit tenang tetapi jika membicarakan penyakit klien lemas, cemas dan malu
4. Interaksi selama wawancara	Klien mau menjawab pertanyaan yg diberikan, kontak mata tidak fokus
5. Alam perasaan	Menunjukkan ekspresi khawatir dan cemas, tidk mampu
6. Afek	Sesuai dengan stimulus yg diberikan
7. Persepsi	Tidak pernah mengalami halusinasi
8. Isi pikir	Normal
9. Proses pikir	Normal
10. Tingkat kesadaran	Normal
11. Daya ingat	Baik
12. Kemampuan berhitung	Baik
13. Penilaian	Klien mampu memberikan keputusan ketika merasa sakit
14. Daya tilik diri	Klien sedikit tidak mengerti dengan penyakitnya

4. DIAGNOSA DAN TERAPI

DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN TERAPI KEPERAWATAN	DIAGNOSA MEDIS DAN TERAPI MEDIS
<p>1. Ansietas</p> <p>Sp1: Mendiskusikan penyebab, terjadinya proses terjadi, tanda dan gejala dan akibat</p> <p>Sp2 :Melatih teknik relaksasi fisik</p> <p>Sp3:Melatih mengatasi ansietas dengan distraksi dan hipnotis lima jari</p> <p>Sp4 : Melatih mengatasi ansietas melalui kegiatan spiritual</p> <p>2. Ketidak berdayaan</p> <p>Sp1. Assement ketid akerdayaan dan latihan berpikir positif</p> <p>Sp2. Manfaat mengembangkan harapan positif dan latihan mengontrol perasaan</p> <p>3. resiko harga diri rendah situasional</p> <p>Sp1 . mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki</p>	<p>Diabete Melitus</p>

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP
<p>Tanggal: 06 Oktober 2021</p> <p>Jam: 11.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan salam teraupetik 2. Menanyakan kepada klien faktor penyebab penyakit 3. Menanyakan kepada klien mengapa merasa cemas dan tidak berdaya 4. Mengajarkan cara relaksasi untuk mengurangi kecemasan 5. Mengajarkan klien latihan berpikir positif 6. mendiskusikan ketidakberdayaan yang dialami pasien 6. Mengkaji aspek positif yang dimiliki 	<p>S: -Klien mengatakan kecemasan berkurang</p> <p>. Klien mengatakan perasaan tidak berdaya semakin berkurang dan akan berpikir positif</p> <p>O: - Klien tampak tenang saat mengungkapkan perasaannya dan selalau melakukan terapi tarik napas dalam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengidentifikasi hal positif yang dimiliki - Klien menceritakan ketidak berdayaannya, penyebab dll. <p>A: Masalah berkurang / tujuan tercapai</p> <p>P_{Klien}: Klien melakukan terapi di rumah</p> <p>P_{perawat}: Evaluasi terapi satu tercapai. melanjutkan terapi kedua</p> <p style="text-align: right;">TTD</p> <p style="text-align: right;">Perawat</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

Berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh penulis. penulis menapatkan hasil yaitu seorang wanita bernama Tn. K . Saat dilakukan pengkajian dirumahnya Tn.K mengatakan sudah menderita DM dan hipertensi selama dari umur 50 tahun dan selalu merasa cemas dengan keadaannya setiap kali hipertensi nya kambuh. Tn.K mengatakan saat bernapas, napas nya pendek dan terasa sesak, saat dilakukan pengukuran tekanan darah didapatkan hasil 160/100 mmHg.

Pasien memiliki 3 orang anak dan semua sudah menikah, pasien tinggal dirumah dengan istrinya saja yang sudah sakit sakit dan menua. Saat sedang merasa lelah Tn.K bercerita dengan istrinya. Penampilan pasien rapi dan bersih, ramah dan mau menceritakan semua hal yang dialaminya. Saat dilakukan pemberian terapi pasien bisa mengikuti instruksi yang diberikan. Evaluasi yang saya lakukan terapi 1 berhasil dan dilanjutkan dengan pemberian terapi ke 2.

4.1 Tahap Pengkajian

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber, yaitu dari pasien dan tetangga sekitar. Maka penulis melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi teraupetik yang lebih terbuka membantu klien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Adapun upaya tersebut yaitu :

- a. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada klien agar klien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan.
- b. Mengadakan pengkajian klien dengan wawancara dalam pengkajian ini, penulis tidak menemukan kesenjangan karena ditemukan hal sama seperti: diteori: Kecemasan adalah keadaan emosi dan pengalaman subyektif individu, tanpa objek yang spesifik karena ketidaktahuan dan mendahului pengalamannya yang baru seperti penyakitnya saat ini

4.2 Tahap perencanaan

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan penulis hanya menyusun rencana

tindakan keperawatan sesuai dengan pohon masalah keperawatan yaitu : Kecemasan. Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan sehingga penulis dapat melaksanakan tindakan seoptimal mungkin dan didukung dengan seringnya bimbingan dengan pembimbing. Secara teoritis digunakan cara strategi pertemuan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian. Adapun upaya yang dilakukan penulis yaitu :

1. Klien mengungkapkan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi dan bersikap pasif.
2. Klien menunjukkan sikap apatis, depresi terhadap perburukan fisik yang terjadi dengan mengabaikan kepatuhan pasien terhadap program pengobatan
3. Klien mengalami ketergantungan pada orang lain yang dapat mengakibatkan instabilitas, ketidaksukaan, marah dan rasa bersalah. Klien tidak melakukan praktik perawatan diri ketika ditantang. Klien tidak ikut memantau kemajuan pengobatan. Klien menunjukkan ekspresi ketidakpuasan terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas atau tugas sebelumnya. Klien menunjukkan ekspresi keraguan tentang performa peran.

4.3 Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis hanya mengatasi 3 masalah keperawatan yakni: diagnosa keperawatan Kecemasan, ketidakberdayaan dan resiko harga diri rendah situasional merupakan keadaan emosi dan pengalaman subyektif individu, tanpa objek spesifik karena ketidaktahuan dan mendahului semua pengalaman yang di alami penyakit DM

4.4 Tahap Evaluasi

Pada tinjauan teoritis 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 mengetahui aspek positif yang dimiliki

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian pada pembahasan diatas, maka penulis dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian dilakukan secara langsung pada klien dan juga dengan menjadikan status klien sebagai sumber informasi yang dapat mendukung data-data pengkajian. Selama proses pengkajian, perawat menggunakan komunikasi terapeutik serta membina hubungan saling percaya antara perawat-klien. Pada kasus Kecemasan : Diabetes Melitus
2. Diagnosa keperawatan yang utama pada klien dengan Kecemasan: Diabetes Melitus
3. Perencanaan intervensi dan implementasi keperawatan disesuaikan dengan strategi pertemuan pada pasien.
4. Evaluasi keperawatan yang dilakukan menggunakan metode subyektif, obyektif ,assessment dan planing.

5.2 Saran

1. Untuk Keluarga

Diharapkan agar individu dan keluarga bisa mengerti tentang penyakit diabetes melitus, dan meningkatkan perilaku hidup sehat dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup.

2. Untuk Masyarakat/Pembaca

Diharapkan kasus dan materi ini dapat dijadikan sebagai bahan ajar dan data untuk menangani dan menghadapi kasus kecemasan pada masalah psikososial.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ada, A. D. (2018). *Standards Of Medical Care In Diabetes* 2017. (Hal. 41). Usa: Ada.
2. American Diabetes Association. (2016). *Diagnosis and classification of diabetes Melitus*. USA: American Diabetes Association.
3. Arisman. (2016). *Diabetes Melitus & Dislipidemia*. Jakarta: EGC
4. Bertalina, P. (2016). Hubungan Lama Sakit, Pengetahuan, Motivasi Pasien dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus . *Jurnal Kesehatan Poltekkes Tanjung Karang Vol 7 No 2*.
5. Bulechek, G.M., Butcher H.K., Dotcherman J.M. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC) 6th Indonesian Edition*. Elsevier. Singapore.
6. Buraerah H. (2010), Analisis faktor risiko diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Tanrutedong, Sidenreg Rappan, *Jurnal Ilmiah Nasional* [internet].
7. Donsu, Jenita DT. (2017). *Psikologi Keperawatan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
8. PH, L., Susanti, Y., & Arisanti, D. (2018). Penurunan Tingkat Ansietas Mahasiswa Dalam Menyusun Skripsi Melalui Terapi Generalis Ansietas. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 1(2), 76. <https://doi.org/10.32584/jikj.v1i2.150>
9. 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).
10. Hidayat, A. Y., & Ekaputri, Y. S. (2015). Penerapan Tehnik Napas Dalam pada pasien Diagnosis Keperawatan Ansietas Dengan Diabetes Mellitus serta Tuberculosis Paru Di Ruang RSMM Bogor. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 3(2), 89–96.
11. 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>
12. Pardede, J. A. (2020). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Kecemasan.
13. 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>
14. 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.
15. Kaplan, Saddock, & Grebb (2010) *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. Edisi 2*. Dr. I. Made Wiguna S. Jakarta : Bina Rupa Aksara.
16. Lubis & Afif (2014). Tingkat Kecemasan Orangtua dengan Anak yang akan Dioperasi. *Jurnal keperawatan padjajaran*. 2(3).
17. Murdiningsih, D.S & Ghofur, G.G.D (2013). Pengaruh Kecemasan Terhadap Kadar Glukosa Darah Pada Penderita DM di Wilayah Puskesmas Banyuanyar Surakarta. *Jurnal Talenta Psikologi*. Vol. 2, No.2.(180- 197).
18. Smeltzer, S.C & Bare B.G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah* (Edisi 8). Jakarta : EGC
19. Stuart, Keliat & Pasaribu (2016). *Prinsip Dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Edisi Indonesia (Buku 1). Singapura:Elsevier

20. Tahitian, Noni (2015). *Pemeriksaan Diabetes Melitus*. [Online]: [Http://Www.Bioactives-Morinda.Com/Tahitiannoni/Nonikesehatan/11-Pemeriksaan-Diabetes-Melitus](http://Www.Bioactives-Morinda.Com/Tahitiannoni/Nonikesehatan/11-Pemeriksaan-Diabetes-Melitus)
21. 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.
22. PERKENI. (2015), *Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*, PERKENI, Jakarta.
23. Limbong, M, Jaya, R.D, Ariani, Y. (2015). Pengaruh Relaksasi Autogenik Terhadap Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jural Skolastik Keperawatan*, 1 (1): 21-28.
24. 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>
25. Wardany dan Yulia. (2013). *Nutrisi Pada Diabetes Melitus*. [online]: http://kedokteranebook.blogspot.co.id/2013/10/nutrisi-diet-aturan-makan-dan-gizi-pada_11.html