

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Diabetes Militus

1. Definisi

Diabetes Melitus (DM) adalah gangguan metabolik kronis yang ditandai dengan kadar glukosa darah tinggi, tubuh tidak dapat melakukan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein karena kekurangan hormon insulin atau penggunaan hormon insulin yang tidak efektif. Diabetes melitus terbagi menjadi 4 (empat) tipe, yaitu DM Tipe 1, DM tipe 2, DM gestasional dan DM tipe lainnya. DM tipe 1 yang disebabkan tidak adanya produksi insulin sama sekali. DM tipe 2 disebabkan tidak cukup dan tidak efektifnya kerja insulin. DM Gestasional yaitu DM yang terjadi saat kehamilan. *Latent Autoimmune Diabetes of Adults* (LADA) merupakan jenis diabetes dimana perkembangan destruksi sel beta autoimun pada pancreas berjalan lebih lambat daripada tipe 1 dan tipe 2 (Halim et al. n.d.2020).

Diabetes melitus (DM) adalah kelainan metabolik dimana ditemukan ketidakmampuan untuk mengoksidasi karbohidrat, akibat gangguan pada mekanisme insulin yang normal, menimbulkan hiperglikemia, glikosuria, poliuria, rasa haus, rasa lapar, badan kurus, kelemahan, asidosis, sering menyebabkan dispnea, lipemia, ketonuria dan akhirnya koma (Dorland, 2018).

2. Etiologi

Menurut pendapat Siregar (2021) ada 7 etiologi Diabetes Melitus diantaranya yaitu:

- a. Pada *Insulin Dependent Diabetes Melitus* (IDDM) biasa karena tidak adekuat produksi insulin oleh pankreas.
- b. Pada *Non Insulin Dependent Diabetes Melitus* (NIDDM) karena terjadi peningkatan kebutuhan insulin.

- c. Kelainan sel beta pankreas, bekisar dari hilangnya sel beta sampai kegagalan sel beta melepas insulin.
- d. Faktor-faktor lingkungan yang mengubah fungsi sel beta, antara agen yang dapat menimbulkan infeksi, diet dimana pemasukan karbohidrat dan gula yang diproses secara berlebihan, obesitas dan kehamilan.
- e. Gangguan sistem imunitas. Sistem ini dapat dilakukan oleh autoimunitas yang disertai pembentukan sel-sel antibodi antipankreatik dan mengakibatkan kerusakan sel-sel penyekresi insulin, kemudian peningkatan kepekaan sel beta oleh virus.
- f. Kelainan insulin. Pada pasien obesitas, terjadi gangguan kepekaan jaringan terhadap insulin akibat kurangnya reseptor insulin yang terdapat pada membran sel yang responsif terhadap insulin.
- g. Etiologi lain: pankreatitis, tumor pankreas, obesitas, hipertiroid, akromegali, kehamilan, infeksi.

3. Tanda dan Gejala

Diantaranya: poliuria, polidipsia, polifagia, berat badan menurun, lemas badan, kesemutan, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi pada pria, penglihatan kabur, koordinasi gerak anggota tubuh terganggu, kesemutan pada tangan atau kaki, timbul gatal-gatal yang seringkali sangat mengganggu (Nasution 2021).

4. Patofisiologi

Menurut pendapat Hidayatus Sya'diah (2018) sebagian besar gambaran patofisiologik dari DM dapat dihubungkan dengan salah satu efek utama akibat kurangnya insulin berikut:

- a. Berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel-sel tubuh yang mengakibatkan naiknya konsentrasi glukosa darah setinggi 300-1200 mg/dl.
- b. Peningkatan mobilisasi lemak dari daerah penyimpanan lemak yang menyebabkan terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolestrol pada dinding pembuluh darah.

c. Berkurangnya protein dalam jaringan tubuh.

Pasien-pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan. Pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang ginjal normal (konsentrasi glukosa darah sebesar 160-180 mg/100 ml), akan timbul glikosuria karena tubulus-tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa. Glukosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida, potasium, dan pospat. Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan timbul polidipsi. Akibat glukosa yang keluar bersama urine maka pasien akan mengalami keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta cenderung terjadi polifagi. Akibat yang lain adalah astenia atau kekurangan energi sehingga pasien menjadi cepat lelah dan mengantuk yang disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi.

Hiperglikemia yang lama akan menyebabkan arterosklerosis, penebalan membran basalis dan perubahan pada saraf perifer. Ini akan memudahkan terjadinya gangrene.

5. Klasifikasi

Diabetes melitus terbagi menjadi 4 (empat) tipe seperti menurut Halim (2020), yaitu:

- a. DM Tipe 1, yang disebabkan tidak adanya produksi insulin sama sekali.
- b. DM Tipe 2, yang disebabkan tidak cukup dan tidak efektifnya kerja insulin. Kondisi ini disebut juga dengan resistensi insulin
- c. DM Gestasional yaitu DM yang terjadi saat kehamilan
- d. *Latent Autoimmune Diabetes of Adults (LADA)* merupakan jenis diabetes dimana perkembangan destruksi sel beta autoimun pada pancreas berjalan lebih lambat daripada tipe 1 dan tipe 2.

6. Faktor Risiko

Faktor risiko terjadinya DM tipe II terdiri dari dua yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi adalah umur, jenis kelamin, dan faktor keturunan. Seseorang yang keluarga kandungnya seperti orang tua maupun saudara kandung yang memiliki riwayat penderita DM akan berisiko lebih besar mengalami penyakit DM. Sedangkan faktor resiko yang dapat dimodifikasi erat kaitannya dengan perilaku hidup yang kurang sehat, yaitu berat badan lebih, obesitas abdominal/sentral, kurangnya aktifitas fisik, hipertensi, dislipidemia, diet tidak sehat/tidak seimbang, riwayat Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) atau Gula Darah Puasa terganggu (GDP terganggu), dan merokok. (Nasution et al., 2021)

7. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada pasien DM terdiri dari komplikasi akut dan komplikasi jangka Panjang. Komplikasi akut meliputi hipoglikemi, hiperglikemi, dan ketoasidosis diabetik. Sedangkan komplikasi jangka panjang terbagi menjadi komplikasi makrovaskuler (penyakit serobrovaskuler, penyakit arteri koroner, penyakit vaskular perifer) dan komplikasi mikrovaskuler (retinopati diabetik, nefropati. neuropati, neuropati perifer, dan neuropati otonom) (Halim 2019)

8. Penatalaksanaan

Menurut pendapat (Fatimah (2018) penatalaksanaan penyakit Diabetes Militus yaitu:

a. Penyuluhan Edukasi DM

merupakan suatu proses pendidikan dan pelatihan tentang pengetahuan Diabetes dan ketrampilan yang dapat menunjang perubahan perilaku yang diperlukan untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal, menyesuaikan psikologis dan kualitas hidup yang lebih baik secara berkelanjutan.

b. Diit

Prinsip pengaturan makan pada penyandang diabetes hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pada penyandang diabetes perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin.

c. Obat -Obatan

oral hipoglikemik, insulin Jika pasien telah melakukan pengaturan makan dan latihan fisik tetapi tidak berhasil mengendalikan kadar gula darah maka dipertimbangkan pemakaian obat hipoglikemik.

B. Konsep Ansietas

a. Definisi

Kecemasan adalah suatu perasaan tidak santai yang samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman (Ah. Yusuf, 2015).

Sedangkan terdapat pendapat lain yang mengatakan bahwa ansietas memiliki nilai yang positif. Karena dengan ansietas maka aspek positif individu berkembang karena adanya sikap konfrontasi (pertentangan), antisipasi yang tinggi, penggunaan pengetahuan serta sikap terhadap pengalaman mengatasi kecemasan. Tetapi pada keadaan lanjut perasaan cemas dapat mengganggu kehidupan seseorang (Stuart,2018).

b. Manifestasi Klinis

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2016), ada 6 Manifestasi Klinis Ansietas, yaitu:

- 1) Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri serta mudah tersinggung.
- 2) Klien merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut.
- 3) Klien mengatakan takut bila sendiri, atau pada keramaian dan banyak orang.
- 4) Mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menegangkan.
- 5) Gangguan konsentrasi dan daya ingat.
- 6) Adanya keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang belakang, pendengaran yang berdenging atau berdebar-debar, sesak napas, mengalami gangguan pencernaan berkemih atau sakit kepala.

c. Rentang Respons Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart&Laraia (2015), rentang respon tingkat kecemasan, yaitu:

- 1) Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas menumbuhkan motivasi belajar serta menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas. Respon dari ansietas ringan adalah:
 - a) Respon fisiologis meliputi sesekali nafas pendek, mampu menerima rangsang yang pendek, muka berkerut dan bibir bergetar. Pasien mengalami ketegangan otot ringan.
 - b) Respon kognitif meliputi koping persepsi luas, mampu menerima rangsang yang kompleks, konsentrasi pada masalah, dan menyelesaikan masalah.
 - c) Respon perilaku dan emosi meliputi tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada lengan, dan suara kadang meninggi.
- 2) Ansietas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Manifestasi yang muncul pada ansietas sedang antara lain:

- a) Respon fisiologis meliputi sering napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, diare atau konstipasi, tidak nafsu makan, mual, dan berkeringat.
 - b) Respon kognitif meliputi respon pandang menyempit, rangsangan luas mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian dan bingung.
 - c) Respon perilaku dan emosi meliputi bicara banyak, lebih cepat, susah tidur dan tidak aman.
- 3) Ansietas berat membuat lapangan persepsi klien menyempit. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku klien hanya ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Klien tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Manifestasi yang muncul adalah:
- a) Respon fisiologis meliputi napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, dan ketegangan.
 - b) Respon kognitif meliputi lapang persepsi sangat sempit, dan tidak mampu menyelesaikan masalah.
 - c) Respon perilaku dan emosi meliputi perasaan terancam meningkat, verbalisasi cepat, dan menarik diri dari hubungan interpersonal.
- 4) Tingkat panik perilaku yang tampak pada klien adalah klien tampak ketakutan dan mengatakan mengalami teror, tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan serta disorganisasi kepribadian. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, kehilangan pemikiran rasional. Manifestasi yang muncul:
- a) Respon fisiologis meliputi napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, dan koordinasi motorik rendah.
 - b) Respon kognitif meliputi lapang persepsi sangat sempit, dan tidak dapat berfikir logis.

- c) Respon perilaku dan emosi meliputi mengamuk-amuk dan marah-marah, ketakutan, berteriak-teriak, menarik diri dari hubungan interpersonal, kehilangan kendali atau kontrol diri dan persepsi kacau.

d. Faktor Predisposisi

Menurut pendapat Stuart&Laraia (2018), Faktor predisposisi ansietas, yaitu:

1) Faktor biologis.

Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine. Reseptor ini membantu mengatur ansietas. Penghambat Neurotransmitter (GABA) juga berperan utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas sebagaimana halnya dengan endorfin. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor.

2) Faktor psikologis

- a) Pandangan psikoanalitik. Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- b) Pandangan interpersonal. Ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang yang mengalami harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.
- c) Pandangan perilaku. Ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap sebagai dorongan belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Individu yang terbiasa dengan kehidupan

dini dihadapkan pada ketakutan berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas dalam kehidupan selanjutnya.

d) Sosial budaya

Ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan ansietas dan antara gangguan ansietas dengan depresi. Faktor ekonomi dan latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas.

e. Faktor Presipitasi

Menurut pendapat Stuart&Laraia (2018), ada 2 faktor presipitasi, yaitu:

- 1) Ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- 2) Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang.

f. Sumber Koping dan Mekanisme Koping

Dalam menghadapi ansietas, individu akan memanfaatkan dan menggunakan berbagai sumber koping di lingkungan. Pada pasien yang mengalami ansietas sedang dan berat menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2016) mekanisme koping yang digunakan terbagi atas dua jenis mekanisme koping yaitu:

- 1) Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan realistik yang bertujuan untuk menurunkan situasi stress, misalnya:
 - a) Perilaku menyerang (agresif) digunakan individu untuk mengatasi rintangan agar terpenuhinya kebutuhan.
 - b) Perilaku menarik diri dipergunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik secara fisik maupun secara psikologis.
 - c) Perilaku kompromi dipergunakan untuk mengubah tujuan-tujuan yang akan dilakukan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk mencapai tujuan

- 2) Mekanisme pertahanan ego bertujuan untuk membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang. Mekanisme ini berlangsung secara tidak sadar, melibatkan penipuan diri, distorsi realitas dan bersifat maladaptif. Mekanisme pertahanan ego yang digunakan adalah:
- a) Kompensasi adalah proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya.
 - b) Penyangkalan (*Denial*) menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini paling sederhana dan primitif.
 - c) Pemindahan (*Displacemen*) merupakan pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang/benda tertentu yang biasanya netral atau kurang mengancam terhadap dirinya.
 - d) Disosiasi merupakan pemisahan dari setiap proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya.
 - e) Identifikasi (*Identification*) adalah proses dimana seseorang mencoba menjadi orang yang ia kagumi dengan mengambil/menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.
 - f) Intelektualisasi (*Intelektualization*) adalah penggunaan logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.
 - g) Introjeksi (*Intrijection*) mengikuti norma-norma dari luar sehingga ego tidak lagi terganggu oleh ancaman dari luar (pembentukan superego).
 - h) Fiksasi pada tingkat perkembangan salah satu aspek tertentu (emosi atau tingkah laku atau pikiran) sehingga perkembangan selanjutnya terhalang.
 - i) Proyeksi merupakan pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan. Perasaan emosional dan motivasi tidak dapat ditoleransi.

- j) Rasionalisasi dapat memberi keterangan bahwa sikap/tingkah lakunya menurut alasan yang seolah-olah rasional, sehingga tidak menjatuhkan harga diri.
- k) Reaksi formasi adalah bertingkah laku yang berlebihan yang langsung bertentangan dengan keinginan-keinginan, perasaan yang sebenarnya.
- l) Represi adalah secara tidak sadar mengesampingkan pikiran, impuls, atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, merupakan pertahanan ego yang primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme ego yang lainnya.

C. Konsep Teknik Hipnosis Lima Jari

1. Pengertian

Hipnosis lima jari adalah tindakan yang dilakukan untuk mengurangi kecemasan dengan membantu klien menghipnotis dirinya dengan membayangkan kejadian-kejadian menyenangkan dalam hidupnya. Berdasarkan penelitian (Halim et al., n.d.) menunjukkan hasil dari penerapan yang dilakukan yaitu hipnosis lima jari dapat membuat pasien lebih rileks dan menurunkan tingkat kecemasan.

2. Tujuan

Teknik Hipnosis lima jari ini bertujuan untuk pemrograman diri, menghilangkan atau mengurangi kecemasan dengan melibatkan saraf pesipatis dan akan menurunkan peningkatan kerja jantung, pernapasan, dan tekanan darah.

3. Langkah- Langkah Hipnosis Lima Jari

Siti Aisyah (2023) :

- a. Atur posisi senyaman mungkin.
- b. Pejamkan mata kamu secara perlahan.
- c. Tarik napas, lalu hembuskan napas perlahan-lahan dan ulangi sebanyak 3 kali.
- d. Tautkan ibu jari kepada jari telunjuk sambil membayangkan tubuh kamu begitu sehat.

- e. Tautkan ibu jari kepada jari tengah sambil membayangkan orang yang kamu sayangi.
- f. Tautkan ibu jari kepada jari manis dan bayangkan ketika kamu mendapat penghargaan atau mencapai suatu kesuksesan.
- g. Tautkan ibu jari kepada jari kelingking dan bayangkan saat berada di tempat yang paling menyenangkan.
- h. Tarik napas, lalu hembuskan secara perlahan dan lakukan sebanyak 3 kali.
- i. Terakhir, buka mata secara perlahan-lahan.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

Ansietas adalah perasaan khawatir yang dirasakan sebagai ancaman, Ansietas yang dihadapi klien tidak hanya pada perubahan pada fisiknya akan tetapi juga pada perkembangan kognitifnya. Cemas pada perkembangan kognitifnya lebih terfokus pada pikiran negatif pada klien yang beranggapan penyakitnya tidak bisa disembuhkan.(Saswati, Sutinah, and Dasuki 2020).

1. Pengkajian

Isi pengkajian meliputi :

a. Identitas

Identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status mental, suku bangsa, alamat, nomor rekam medis, ruang rawat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosis medis. Identitas penanggung jawab : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien, alamat.

b. Faktor Predisposisi

Kehilangan, perpisahan, penolakan orangtua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan/frustasi berulang, tekanan dari kelompok sebaya; perubahan struktur sosial.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik mencakup semua sistem yang ada hubungannya dengan klien depresi berat didapatkan pada sistem integumen klien tampak kotor, kulit lengket di karenakan kurang perhatian terhadap perawatan dirinya bahkan gangguan aspek dan kondisi klien.

d. Psikososial

Konsep Diri:

- 1) Gambaran Diri : Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah atau tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi atau yang akan terjadi, menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh. preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan keputusasaan, mengungkapkan ketakutan.
- 2) Ideal Diri : Mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya: mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.
- 3) Harga Diri : Perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri, dan kurang percaya diri.
- 4) Penampilan Peran : Berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menua, putus sekolah, PHK.
- 5) Identitas Personal : Ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan.

e. Hubungan Sosial

Klien mempunyai gangguan/hambatan dalam melakukan hubungan sosial dengan orang lain terdekat dalam kehidupan, kelompok yang diikuti dalam masyarakat.

f. Spiritual Nilai dan keyakinan klien

Pandangan dan keyakinan klien terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma dan agama yang dianut pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa. Kegiatan ibadah : kegiatan di rumah secara individu atau kelompok.

g. Status Mental

Kontak mata klien kurang/tidak dapat mempertahankan kontak mata, kurang dapat memulai pembicaraan, klien suka menyendiri dan kurang mampu berhubungan dengan orang lain, adanya perasaan keputusasaan dan kurang berharga dalam hidup.

1) Penampilan

Biasanya pada klien menarik diri klien tidak terlalu memperhatikan penampilan, biasanya penampilan tidak rapi, cara berpakaian tidak seperti biasanya (tidak tepat).

2) Pembicaraan

Cara pembicaraan biasanya di gambarkan dalam frekuensi, volume dan karakteristik. Frekuensi merujuk pada kecepatan klien berbicara dan volume di ukur dengan berapa keras klien berbicara. Observasi frekuensi cepat atau lambat, volume keras atau lambat, jumlah sedikit, membisu, dan di tekan, karakteristik gagap atau kata-kata bersambungan.

3) Aktifitas Motorik

Aktifitas motorik berkenaan dengan gerakan fisik klien. Tingkat aktifitas : letargik, tegang, gelisah atau agitasi. Jenis aktifitas : seringai atau tremor. Gerakan tubuh yang berlebihan mungkin ada hubungannya dengan ansietas, mania atau penyalahgunaan stimulan. Gerakan motorik yang berulang atau kompulsif bisa merupakan kelainan obsesif kompulsif.

4) Alam Perasaan

Alam perasaan merupakan laporan diri klien tentang status emosional dan cerminan situasi kehidupan klien. Alam perasaan dapat di evaluasi dengan menanyakan pertanyaan yang sederhana dan tidak mengarah seperti “bagaimana perasaan anda hari ini” apakah klien menjawab bahwa ia merasa sedih, takut, putus asa, sangat gembira atau ansietas.

5) Persepsi

Ada dua jenis utama masalah perseptual : halusinasi dan ilusi. Halusinasi di definisikan sebagai kesan atau pengalaman sensori yang salah. Ilusi adalah persepsi atau respon yang salah terhadap stimulus sensori. Halusinasi perintah adalah yang menyuruh klien melakukan sesuatu seperti membunuh dirinya sendiri, dan melukai diri sendiri.

6) Interaksi Selama Wawancara

Interaksi menguraikan bagaimana klien berhubungan dengan perawat. Apakah klien bersikap bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, berhati-hati, apatis, defensif, curiga atau sedatif.

7) Proses Pikir

Proses pikir merujuk “ bagaimana” ekspresi diri klien proses diri klien diobservasi melalui kemampuan berbicaranya. Pengkajian dilakukan lebih pada pola atas bentuk verbalisasi dari pada isinya.

8) Isi Pikir

Isi pikir mengacu pada arti spesifik yang diekspresikan dalam komunikasi klien. Merujuk pada apa yang dipikirkan klien walaupun klien mungkin berbicara mengenai berbagai subjek selama wawancara, beberapa area isi harus dicatat dalam pemeriksaan status mental. Mungkin bersifat kompleks dan sering disembunyikan oleh klien.

9) Tingkat Kesadaran

Pemeriksaan status mental secara rutin mengkaji orientasi klien terhadap situasi terakhir. Berbagai istilah dapat digunakan untuk menguraikan tingkat kesadaran klien seperti bingung, tersedasi atau stupor.

10) Memori

Pemeriksaan status mental dapat memberikan saringan yang cepat terhadap masalah-masalah memori yang potensial tetapi

bukan merupakan jawaban definitif apakah terdapat kerusakan yang spesifik. Pengkajian neurologis diperlukan untuk menguraikan sifat dan keparahan kerusakan memori. Memori didefinisikan sebagai kemampuan untuk mengingat pengalaman lalu.

11) Tingkat Konsentrasi Dan Kalkulasi

Konsentrasi adalah kemampuan klien untuk memperhatikan selama jalannya wawancara. Kalkulasi adalah kemampuan klien untuk mengerjakan hitungan sederhana.

12) Penilaian

Penilaian melibatkan pembuatan keputusan yang konstruktif dan adaptif termasuk kemampuan untuk mengerti fakta dan menarik kesimpulan dari hubungan.

2. Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan perencanaan atau keputusan awal yang memberika arah bagi tujuan yang akan dicapai, seperti hal yang akan dilakukan, bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan, seperti menurut (Abdelkader, Othman, 2017). Intervensi dibuat secara spesifik dan operasional yang terdiri dari aktivitas apa yang akan dilakukan, bagaimana, seberapa sering, dan lebih baik lagi jika teridentifikasi siapa yang melakukan. Prinsip tersebut perlu dilakukan supaya tiap perawat yang melihat perencanaan keperawatan mudah untuk melakukannya atau mengaplikasikan rencana tersebut. Setelah tindakan telah dilakukan, tiap intervensi dievaluasi berdasarkan respon pasien terhadap tiap tindakan yang telah diimplementasikan dan mengacu atau berorientasi pada kriteria hasil yang telah ditetapkan. Berikut perencanaan klien ansietas yang terdapat pada table dibawah ini:

Tabel 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa Pada Pasien
Dengan Ansietas

Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standart Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3
<p>Ansietas (D.0080)</p> <p>Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krisis Situasional 2. Kebutuhan Tidak Terpenuhi 3. Krisis Maturasional 4. Ancaman terhadap konsep diri 	<p>Tingkat Ansietas (L.09093) Ekspetasi: Menurun</p> <p>Definisi: Konsidi emosi dan pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama Jam diharapkan tingkat ansietas menurun</p>	<p>Reduksi Ansietas (I.09314) hal.387</p> <p>Definisi: Konsidi emosi dan pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)

1	2	3
<p>5. Ancaman terhadap kematian</p> <p>6. Kekhawatiran mengalami kegagalan</p> <p>7. Disfungsi system keluarga</p> <p>8. Hubungan orang tua anak tidak memuaskan</p> <p>9. Penyalahgunaan zat</p> <p>10. Kurang terpapar informasi</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur <p>Tanda dan gejala Minor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nafas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 	<p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan (Menurun) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi (Menurun) 3. Perilaku gelisah (Menurun) 4. Perilaku tegang (Menurun) 5. Konsentrasi (Membaik) 6. Pola tidur (Membaik) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu

1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaforesis 5. Tremor 6. Muka Tampak Pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi padam masa lalu 		<ul style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih Teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

Berikut ini merupakan literatur pendukung berdasarkan jurnal penelitian mengenai tindakan teknik hipnosis lima jari:

- a. Menurut penelitian Sandra Pratiwi Y (2021), Penerapan terapi hipnosis lima jari dapat menurunkan kecemasan pada pasien diabetes militus terhadap kedua responden. Hal tersebut dibuktikan dengan adanya hasil pengukuran tingkat kecemasan sebelum (pre-test) dan sesudah (post-test) diberikan terapi hipnosis lima jari. Hal tersebut terjadi karena terapi hipnosis lima jari merupakan terapi yang memanfaatkan kekuatan pikiran dengan menggerakkan jari tangan melalui komunikasi yang melibatkan semua indra seperti penglihatan, penciuman, dan pendengaran, sehingga dapat memulihkan diri dan menjaga kesehatan atau keadaan pikiran menjadi rileks.
- b. Selain itu ada penelitian lain Panma Y (2020) Penerapan hipnosis lima jari pada pasien menunjukkan bahwa hipnosis lima jari dapat membuat pasien lebih rileks dan menurunkan tingkat kecemasan pasien dari cemas berat menjadi cemas sedang.
- c. Menurut penelitian Aisah S (2023), Hasil studi kasus ini menunjukkan perubahan kecemasan yang signifikan pada 15 menit setelah diberikan terapi relaksasi hipnosis lima jari.

3. Evaluasi Keperawatan Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai, menurut (Mubarak, dkk., 2011) evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan. Evaluasi juga bertujuan untuk melihat tanda dan gejala ansietas serta menurunkan tingkat ansietas setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu Teknik hipnosis lima jari diharapkan tingkat ansietas menurun.